

Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas



México 2008

Secretaría de Salud

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
CENSIDA

Herschel No. 119 Col. Anzures. Delegación Miguel Hidalgo. C. P. 11590
www.salud.gob.mx/conasida

Consejo Nacional contra las Adicciones
Reforma No. 450, Piso 10, Col. Juárez. Delegación Cuahutemoc. C.P. 06600

www.conadic.gob.mx Tels: 5207-3358, 5207-3341

**MANUAL PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN USUARIOS DE
DROGAS INYECTADAS**

Impreso y hecho en México
Printed and Made in Mexico

ISBN 970-721-139-3

Para la reproducción parcial o total de este Material será necesario contar con la autorización por escrito de la Dirección General del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

Responsables de la Publicación: Lic. José Ocaña Bernal. Subdirector de Difusión

Diseño Gráfico: Tri•Ciclo Diseño

Impreso y hecho en México

Directorio

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Laura Martínez Ampudia
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Daniel Karam Toumeh
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán Fajardo Dolci
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Julio Sotelo Morales
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dra. Jaqueline Arzoz Padres
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Dr. Carlos José Rodríguez Ajenjo
Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Jorge A. Saavedra L.
Director General del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. CENSIDA

Agradecimientos:

Dr. Carlos Magis Rodríguez
Dirección de Investigación del CENSIDA

Mtro. Armando Ruiz Badillo
Dirección de Investigación del CENSIDA

Lic. Raúl Ortiz Mondragón
Dirección de Investigación del CENSIDA

Profa. Juana Valín Hebrard
Dirección de Información y Educación del CENSIDA

Mtra. Rebeca Ramos
Programa Compañeros, A.C.

Lic. María Elena Ramos
Programa Compañeros, A.C.

Dr. Joao B. Ferreira Pinto
Universidad de Texas, Houston, EU.

Dra. Remedios Lozada
Programa de SIDA, Tijuana, B.C.

A CONADIC por el financiamiento para la impresión de este manual.

Contenido

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| OBJETIVOS GENERALES | 19 |
| CAPÍTULO I | |
| Conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) | 21 |
| ¿Qué es el SIDA? | 21 |
| ¿Qué significa VIH? | 21 |
| ¿Qué quiere decir la palabra SIDA? | 22 |
| ¿Cuál es la causa del SIDA? | 22 |
| ¿Qué es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)? | 22 |
| ¿Cómo se transmite el VIH? | 23 |
| ¿Cómo no se transmite el VIH? | 25 |
| ¿Cuáles son las formas de detección? | 25 |
| ¿Quién es VIH positivo? | 26 |
| ¿Quién tiene SIDA? | 27 |
| ¿Qué diferencia hay entre ser VIH positivo y tener SIDA? | 27 |
| ¿Cómo se puede prevenir el riesgo de infección por vía sexual?..... | 28 |
| ¿Cómo prevenir la transmisión del VIH/SIDA por vía sanguínea? | 29 |
| ¿Puede una mujer infectada embarazarse sin riesgo de transmitir el VIH a su hija o hijo? | 30 |
| ¿Puede una mujer infectada amamantar a su hija o hijo sin riesgo de transmitir VIH? | 30 |
| ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual (ITS)? | 31 |
| ¿Cuáles son las ITS? | 31 |
| ¿Entre el hombre y la mujer quién tiene más riesgo de infección? | 31 |
| ¿Cuál es la relación del SIDA con el alcohol y otras drogas? | 33 |
| ¿CÓMO PUEDEN LOS USUARIOS DE DROGAS REDUCIR RIESGOS DE CONTRAER EL VIH/SIDA? | 34 |
| ¿El tratamiento contra la adicción a drogas reduce el riesgo de adquirir el VIH? | 35 |

| | |
|--|----|
| ¿PUEDE EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE HEROÍNA BASADO EN METADONA FAVORECER LA ADHERENCIA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CONTRA EL VIH? | 36 |
| ¿Cómo se desinfecta una jeringa? | 39 |
| ¿Cómo se usa el condón masculino? | 40 |
| Consideraciones para el buen uso del condón masculino | 40 |
| Posicionamiento del condón | 43 |
| Algunos comentarios adversos al uso del condón que se han realizado | 44 |
| Como negociar el uso del condón | 44 |
| Estrategias para el uso constante del condón | 46 |
| ¿CÓMO SE USA EL CONDÓN FEMENINO? | 47 |
| Consideraciones para el buen uso del condón femenino | 47 |
| Uso correcto del condón femenino | 48 |
| Ventajas | 49 |
| Desventajas | 50 |

CAPÍTULO II

| | |
|--|-----------|
| Información básica sobre el uso y abuso de drogas | 51 |
| ¿Qué son las drogas? | 51 |
| Estimulantes | 52 |
| Depresores | 53 |
| Alucinógenos | 55 |
| Conceptos básicos | 56 |
| Resultados de investigaciones en México | 58 |
| Riesgo de infección o reinfección del VIH atribuidos al uso de drogas.. | 62 |
| En busca de ayuda para dejar el consumo de drogas | 63 |
| Barreras para el tratamiento de las personas con adicciones | 65 |
| Recursos de tratamiento | 67 |
| Servicios integrales que se requieren en el tratamiento y rehabilitación | 68 |

CAPÍTULO III

| | |
|--|-----------|
| El modelo para mitigar el daño ocasionado por el consumo de drogas (incluyendo las drogas inyectadas) | 73 |
| Antecedentes | 73 |
| Descripción de fundamentos teórico-metodológicos del Modelo de Mitigación del Daño | 74 |
| Etapas de cambio en el proceso del Programa de Mitigación del Daño | 76 |
| Características conductuales, cognitivas, afectivas y sociales | 77 |
| Contactos entre la y el UDI y el personal del programa | 79 |
| Actividades del personal del programa en cada fase | 80 |

CAPÍTULO IV

| | |
|---|-----------|
| Trabajo de campo para valorar riesgos y reclutar a usuarias y usuarios | 87 |
| Introducción al trabajo de campo | 87 |
| El trabajo de campo como fundamento para fomentar confianza | 89 |
| Normas generales para las y los trabajadores de campo | 90 |
| Qué hacer y qué no hacer en el trabajo de calle | 91 |
| Formas del trabajo de campo | 92 |
| Mapas de la comunidad | 94 |

CAPÍTULO V

| | |
|---|-----------|
| Inyecciones más seguras | 97 |
| ¿CUÁLES SON LAS DROGAS INYECTABLES? | 100 |
| RAZONES PARA INYECTAR UNA DROGA | 101 |
| PREPARACIÓN DEL EQUIPO DE INYECCIÓN | 102 |
| PUNTOS DE INYECCIÓN Y SUS RIESGOS | 104 |
| BRAZOS | 107 |
| LAS MANOS | 108 |
| LAS PIERNAS | 108 |
| ABDOMEN | 110 |
| LOS PIES | 110 |
| LA INGLE | 110 |
| EL CUELLO | 110 |

| | |
|---|-----|
| LAS VENAS, ARTERIAS Y NERVIOS | 110 |
| SOBREDOSIS | 111 |
| TORNIQUETES | 112 |
| RIESGOS DE INYECCIÓN | 112 |
| VIH/SIDA | 113 |
| HEPATITIS C | 113 |
| ABSCESOS | 114 |
| SEPTICEMIA | 115 |
| ENDOCARDITIS | 115 |
| TROMBOSIS | 115 |
| GANGRENA | 116 |
| ULCERAS | 116 |
| COMO Y DÓNDE UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE ESTE MANUAL | 117 |
| FARMACIAS | 117 |
| AGENCIAS DE LA REDUCCIÓN DEL DAÑO ESPECIALIZADAS | 118 |
| CENTROS DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADOS EN CONSUMO DE DROGAS | 118 |
| CLÍNICAS DE METADONA | 119 |
| LA CALLE O DÓNDE SE REUNEN LOS UDI, EL USO DE CAMIONETAS | 120 |
| CÁRCELES/RECLUSORIOS | 120 |
| CENTROS DE DETECCIÓN/INFORMACIÓN DE VIH/SIDA CLÍNICAS DE SALUD | 121 |
| GRUPOS DE AUTOAYUDA (NARCÓTICOS ANÓNIMOS) | 121 |

CAPÍTULO VI

| | |
|--|------------|
| Ejercicios y actividades | 123 |
| Ejercicio 1 | |
| Canalización a los servicios de tratamiento | 123 |
| Ejercicio 2 | |
| Asesoría con UDI | 123 |
| Ejercicio 3 | |
| Características y comportamientos de las y los adictos | 125 |

| | |
|---|------------|
| Ejercicio 4 | |
| Estudio de caso I | 126 |
| Ejercicio 5 | |
| Estudio de caso II | 127 |
| Ejercicio 6 | |
| ¿Qué es el trabajo de campo? | 130 |
| Ejercicio 7 | |
| Obstáculos para el trabajo de campo en la prevención del VIH/SIDA | 131 |
| Ejercicio 8 | |
| Formas en las que se pueden eliminar los obstáculos para el trabajo de campo en la prevención del VIH/SIDA | 132 |
| Actividades de orientación para motivar y mantener a usuarias y usuarios dentro del programa de mitigación | 134 |
| Actividad 1 | |
| Algunas guías para que presente “su historia de adicción” | 134 |
| Actividad 2 | |
| La lista de “apoyo y amistades” | 135 |
| Actividad 3 | |
| Técnicas personales | 136 |
| Actividad 4 | |
| Los diez peligros más comunes | 138 |
| REFERENCIAS | 141 |

Introducción

La asociación que existe entre el consumo de drogas y la infección por el VIH/SIDA representa una problemática que preocupa a la sociedad, tanto en el ámbito nacional como en el internacional; a gobiernos, grupos e instituciones sociales y privadas de diferentes sectores, y de manera particular a las del sector salud. Su atención involucra a diferentes organismos internacionales que trabajan con el propósito de definir estrategias para evitar, o al menos limitar, los efectos de la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones entre consumidores de drogas.

Las investigaciones han reflejado que el consumo de drogas desempeña un papel importante en la propagación de la infección por el VIH/SIDA. Considerando que el uso compartido de agujas y jeringas contaminadas es la forma de transmisión más recurrente, así como de otros virus entre los que se encuentran el de la hepatitis B o C, debido a que la usuaria o el usuario de drogas inyectadas (UDI) está frecuentemente ligado a redes de servicio sexual y al intercambio de equipo de inyección.

En la actualidad, 136 países han informado que existen en su territorio UDI, y en 114 de ellos se ha identificado la infección por el VIH/SIDA. En países de Asia, América y Europa esa asociación se considera como de las principales formas de transmisión de la infección por el VIH/SIDA.¹

En México, hasta el 30 de Junio del año 2008 existían 121,718 casos acumulados de SIDA. Asimismo, los casos de SIDA asociados al uso de drogas inyectadas no plantean todavía un problema grave en nuestro país (1.2% de casos a nivel nacional), sin embargo, las tendencias señalan que cada vez es más frecuente el consumo de drogas inyectadas como la heroína o la cocaína², lo cual aumenta el riesgo de la diseminación del virus. El empleo de jeringas contaminadas entre embarazadas también puede contribuir al aumento de la transmisión del VIH/SIDA a sus hijas e hijos.

Instrumentar intervenciones para prevenir el VIH/SIDA entre las y los UDI es una cuestión de salud pública que enfrentan las autoridades responsables de la política de salud. La prevención del VIH/SIDA y de los comportamientos de riesgo incluye múltiples estrategias: la educación y sensibilización sobre VIH/SIDA, tanto para UDI como para personal de salud, fortaleciendo la consejería sobre el VIH/SIDA y consumo de drogas, acceso a condones, a equipo limpio de inyección, al tratamiento de los usuarios de drogas y a los sistemas de referencia hacia otros servicios que puede requerir un consumidor de drogas.

En el año de 1974, el Comité de Expertos en Fármacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 20ª reunión concluyó y publicó que habría que “reducir la gravedad de los problemas individuales y sociales relacionados con el uso de diversos tipos de drogas causantes de dependencia”.

Para 1993, el Comité publicó que la utilización del concepto como mitigación de daños o riesgo había ganado terreno en el último decenio. El concepto dominante en la 20ª reunión correspondiente a “prevenir los problemas relacionados con el uso de drogas psicoactivas que causan dependencia”, ha sido presentado por algunos de los sectores de investigación, prevención y tratamiento como “minimización del daño” o “reducción del daño”. Este planteamiento se ha contrastado con el de “reducir el consumo de drogas”,³ son ejemplos de estrategias de reducción del daño, la provisión de metadona y los programas de intercambio de agujas para los usuarios de heroína a fin de reducir el riesgo de infección por el VIH, la provisión de parches de nicotina para los consumidores de tabaco y las tentativas de reducir la intoxicación alcohólica o sus posibles consecuencias, modificando el medio en que la gente bebe.

El mismo Comité expresó que es posible que se generen inquietudes respecto de este enfoque, las cuales se pueden disipar si se enfatiza que estarían dirigidas a personas que ya están afectadas por el consumo riesgoso de drogas, y que pese a ello, el sector de la salud pública siempre debe estar a favor de reducir los daños inmediatos relacionados con las drogas, incluso si esto pudiera verse como aceptación del uso de drogas.

En el caso de drogas ilegales, las estrategias de mitigación del daño abarcan una amplia gama de respuestas ante la inyección de drogas que podemos englobar en dos vertientes:

Las que estarían ubicadas en la necesidad de prevenir la adquisición de infecciones asociadas a la inyección de drogas tales como infecciones vasculares y cutáneas; la transmisión del VIH y otras ITS, las hepatitis B y C, los daños por sobredosis y formas específicas de consumo de drogas.

Aquellas asociadas a prevenir prácticas sexuales sin protección entre estas personas que consuman drogas, ya que también representan un aspecto importante de la mitigación del daño.

Para la operación de las acciones entre estos grupos se requiere del acercamiento de autoridades sanitarias, educativas y judiciales, así como de las agrupaciones de consumidores o exconsumidores de drogas, para lograr una respuesta que integre las diferentes necesidades de atención.

La estrategia de reducción de la demanda incluye una amplia variedad de acciones preventivas, como las dirigidas a poblaciones que aún no consumen sustancias, con el fin de evitar que inicien dicha práctica; otras se dirigen a las personas que ya utilizan sustancias, sean o no adictas, y pretenden prevenir que se produzca un daño mayor, proporcionándoles consejería o tratamiento oportuno; finalmente, otras acciones se dirigen a la detección oportuna de los adictos para proporcionarles tratamiento y programas de rehabilitación que pueden incluir consejería sobre uso de drogas y sobre el VIH/SIDA.

Una forma importante de reducir la demanda de sustancias y reducir riesgos de infección con el VIH es el tratamiento por consumo de drogas. Pero es necesario reconocer que el camino hacia la recuperación no es sencillo, que se presentan con frecuencia recaídas y que se requiere de mucho esfuerzo para dejar de consumirlas y evitar los riesgos de adquirir infecciones como la del VIH/SIDA en este proceso.

Las experiencias que se reportan internacionalmente en la literatura y de organismos internacionales,⁴ señalan que la estrategia de “reducción

del daño” se ha convertido en una alternativa de salud pública viable en un gran número de países dentro de las acciones de la política de reducción de la demanda, incidiendo indiscutiblemente en la reducción de la morbi-mortalidad asociada. La misma Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) ha publicado lineamientos para operar programas de intercambio de jeringas considerando un amplio rango de evidencias científicas avaladas por esta organización⁵, o posicionamientos favorables al tratamiento sustitutivo basado en metadona como estrategias de reducción del daño.⁶

Entre las estrategias instrumentadas para la mitigación del daño producido por el consumo inyectable de sustancias, está la distribución o intercambio de jeringas usadas por nuevas y el reparto de condones entre las y los UDI, mismas que han sido practicadas en diferentes países, como los de la ex Unión Soviética, la India, Inglaterra y España. En América Latina el país que más avanza en este sentido es Brasil, seguido por Argentina. En Canadá y los Estados Unidos también existen estos programas. En México un organismo de la sociedad civil realiza cotidianamente este trabajo en Ciudad Juárez con resultados importantes.

Es por ello que, para mejorar la calidad de vida de los dependientes de drogas y prevenir consecuencias adversas asociadas al consumo, el intercambio de jeringas debe incluirse en los programas de atención de estas poblaciones, pero necesariamente dentro de un abordaje integral, que contemple educación y consejería referente al VIH/SIDA, educación y consejería sobre consumo de drogas, así como las referencias a las alternativas de tratamiento y servicios asistenciales existentes.

Las estrategias de reducción del daño que contemplan intercambio de jeringas no aumentan el consumo de sustancias, de hecho, existen numerosas evidencias que fundamentan los beneficios en el abatimiento de la epidemia de VIH/SIDA al proveer, dentro del marco de un programa integral, material estéril de inyección en conjunto con educación para la salud y entrevistas motivacionales para la promoción de tratamiento, sin que exista, en ningún caso, aumento en el consumo de drogas.

Seis evaluaciones, financiadas por el gobierno de los Estados Unidos, señalan que, efectivamente, los programas de intercambio de jeringas reducen la transmisión del VIH, sin que haya aumento en el consumo de drogas.⁷

Otra revisión señala que de 42 estudios realizados, en 28 de ellos los efectos del programa de intercambio de jeringas fueron positivos y en los 14 restantes no encontraron efectos negativos.⁸

El Programa Internacional para el Control de Drogas de las Naciones Unidas (UNDCP) reporta que el intercambio de jeringas reduce el comportamiento de riesgo y la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones, y ha probado fehacientemente que no aumenta el consumo de sustancias inyectadas.⁹

Esta afirmación también es avalada por el Comité de Expertos en Fármaco-dependencia de la OMS, el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA),¹⁰ entre otras importantes instituciones que han investigado en forma exhaustiva la vinculación del consumo de drogas con comportamientos de riesgo, como prácticas sexuales sin protección y/o el compartir jeringas y demás parafernalia para el consumo de drogas inyectadas como la heroína, cocaína, *speed ball* entre otras sustancias.

De igual forma, tanto el Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos, como La Estrategia Antidrogas de Canadá y el Consejo Internacional Sobre Alcohol y Adicciones,¹¹ entre otros, se han pronunciado en favor de la reducción del riesgo como parte integral de un programa de prevención del VIH y otras infecciones, subrayando que la estrategia reduce en forma efectiva el compartir jeringas y previene la diseminación del VIH y otros virus.

Las y los UDI son personas vinculadas con otros grupos sociales no usuarios de drogas inyectadas, con los que llegan a tener relaciones sexuales, ya sea constituyendo parejas relativamente estables, ocasionales o comprando y/o vendiendo sexo. El uso del condón es una de las medidas prioritarias de toda estrategia de reducción del daño que busca proteger tanto al UDI como a la población con la cual se relaciona sexualmente.

El término “mitigación del daño” y en especial el componente de intercambio de jeringas son nuevos en México, algunos tomadores de decisiones lo aceptan y otros lo rechazan abiertamente; genera, principalmente, sentimientos de rechazo sustentados en valores morales de fuerte arraigo. Con los organismos de la sociedad civil con trabajo en drogas sucede algo semejante. En el caso de los servidores públicos y de organismos sociales que trabajan directamente con las y los UDI sucede lo mismo, situación que en algunos de los casos ha llevado a la negativa de servicios o al retraso para proporcionarlos.

Es por esto que se plantea un reto de gran relevancia: continuar educando y “sensibilizando” a las y los responsables de las instituciones oficiales y de la sociedad civil que abordan a UDI. Son más vulnerables al consumo de drogas y al VIH/SIDA cuando la pobreza y la falta de oportunidades de educación o empleo conducen a medidas desesperadas, como el consumo de drogas.

El estigma, la discriminación y la criminalización hacia las y los UDI dificultan que las personas usuarias de servicios se acerquen a las instituciones a recibir atención, así como la instauración y ejecución de acciones preventivas. Todo ello genera un proceso de marginación para la consumidora o consumidor de drogas. Por lo cual, el fomento de una cultura de respeto a lo derechos humanos es esencial en la prevención del VIH/SIDA y del consumo de drogas.

Una de las primeras tareas a realizar es brindar consejería sobre el VIH/SIDA y el consumo de drogas en los centros de tratamiento (gubernamentales y de la sociedad civil) a donde acuden UDI, así como en los Centros de Rehabilitación Social a consumidores de drogas privados de la libertad, si quienes tienen que hacer este trabajo, por ejemplo, no están dispuestos o convencidos de la necesidad de hacerlo las acciones preventivas pueden tener un alcance reducido.

En la práctica sucede que, tanto en organismos gubernamentales como en los de la sociedad civil, existen personas que se dedican al trabajo de prevención y rehabilitación con usuarias y usuarios de diferentes tipos de drogas, y por otra parte existen personas que trabajan en la prevención del

VIH/SIDA y/o asistencia a personas que viven con el VIH/SIDA (PVVIH/SIDA). Difícilmente se encuentra personal suficientemente capacitado en las dos materias y que tengan un trabajo conjunto y vinculado en ambos problemas.

El presente Manual es una propuesta para subsanar esta carencia de personal capacitado que se vincule con ambas problemáticas, y forma parte de la estrategia de intervención educativa que desarrolla el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) hacia UDI, identificado como grupo vulnerable para contraer el VIH/SIDA, conjuntando la información que se ha generado de la investigación nacional e internacional con metodología cuantitativa y cualitativa, y la experiencia de varios años de trabajo de campo en la rehabilitación de usuarios de drogas inyectadas del Programa Compañeros, A.C., de Ciudad Juárez, Chihuahua.

La directriz planteada como estrategia de esta propuesta de intervención es capacitar a personas vinculadas al trabajo de VIH/SIDA y adicciones para que realicen programas de reducción del daño con UDI, dando prioridad a cuatro acciones, promoviendo:

- 1) El ingreso a tratamiento de usuarios de drogas.
- 2) La no reutilización de jeringas.
- 3) El uso correcto y consistente del condón en las relaciones sexuales.
- 4) La limpieza adecuada de agujas y jeringas, sólo en caso de no disponer de jeringas nuevas, sin usar.
- 5) Acercamiento de servicios de salud y oferta de prueba de detección del VIH con consejería.

Los talleres que se efectúen basándose en este Manual serán dirigidos principalmente a personas de organismos gubernamentales y no gubernamentales cuyo trabajo esté vinculado a las problemáticas de VIH/SIDA y al de las adicciones.

Asimismo, los objetivos generales establecen que se debe brindar al participante la orientación necesaria mediante las herramientas que plantea para que:

- 1) Obtenga la información básica sobre el VIH/SIDA y adicciones, principalmente sobre el uso de drogas inyectadas, así como la interacción de ambas problemáticas.
- 2) Adquiera los elementos necesarios para desarrollar un programa de mitigación del daño ocasionado por el consumo de drogas, incluyendo las inyectadas.

Para cumplir con estos objetivos este Manual consta de cinco capítulos; los cuatros primeros son materiales de información básica sobre el VIH/SIDA, adicciones y la presentación del programa de reducción del daño y su respectivo trabajo de campo. En el quinto capítulo se describen una serie de ejercicios para desarrollar y analizar dentro del curso y también ejercicios para aplicar en un programa de reducción del daño con usuarios de drogas inyectadas.

Objetivos generales

Al final del curso, el participante:

- Habrá obtenido la información básica sobre el VIH/SIDA y adicciones, y primordialmente lo referente al uso de drogas inyectadas, así como de la interacción de ambas problemáticas
- Conocerá y contará con los elementos necesarios para desarrollar un programa de mitigación del daño ocasionado por el consumo de drogas, incluyendo las drogas inyectadas

Capítulo I

Conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

¿Qué es el SIDA?

El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y comprende una serie de enfermedades oportunistas asociadas a inmunosupresión causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual provoca la destrucción de las defensas naturales del cuerpo (sistema inmunológico) que el organismo tiene contra los virus, bacterias, hongos, parásitos o protozoarios que lo pueden atacar y enfermar, y afecta a mujeres y hombres de cualquier edad, sin importar su raza, religión, orientación sexual, nivel socioeconómico o nacionalidad.

Es, además, se ha manifestado en un conjunto de problemas sociales, culturales, económicos y sanitarios que impacta en diferentes planos: personal, de pareja, familia, comunitario, de todos los seres humanos en todo el mundo.

¿Qué significa VIH?

| | | |
|---|------------------------------|--|
| V | Virus | Organismo muy pequeño (no lo podemos ver a simple vista) que se reproduce invadiendo las células de nuestro cuerpo |
| I | (de la) Inmunodeficiencia | Provoca el debilitamiento del sistema de defensa de nuestro cuerpo |
| H | Humana | Sólo afecta a los seres humanos |

¿Qué significa SIDA?

| | | |
|---|-------------|--|
| S | Síndrome | Conjunto de síntomas y signos |
| I | de Inmuno | Debilitamiento importante del sistema de defensa de nuestro cuerpo |
| D | Deficiencia | |
| A | Adquirida | No es hereditaria |

¿Cuál es la causa del SIDA?

A nivel individual el VIH produce una infección que afecta al sistema de defensas del organismo humano, y se transmite sólo en la especie humana a través de la vía sanguínea (sangre o sus derivados infectados con el VIH), sexual (líquidos sexuales, semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales) y perinatal (de una mujer con VIH a su futuro bebé). Si la infección evoluciona puede causar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Éste constituye el cuadro final de la infección por VIH.

Hasta la fecha no existe protección específica como una vacuna pero sí un conjunto de medicamentos, que junto a un tratamiento integral oportuno, permite una calidad de vida digna. Existen medidas de prevención para cada forma de transmisión. La vía de mayor impacto actual es la sexual.

¿Qué es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)?

Existen virus con la capacidad de afectar al sistema respiratorio (como puede ser el virus de la gripe), otros afectan a órganos específicos (como el virus de la hepatitis); la peculiaridad del VIH es que afecta las células del sistema inmunológico y se encuentra en la sangre, líquidos sexuales (líquido preeyaculatorio, semen, líquidos vaginales y sangre menstrual) y leche materna con capacidad de infectar. Una vez dentro de las células de defensa humanas, el VIH las utiliza para poder vivir, replicarse y finalmente las destruye; cada virus nuevo repetirá este mismo proceso con otras células de defensa sanas.

¿Cómo se transmite el VIH?

Para que una persona pueda adquirir el VIH es necesario que los líquidos infectantes: sangre, líquido preeyaculatorio, semen, líquidos vaginales y leche materna tengan contacto con alguna vía de acceso al cuerpo, como es el caso de las mucosas (piel delgada y húmeda que recubre algunos órganos) de pene, vagina, ano y boca, y de las heridas abiertas. Estas vías son: la sanguínea, perinatal y sexual.

Sanguínea

Por transfusiones de sangre o trasplante de órganos con VIH, compartir agujas (usuarios de drogas inyectadas o tatuajes, perforación de orejas o acupuntura) que han sido utilizadas con anterioridad y no fueron esterilizadas previamente.

Por reusar instrumental médico y quirúrgico, ginecológico, odontológico y los utilizados en las estéticas (navajas de rasurar, tijeras e instrumentos de manicure y pedicure) sin esterilizar.

Por compartir rastrillos, cepillos de dientes o cualquier objeto punzocortante sin esterilizar.

Perinatal

Lo puede transmitir una mujer embarazada con VIH a su hija o hijo cuando está en el útero, durante el nacimiento o parto, con la alimentación del seno materno (lactancia)

La edición actualizada de la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, recomienda el uso de tratamiento triple (TARAA) en mujeres embarazadas infectadas, reduciendo la transmisión de madre-hijo en más del 98%.¹²

Todas las mujeres embarazadas con infección de VIH tienen el derecho de ser informadas sobre los riesgos y beneficios para ella y el bebé del tratamiento antirretroviral. En México existe la posibilidad de tratamiento

combinado para todas las mujeres infectadas de VIH durante y después del embarazo, así como para los menores.

Sexual

Penetración anal sin protección: la mucosa del recto puede absorber al VIH fácilmente por su estructura y cercanía de las venas hemorroidales y rápidamente llevarlo al torrente sanguíneo. Quien penetra sin protección puede adquirir el VIH debido a que la mucosa del pene puede tener contacto con líquidos infectantes y pasar al torrente sanguíneo. Esta vía sin protección es altamente riesgosa para la transmisión del VIH.

Penetración vaginal sin protección: el VIH del líquido preeyaculatorio y/o del semen puede entrar al torrente sanguíneo a través de la mucosa vaginal directamente aun sin la presencia de heridas. El contacto de la mucosa del pene con los líquidos sexuales vaginales y/o sangre menstrual con VIH también puede producir la infección.

Penetración oral sin protección (PENE-BOCA): existe riesgo de transmisión si la mucosa de la boca tiene contacto con líquidos infectantes. Además, si existe alguna herida y se pone en contacto con los líquidos infectantes, aumenta la probabilidad de transmisión.

Sexo oral (BOCA-VAGINA): si los líquidos sexuales vaginales con VIH llegan a la boca pueden transmitir el VIH. Puede aumentar el riesgo si la mujer está menstruando.

Contacto BOCA-ANO: puede haber transmisión de VIH cuando en la boca o en el ano hay presencia de líquidos infectantes.

| | |
|---------------------|-------------------------------------|
| Penetración anal | Pene-ano |
| Penetración vaginal | Pene-vagina |
| Sexo oral | boca-pene boca-ano boca-vulva |

¿Cómo no se transmite el VIH?

El contacto casual con personas que viven con el VIH o con el SIDA no provoca la transmisión. Entiéndase por contacto casual todo tipo de acercamiento cotidiano, tales como saludo de mano, besos y abrazos, compartir alimentos, utensilios domésticos como los de cocina (vasos, platos, cubiertos, etc.) o teléfonos, ropa o sanitarios y albercas; tampoco se da la transmisión del VIH por compartir el mismo sitio de trabajo, estudio o medios de transporte.

Tampoco se han registrado casos de transmisión por piquetes de mosquito o contacto con saliva (salpicaduras por tos o estornudos), lágrimas, sudor u otro fluido corporal que no sea alguno de los líquidos infectantes mencionados. También habrá que destacar que donar sangre no representa riesgo para la transmisión del VIH.

No se transmite:

- Por besos
- Por saludar de mano
- Por sudor
- Por compartir utensilios de cocina (platos, vasos, cubiertos, tazas, etcétera)
- Por dormir con alguien que es portadora o portador del virus sin tener relaciones sexuales
- Por lágrimas
- Por insectos
- Por animales
- En los autobuses
- En los baños
- En la escuela
- En el trabajo
- En la alberca o piscina

¿Cuáles son las formas de detección?

Sólo se puede constatar la infección por VIH a través de pruebas de detección sanguínea, donde se hace evidente la presencia de anticuerpos del VIH en la sangre.

Cada persona debe contar con información básica, suficiente y consejería previa para tomar una decisión voluntaria individual y/o de pareja acerca de practicarse o no la prueba de detección de manera voluntaria. Y consejería posterior, en el caso de decidir realizarse la prueba, independientemente del resultado.

Está contemplado en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana la no obligatoriedad de la aplicación de la prueba de detección para VIH bajo ninguna circunstancia (no puede ser un requisito laboral, escolar, etc.).

La confidencialidad durante la toma de muestra sanguínea, el trato cálido y respetuoso del personal de salud son esenciales para mantener absoluta discreción respecto del resultado de las pruebas de detección para evitar consecuencias negativas respecto de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

El SIDA no es autodiagnosticable. Sólo puede ser diagnosticado clínicamente por un médico capacitado y apoyado en las pruebas específicas de detección del VIH.

¿Quién es VIH positivo?

Hay personas que viven con el VIH, y la mayoría ignoran que viven con él, porque no han desarrollado síntomas. A estas personas se les conoce como personas VIH positivas o personas que viven con el VIH, lo que significa que en su sangre se han encontrado anticuerpos para el VIH.

Estas personas pueden tener una apariencia totalmente sana y no presentar síntoma alguno por varios años, pero sí pueden transmitir la infección por VIH a otras personas que no tengan el virus y/o reinfectar a personas que viven con el VIH/SIDA o reinfectarse.

Algunas de estas personas que viven con el VIH pueden pasar por diferentes etapas de la historia natural de la infección por VIH, que se caracteriza por la aparición de enfermedades y/o infecciones recurrentes, cuando el

sistema de defensas se encuentra muy deteriorado se puede producir el llamado síndrome de desgaste que consiste en fiebre elevada (calenturas) de más de un mes de duración, así como diarreas persistentes y ambas sin otra causa conocida. Estos padecimientos pueden originar pérdida de peso de más del 10% del peso corporal por mes.

Cada persona presentará síntomas diferentes porque tiene afecciones diferentes. Por lo tanto, como cada órgano, aparato o sistema del cuerpo humano puede afectarse de manera distinta cuando el organismo se encuentra tan desgastado, los microbios invaden fácilmente y se instalan ocasionando, por ejemplo, infecciones del sistema nervioso, la boca y aparato digestivo, la piel, neumonías y cánceres. No existen síntomas “del SIDA” sino personas que desarrollan una evolución particular según sus condiciones de vida. Muchas veces las personas ignoran que sus padecimientos son causados por el VIH, lo cual impide que tomen precauciones para evitar la transmisión y para cuidar su propia salud.

¿Quién tiene SIDA?

El SIDA es la etapa final de la infección por el VIH. Es cuando ya empiezan las manifestaciones de la enfermedad. Las defensas ya están bajas, el organismo con ayuda de medicamentos antirretrovirales puede mejorar el estado de salud, controlar la infección. Hablar de SIDA YA NO ES SINÓNIMO DE MUERTE con los medicamentos actuales la infección puede convertirse en un mal crónico y controlable.

¿Qué diferencia hay entre ser VIH positivo y tener SIDA?

Esta es una pregunta que frecuente se hace la mayoría de las personas, ya que confunde el hecho de vivir con el VIH y haber desarrollado el SIDA. Realmente hay una gran diferencia. Las personas con el SIDA representan una parte de todas las personas que viven con el VIH.

Una persona VIH positiva o que vive con el virus, cursa la mayor parte de la infección asintóticamente, aunque es uno de los conceptos de más difícil asimilación. Lo que sí es importante destacar es que tanto una perso-

na VIH positiva ya sea asintomática o con el síndrome desarrollado puede infectar a otras personas si no se toman las precauciones pertinentes.

¿Cómo se puede prevenir el riesgo de infección por vía sexual?

La prevención se facilita en la medida en que las personas puedan elegir una protección para sus prácticas sexuales. La prevención es un derecho y una responsabilidad compartida por todas y todos.

Las medidas que generalmente se sugieren para disminuir el riesgo de transmisión del VIH son:

1. Abstinencia sexual informada en prevención. La abstinencia sexual, como cualquier otra decisión, puede cambiar y abandonarse en cualquier momento, por ello se sugiere la información de otras formas de prevención con el fin de estar preparados para cuando se decida modificar la práctica sexual. A fin de cuentas nunca está de más el conocimiento y sobre todo cuando está de por medio la salud.
2. Reduce las probabilidades de una infección por VIH mantener una pareja sexual única basada en la comunicación honesta, la confianza y asegurando que ambos no estén infectados.
3. Uso correcto y sistemático del condón masculino de látex y/o el condón femenino de poliuretano, en todas las relaciones sexuales con penetración con hombres y/o mujeres.
4. Uso correcto y sistemático del condón masculino de látex y el condón femenino de poliuretano, en todas las relaciones sexuales con penetración con hombres y/o mujeres.
5. Uso correcto y sistemático del condón masculino de látex (en todas las relaciones sexuales con penetración con todas las personas).

En caso de que las dos primeras medidas no puedan llevarse a cabo, pueden realizarse aquellas técnicas conocidas como sexo seguro y sexo protegido.

El primero se refiere a prácticas sexuales sin penetración y por lo mismo sin riesgo de contacto entre líquidos infectantes y mucosas de otra persona: besos, caricias, abrazos, autoerotismo (masturbación), estimulación mutua, masajes y frotamiento. Al no existir contacto entre líquidos infectantes y mucosas, no existe riesgo de transmisión del VIH, de ahí su nombre: sexo seguro.

El sexo protegido, consiste en el uso correcto y sistemático (siempre) de barreras plásticas y/o de látex, condones o preservativos para cualquier tipo de actividad sexual donde pudiera haber contacto de líquidos infectantes con mucosas. Si bien el uso de estas técnicas no garantiza totalmente la prevención de la transmisión del virus por el margen de error en su uso, practicarlas siempre de forma adecuada es el método más eficaz para evitar la transmisión del VIH.

¿Cómo prevenir la transmisión del VIH/SIDA por vía sanguínea?

Se debe exigir sangre segura para las transfusiones, llamada así debido a que es analizada previamente. Tiene una etiqueta verde que indica ausencia de infección por VIH.

También debe ser analizado previamente todo órgano para ser transplantado (riñón, córneas, corazón, médula, hígado, etc.).

Es recomendable usar guantes de látex o poliuretano en caso de manejo de personas heridas con sangrado (puede usarse cualquier aislante como bolsa de plástico).

Otra forma de prevenir esta forma de transmisión consiste en utilizar agujas y jeringas desechables. Los UDI tienen algunas opciones: dejar de inyectarse, usar agujas nuevas, usar agujas limpias esterilizadas y no compartir las jeringas sino utilizarlas de manera individual.

Los tatuajistas, pedicuristas y manicuristas, estilistas, acupunturistas, perforadores con aretes y similares también deben someter a esterilización cualquier material punzocortante que vaya a ser utilizado en tejidos humanos, al igual que los cirujanos, ginecólogos y odontólogos para no transmitir el VIH de una persona a otra.

Hay que evitar los pactos de sangre, porque este intercambio puede producir la infección por VIH.

¿Puede una mujer infectada embarazarse sin riesgo de transmitir el VIH a su hija o hijo?

La mujer con el VIH debe tomar la decisión de embarazarse o no, individualmente y/o con o sin su pareja, después de informarse conscientemente sobre los riesgos: Si la gestante infectada no se realizó ningún tratamiento, la probabilidad de transmisión de la infección a su hijo es del 40%.¹³ Si se utiliza lactancia artificial el riesgo varía de entre 30% y 15%, con lactancia materna de un 30% a 45%. Si se usan maniobras intensivas que incluyan antirretrovirales, la cesárea electiva en la semana 38 y la lactancia materna la probabilidad de transmisión del VIH puede reducirse hasta el 2%.¹⁴ En las mujeres que reciben TARAA se han encontrado niveles de transmisión menores de 1.2% cuando la carga viral es indetectable o <1000 copias.¹⁵

Estos son elementos para y reflexionar sobre las posibles consecuencias de su decisión. Además, el embarazo puede acelerar el desarrollo de su sintomatología.

La persona con VIH debe responsabilizarse para evitar transmitírselo a su pareja.

De acuerdo con las normas internacionales en México se recomienda el nacimiento por cesárea solo o en combinación con el tratamiento profiláctico con antirretrovirales, ya que reduce significativamente la transmisión perinatal del virus; por lo que siempre que la salud de la madre lo permita deberá programarse una cesárea electiva.

¿Puede una mujer infectada amamantar a su hija o hijo sin riesgo de transmitir el VIH?

“La lactancia materna para los hijos de las mujeres con VIH es una importante fuente de transmisión del virus. Alrededor de 15 a 25% de los

hijos de mujeres con VIH serán infectados durante el embarazo o el parto, y de 5 a 20% podrían ser infectados durante la lactancia, (CENSIDA, 2007)”. Las instituciones del Sector Salud deben garantizar la alimentación artificial para los hijos de mexicanas infectadas y disminuir el riesgo de infección de la lactancia materna.

¿Qué son las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

Son un grupo de infecciones que se adquieren a través de las relaciones sexuales vaginales, orales o anales no protegidas (sin usar condón), por transfusiones sanguíneas y de la mujer a su bebé durante el embarazo, parto o lactancia.

También son conocidas como enfermedades de transmisión sexual, venéreas o enfermedades ocultas.

¿Cuáles son las ITS?

| | |
|--|---|
| ITS que producen flujo o secreción vaginal, uretral, anal o en boca (faringe) | 1) Gonorrea 2) Clamidia 3) Tricomoniasis 4) Vaginosis bacteriana |
| ITS que producen llagas o úlceras, en vagina, uretra, ano o boca | 1) Sífilis 2) Herpes genital 3) Chancroide |
| ITS que produce verrugas, crestas o tumoraciones en piel, y mucosas en órganos sexuales o boca | 1) Condilomas acuminados |
| ITS que provoca ataque al sistema de defensa del cuerpo | 1) VIH |

¿Entre el hombre y la mujer quién tiene más riesgo de infección?

Las personas con mayor riesgo de infectarse son quienes piensan que el SIDA es una enfermedad de ciertos grupos a los cuales no pertenecen y por

tanto creen no tener en realidad ningún peligro. En el trabajo con mujeres, es recomendable que quien se encargue de la coordinación de grupos se coloque en el lugar de las mujeres que le rodean para entenderlas y darse a entender mejor.

Es importante destacar el hecho de que la mujer tiene un mayor riesgo de infectarse por el VIH. Según la OMS, las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección que los hombres. Esto se explica por las siguientes tres razones:

Biológicas

Varios estudios han demostrado que en relaciones heterosexuales la mujer tiene mayor riesgo de contagiarse por el VIH debido a que:

- Los fluidos corporales con mayor cantidad de células capaces de alojar al VIH son los más infectantes y el semen es más rico en células que los fluidos vaginales; por tanto, el semen es más infectante.
- El epitelio de la mucosa vaginal y rectal es mucho más susceptible de infectarse con el VIH que la piel con que está cubierto el pene.
- En el semen se mantiene el VIH vivo por más tiempo que en los fluidos, por lo tanto, la exposición de la mujer al riesgo de ser infectada es mayor que el del hombre.
- La existencia de otras infecciones de transmisión sexual (hongos, tricomonas, etc.) aumenta la posibilidad de que el VIH entre al organismo.

Epidemiológicas

- Es muy frecuente que las mujeres tengan relaciones sexuales con hombres de mayor edad que ellas, lo cual implica que ellos han estado más expuestos al riesgo de contraer VIH/SIDA por haber tenido más parejas sexuales. Esto aumenta la probabilidad de que sea el hombre quien lo transmita a la mujer.

- Las mujeres suelen necesitar transfusiones sanguíneas más frecuentemente que los hombres por las complicaciones del embarazo o parto. Esto las sitúa en riesgo de infectarse.

Socioculturales

Estos factores son tal vez los que ponen en mayor desventaja a la mujer en relación con el riesgo de infección de VIH.

- La mujer debido a aspectos culturales, religiosos y sociales tiene en casi todos los casos menor poder de decisión sobre su cuerpo y su sexualidad.
- Por ello, el tomar medidas de prevención le resulta más difícil, tiene un margen más estrecho para negociar el uso del condón cuando no puede manifestar abiertamente su sexualidad, y depende de los deseos del marido, pareja o compañero sexual.

¿Cuál es la Relación del SIDA con el alcohol y otras drogas?

Cuando una persona bebe alcohol y/o ingiere, fuma, inhala o se inyecta alguna droga, puede perder los mecanismos que le permiten percibir y evitar riesgos: ve afectada su capacidad para evitar alguna situación que implique un riesgo sexual. Por ejemplo, algunos usuarios de drogas pueden tener relaciones sexuales a cambio de drogas o para obtener dinero y poder comprar sus dosis. Desde hace más de una década se documentó el riesgo de adquirir el VIH en relaciones sexuales desprotegidas de usuarios de crack.^{16, 17, 18} Por ello es que se hace hincapié en el peligro de consumir alcohol u otras drogas en los momentos previos a tener una relación sexual.

La vigilancia y prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en consumidores de drogas se ha concentrado en inyectores de droga, lo cual se explica por la magnitud de la epidemia de VIH en UDI, sin embargo, también otros usuarios de drogas (no inyectores) pueden tener un riesgo elevado de adquirir y/o difundir ese tipo de infecciones, principalmente los que consumen anfetaminas o metanfetaminas, clorhidrato de cocaína por vía inhalada o fuman crack.

Las relaciones sexuales desprotegidas con usuario de drogas que practica conductas de riesgo es un importante factor para adquirir y o transmitir el VIH. Sasse *et al.*⁶ estimaron que la probabilidad de infectarse con el VIH con un consumidor de drogas que tiene prácticas de riesgo es casi el doble (1.73) que con una persona usuaria sin prácticas de riesgo o con un no usuario

En nuestro país los casos de SIDA asociados al uso de drogas inyectadas no plantean todavía un problema grave (1% de casos de SIDA a nivel nacional), ya que la drogadicción intravenosa es poco frecuente a diferencia de los Estados Unidos, donde el 35% de los casos de SIDA fueron directa o indirectamente asociados con la inyección de drogas. En México las jeringas se pueden adquirir en cualquier farmacia, y en algunas otras partes del mundo sólo se obtienen con receta médica.

¿Cómo pueden los usuarios de drogas reducir riesgos de contraer el VIH/SIDA?

La manera más eficaz de reducir sus riesgos de contraer el VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por la sangre, incluyendo la hepatitis B y hepatitis C es que dejen de usar drogas, incluidas las inyectables. Pero no todo usuario puede dejar de consumir drogas, y muchos de los que suspenden ese consumo pueden tener recaídas.

Para protegerse contra el VIH y otras infecciones están disponibles diferentes estrategias para personas que se inyectan o podrían inyectarse drogas en lo futuro.

- Dejando de usar y/o de inyectarse las drogas.
- Ingresar y completar algún tratamiento contra adicciones, que incluya prevención de posibles recaídas.
- Si continúa inyectándose drogas se sugieren los siguientes pasos:
 - No reutilizar o a “compartir” jeringas, el agua o partes del equipo para preparación de drogas.

- Si se va a inyectar utilizar solamente jeringas nuevas, estériles obtenidas de farmacias, por ejemplo.
- Use agua inyectable para preparar las soluciones de droga, en caso contrario, use agua limpia como la embotellada para beber, por ejemplo.
- Usar una cuchara o contenedor nuevo, o desinfectarlo y un filtro nuevo (“algodón”) para preparar las drogas.
- Lávese las manos lo mejor posible antes de preparar la droga.
- De ser posible lávese con abundante agua y jabón las manos y el área y/o limpie el sitio de la inyección con un algodón nuevo con alcohol antes y después de inyectarse droga.
- Después de cada inyección deseche las jeringas en lugar seguro.

Además se puede advertir a los usuarios de drogas y parejas sexuales, sobre los riesgos del sexo desprotegido bajo los efectos de las drogas.

En los diferentes servicios de acceso a usuarios de drogas los proveedores deben estar capacitados para aprovechar los posibles contactos con esa población y sensibilizarlos sobre la reducción del riesgo. Actualmente un buen servicio contra las adicciones tiene que considerar actividades para evitar la transmisión del VIH y de otras infecciones como la hepatitis.

¿El tratamiento contra la adicción a drogas reduce el riesgo de adquirir el VIH?

De acuerdo con el NIDA el tratamiento para el abuso de drogas constituye una estrategia eficaz para la prevención la transmisión del VIH.¹⁹ Los usuarios de drogas en tratamiento al menos suspenden o reducen su consumo y otros comportamientos de riesgo como el compartir jeringas y el sexo sin protección. En los centros de tratamiento la población puede recibir información sobre el VIH y el SIDA, hepatitis, otras ITS, consejería, pruebas de

detección.²⁰ La disminución en el uso de la cocaína fue asociada con una disminución promedio del 40 por ciento del riesgo de infección con el VIH para ambos sexos y todos los grupos étnicos, principalmente como resultado de tener menos parejas sexuales y relaciones sexuales sin protección.²¹ Dentro del grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (homo y bisexuales) que abusaron de la metanfetamina, el tratamiento integral del comportamiento redujo los comportamientos sexuales de riesgo.²²

La más reciente evaluación de los centros de tratamiento por consumo de drogas de los Estados Unidos muestra, entre otros aspectos, que los pacientes disminuyen sus riesgos de infección del VIH todo paciente que toma un tratamiento y lo termina.²³

¿Puede el tratamiento por consumo de heroína basado en metadona favorecer la adherencia tratamiento antirretroviral contra el VIH?

Es ampliamente reconocido que el usuario de drogas inyectadas que vive con VIH/SIDA enfrenta diferentes dificultades para tener una óptima adherencia al tratamiento antirretroviral.^{24, 25} Aunque también hay otros enfoques que no han encontrado al consumo de drogas como factor consistentemente determinante de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.²⁶ El éxito del tratamiento antirretroviral de adictos a heroína requiere un tratamiento consistente contra las adicciones y el mejor considerado es el basado en metadona: se requiere de la atención de ambos padecimientos, la infección con VIH y la adicción a opiáceos generalmente con metadona.²⁷

Existen estudios que asocian el tratamiento basado en metadona con elevadas tasas de apego al tratamiento antirretroviral entre UDI con VIH. Con lo que se ha demostrado que la mortalidad entre UDI atribuida a la baja adherencia al tratamiento antirretroviral de UDI, puede ser mejorada con provisión de metadona a UDI infectados.²⁸

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ONUDD y el ONUSIDA presentaron conjuntamente un documento de deposición, en el punto 26 de su declaración señalan que la metadona es el medicamento más comúnmente usado para terapia de sustitución de opiáceos. Hay fuertes

evidencias que el tratamiento con metadona es efectivo en la reducción del consumo ilícito de drogas, reduce la mortalidad, el riesgo de infección del VIH, mejora el funcionamiento físico, mental, social y reduce la criminalidad.²⁹ En el punto 4 del mismo documento se señala que los inyectores de opiáceos enfrentan elevados riesgos de morir por sobredosis. Estudios longitudinales sugieren que aproximadamente entre el 2 y 3% mueren anualmente. Además, los usuarios de heroína tienen una tasa de mortalidad que es de entre 6 y 20 veces más que en la población general.

Estimaciones por parte de la OMS sugieren que hasta uno de tres presos en los reclusorios en varios países son usuarios de opiáceos (WHO, 2004).

Todo tratamiento contra el consumo de drogas tiene beneficios potenciales en la reducción de riesgos de adquirir y / o transmitir el VIH/SIDA. Tomando en cuenta un estudio de revisión de 100 artículos, la OMS concluye que el tratamiento por dependencia a drogas, es un componente importante de todos los programas de prevención de VIH/SIDA por su capacidad de reducir el uso de drogas, la frecuencia de inyección y las conductas de riesgo.³⁰ Este mismo estudio refiere que existen múltiples evidencias de que los tratamientos sustitutos como los basados en metadona favorecen la reducción de la transmisión del VIH.

Entre los usuarios de drogas, el inyectarse alguna sustancia con jeringa compartida los hace enfrentar riesgos de infección de VIH, hepatitis C e inclusive de infecciones cardiacas (endocarditis) y otras enfermedades. Algunos de estos temas los saben los UDI pero lo que muchos no saben es la administración médicamente controlada de metadona puede ayudarle a dejar de usar heroína y con ello a evitar muchos de los riesgos de adquirir y / o transmitir el VIH/SIDA y en caso de necesitar tratamiento antirretroviral favorecer la adherencia al mismo.

A la fecha ha quedado claro que la metadona puede prevenir los síntomas de la abstinencia y controlar la ansiedad por consumo de heroína del paciente adicto esa sustancia. Aunque no es un tratamiento perfecto, algunos de los aspectos que más se destacan del tratamiento con metadona es que:

- Previene los síntomas causados por la abstinencia de heroína. Lo cual es un argumento recurrente para no dejar de consumir heroína: “evitar el síndrome de abstinencia”. Ayuda a dejar la heroína sin sentir molestias de abstinencia lo cual facilita que el paciente desarrolle diferentes actividades como puede ser una ocupación remunerada y permanezca en tratamiento.
- Bloquea los efectos de la heroína. Si se utiliza heroína cuando está tomando metadona es más difícil que sienta los efectos de la heroína.

Todas las drogas, incluida la metadona, tienen efectos secundarios. Los principales efectos de la metadona son la constipación y sudor. Para la mayoría de las personas, estos efectos secundarios desaparecen con el tiempo.

Muchos médicos actualmente piensan que usar heroína con regularidad puede producir cambios. Como consecuencia de eso, muchos adictos a la heroína pueden sentir la necesidad física de un medicamento como la metadona todos los días, igual que un diabético puede necesitar inyecciones de insulina todos los días. La metadona es un tratamiento, no una cura. Para algunas personas este tratamiento les resulta útil durante un tiempo corto –hasta un año, más o menos–, pero la mayoría puede necesitar tomar metadona durante años, o incluso de por vida, aunque lo ideal es poder retirar el uso de metadona en un plazo adecuado a cada paciente.

La administración controlada de metadona al limitar o evitar los síntomas por abstinencia del consumo de opiáceos, favorece que el paciente reduzca o elimine comportamientos de riesgo de adquirir el VIH/SIDA como compartir agujas o tener relaciones sexuales para conseguir dinero y comprar la heroína, donde conseguir la dosis necesaria puede parecer más importante que tener relaciones sexuales con protección. Los programas de tratamiento para la tratar la adicción son la oportunidad de ofrecer consejería sobre VIH para destacar la importancia de no compartir agujas o jeringas y no tener relaciones sexuales sin protección.

La utilización de la metadona con los medicamentos antirretrovirales puede tener interacciones. En algunos casos quizá el medico tenga que

adaptar o cambiar el medicamento antirretroviral, si el paciente inicia tratamiento con metadona. Por otro lado, algunos medicamentos antirretrovirales para el VIH hacen que se consuma la metadona más rápidamente. Si esto ocurre, el paciente necesitaría una dosis más alta de metadona para seguir recibiendo la cantidad adecuada y detener las ansias de usar heroína y evitar el síndrome de abstinencia³¹ y algunos efectos indeseables que tienen que ser considerados por los médicos tratantes. Todo lo cual debe ser considerado en los aspectos éticos del abordaje de los pacientes en tratamiento.

El uso de tratamiento con metadona entre adictos a opiáceos ha demostrado que mejora la salud física y el funcionamiento social del paciente desde la misma reducción o desaparición del síndrome de abstinencia a sustancias como la heroína.^{32, 33, 34} La mejoría en estos dos aspectos son en diferentes variables comúnmente referidas como contribuyentes a explicar la mejoría de adherencia a tratamiento antirretroviral contra el VIH y el SIDA.

¿Cómo se desinfecta una jeringa?

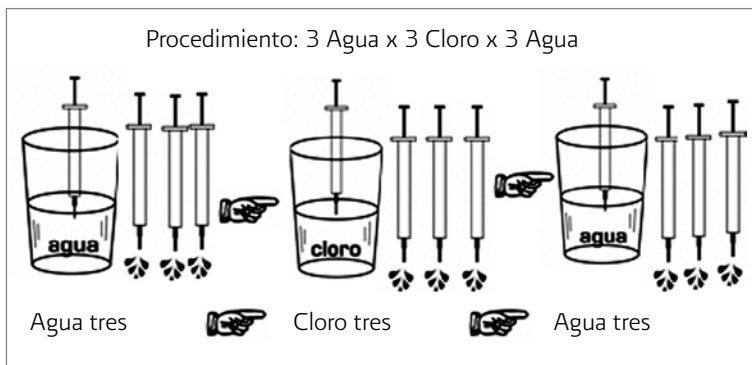
Una de las medidas preventivas más adecuada para evitar la infección del VIH es usar siempre una jeringa nueva y evitar compartirlas.

Para los usuarios de drogas inyectadas que no quieren o no pueden dejar de usar una jeringa utilizada, una opción preventiva es desinfectar sus jeringas antes de usarlas, para lo que es importante saber como se desinfectan adecuadamente, siguiendo los pasos que a continuación se detallan.

- Lo más pronto posible enjuagar bien la jeringa (ya utilizada) con agua simple, con el fin de quitar todos los residuos de sangre que le pudieron haber quedado
- Si es posible hervir las jeringas durante 20 minutos
- Si no se pudieran o no se quiere hervir, por lo menos desinfectarlas con cloro de la siguiente manera:
- Una vez enjuagada la jeringa al menos 3 veces, llenarla con cloro, agitar el contenido por 30 segundos y desalojarla 3 veces
- Posteriormente enjuagarla con agua, hervida o embotellada, 3 veces para desalojar el cloro (ver la figura abajo)

Claro que lo más recomendable es usar una jeringa nueva cada vez que se vaya a aplicar una inyección.

Por diferentes motivos relacionados con la premura con que se desinfectan las jeringas utilizando cloro, puede ser que la limpieza sea imperfecta, sin embargo, es necesario dejar claro que es una alternativa a la carencia de jeringas nuevas y que no ofrece un 100% de seguridad en la prevención de la transmisión por el VIH/SIDA y otras ITS.



¿Cómo se usa el condón masculino?

Este tema lo debe cubrir el educador mediante una exposición, para lo cual se tendrá que evaluar si para la explicación del uso del condón se usará un díldo o un sucedáneo, como puede ser un pepino. En otras intervenciones el pepino resultó lo más adecuado, ya que por su connotación fálica, dada por las palabras de doble sentido, despertaba la hilaridad del auditorio y facilitaba la explicación de posicionamiento y uso del condón. Aunque es recomendable que siempre que sea posible se utilice un díldo.

Consideraciones para el buen uso del condón masculino

Verificar que el empaque del condón esté herméticamente cerrado y en buen estado. Esto se puede hacer observando el paquete y presionándolo un poco con la yema de los dedos para asegurarse de que contenga aire en su interior.

El condón tiene un cierto tiempo de vida útil, por ello es indispensable que tome en cuenta la fecha de manufactura o fabricación de los mismos, o bien la fecha de caducidad o expiración que aparece generalmente, una u otra, en su envoltura.

En algunos condones tienen las letras MFD que es la abreviatura de las palabras en inglés *Manufacturing Date* y que quiere decir “fecha de manufactura”. En otros se pueden observar las letras EXP que significan *Expiration Date* cuya traducción al español es “fecha de caducidad”.

Ejemplos:

Los números bajo las iniciales MFD, se refieren al mes y el año en que fue fabricado el condón, y los que están bajo las iniciales EXP, señalan el mes y año en que caducará

A) MFD
02/03

El 02 corresponde al mes en el que fue fabricado, y el 03 al año, en este caso el 2003, lo cual indica que el condón fue elaborado en febrero de 2003. A partir de esta fecha (febrero del 2003) hay que contar tres años más (febrero del 2006) que corresponde al tiempo durante el cual se puede utilizar dicho condón, siempre y cuando se conserve en buenas condiciones de temperatura y humedad, y no que por supuesto no esté maltratado.

B) EXP
03/2005

En este caso el 03 es el mes y 2005 es el año, lo cual nos indica que el condón caducará (EXP) en marzo de 2005. Este condón se podría utilizar hasta la fecha indicada, siempre que se conserve en buenas condiciones y se esté completamente seguro de que fue almacenado correctamente todo el tiempo.

Partiendo del hecho de que los condones tienen en promedio tres años de vida, se recomienda que una vez transcurridos los dos o dos y medio años pos-

teriores a su fecha de fabricación; o bien de uno a medio año antes de su fecha de caducidad, no se utilicen dado que es difícil que un condón pueda asegurar su efectividad y calidad después de estar mucho tiempo guardado.

- Los condones deben estar en un lugar fresco y seco. No deben ser expuestos al sol, calor, humedad o frío excesivo, ni a los tubos de luz fluorescente. No es recomendable guardarlos en las bolsas de los pantalones, ni en los portafolios, bolsas, morrales, etcétera y/o donde otros objetos pueden fácilmente dañarlos.
- Sólo hay que utilizar condones de látex, ya que no permiten el paso del VIH, ni de otros virus.
- Se debe usar un condón nuevo en cada relación sexual. Nunca debe usarse un condón más de una vez.
- Hay que colocarlo cuando el pene está erecto, verificando el lado correcto para desenrollarlo, en caso de equivocarse de lado es mejor tirarlo y usar otro.
- El condón se debe colocar antes de la primera penetración. Es muy frecuente que exista penetración primero sin condón, y que éste se coloque hasta que se quiere eyacular. Hay que recordar que el líquido preyaclatorio también puede transmitir el VIH/SIDA, así como otras enfermedades de transmisión sexual y puede dejar a la mujer embarazada.
- Cuando el condón sea usado para una penetración vaginal o anal, es importante que esté lubricado; algunos vienen ya con lubricante y otros además del lubricante tienen Nonoxinol 9 (algunas mujeres y hombres pueden presentar alergia a este producto, en este caso se recomienda utilicen condones lubricados sin Nonoxinol 9).
- Antes de penetrar en vagina o ano, se puede colocar lubricante soluble al agua en el exterior del condón. Para la práctica del sexo oral es conveniente utilizar un condón sin lubricante. En contacto boca-vagina o boca-ano, se puede hacer un corte vertical a un condón para formar un cuadro de látex y usarlo como barrera.

- Para obtener mayor sensibilidad, se pueden colocar unas cuantas gotas de lubricante soluble en agua en la punta del condón (en el interior), y darle una vuelta para evitar que se escurra al resto del condón y evitar que queden burbujas de aire.

Posicionamiento del condón masculino

- Sujetar la punta del condón y presionar para sacar el aire; mientras, dar una vuelta a la punta, sujetarla con dos dedos y colocarlo en el pene erecto.
- Sin soltar la punta, cuidando que no quede aire en su interior y sin utilizar las uñas.
- Bajar el condón hasta la base del pene, es decir hasta el vello púbico.
- Es muy importante abrir el empaque del condón con las yemas de los dedos, nunca con las uñas, dientes, tijeras u otro artefacto punzocortante, ya que se puede rasgar o perforar el látex y por mínimo que sea el daño, éste implica la inutilización del condón.
- Después de la eyaculación, sujetar el condón por la base y retirar el pene mientras aún está erecto.
- No hay que utilizar aceites, cremas, vaselina, mantequilla o cualquier otro producto que no sea un lubricante con base en agua, porque todos esos productos degradan (dañan) el látex y provocan que el condón se rompa.
- Por último, quitar el condón cuidadosamente evitando que se gotee su contenido.
- Hacer un nudo al condón para evitar que el semen se salga y tirarlo en la basura.

Algunos comentarios adversos al uso del condón masculino que se han realizado

- **“El condón se rompe”**: Sucede que muchas veces no se sabe utilizar. El condón tiene una seguridad entre un 90 y 99 por ciento de efectividad cuando es utilizado correctamente y en cada relación sexual, por tanto, el condón sí sirve.
- **“El condón fomenta que las y los jóvenes y adolescentes tengan relaciones sexuales tempranamente”**: Tampoco es cierto esto, e inclusive existen estudios que demuestran que las y los adolescentes bien informados sobre sexualidad retrasan el inicio de su vida sexual activa más que los no informados, y tienen menos riesgos de adquirir alguna ITS o tener un embarazo no planeado.
- **“Los condones están porosos y dejan pasar el VIH”**: La seguridad del condón de látex está comprobada científicamente en laboratorio. El VIH no puede atravesar el látex de un condón en buen estado.

Claro que pueden surgir otras preguntas, las cuales se tendrán que responder en el momento, tomando en consideración quien las expresa.

Cómo negociar el uso del condón masculino

Muchas personas no conocen las prácticas sexuales de sus parejas fuera de los límites de su propia relación y tampoco tienen la fuerza como para cuestionar su conducta. En una pareja sexual estable, resulta muy difícil plantear el uso de prácticas de sexo protegido porque se pueden presentar reclamos de desconfianza respecto a la fidelidad y/o la presunta autoincriminación. Esto limita sustancialmente la posibilidad de prevenir la infección por el VIH/SIDA.

Es necesario dejar claro que toda persona está en riesgo de contraer el VIH/SIDA, sin importar que sea fiel a su pareja. Generalmente, si bien no resulta fácil la negociación de prácticas de sexo más seguro dentro de una pareja estable o en las actividades sexuales que tienen las personas con alguna

adicción, es importante señalar en este apartado las posibles situaciones que favorecen la negociación del uso del condón.

Los condones o preservativos ofrecen, hasta ahora, la mejor protección disponible para evitar la transmisión del VIH por vía sexual y de otras ITS, por lo tanto, es importante negociar el uso del condón con la pareja sexual a fin de contar con una barrera de protección en contra de las referidas infecciones de transmisión sexual, además de evitar embarazos no planeados.

El primer paso para el uso del condón es saber dónde conseguirlo y, si lo requieren, el lubricante, así como la mejor manera de utilizarlos. La falta de confianza y práctica en su uso pueden causar vergüenza o pérdida de la erección en el hombre al momento de la relación, lo que puede desalentar su uso. Por ello, la primera vez que se utiliza un condón es mejor que el varón practique el posicionamiento a solas, ya que la situación puede verse un poco torpe y embarazosa frente a la pareja.

Es también importante cuestionarse las actitudes, problemas e inquietudes sobre el uso del condón en diversas situaciones; por ejemplo, con la pareja estable o con una compañía casual, de forma tal que se identifiquen las barreras que puedan impedir cambiar el comportamiento propio. El primer paso en la búsqueda de soluciones consiste en reconocer las inquietudes y las situaciones que en determinado momento resultan difíciles de resolver.

Tales situaciones pueden ser, desde problemas fáciles de remediar, como el no saber dónde obtener los condones, hasta problemas más complejos como las relaciones sexuales fuera de la pareja o las bisexuales.

Para los hombres y mujeres que desean formar una familia, el uso del condón como medida preventiva de ITS o del VIH, pueden entrar en conflicto con su deseo de procreación. Sin embargo, pueden ser capaces de disipar temores y mitos respecto al uso del condón y lograr que su uso se convierta en una práctica sexual constante, durante un periodo previo a la decisión del embarazo.

Sugerir el uso del condón puede ser más difícil para las mujeres que para los hombres, especialmente cuando se trata de mujeres casadas. Por lo general, las mujeres son más sumisas en las relaciones sexuales y les da temor proponérselo a la pareja, quien con frecuencia se siente ofendido y rechaza la propuesta.

Estrategias para el uso constante del condón masculino

Para usar correctamente los condones, las personas requieren desarrollar estrategias que les permitan integrar al condón en sus vidas cotidianas. Algunas ideas pueden ser las siguientes:

- Elaborar planes estructurados, paso a paso, para obtener, guardar y tener siempre a la mano condones y lubricante.
- Ensayar cada punto del proceso, desde la compra de los condones hasta su eliminación final después de haberlos usado.
- Solicitar continuamente el apoyo de personas más experimentadas en el uso del condón, cuando se encuentren con barreras o nuevos problemas para su uso.
- Fomentar la comunicación con los compañeros sexuales sobre el tema del condón como un medio de generar apoyo en favor de su uso constante.

Los condones tienen las siguientes ventajas:

- Protegen contra el VIH/SIDA y otras ITS
- Previenen embarazos
- No requieren prescripción o examen médico para su uso
- Su uso no conlleva efectos secundarios
- Son relativamente baratos

¿Cómo se usa el condón femenino?

- El condón femenino es eficaz si se usa en forma correcta y sistemática en todas las relaciones sexuales con penetración vaginal y con cada pareja. Da a las mujeres la posibilidad de ejercer un mayor control de protección para embarazos no planeados, la transmisión de infecciones sexuales incluyendo el VIH. Es importante que el promotor de la salud, consejero, educador, informe mediante una exposición como se usa, además de que conozca y de alternativas para facilitar el acceso a los condones femeninos para aquellas mujeres que deseen usarlos.
- Este condón es de poliuretano, suave, holgado, con dos anillos flexibles, uno que sirve para asegurar el condón dentro de la vagina y otro que cubre los labios externos.
- Para el 2005, el condón femenino se incorporó a la NOM (Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar) ya que este: "Protege el contacto del pene con la vagina, evita el paso de los espermatozoides al conducto cervical, además de proteger contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA".

Consideraciones para el buen uso:

- La fecha de caducidad es de 60 meses (5 años) después de la fecha de fabricación.
- Las mujeres debe de estar familiarizadas con el uso del condón femenino. Es importante que lean cuidadosamente las instrucciones para su colocación antes de intentar su uso en las relaciones sexuales con penetración.
- Para colocarlo, las mujeres deberán estar en una posición cómoda, puede ser sentada o acostada con las rodillas separadas o parada apoyando un pie sobre un objeto a una altura aproximada de 60 centímetros. La usuaria debe asegurarse que el anillo interno del condón quede colocado

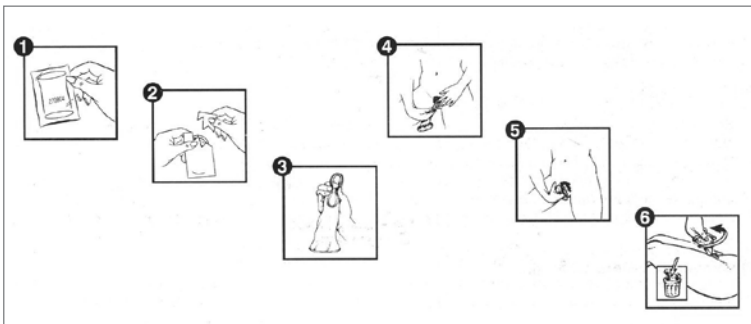
por detrás del hueso púbico a una profundidad de aproximadamente 5 cm del introito vaginal. El extremo abierto del condón debe quedar por fuera de la vagina cubriendo los genitales externos.

- El condón debe estar en un lugar fresco y seco, no debe exponerse al sol, calor, humedad o frío excesivo, ni a los tubos de luz fluorescente. No es recomendable guardarlo en las bolsas de los pantalones, en los portafolios, bolsos, etc., donde otros objetos puedan dañarlos. Es mejor llevarlos en algún estuche que los proteja (cajita).
- Se debe usar un condón nuevo en cada relación sexual, es decir el condón se usa una sola vez en cada penetración y se desecha (envuelto al bote de basura).
- La mujer lo introduce en la vagina con los dedos, su colocación no necesariamente debe esperar la erección del pene, sino que puede suceder minutos o incluso horas antes de la penetración (8 horas antes).
- Puede ser lubricado, colocando una o dos gotas de lubricante al interior o donde considere necesario, se recomienda usar lubricantes con base de agua para no dañar el condón.
- No se debe usar un condón femenino y uno masculino al mismo tiempo pues la fricción entre ellos puede hacer que se rompan.

Uso correcto del condón FEMENINO

1. Verificar la fecha de caducidad del condón. Dentro de los 5 años posteriores a su fabricación (se recomienda dentro de los primeros 3 años)
2. Abrir con cuidado la envoltura del condón. No utilizar tijeras ni la boca para abrirlo.
3. Sujetar el anillo interno del condón entre el dedo pulgar y el medio y apretarlo. Colocar el dedo índice en la funda entre los dos dedos. Seguir apretando el anillo interno.

4. Sosteniendo aun el condón con los tres dedos de la mano introducirlo lo más adentro que pueda llegar. Introducir después el dedo índice en el preservativo hasta donde puedas
5. Estará bien colocado cuando el anillo interior se encuentre a la altura del hueso púbico. Más o menos 5 centímetros del condón quedarán fuera del cuerpo.
6. Al terminar el acto sexual sacar el condón apretando y retorciendo el aro externo, jalarlo, hacerle un nudo y tirarlo en un bote de basura.



Ventajas

- Lo controla la mujer por que ellas pueden iniciar su uso, puede colocarlo antes de la relación sexual, brindándole protección en situaciones en que el consumo de alcohol o drogas probablemente reduzca la utilización del condón masculino.
- El plástico de poliuretano es más resistente que el látex
- No tiene efectos secundarios, es efectivo cuando se utiliza en forma constante y correcta.
- Es más delgado y se tiene mayor sensibilidad
- No se requiere receta ni ayuda médica para su uso

- Cubre los genitales internos y externos

Desventajas

- El costo puede ser mayor comparado con el condón masculino (3 veces más)
- No está disponible con facilidad como los condones masculinos (farmacias o tiendas de autoservicio) Podemos encontrarlo en condonerías o comercios de artículos sexuales (sex shop).

Capítulo II

Información básica sobre el abuso de las drogas

¿Qué son las drogas?

La OMS define a las “drogas” como toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones. Además de que inducen a la persona a repetir su autoadministración por el placer que generan; el cese de su consumo puede dar lugar a un malestar físico o psíquico y no tienen ninguna aplicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.³⁶

Las drogas son agentes naturales o químicos que introducidos en el organismo, modifican el estado psíquico, afectando las funciones y la estructura del cuerpo de los seres vivientes. Cambian la manera de actuar, pensar, percibir o sentir de quienes la consumen.

Existen drogas que pueden ayudar a curar o prevenir enfermedades y aliviar el dolor, tales como los medicamentos. Sin embargo, algunas drogas han sido consideradas como de uso “legal” e “ilegal”. Las drogas legales son aquellas cuya producción, tráfico y consumo están permitidos por la ley (alcohol, tabaco, y medicamentos). Las drogas ilegales son aquellas cuya producción, tráfico o consumo están prohibidos por la Ley (por ejemplo: cocaína, marihuana, heroína, etc.).

El uso de las drogas se ha dado en todos los tiempos y culturas, convirtiéndose muchas veces en adicción, es decir en una dependencia física y/o psicológica hacia el abuso de ciertas sustancias. Este hecho se ha convertido en un gran problema social y de salud en la sociedad contemporánea, sobre todo por el incremento del consumo y la aparición de nuevas sustancias durante el presente siglo.

Ante un abanico tan amplio de posibles sustancias tóxicas, es difícil establecer una clasificación suficiente y exacta que contemple su totalidad, sin

embargo a continuación se enlistan en base a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC):

Estimulantes

Sustancias que producen una activación general del SNC, dando lugar a un incremento de las funciones corporales, como aumento del estado de vigilia, sensación de mayor energía, etc.

Algunos efectos colaterales y signos de su consumo: Insomnio, irritabilidad, euforia, reducción del apetito, paranoia, pérdida de peso.

Al aumentar la dosis o con el uso crónico la persona puede experimentar estremecimientos, irritación, explosiones de enojo, comportamiento agresivo de ataque, paranoia, alucinaciones.

Drogas: anfetaminas (benzedrina, dexedrina, desoxyn, preludin ritalin), cocaína, nicotina, caféina.

El diagnóstico por intoxicación de cocaína según el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)³⁷ requiere un consumo reciente (de minutos a horas), sensación de euforia, hiperalerta, grandiosidad y, a menudo, deterioro de la capacidad de juicio. El consumo crónico puede dar lugar a embotamiento afectivo, fatiga y depresión. Los individuos pueden ser más gregarios o evitar las situaciones sociales, pueden mostrar mayor ansiedad, inquietud e hipervigilancia, así como conductas estereotipadas. Así mismo presentarán dos o más síntomas físicos como taquicardia, bradicardia, dilatación pupilar, elevación o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso, dolor del tórax o arritmias cardíacas, confusión, convulsiones.

Por otro lado, los signos y síntomas del consumo de anfetaminas incluyen taquicardia, presión arterial elevada, dilatación pupilar, agitación, euforia, locuacidad e hipervigilancia. Los efectos secundarios adversos incluyen insomnio, irritabilidad, confusión y hostilidad.

Las metanfetaminas guardan una estrecha relación química con las anfetaminas, pero sus efectos sobre el sistema nervioso central son mayo-

res. Ambas drogas tienen usos terapéuticos limitados, principalmente en el tratamiento de la obesidad. El producto vendido en las calles se conoce por muchos nombres como “anfetás”, “meta” y “tiza” en español (“speed”, “meth” y “chalk” en inglés). El clorhidrato de metanfetamina consiste de pedazos de cristales transparentes parecidos al hielo, que se pueden inhalar fumándolos. En esta forma se conoce como “hielo”, “cristal” y “vidrio” en español (“ice”, “cristal”, “glass” y “tina” en inglés).

La metanfetamina se consume por vía oral, intranasal (inhalandó el polvo), intravenosa (inyectándose) o pulmonar (fumándola). Inmediatamente después de fumarla o inyectársela, el usuario experimenta una sensación intensa llamada “rush” o “flash” en inglés, que dura apenas unos pocos minutos y que al parecer es sumamente placentera. El uso oral o intranasal produce euforia, es decir, un estímulo que no llega a la intensidad del “rush”. Los usuarios se pueden convertir en adictos en poco tiempo, usándola cada vez con más frecuencia y en dosis mayores.

La metanfetamina aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial, y puede causar daño irreversible a los vasos sanguíneos en el cerebro, resultando en accidentes cerebrovasculares. Otros efectos del consumo de metanfetamina incluyen problemas respiratorios, latidos cardíacos irregulares y anorexia extrema, pudiendo producir colapso cardiovascular y muerte. Además del riesgo que representa para contraer infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA por comportamiento sexual de riesgo después del consumo de metanfetaminas o el consumo de la droga de manera inyectable.³⁸

Otra sustancia considerada como estimulante del SNC es la nicotina, la intoxicación aguda de esta sustancia produce náuseas, salivación, dolores abdominales, vómitos y diarreas, dolores de cabeza, vértigo y sudores fríos, falta de concentración, confusión y taquicardia. Algunas de sus secuelas adversas son las enfermedades como los cánceres (de pulmón, boca, faringe, etc.), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las neoplasias orales y la hipertensión.

Depresores

Drogas que inhiben el funcionamiento del SNC, enlenteciendo la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales como dificultad para hablar o

caminar. Entre los efectos que provocan se encuentra la relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia.

Drogas: alcohol, benzodiacepinas (nembutal, seconal, tuinal, qualudes, do-riden valium, librium), opiáceos, inhalables y cannabis y sus derivados.

Según el DSM IV, el alcohol, a pesar de ser un depresor del SNC, a dosis bajas puede producir excitación clínica. La intoxicación conduce a una desinhibición conductual que incluye comportamiento sexual inapropiado o agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad social y laboral.

En el caso de las benzodiacepinas, el abuso crónico de estas puede provocar un trastorno neuropsicológico, déficit en la memoria, en la concentración, en la coordinación motora y en la rapidez. La combinación de estas sustancias con otros depresores como el alcohol o los opiáceos puede precipitar una sobredosis que termine en un paro respiratorio e incluso la muerte.

Por otro lado, los opiáceos como la heroína, morfina y sus derivados, también están considerados como depresores del SNC. La intoxicación intravenosa de heroína comprende signos físicos como la constricción pupilar, disminución de la motilidad gastrointestinal, notable sedación, habla farfullante y deterioro de la capacidad de atención o de la memoria. Existen también efectos físicos adversos por el consumo de heroína por vía intravenosa, las agujas contaminadas y las impurezas en la sustancias pueden producir endocarditis, septicemia, embolia pulmonar e hipertensión pulmonar. Los contaminantes pueden generar infecciones en la piel, hepatitis y propagación del VIH.

Otras sustancias consideradas depresoras del SNC son los inhalables, entre los que se encuentran sustancias como la gasolina, los pegamentos, las pinturas en aerosol, quita esmaltes de uñas, limpiadores y adhesivos, nitratos de amilo y butilo así como el óxido nitroso. Los signos y síntomas de la intoxicación pueden incluir grandiosidad, sensación de invulnerabilidad y de fuerza, inmensa euforia, habla confusa y ataxia, distorsiones visuales y deficiente percepción del espacio. Las secuelas psicológicas

incluyen déficit de la capacidad de juicio y raciocinio, violencia y psicosis. Se han indicado muertes por depresión respiratoria central, arritmia cardíaca y accidentes.

Por último, el DSM IV cita tres trastornos orgánicos relacionados con el consumo de cannabis (mariguana o sus derivados): 1) intoxicación por cannabis, 2) delirium por intoxicación por cannabis y 3) trastorno psicótico inducido por cannabis, con ideas delirantes. Los consumidores de mariguana experimentan enlentecimiento del tiempo, aumento del apetito y de la sed, sensación vívida de color, los sonidos, los gustos y las texturas; euforia, aumento de la introspección, sensación de relajación. Los signos físicos del consumo son conjuntivitis, mayor percepción de olores, pupilas dilatadas, taquicardia, sequedad de boca y tos. Se ha observado en los consumidores disminuciones en el tiempo de reacción y de memoria, en las discriminaciones táctiles, en las actividades motoras, en la estimación del tiempo y en su capacidad para seguir la información a lo largo del tiempo.

Alucinógenos

Conocidos también como drogas psicodélicas, su efecto principal sobre el sistema nervioso central consiste en la distorsión de las percepciones obtenidas a través de los sentidos y una exagerada producción imaginativa.

Producen cambios en la percepción que varían en gran medida con el ambiente y la personalidad. Pueden presentarse cambios perceptuales bastante intensos en el tiempo, en el espacio y en la imagen corporal. Las ideas delirantes y las seudoalucinaciones, preferentemente visuales, suelen predominar junto con intensas experiencias emocionales o místicas.

Según el DSM IV se han descrito reacciones delirantes y psicóticas crónicas y, raramente, estados esquizofreniformes. Estas sustancias pueden hacer que se presenten episodios psicóticos en individuos vulnerables.

Drogas: mezcalina, psilocibina (hongos, peyote), ácido lisérgico (lsd), derivados sintéticos (mda, mdma).

Conceptos básicos en adicciones

Un individuo puede relacionarse con la droga de muy diversas maneras, de ello depende la forma de clasificar y definir al usuario, por lo que es conveniente definir los conceptos de uso, abuso y dependencia a las drogas; dependencia psíquica, física, o bien, tolerancia a las drogas.

ABUSO: Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por una o más de las siguientes características durante un periodo de 12 meses o bien debe ser persistente:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Otra definición utilizada por el Comité de Expertos en Fármacodependencia de la Organización Mundial de la Salud³⁹ es la de considerar al abuso de drogas como “la utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible”.

DEPENDENCIA: Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres o más de los siguientes síntomas, en algún momento de un periodo continuo de 12 meses:

1. Tolerancia: 1) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, y/o 2)

el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Síndrome de Abstinencia: 1) síndrome de abstinencia característico de la sustancia, 2) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Existe dependencia fisiológica si hay signos de tolerancia o Síndrome de Abstinencia.

ADICCIÓN: estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y física y consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Una definición más actual de la adicción a las drogas, es la que utiliza el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y menciona que la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada

por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas.⁴⁰

Resultados de investigaciones en México

El consumo de drogas está relacionado con diferentes problemáticas como la delincuencia, el narcotráfico y la salud. Según las diferentes vías de consumo de droga puede asociarse con problemas de salud específicos. La y el UDI tienen un riesgo elevado de adquirir infecciones de transmisión sanguínea de bacterias y virus como el VIH/SIDA.

“El consumo de drogas inyectadas es un fenómeno de crecimiento rápido en todas las regiones (incluida África en los últimos años). Se calcula que en el ámbito mundial 10% de las infecciones por el VIH se deriva del uso de drogas inyectadas. En algunos países de Europa y Asia, más de la mitad de las infecciones por el VIH se atribuye al consumo de tales drogas”.* Mientras que los datos reportados por CENSIDA para el 2008 muestran que por la vía de transmisión sanguínea el mayor porcentaje de casos acumulados de SIDA está entre los UDI (1.2%).⁴¹

Las relaciones sexuales son la forma más frecuente de transmisión del VIH/SIDA, la inyección de drogas con jeringas contaminadas es la forma más eficiente de transmisión.⁴² En 1999, Bell y Treviño,⁴³ realizaron una comparación entre usuarios de drogas no inyectadas y UDI, y encontraron que las estimaciones del riesgo de adquirir el VIH/SIDA en todos los caso son más elevados entre los UDI.

También en 1999, Montoya⁴⁴ y colaboradores estimaron el riesgo de adquirir el VIH entre inyectores de drogas mexicanos que viven en los Estados Unidos, a partir de diferentes practicas: el riesgo promedio por inyección de drogas fue estimado en .08587492 ($s=.1628375$); intercambiar

*Periodo Extraordinario de Sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Crisis Mundial-Acción Mundial. Nueva York, 25-27 de junio de 2001.

utensilios para preparar la droga .00130997 ($s=.0034588$); mientras que en el sexo anal receptivo sin protección el riesgo medio fue de .00062357 ($s=.0084669$); es decir, el riesgo medio por inyección de drogas es más de 100 veces superior al de ser receptor en una penetración anal sin condón. Aunque no se encontró significancia estadística se puede apreciar la diferencia entre el riesgo por sexo anal sin protección y la inyección de drogas.

La epidemia del VIH/SIDA se encuentra extendida por todo el mundo con diferentes estadios de intensidad. Para el caso de México, la prevalencia entre HSH alcanza el 15% y UDI 6%, mientras que la prevalencia entre mujeres embarazadas es del 0.09% y en la población adulta, de 15 a 49 años de edad, es del 0.28%.⁴⁵

Desde el inicio de la epidemia, hasta el 30 de junio del 2008, se han acumulado 121, 718 casos de SIDA (CENSIDA, 2008). Igualmente se calcula que existen de 1995 a 2008 alrededor de 40, 042 casos acumulados de infección por VIH. Las prevalencias por infección de VIH hasta el 2004 por grupos de riesgo muestran que la mayor prevalencia está entre los HSH con un 12.6%. Los estudios en inyectores de drogas mexicanos refieren alta frecuencia de conductas de riesgo para la adquisición del VIH y relativamente baja prevalencia de infección. (ver cuadro 1). En 1991, Güereña⁴⁶ y colaboradores reportan el 1.9%, y en 1997 Magis y colaboradores⁴⁷ 1.5% de infección entre UDI. Encuestas centinela en prisioneros mexicanos realizadas en 1991⁴⁸ y 1994⁴⁹ se encontraron prevalencia de VIH del 1.15%, y 3.7%, respectivamente.

“Los estudios centinela realizados entre la población UDI concluyeron que en el periodo 1991-1996 la prevalencia de VIH en 1 004 casos observados era del 3.6 por ciento. Finalizando el 2003, se obtuvieron 405 muestras de sangre en UDI de la ciudad de Tijuana, observándose para 355 hombres una prevalencia de 3.7% y de 6% entre las 50 mujeres estudiadas. A principios del 2005 se detectó una prevalencia de 1.9% y 4.1% en Tijuana ($n=207$) y Ciudad Juárez ($n=197$) respectivamente. Estudios realizados en 2004 y 2005 con 412 MTS de Tijuana y 408 MTS de Ciudad Juárez, encontraron que 21 y 12% respectivamente también eran UDI que presentaron una prevalencia de VIH de 16%, contra 4% en las MTS no UDI.”⁵⁰

Es decir que en México se padece una epidemia concentrada que encuentra en los HSH y UDI a los grupos con prevalencias superiores, por lo que el estudio de estos grupos y su comportamiento de riesgo es prioritario.

Cuadro 1
Prácticas de riesgo en UDI en cuatro ciudades mexicanas de la frontera con los Estados Unidos

| Práctica | Tijuana* (1) | Juárez* (1) | Nuevo* Laredo (1) | Tijuana *** (2) | Nogales **** (3) |
|----------------------------|-----------------|----------------|-------------------------|--------------------|---------------------|
| Uso compartido de jeringas | 60% | 40% | 83% | 96.3% | 73.6% |
| Limpia jeringas con cloro | 28% | 47% | 18% | 35.4% | 17% |
| Parejas sexuales promedio | 4 | 3 | 3 | | |
| Uso consistente del condón | 2% | 8% | 3% | | |

Fuente:

* Magis Rodríguez, C. Uso de drogas inyectadas y VIH/SIDA en dos cárceles de la frontera norte de México. Forum 2000. I Fórum e II Confereância de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Brasil, 2000: II:223.

***Magis RC, Ruiz BA, Ortiz MR, Loya SM, Bravo PMJ, Lozada RR. Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas de Tijuana B.C. Journal of Border Health. 1997; II(3): 31-35.

***Estrada LA. Syringe-mediated risk behaviors among male mexican-origin drug injectors in a U.S.-Mexican border city. Journal of Border Health. 1997; II(3): 22-29.

- 1.- Usuarios de drogas inyectadas privados de la libertad
- 2.- Usuarios de drogas inyectadas en tratamiento
- 3.- Usuarios de drogas inyectadas entrevistados en calle

No hay correspondencia entre las prácticas de riesgo y las medidas preventivas, son variables que parece que avanzan en sentidos opuestos. En el caso de Ciudad Juárez casi la mitad de las y los UDI refiere limpiar sus jeringas con cloro; para los presos entrevistados en esta ciudad opera un programa de reducción de daños. En las restantes ciudades los inyectores, al parecer, pueden tener un mayor acceso a jeringas de las farmacias mexicanas, sin embargo, muestran niveles altos de compartición de jeringas y bajo nivel de limpieza de las mismas.

Los resultados de algunos estudios cualitativos arrojan resultados similares: ^{51, 52, 53}

- Existe percepción del riesgo de adquirir el VIH/SIDA por compartir jeringas usadas y poca disponibilidad para dejar de compartir jeringas.
- El comercio sexual (por dinero o drogas) lo desarrolla, más frecuentemente, la mujer inyectora.
- Es poco frecuente la limpieza de jeringas.
- Es poco frecuente el método de hervir o limpiar las jeringas con cloro.
- Hay relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas.
- Edades de inicio en el consumo de sustancias inyectadas 16 a 25 años.
- Las y los UDI llegan a tener relaciones sexuales con personas no usuarias de drogas.
- Existe un punto de vista socialmente creado y aceptado que condena y define a las y los UDI como personas que rechazan todas las instituciones sociales: familia; hogar, trabajo.
- Las personas UDI y el personal entrevistado que les da servicios aceptan este concepto. Asumen los riesgos relacionados con el consumo de drogas como algo “natural”.

- Los resultados apoyan la idea de que la condena social y moral limitan las posibilidades para el éxito del tratamiento y la prevención.
- La reducción de riesgos en materia de VIH/SIDA y drogas es un concepto nuevo en México y solamente algunos tomadores de decisiones lo aceptan.

Riesgo de infección o reinfección del VIH atribuidos al uso de drogas

El personal de programas de prevención del VIH/SIDA y/o de tratamiento para evitar el consumo de drogas, puede ayudar a las personas para entender cuales drogas están asociadas con el riesgo de infección o reinfección del VIH. El uso de drogas se divide en dos categorías:

- Por vía inyectada
- Por otra vía: inhalada, fumada, ingerida

Por otra parte, se entiende como infección a aquel proceso por el cual el VIH ingresa al cuerpo de una persona y por reinfección al proceso de adquisición o exposición del virus del VIH en alguien que previamente ha sido infectado o infectada, y por lo tanto, es portadora o portador del virus. Cabe destacar que un proceso de reinfección incrementa notablemente la progresión del VIH/SIDA.

Con relación a la infección y reinfección por el VIH, en el uso de drogas inyectadas, el compartir agujas y utensilios para inyectarse la droga es una de las acciones de mayor riesgo. El acceso de cantidades pequeñas pero suficientes para contener el VIH de forma tan directa se convierte en la forma más eficiente de contraer el VIH/SIDA. Sobre todo porque la o el adicto se inyecta varias veces al día sin tener cuidado de inyectarse con una jeringa esterilizada, y la comparte con otras u otros adictos que potencialmente pueden ser portadores del VIH.

La mayoría de las drogas, especialmente el alcohol y la marihuana, se consideran como debilitantes del sistema inmunológico, por lo tanto, las personas que hacen uso de ellas, lo debilitan al punto que la infección o

reinfección del VIH es más probable, y se incrementa cuando existe un intercambio de fluidos corporales con alguna persona infectada. Si la o el usuario de drogas ya está infectado, el uso de las mismas apresura el curso de la infección por el VIH hacia los síntomas de SIDA.

La habilidad de juicio es entorpecida con el uso de muchas drogas, que incluso pueden ocasionar periodos de pérdida del conocimiento, en los que las personas se ven involucradas en comportamientos sexuales de alto riesgo y no recordarlo después.

Uno de beneficios al asesorar sobre el riesgo de infección o reinfección del VIH en el uso de drogas, propio o de su compañera o compañero, es que muchas personas podrán identificar su propia necesidad de tratamiento o la necesidad de su compañera(o). En algunas comunidades, existen listas de espera de meses.

Las personas adictas pueden aprender a identificar sus necesidades, aun cuando no son las responsables de su adicción, sin embargo, ellas pueden tomar la responsabilidad de su propia recuperación. Las parejas de las y los adictos deben aceptar el hecho de que aun cuando son impotentes ante la adicción de su compañera(o), y pueden aceptar la responsabilidad de incrementar la “capacitación” que modera las consecuencias negativas para la o el compañero adicto.

En busca de ayuda para dejar el consumo de drogas

La habilidad que tienen las personas para realizar un cambio apropiado en el comportamiento depende en gran medida de los siguientes factores:

- Nivel socioeconómico
- Nivel de educación
- Sentido de poder
- Vocación

Las y los adictos tienen una gran desventaja debido a su estado socioeconómico y a menudo son parte de una minoría. La falta de trabajo, el problema

de aislamiento social y las familias desequilibradas dificultan que los adictos puedan cambiar su situación.

Las personas de nivel socioeconómico bajo son quienes menos buscan ayuda profesional, incluyendo el tratamiento para drogas. Además, cuentan con menos recursos o estrategias para buscar ayuda.

La frecuente asociación entre actos ilícitos (robos, delincuencia, agresiones, tráfico, prostitución, etcétera) y las adicciones refuerzan el punto de vista desfavorable que se tiene de las y los usuarios de drogas por parte de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. El autodesprecio que sienten las personas usuarias de drogas con frecuencia se proyecta a las y los profesionales que trabajan en el área de salud y servicios sociales en el mundo “sin drogas”, y esto constituye una barrera aun cuando profesionales simpatizan con adictos.

Una baja autoestima, aunada a la depresión, paraliza a la o el adicto. La motivación es un reflejo de la autoestima y depende de la creencia que “uno está en control de su propia vida”. Las personas, en ocasiones, creen que son controladas por su medio ambiente y que sus acciones no redundarán en un cambio positivo. También pueden creer que no tienen esa habilidad de cambiar.

Aun cuando la persona esté dispuesta a buscar algún tipo de asistencia al darse cuenta de que tiene un problema con el consumo del alcohol y/o las drogas, existe muy poco dentro del su ambiente típico que la confronte con ese hecho. La mayoría de las mujeres y los hombres se dan cuenta y buscan ayuda para su adicción por medio de:

- A) Su esposa o madre o familiares cercanos
- B) Intervención legal (por ejemplo: arrestos por manejar tomado)
- C) Presiones en el trabajo

Para la mayoría de las mujeres estos puntos potenciales de intervención no existen; inclusive, cuando los hombres adictos, por lo regular, no tienen parejas que usen drogas, las mujeres adictas, por lo regular, están solas o su

pareja también tiene una adicción, éstos no ayudan para que las mujeres identifiquen los problemas que tiene con las drogas o para motivarlas a iniciar o terminar un tratamiento.

Barreras para el tratamiento de las personas con adicciones

Un ventaja derivada de ayudar a las personas para que puedan evaluar sus riesgos de infección o reinfección con el VIH a través del uso de drogas propio o el de su pareja, es que identifiquen sus propias necesidades de tratamiento, y pueden aprender que, aun cuando no sean responsables por la enfermedad misma, pueden asumir la responsabilidad de su recuperación.

Mujeres no adictas, que no tienen poder de decisión sobre la adicción de su pareja, pueden modificar su propio comportamiento “habilitador”, que las protegerá a ellas y su pareja de las consecuencias de la adicción. El ingreso a tratamiento es un paso en el proceso (largo o corto) en donde las recaídas, en el consumo de drogas, se consideran como uno de los múltiples obstáculos que hay que superar. Pero el solo ingreso a tratamiento puede significar una reducción de riesgos porque aunque sea temporalmente aleja al UDI del ambiente del uso de drogas.

El siguiente listado resume muchas de las barreras para ingresar a tratamiento. Se divide en tres partes: 1) factores que pueden impedir que las personas busquen e inicien un tratamiento; 2) factores que impiden mantener a las personas en un tratamiento; y 3) barreras que se presentan en la recuperación a largo plazo. Todas estas y cualquier otra adicional deben ser incorporadas individualmente en la planeación de tratamientos.

Barreras para iniciar un tratamiento

- Falta de recursos económicos
- Responsabilidades relacionadas con la familia
- Baja autoestima
- Falta de confianza en las autoridades y personal de salud
- Actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda profesional
- Falta de servicios orientados hacia la persona

- Servicios receptivos (ninguno busca casos en los lugares donde las personas requieren la ayuda)
- Falta de asesoramiento comprensivo
- Insensibilidad para las personas que viven con el VIH y con el SIDA

Barreras para mantener a las personas en tratamiento

- Baja autoestima
- Otras responsabilidades
- Falta de asesoramiento comprensivo
- Una sensibilidad inadecuada hacia la dinámica de grupo interpersonal
- Composición en cuanto a género y preferencia sexual
- Instituciones y organismos disponibles en tiempo y espacio de atención
- Programas sociales de reincorporación

Barreras para la recuperación a largo plazo

- Entorno social poco propicio
- Falta de disponibilidad de grupos sensibles de autoayuda
- Falta de un papel significativo en la vida social
- Desempleo
- Dificultad financiera
- Falta de tesón y habilidad para un estilo de vida autónomo
- Otros problemas psicológicos
- Sexualidad/intimidad no resueltas

Para poder ofrecer los servicios a las personas adictas, es importante mejorar los conocimientos y sensibilización de las personas que proporcionan los servicios de salud, tratamiento y/o asistencia, ya que son pieza importante para captar a quienes que vienen a pedir ayuda. Los sitios receptores iniciales para las personas adictas son:

- Lugares de asistencia para personas que han sido víctimas de abuso sexual
- Servicios de emergencia
- Centros de crisis

- Agencias de salud mental
- Programas de atención a problemas de la familia
- Servicios para protección de niños
- El Clero
- Instituciones de administración de justicia
- Programas de tratamiento por consumo de drogas

Recursos de tratamiento

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2007)⁵⁴, 626 centros de tratamiento no gubernamentales ubicados en las 32 entidades federativas del país, dieron 64, 917 tratamientos tanto a usuarios de alcohol como de drogas ilegales en este año. Entre las personas que buscaron ayuda especializada en estos centros, la droga de impacto frecuente a nivel nacional fue el alcohol, mencionada por el 31.5%. En segundo lugar se menciona la cocaína, que alcanzó el 23.4% y el cristal que se ubicó como la tercer droga con 16.3%, seguido por la heroína con 10.5%.

Por otro lado, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), en este año reportaron 24, 221 pacientes que acudieron a solicitar ayuda. Las principales sustancias de impacto fueron la cocaína (26.8%), alcohol (20.6%), tabaco (15.7%), mariguana (12.1%), inhalables (11%) y estimulantes (6.6%)

Estas cifras comprenden a la totalidad de personas que acudieron por tener problemas con alguna droga, independientemente de la vía de administración.

En México se cuenta con diversas modalidades terapéuticas; en algunos servicios predomina el modelo médico psiquiátrico, en otros se da un enfoque psicosocial y muchos basan su programa en el modelo de “Doce Pasos” de Alcohólicos Anónimos. En pocos casos los programas incorporan a las familias de los pacientes en sus intervenciones.

Se listan a continuación: tipos de tratamiento, desintoxicación y tiempos requeridos a los que pueden acudir las y los UDI.

Desintoxicación: Eliminación física de las drogas dañinas del sistema, por lo regular en un ambiente de hospital con supervisión médica. De tres a siete días.

Tratamiento en una clínica: Puede incluir grupos o clases que examinan la forma en que las drogas afectan al cliente (conocimiento) y consejería de grupo o individual para ayudar a que la o el cliente identifique y trate con los mecanismos de defensa destructivos, sentimientos conflictivos y una posible solución de los problemas (actitudes), observación médica, información sobre nutrición, actividades sociales y recreativas, y apoyo (comportamiento). De 30 a 60 días.

Comunidades terapéuticas: Rehabilitación a largo plazo para reestructurar las habilidades de la persona, recursos, sistemas de apoyo y un sentido de responsabilidad. De uno a dos años.

Casas de albergue: Un lugar de refugio después del tratamiento, con un enfoque de apoyo para una vida sin drogas y para conseguir trabajo. De seis a 12 meses.

Clínicas de metadona: Terapia ambulatoria de sustitución para usuarios o usuarios de heroína por medio de su reemplazo con Metadona aplicada bajo supervisión médica y que paulatinamente reduce la dosis hasta llegar a la abstinencia total. Desde semanas hasta años.

Programas de autoayuda: Tanto Alcohólicos Anónimos, como Narcóticos Anónimos, promueven la abstinencia de todo tipo de droga que altere el estado de ánimo. Las reuniones son gratuitas y se enfocan alrededor de una serie de pasos que ayudan a las y los adictos a aprender como conocerse así mismos y vivir sin alcohol ni drogas. De días hasta años.

Servicios integrales que se requieren en el tratamiento y rehabilitación

La reflexión referente al tema del uso de drogas se ha modificado con la llegada del VIH/SIDA, y se considera a los centros de tratamiento sitios adecuados para el desarrollo de actividades preventivas de la transmisión

del VIH/SIDA entre usuarios de drogas en general y de inyectadas en lo particular.

Entre los cambios que la presencia del VIH/SIDA ha generado en la sociedad moderna, se encuentra la necesidad de modificar los enfoques con los que se aborda la problemática del consumo de drogas relacionado con los riesgos de adquirir el VIH,⁵⁵ los mensajes preventivos han sido incorporados en la rutina de los servicios de atención al consumo de drogas.^{56, 57}

Los programas de tratamiento deben estar diseñados para llenar necesidades especiales, aun cuando este criterio tiene largo tiempo de ser ampliamente aceptado y recomendado, algunos programas han sido incapaces de crear servicios y un ambiente que responda adecuadamente. La mayoría de los programas no pueden proporcionar todos estos servicios directamente, pero pueden asegurar que estos estén al alcance por medio de arreglos formales con otros proveedores de servicios.

Los servicios de tratamiento para la atención de los problemas de las personas deben incluir:

- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.
- Servicios ginecológicos.
- Evaluación psicológica.
- Promoción de salud (incluyendo plan de nutrición, actividades de acondicionamiento físico y educación).
- Tratamientos para la dependencia de drogas (incluyendo servicios de desintoxicación), con opciones de internamiento o ambulatorio.
- Cuidado de las y los niños.
- Servicios para niñas y niños (mínimo evaluación y recomendaciones, idealmente sesiones educativas y grupos para las y los pequeños).
- Servicios para familiares (para otras personas importantes en su vida y la familia en general). El programa debe tener cuidado de no definir "familia" muy superficialmente, e incluir a las personas que son importantes para la o el cliente, sean o no parientes "oficiales".
- Consejería sobre el VIH/SIDA y las drogas.

- Detección del VIH/SIDA y la hepatitis C.
- Uso correcto del condón

Vocacional

- Capacitación para trabajo
- Capacitación de habilidades vocacionales
- Apoyo y entrenamiento para buscar trabajo

Capacitación para desarrollar auto-ayuda

- Capacitación para controlar la agresividad
- Educación en el manejo de finanzas
- Instrucción para el establecimiento de metas personales
- Educación para el manejo de estrés y crisis
- Ayuda para desarrollar habilidades de comunicación y sistema de apoyo
- Sexualidad y socialización
- Educación para el bienestar familiar (como sobrevivir como una familia feliz)
- Consejería para las relaciones

Asistencia legal

- Asesoría y ayuda a problemas judiciales
- Ayuda con los problemas civiles (por ejemplo: custodia de los hijos, problemas con los arrendadores, divorcio/separación)
- Atención especializadas a víctimas de abuso sexual
- Discusión e intervención alrededor del incesto y violación
- Educación sobre la sexualidad y las drogas
- Asistencia a personas que ejercieron sexo comercial

Integrar a las personas a un tratamiento es sólo el primer paso; mantenerlas ahí y proporcionar un tratamiento realmente eficaz puede ser aún más difícil; las recaídas en el consumo de drogas deben ser tomadas en cuenta desde la consejería para que el paciente sepa que hacer en tal evento.

La evaluación y planeación del tratamiento para personas deben incluir todos los servicios mencionados en la lista de servicios indicada anteriormente. A través de una atención más detallada de apreciación a las necesidades de la persona, programas de tratamiento y terapeutas, se podrán diseñar estrategias más eficaces de prevención, intervención temprana y tratamiento para la adicción.

Capítulo III

Modelo para mitigar el daño ocasionado por el consumo de drogas (incluyendo las drogas inyectadas)

Antecedentes

La prevención exitosa del VIH/SIDA entre las y los UDI requiere de la cooperación entre la sociedad civil y los representantes gubernamentales, ambos sectores deben reconocer que existe un problema de uso de drogas en sus comunidades y aceptar que este problema va a persistir, y ante todo se deben realizar acciones preventivas coordinadas para cambiar la conducta de riesgo de los usuarios de drogas.

Desde 1987, la organización civil denominada “Programa Compañeros, A.C.”, de Ciudad Juárez, Chihuahua, ha llevado a cabo estrategias de prevención del VIH/SIDA entre UDI. Para 1997, el Programa Compañeros había proporcionado los siguientes servicios:

- Alcance comunitario a UDI (1,380 UDI)
- Distribución de paquetes con cloro y condones (55,373 paquetes)
- Sesiones de información en redes sociales de UDI (239 sesiones)
- Sesiones individuales de mitigación del daño en UDI (2,872 sesiones individuales)
- Ingresos de UDI en un programa de rehabilitación (934 UDI)

A partir de 1994, en cooperación con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), esta organización inició una estrategia de mitigación del daño entre UDI. La estrategia se conoce como el “Modelo de Mitigación del Daño”.

El modelo está basado en la literatura y experiencia de campo para UDI existente en el momento, mismo que se adapta para la realidad socio-cultural mexicana. El análisis de la literatura y la experiencia previa de Compañeros en probar estrategias preventivas señalan la importancia del contacto y la comunicación continua entre los trabajadores de campo y las y los UDI. Sobre todo si junto con los mensajes preventivos se proporcionan los medios para el cambio de conducta (ejemplos: uso de cloro, jeringas limpias, acceso a programas de rehabilitación, etcétera). Haciendo énfasis en el alcance comunitario que proporciona a las usuarias y los usuarios estos medios para el cambio de la conducta.

En este Manual se describen, más adelante, algunos ejemplos de ejercicios para manejar con los contactos que se realizan entre el personal y las y los UDI. De igual forma, se señalan las características conductuales, cognitivas, afectivas y sociales, según la etapa de aceptación del cambio de conducta del UDI.

Además, se describen ejercicios para utilizar con la o el UDI cuando su grado de receptividad al cambio (fase de aceptación de un cambio de conducta) ha llegado a la fase de acción. El objetivo es sostener su avance en el proceso de cambio de conducta. Por último, se presentan ejemplos de los mensajes y contenidos principales que se promueven en las actividades del programa.

Fundamentos teórico-metodológicos del Modelo de Mitigación del Daño

El “Modelo de Mitigación del Daño” es una estrategia para tratar con UDI, se desarrollo a mediados de los años 80 para tratar con las “consecuencias dañinas de una población en crecimiento de personas que usan drogas prohibidas. “Se debe hacer notar que la llegada del VIH/SIDA fue un factor en el desarrollo de este modelo.

Inclusive, cuando este modelo parezca controversial para aquellos que ven el uso de drogas como un aspecto moral, para aquellas y aquellos que lo ven como un aspecto médico o de salud pública, es una estrategia lógica

y realista para salvar las vidas de las y los usuarios de drogas, sus contactos sexuales e hijas e hijos infectados, quienes también son afectados por la epidemia del VIH/SIDA.

El modelo tiene varios principios:

- 1) La abstinencia no debe ser el único objetivo de los servicios para las y los usuarios de drogas, porque excluye a una gran parte de las personas que están comprometidas al uso de drogas a largo plazo, lo que es especialmente importante cuando se consideran las y los usuarios de drogas en las minorías y/o de clase pobre que se han mantenido al borde de la sociedad por racismo, división de clases y un sistema económico que favorece al fuerte y destruye al débil.

Las drogas son el mecanismo de soporte principal en este grupo de personas y no van a dejarlas mientras permanezcan sin hogares, enfermedades, hambrientas, abusadas por la violencia y el sexo, sin educación, sin preparación vocacional, estigmatizadas y sin esperanza. La idea que se tiene de ayudar a estas personas es forzarlas a dejar las drogas sin llenar sus necesidades básicas y proporcionar otros métodos de soporte. Bajo el Modelo de Mitigación del Daño se parte de la filosofía de igualdad de derechos por la vida, libertad, estabilidad económica y cuidados de salud, tanto en las usuarias de drogas como en las que no usan drogas.

- 2) Abstinencia debe ser conceptualizada como la meta final de una serie de objetivos para la reducción del daño; objetivos que buscan reducir el daño que causa el uso de drogas y que se ven como una “red de seguridad” que protege a la o el usuario de drogas del daño tan serio que el uso de drogas puede ocasionar (especialmente cuando es aunado a actividades criminales) y mejora la calidad de sus vidas aun cuando continúan usando drogas.
- 3) La forma más efectiva para disminuir los daños por el uso de drogas es proporcionando servicios benéficos para usuarias y usuarios de drogas, que permitan su atracción, al tener contacto con ellas y ellos, y estimulando el cambio de comportamiento hacia un objetivo intermedio apropiado. Benéfico incluye pocas barreras al nivel de inicio, ambiente

informal, horas de servicio apropiadas para la persona adicta, organismos que se encuentren dentro de la comunidad, actitudes o miradas que no aparenten juicio de parte del personal y servicios inclinados hacia las y los adictos, relacionados con sus vidas.

En muchos países, el programa de intercambio de agujas se usa como el “gancho” que anima a que las y los usuarios de drogas inicien el contacto con los que proporcionan servicios sociales y de salud, como este es un servicio que se relaciona con ellos y también una estrategia para prevenir la infección del VIH y otras enfermedades transmitidas por sangre, como el de las hepatitis B y C. En general, los otros servicios sirven como la atracción para estar en contacto, sin embargo, el intercambio jeringas ha demostrado ser una manera eficaz de iniciar a las y los usuarios de drogas en una relación con los que proporcionan estos servicios.

El método es multidisciplinario y requiere la cooperación de las y los que proporcionan servicios de salud, la policía, centros de tratamiento para drogas, trabajadoras y trabajadores en la prevención y otros servicios en los que los clientes/usuarios de drogas pueden necesitar.

Acciones en el programa de reducción del daño:

- Proporcionar información sobre el VIH/SIDA
- Instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas
- Intercambio de jeringas
- Dotación de condones, cloro, gasa, etcétera
- Asesoría médica
- Realización de la prueba de detección del VIH
- Trabajo comunitario de acercamiento a las y los UDI
- Grupos interdisciplinarios
- Consejería sobre uso de drogas

Etapas de cambio en el proceso del Programa de Mitigación del Daño

El concepto de “etapas de cambio” desarrollado por Prochaska y Di Clemente (1992)⁵⁸ contempla una serie de fases por las cuales puede pasar la o el usuario

de drogas antes de estar completamente libre de la sustancia que usa, y se aplica dentro de un programa de mitigación o reducción del daño. En cada una de estas fases hay un grado relativo de aceptación o susceptibilidad al cambio que la o el trabajador de campo debe de tomar en cuenta como punto de partida para cualquier acción preventiva. La descripción de cada una de las fases que se consideran al llevar acabo las acciones preventivas son las siguientes:

PRECONTEMPLATIVA: La usuaria o el usuario pueden tener ocasionalmente deseo de abandonar la droga o minimizar sus riesgos y daños pero no considera seriamente dejarla ni hace nada para minimizar los daños.

CONTEMPLATIVA: La o el usuario considera seriamente dejar de utilizar la droga en un futuro bien cercano o percibe como favorables algunas prácticas preventivas y considera la posibilidad de incorporarlas.

ACCIÓN: La o el usuario incorpora conductas nuevas para mitigar el daño de las drogas o intenta dejar de usarlas (en esta fase algunas y algunos usuarios consiguen dejar de usar por un periodo o para siempre). Esta fase lleva a un periodo de mantenimiento o a una fase de recaída.

MANTENIMIENTO: La o el usuario sostiene las conductas nuevas que mitigan el daño o si dejó de usar la droga sostiene las practicas que impiden volverá a usarlas.

RECAÍDA: La o el usuario vuelve a tener prácticas de riesgo o empieza a usar la droga después de haber dejado de usarla. Igualmente se tiene en cuenta que cada fase de aceptación tiene una serie de características conductuales, cognitivas, afectivas y sociales que deben ser consideradas por la o el trabajador de campo para situar a la o el UDI en una u otra fase y para guiar las acciones que el mismo trabajador o trabajadora de campo u otra persona del personal debe tomar en cuenta para la realización de acciones preventivas.

Características conductuales, cognitivas, afectivas y sociales

Según las fases de aceptación las que se describen a continuación son las características conductuales, cognitivas, afectivas y sociales (ver diagrama 1).

PRECONTEMPLATIVA: La usuaria o el usuario participa o tiene una o varias conductas que lo ponen en riesgo de infectarse con el VIH (comparte jeringas, no usa ningún desinfectante, tiene relaciones sexuales por droga o dinero, etcétera); posee información variada acerca del VIH y no tiene toda la información necesaria para considerarse bien informado; y no considera seriamente dejarla ni hace nada para minimizar los daños por que no tiene ningún sentimiento positivo hacia el cambio y su entorno social es negativo al cambio.

CONTEMPLATIVA: La o el usuario participa o tiene una o varias conductas que lo ponen en riesgo de infectarse con el VIH (comparte jeringas, no usa ningún desinfectante, tiene relaciones sexuales por droga o dinero, etcétera); posee mayor información acerca del VIH, sin embargo, no tiene toda la información necesaria para considerarse bien informado o la información no ha sido suficiente para motivar una acción de cambio de conducta; siente o considera seriamente dejar de utilizar la droga o percibe como favorables algunas prácticas preventivas, además de considerar la posibilidad de incorporarlas; pero su entorno social continua siendo desfavorable para un cambio de conducta.

ACCIÓN: La o el usuario incorpora conductas nuevas para mitigar el daño de las drogas o intenta dejar de usarlas, en esta fase algunas y algunos usuarios consiguen dejarlas de usar por un periodo o para siempre; el nivel de información ha sido suficiente para motivar un cambio pero necesita ser actualizado; en esta fase algunas y algunos usuarios cambian su actitud hacia dejar de usar o por lo menos consideran como un acción favorable el incorporar prácticas de mitigación de daño; y debido el contacto frecuente con la o el trabajador de campo y el personal del programa empieza a efectuar cambios en el entorno social, la familia y las amistades ven las diversas dimensiones del uso de drogas inyectadas. Esta fase es la más crítica porque es la que sostiene el cambio (fase de mantenimiento) o conduce a una recaída.

MANTENIMIENTO: La o el usuario sostiene las conductas nuevas que mitigan el daño o si dejo de usar la droga; en esta fase el usuario debe ya de poseer toda la información para ser considerado como un usuario o un ex-usuario bien informado; además sostiene las actitudes y el entorno social que le impiden volver a usarlas.

RECAÍDA: La o el usuario se revierte a prácticas de riesgo o empieza a usar la droga después de haber dejado de usarla; generalmente se debe a presiones sociales porque continúa viviendo en el mismo entorno o regresa a frecuentar las mismas amistades; o existen barreras de actitud que no han permitido sostener el cambio de conducta.

Contactos entre la o el UDI y el personal del programa

A continuación se describen los contactos con diversos tipos de personal según la fase de aceptación del cambio en que se encuentra el UDI (ver diagrama 2).

PRECONTEMPLATIVA: La o el usuario no considera seriamente dejarla ni hace nada para minimizar los daños, por tanto se le puede localizar en los lugares donde se vende o usa la droga o en la cárcel. Por tanto, la o el trabajador de campo es el miembro del equipo más apto para localizar, identificar, e incorporar a la o el UDI dentro del programa.

CONTEMPLATIVA: La o el usuario considera seriamente dejar de utilizar la droga o incorporar prácticas preventivas. Sin embargo, continúa usando drogas y aún se le puede localizar en los lugares donde se vende o usa la droga o en la cárcel, por lo que la o el trabajador de campo continúa siendo el miembro del equipo más apto para localizar, identificar, e incorporar al UDI dentro del programa.

ACCIÓN: La o el usuario incorpora conductas nuevas para mitigar el daño por las drogas. Para quien continúa usando pero que ha incorporado prácticas de mitigación del daño la o el trabajador de campo es la persona más indicada para continuar el contacto. Para quienes intentan dejar de usarlas (en esta fase algunas y algunos usuarios consiguen dejar de usarla por un periodo o para siempre), existen varias opciones. En Programa Compañeros se manejan las opciones de canalización a centros donde la o el usuario entra en contacto con otro personal de salud o existe la opción de obtener servicios de desintoxicación dentro del Programa Compañeros, donde la y el UDI tiene contacto con exusuarias y exusuarios, y personal del programa de rehabilitación.

MANTENIMIENTO: Para que la o el UDI sostenga las conductas nuevas que mitigan el daño es necesario continuar reforzando estos cambios, lo que se puede realizar con visitas esporádicas por parte de la o el trabajador de campo. En esta fase es posible dotar a la usuaria o usuario de mayor cantidad de materiales preventivos, dado que las visitas se espacian un poco más. Sí la o el UDI dejó de usar la droga es importante verificar que sostiene los contactos con las personas que fomentan las conductas, actitudes y el entorno social que le impiden volver a usarlas. Generalmente la o el trabajador de campo se debe valer de personal profesional o de grupos de autoayuda en este proceso.

RECAÍDA: Para poder identificar cuando la o el usuario se revierte a prácticas de riesgo o empieza a usar la droga después de haber dejado de usarla, es imperativo el utilizar a la o el trabajador de campo, sobre todo cuando la o el UDI ha iniciado un proceso de “rehabilitación”. En estos casos si la persona UDI ha estado participando en un grupo de auto-ayuda es posible que los otros miembros del grupo lleven a cabo la visita de rescate.

No obstante, en el Programa Compañeros se dan dos fenómenos, el mismo usuario o usuaria regresa porque sabe que no se le va recriminar por su recaída o si se ausenta por periodos de más de uno o dos meses se envía a la o el trabajador de campo a realizar un rescate.

La o el trabajador de campo también tiene un papel muy importante en identificar, entre los que continúan usando, cuales cambios de conducta no han sido posibles sostener e identificar las barreras para continuar con prácticas más seguras o de menor riesgo.

Actividades del personal del programa en cada fase

Para cada contacto con la o el UDI, el personal debe tener un menú de acciones que puede y debe llevar a cabo según la fase de aceptación en que se encuentre. Cada acción toma en cuenta los ámbitos conductuales, cognitivos, afectivos y sociales de cada UDI (ver diagrama 3).

PRECONTEMPLATIVA: Abordar a la o el UDI sobre su conocimiento y actitud hacia el uso de drogas inyectadas y las prácticas sexuales de riesgo.

Dar un mensaje inicial o información general acerca de las acciones que mitigan el daño por el uso de drogas inyectadas y las practicas sexuales de riesgo. Sondear las actitudes que pueden ser favorables para llevar acabo un cambio de conducta, actitudes positivas hacia la familia, hijas e hijos, responsabilidad hacia sí mismo o sus compañeras y compañeros de uso. Explorar cuál es el entorno social y cuales son las actitudes y prácticas que imperan en ese entorno.

CONTEMPLATIVA: Abordar a la o el UDI con las modificaciones en su actitud hacia las prácticas mas seguras y explorar la posibilidad de que acceda a incorporar cambios de conducta. Explorar sobre cambios en el grado de conocimiento acerca del uso de drogas inyectadas y las practicas sexuales de riesgo y dar un mensaje más amplio acerca de las acciones que mitigan el daño por el uso de drogas inyectadas y la practicas sexuales de riesgo.

Además de sondear las actitudes que puedan ser favorables para llevar acabo un cambio de conducta. Identificar los elementos afectivos positivos asociados a la incorporación de prácticas más seguras. Explorar el interés entre los miembros del entorno social en los cambios de conducta y las prácticas más seguras. En particular tomar en cuenta las redes sociales de la o el usuario en sus practicas de uso.

Para logra una respuesta afirmativa al cambio en ocasiones es importante haber localizado al miembro clave de una red social. Habiendo cambiado las actitudes de esta persona clave se habrá logrado un cambio extraordinario en el entorno social.

ACCIÓN: Abordar a la o el UDI con las modificaciones en su actitud hacia las prácticas más seguras y explorar la posibilidad de que acceda a incorporar cambios de conducta. Explorar sobre cambios en el grado de conocimiento acerca del uso de drogas inyectadas y las practicas sexuales de riesgo y dar un mensaje más amplio acerca de las acciones que mitigan el daño en uso de drogas inyectadas y las practicas sexuales de riesgo.

También, sondear las actitudes que puedan ser favorables para llevar acabo un cambio de conducta. Identificar los elementos afectivos positivos

asociados a la incorporación de prácticas más seguras. Explorar el interés entre los miembros del entorno social en los cambios de conducta y las prácticas más seguras. En particular tomar en cuenta las redes sociales de la o el usuario en sus prácticas de uso.

Para logra una respuesta afirmativa al cambio en ocasiones es importante haber localizado al miembro clave de una red social. Habiendo cambiado las actitudes de esta persona clave se habrá logrado un cambio extraordinario en el entorno social.

MANTENIMIENTO: Abordar a la o el UDI con las fluctuaciones en sus actitudes hacia las prácticas más seguras y explorar barreras para continuar los cambios de conducta. Ampliar y reforzar el grado de conocimiento acerca del uso de drogas inyectadas y las practicas sexuales de riesgo. Repasar o actualizar las acciones o practicas que mitigan el daño en uso de drogas inyectadas y las practicas sexuales de riesgo.

Asimismo, reforzar los elementos afectivos positivos asociados a la incorporación de prácticas más seguras. Reforzar el interés entre los miembros del entorno social en los cambios de conducta y las prácticas más seguras.

RECAÍDA: Abordar a la o el UDI con las barreras en su actitud hacia las prácticas más seguras y explorar aquellas actitudes negativas que no favorecieron el cambio de conducta. Repasar las acciones que mitigan el daño en el uso de drogas inyectadas y las practicas sexuales de riesgo e identificar las fuentes de información alternativa que puede proporcionar desinformación.

Además de sondear las actitudes que desfavorables que impidieron el cambio de conducta. Identificar los elementos afectivos negativos asociados a la incorporación de practicas más seguras que influyeron el suspender las practicas seguras que se habían incorporado.

Explorar el entorno social en los cambios de conducta y las prácticas más seguras. En particular contactar al(los) miembro(s) clave de las redes sociales. Identificar las actitudes de esta persona clave que es una barrera para las prácticas más seguras.

Diagrama 1

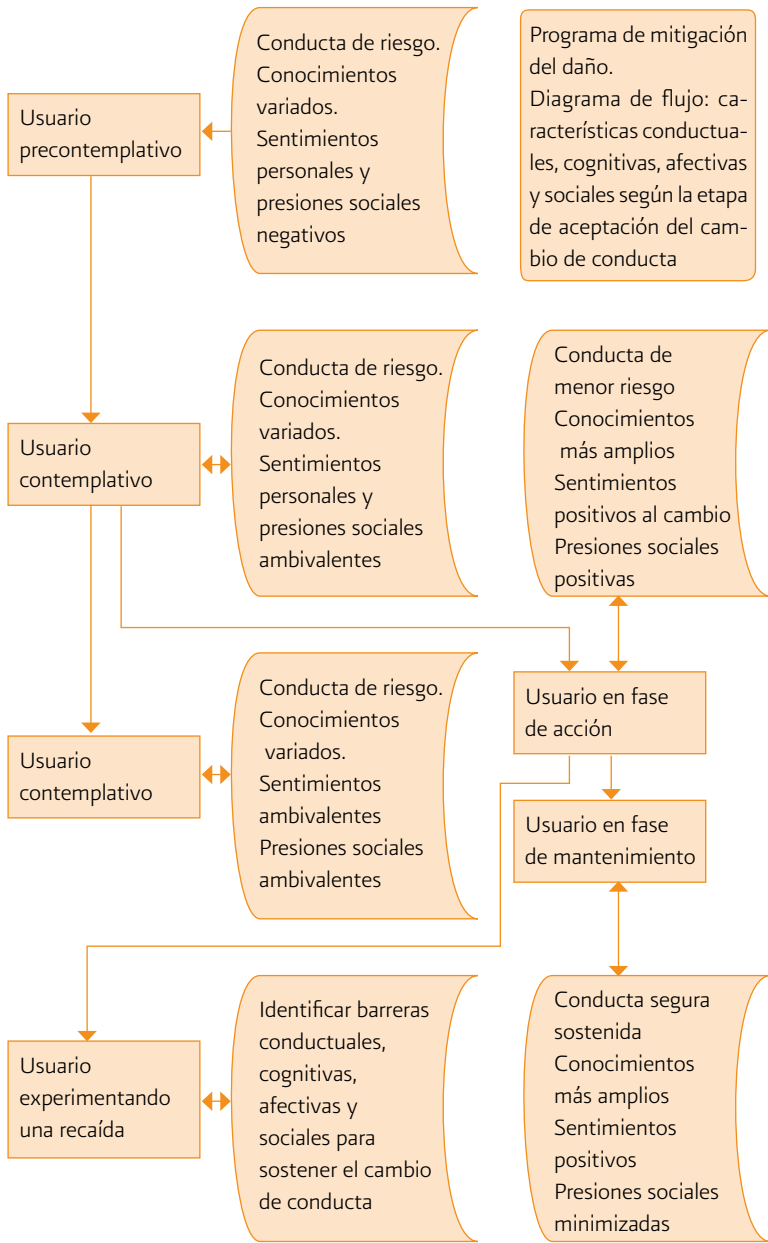


Diagrama 2

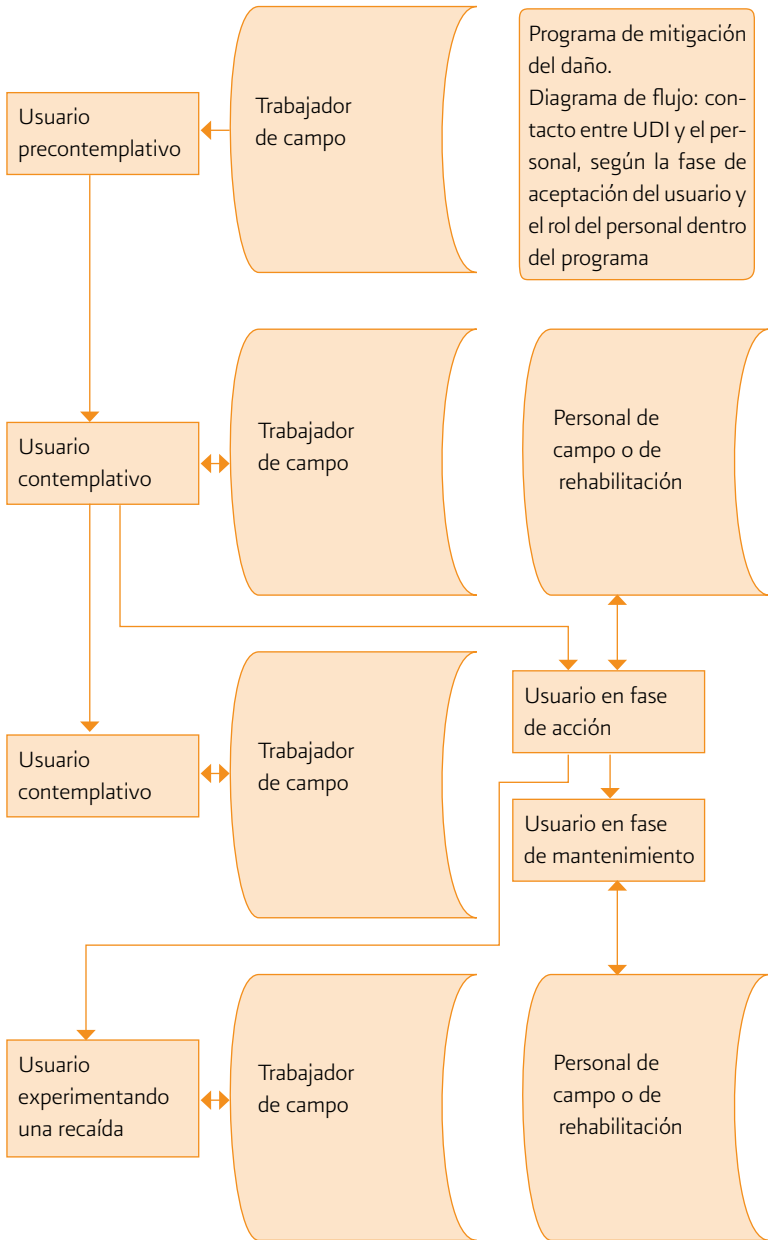
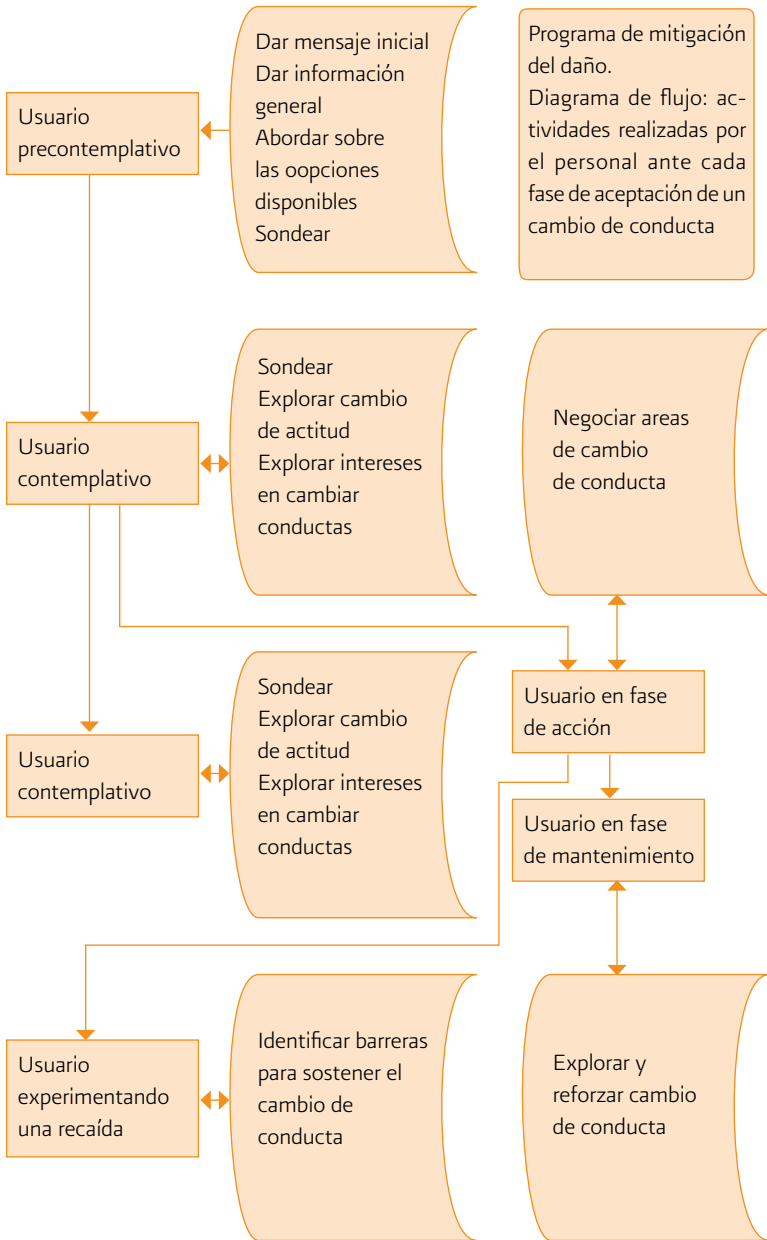


Diagrama 3



Capítulo IV

Trabajo de campo para valorar riesgos y reclutar usuarias y usuario

Introducción al trabajo de campo

Este capítulo está diseñado para ayudar a las y los trabajadores de campo a alcanzar, o llegar, a las personas que corren riesgos de infección y acercarlas a los servicios de salud, mediante la identificación de una serie de estrategias para asesorarlas y reclutarlas para que se involucren en proyectos de prevención y cuidado de la salud.

En este caso, el trabajo de campo es un procedimiento que se ha utilizado para identificar y reclutar personas en diferentes circunstancias y con algún factor de riesgo a programas del VIH/SIDA y tratamiento por consumo de drogas. Aunque este trabajo de campo por sí solo no previene que se extienda el contagio de la infección del VIH, puede jugar un papel crítico para lograr esta meta, dado que aborda cara a cara, a las personas con conductas que los pone en riesgo de contraer el VIH.

En el caso de adictos, se puede trabajar con una mejor efectividad por medio de pares, es decir, las y los trabajadores de campo exadictos rehabilitados y previamente entrenados. Esta fórmula ha sido ampliamente probada en servicios como alcohólicos anónimos.

Sin un trabajo de campo eficaz, muchas y muchos UDI que no están en tratamiento pudieran quedar “escondidos, al margen de los servicios de salud”. Los programas institucionalizados y con horarios e instalaciones fijas no alcanzan a llegar y servir a muchas personas que corren riesgos, y por lo tanto, tienen un impacto reducido para aminorar el riesgo de enfermedades específicas y tratamiento de las mismas en esta clase de poblaciones.

Metas principales del trabajo de campo

- Iniciar una búsqueda en la comunidad para encontrar personas que corren riesgo de infectarse del VIH, porque son usuarias de drogas en general y/o de drogas inyectadas, o que tienen como pareja a una persona que se inyecta drogas.
- Ayudar a identificar, entre las personas que se contactan, a las que califican para participar en las intervenciones de programas y redes de servicios.
- Difundir materiales e información sobre prevención de riesgos de transmisión del VIH por todas las áreas geográficas deseadas (historietas educativas, folletos del programa, carteles, condones, cloro). En este caso el CENSA tiene materiales informativos para poblaciones específicas, previamente validados.
- Archivar información sobre cada contacto para ayudar a que en el programa se entienda la población blanco, así como determinar de que manera se distinguen los que participan en el programa de los que lo rehúsan.
- Ayudar a que el programa desarrolle y documente un entendimiento cultural sensible a la población blanco, las necesidades percibidas de sus miembros y los recursos disponibles en la comunidad para llenar las necesidades identificadas.
- Incrementar el conocimiento sobre el programa, su trabajo de campo en toda la comunidad, y sus servicios, es decir, en la población no usuaria, y la manera en que este programa contribuye para detener la transmisión por infección del VIH.
- Facilitar la colaboración de agencias, especialmente en el trabajo de campo institucional
- Inspirar confianza y buena reputación tanto en la calle como entre las agencias y grupos formales e informales de la comunidad.

- Facilitar a las y los usuarios de drogas el acceso a los diferentes servicios de salud disponibles en la comunidad, entre los que se encuentran los tratamientos para usuarias y usuarios de drogas y la prueba de detección del VIH/SIDA.

En resumen, el trabajo de campo de un programa de mitigación del daño asociado al consumo de drogas inyectadas puede ser tan ambicioso como sus operadores quieran, proporcionado, entre otros, los siguientes servicios: alcance comunitario a UDI, distribución de paquetes con cloro y condones, sesiones de información en redes sociales, sesiones individuales de mitigación del daño en UDI e ingresos de UDI en un programa de rehabilitación.

Tanto las barreras a derribar como las estrategias que dan buenos resultados, necesitan ser identificadas y compartidas durante el tiempo que se esté haciendo trabajo de campo dentro de la comunidad.

El trabajo de campo como fundamento para fomentar confianza

Para la mayoría de las personas usuarias de drogas que se acerquen a un programa de prevención del VIH/SIDA, la o el trabajador de campo puede ser la primera persona con la que tendrán contacto, y la manera en que dé esta información (implícita o explícitamente) pudiera establecer las bases de confianza y simpatía necesarias para motivar a que inicien y participen completamente en acciones preventivas e investigación del programa.

Este proceso puede establecerse con mayor facilidad cuando las personas son identificadas por medio de “líderes naturales” u organizaciones de base comunitaria, en lugar ser abordadas directamente “en la calle” o en un lugar que frecuenten. De cualquier forma, el papel que desempeña la o el trabajador de campo para establecer una base de confianza es de mucha importancia.

El personal del programa encontrará personas que quieran recibir información y participar en el programa, pero esto en ocasiones será difícil. Las y los trabajadores de campo necesitarán capacitación constante y apropiada, utilizando estrategias que funcionen de igual manera con todo el personal.

Algunas estrategias importantes son:

- Escuchar y mostrar respeto.
- Estar consciente que la historia personal y los valores pueden influenciar las interacciones con posibles participantes para el programa.
- Ser sensible a los valores personales y culturales; fijarse en las señales que muestren que ha tocado un punto sensitivo (por ejemplo: pararse demasiado cerca, tocar a la persona cuando no se debiera, uso de palabras ofensivas, entre otras).
- Ser sinceros con cada persona sobre lo que se requiere de ella como cliente, sujeto de investigación y participante en las intervenciones.
- Reconocer que no se tienen todas las respuestas (no se debe hacer el papel de “sabelotodo”).
- Creer en sus habilidades de progresar y de cambiar los comportamientos de riesgo.
- Elegir el método de trabajo de campo a partir de la investigación y metas de intervención, niveles de recursos (económicos y personales), y las características de la comunidad en la que se desenvuelve.
- Establecer criterios claros para la disponibilidad del programa.
- Usar la información de la evaluación de necesidades, estudios etnográficos, mapeo de la zona, etcétera, para determinar donde se deben reclutar e integrar las personas al programa.

Normas generales para las y los trabajadores de campo

La trabajadora o trabajador de campo debe tomar en cuenta las normas que a continuación se señalan para garantizar su seguridad y el trabajo que desarrolla.

SEGURIDAD PERSONAL: Evitar situaciones de riesgo. El potencial de peligro en este trabajo no debe ser sobredramatizado, ni menospreciado. El campo en el que se hará el trabajo puede ser difícil. No tomar riesgos innecesarios.

PROFESIONALISMO: Mantener el papel y conocer la seriedad de la tarea, así como reconocer límites. Esto incluye valorar el trabajo que se hace y el papel tan importante, ayudando a detener la epidemia del SIDA. En realidad, este es un trabajo de vida o muerte. Poner límites es vital, mantenerse en el papel profesional y siempre entender que es lo que se tiene que hacer.

CREDIBILIDAD: Desarrollar confianza con aquellas personas de la comunidad con las que se necesita trabajar; las y los UDI, líderes de la comunidad y dueños de negocios. Establecer con claridad quien es, lo que está haciendo y la razón por la que lo está haciendo.

PRESENCIA: Incluye todo lo anterior, además de desarrollar un estilo personal eficaz para que las personas de las calles y líderes de la comunidad valoren el papel del trabajo como recurso y como una figura de autoridad en la comunidad.

Qué hacer y qué no hacer en el trabajo de calle

Aunque las normas se vean bien en la hoja, en la mayoría de los programas de trabajo de campo se ha encontrado que, la operación progresa con más fluidez cuando todos tienen un sentido firme de las reglas específicas. En la mayoría de los casos, las reglas que han desarrollado son una traducción directa de las normas.

| ¿Qué hacer? | ¿Qué no hacer? |
|--|--|
| Cargar una identificación siempre | Tomar licor u otras drogas en el trabajo |
| Siempre decir a las y los clientes cuál es el límite de su trabajo | Comprar o recibir drogas |

| | |
|---|---|
| Enfatizar el valor de su trabajo y la pérdida que significaría si lo pone en peligro | Comprar o recibir propiedades de valor de las y los clientes |
| Mantener la confidencialidad | Comprar, solicitar, o aceptar algún favor sexual de la o el cliente |
| Preguntar o escuchar acerca de cualquier información de tráfico (excepto para localizar el área del trabajo de campo) | Juntarse con una persona que se sabe que trae drogas |
| Consultar al supervisor sobre cualquier situación difícil | Recibir, cargar o confiscar armas |
| Ofrecer cualquier asistencia razonable que le pidan | Dar dinero directamente a las y los clientes |
| Trabajar en parejas | |
| Mantener contacto con la policía | |

Formas del trabajo de campo

En todas las formas del trabajo de campo, el personal del programa necesita saber el contexto y valores que gobiernan las vidas de las personas en cada área deseada y las “reglas” para operar dentro de las instituciones y la comunidad en general.

Trabajo de campo en la calle

Este es el método más conocido para alcanzar a la gente en sus colonias, y su éxito depende básicamente en los contactos espontáneos de uno a uno. Este método ha sido muy útil, alcanzando a las y los usuarios de drogas que están “rondando en las calles”. Los métodos de trabajo de campo en las calles también se han usado con éxito en programas que alcanzan a las parejas sexuales de UDI. Las y los trabajadores bien capacitados, en los que se confía, tendrán las habilidades necesarias para localizar y contactar en una variedad de situaciones de la “calle”.

Trabajo de campo en las viviendas

Las y los trabajadores de campo pueden ir todavía más allá “de la calle” y llegar hasta los hogares. Muchas de las personas que consumen drogas viven en proyectos de vivienda pública o colonias proletarias. Aunque el trabajo de campo en estos proyectos puede requerir de las redes con las autoridades de vivienda o asociaciones de inquilinos y, por lo tanto, tiene elementos de “trabajo de campo institucional”.

Por ejemplo, las y los trabajadores pueden contactar a personas en la oficina de renta en el día que se vence la renta, a través del contacto de puerta a puerta o a través de un médico que tenga sus oficinas en la colonia (se pueden hacer arreglos sin violar la confidencialidad entre médico y paciente).

Otra estrategia para alcanzar a las personas en sus hogares es a través de grupos informales, como los comités vecinales. Una red de seguridad típica que funciona con el concepto de Tupperware, es decir, juntar a las personas para hablar sobre sus comportamientos de riesgo en un ambiente de juego, también puede existir una situación en la que las y los trabajadores de campo pueden presentar el programa a las personas interesadas en participar.

Trabajo de campo institucional

Muchas personas pueden ser contactadas y reclutadas con éxito a través de organizaciones e instituciones en la comunidad. Este trabajo de campo puede ser integrado a la red de recursos del programa en la comunidad y al sistema de apoyo.

El trabajo de campo institucional será un proceso constante, que necesitara ser alimentado y mantenido a través del tiempo. Las trabajadoras y los trabajadores de campo, con la ayuda del personal de otros programas, necesitarán establecer arreglos claros con las organizaciones de la comunidad respecto a los procedimientos que deben seguir, como el tiempo en el que pueden llevar a cabo el trabajo de campo, el lugar donde deben o no deben ponerse, como pueden llegar (que se puede y que no se puede decir), los procedimientos de

confidencialidad que deben seguir, etcétera. Las y los trabajadores de campo y otro personal del programa necesitarán mantenerse muy conscientes de “políticas organizacionales” para que no se asocien con una organización en la que no confían las personas de la población deseada o presenten metas de manera que ataquen a una organización la cual necesitan.

Para pedir la cooperación constante para el trabajo de campo institucional de su programa, las y los trabajadores de campo debe involucrarse en presentaciones del programa, reuniones y otros esfuerzos comunitarios, y deben estar capacitados en el arte del “regateo”, lo que significa, el intercambio de algunos servicios del programa por cooperación continua al esfuerzo del trabajo de campo. El personal del programa también puede tratar de capacitar personal de organizaciones en la comunidad para ayudar a reclutar para el programa.

Mapas de la Comunidad

Como vínculo hacia los mapas de la comunidad es importante, por supuesto, conocer su comunidad y ser capaces de identificar y especificar con rapidez las áreas deseadas para el reclutamiento o trabajo de campo. El mapa debe tener las siguientes las siguientes características:

- Límites geográficos de las áreas deseadas.
- Lugares específicos donde se pueden encontrar las personas que corren riesgos.
- Comportamientos de alto riesgo en el que pueden participar las personas (por ejemplo: trabajo sexual, o personas que usan drogas inyectadas).
- Otras influencias significativas de la comunidad (por ejemplo: venta de armas, pandillas y venta de drogas).
- Instituciones y organismos no gubernamentales y de la sociedad civil, grupos comunitarios que puedan influir y ayudar en la actividad del trabajo de campo.

- Lugares que la población objetivo pudiera visitar casualmente (por ejemplo: lavanderías en la colonia, tiendas de abarrotes, proyectos de vivienda pública y centros comunitarios).

Una vez que se ha creado un mapa de la comunidad, se puede diseñar un mapa de los recursos dentro de la comunidad que permita:

- Identificar los recursos que existen en la comunidad.
- Identificar las organizaciones civiles, grupos comunitarios, asociaciones, iglesias y otras que funcionen en la comunidad.
- Identificar la misión de cada organización.
- Identificar las relaciones entre las organizaciones locales y la comunidad.
- Identificar una persona clave de contacto en cada organización.
- Identificar los lugares donde se encuentran las oficinas.

Capítulo V

Inyecciones seguras

Introducción

De acuerdo con la Asociación Internacional de Reducción de Daños, las estrategias de “reducción de daños” son aquellas “políticas y programas que tratan de reducir las consecuencias adversas, económicas, sociales y de salud, tanto para los usuarios de drogas, como para sus familias y comunidades”.⁵⁹ De forma similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que: “En salud Pública, reducción de daños es usado para describir un concepto que tiene la meta de reducir o prevenir las consecuencias negativas asociadas con ciertos tipos de comportamiento. En relación con la inyección de drogas los componentes de la “reducción de daño” incluyen intervenciones para prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones que ocurren a través del intercambio de equipos de inyección y preparación de drogas no estéril”.⁶⁰

La reducción de daños parte del principio de reconocer la imposibilidad temporal o permanente de los usuarios de drogas para evitar el consumo de las mismas, así como de la necesidad de llevar a cabo medidas de salud para aminorar los daños causados por este consumo, tanto en el sujeto como en el entorno familiar y social. Los programas de tratamiento de adicción a las drogas también pueden verse en la lógica de la reducción de daños. Muchos pacientes en tratamiento recaen en el consumo de drogas, por lo que requieren tratamientos reiterados que les ayuden a espaciar los periodos de consumo y exposición a riesgos de infecciones y sobredosis.

Actualmente la reducción de daños es un recurso técnico que se utiliza ampliamente porque existe evidencia muy clara de que este tipo de programas aminoran la prevalencia del VIH entre los UDI. A partir de una revisión de 200 estudios la OMS concluyó que el incremento de la disponibilidad de equipo de inyección estéril entre UDI contribuye substancialmente a la disminución de la tasa de transmisión del VIH. La infección por VIH declinó en un promedio de 18.6% en 36 ciudades con programas de intercambio

de jeringas, mientras que se incrementó en un 8.1% anualmente en 67 ciudades donde faltan esos programas. Con lo cual se confirman resultados de estudios anteriores.⁶¹ Anteriormente, la OMS ya había señalado, que se puede mantener una baja seroprevalencia de VIH entre estas personas si éstas acceden a equipo de inyección estéril, y servicios comunitarios tales como acercamiento de los servicios de salud y educativos en sitios de reunión de los UDI.⁶² Además, se posibilita la prevención de otras infecciones como la hepatitis B y C.

La reducción del daño, en algunos casos, ha sido erróneamente considerada como en conflicto con los tratamientos contra las adicciones. Por el contrario:

“Las personas que se inyectan drogas y que no inician tratamiento de la dependencia de drogas tienen seis veces más probabilidades de infectarse por el VIH que los que comienzan el tratamiento y se mantienen en el mismo.”⁶³

Por ello, es recomendable que el profesional que trabaja con estrategias de reducción de daños establezca enlaces con programas de tratamiento por consumo de drogas, proyectos de educación y prevención conjuntos con estas instancias de salud pública. Estas estrategias funcionan como una, para abatir el problema de adicción a drogas y la transmisión del VIH/SIDA entre UDI: un UDI que se integra a un programa de intercambio de jeringas puede avanzar a tratamiento para enfrentar su adicción y viceversa para reducir riesgos de adquirir el VIH. Finalmente, la reducción del daño debe ser vista como parte del proceso para enfrentar la adicción cuya meta puede ser la abstinencia por ello, todo logró por pequeños que sea es un éxito importante para el paciente en su proceso hacía la recuperación y toda recaída en el consumo de drogas es un desafío que hay que enfrentar con cierta regularidad.

Para lograr los mejores resultados se debe entender el espectro de las técnicas empleadas en estrategias de la reducción del daño. Las técnicas más comunes son; el intercambio de jeringas y otros elementos que el UDI utiliza para inyectarse, educación por medio de talleres, trípticos, carteles o pláticas con profesionales de la salud, así como, consejería en la reducción de

conductas de riesgo relacionadas con transmisión del VIH/SIDA y/o VHC y otras enfermedades, higiene al inyectarse drogas, prevención de sobredosis y factores psicológicos y sociales. Los programas de metadona, para estabilizar el uso de narcóticos y reducir la incidencia de inyección también son una forma de reducción del daño. Especial mención se puede dar a la oferta de prueba de detección voluntaria de VIH con consejería porque facilita el abordaje de una población con la infección o con riesgo significativo de tenerla. Para trabajar efectivamente con los UDI y reducir la incidencia de VIH es importante emplear todas estas estrategias.

Este documento se enfoca en la reducción del daño con relación al proceso de la inyección. No existe una inyección segura de drogas ilícitas o de medicamentos sin prescripción médica, sin embargo es posible reducir el daño causado por esta forma de consumo de drogas. La OMS define a la inyección segura como:

Una inyección segura no perjudica al receptor.... y no produce ningún desecho que pueda ser peligroso para otras personas.⁶⁴

La inyección de drogas que se aplica el UDI mexicano es en sí misma insegura. En relación con esa forma de inyección en este texto hablamos de inyección más segura (o menos insegura) porque aunque el UDI se inyecta droga en el contexto de criminalización y estigma que le dificultan adoptar las condiciones de seguridad necesaria, se pueden sugerir medidas que reduzcan riesgos personal y comunitarios.

Un programa que capacita al UDI para inyectarse en una forma más segura puede reducir la incidencia de VIH/SIDA y VHC prevenir daño físico a las venas y sistema circulatorio, prevenir otras infecciones y aliviar, en general, muchos síntomas desagradables y peligrosos del uso de jeringas para administrar drogas. La evidencia sugiere que el UDI que se cuida tiene menos probabilidad de adquirir el VIH/SIDA y pueden entrar a tratamiento para reducir y/o dejar las drogas con éxito.⁶⁵

En el camino a la abstinencia los usuarios de drogas tienen que completar un proceso que puede incluir recaídas en el uso de las drogas,⁶⁶ por ello es im-

portante ayudarlos a mantener su salud para cuando puedan dejar de consumir drogas no enfrenten problemas de salud de gravedad personal y social.

Además según a la OMS, una reducción en la morbilidad por las drogas es un objetivo, legítimo aparte del problema de VIH.⁶⁷ También hay personas que no quieren dejar de consumir las drogas por eso el único tratamiento ético y eficaz es la reducción del daño para tratar a mejorar la calidad de la vida del UDI para quien la abstinencia no es una opción inmediatamente viable.

Este documento está diseñado para profesionales que trabajan con los UDI en consejería de la salud. Para apoyar capacitación de personal de salud en el abordaje de UDI de una manera más realista.

Las estrategias de reducción de daños causan polémica. Mucha gente no entiende el propósito de esta forma de tratamiento y equivocadamente cree que está en favor del uso de las drogas. Por ello es esencial que el profesional que desarrolla programas para usuarios de drogas entienda bien la teoría y practica de esta filosofía y la importancia de las estrategias propuestas para la prevención de un crecimiento de la epidemia de VIH/SIDA asociado a la dependencia de drogas.

El Comité de Expertos de la OMS en fármacodependencia señala que: de las estrategias de reducción de daños "... se objeta que estas estrategias pueden transmitir implícitamente el mensaje que se acepta el uso de drogas... Es posible que estas inquietudes se disipen si se dirige el mensaje a los individuos que ya están afectados por el uso peligroso de drogas..., el sector de salud pública siempre ha estado a favor de reducir los daños inmediatos relacionados con las drogas incluso (aun) si esto entraña cierto riesgo más distante de peligro o pueda verse como aceptación del uso de drogas"⁶⁸

¿Cuáles son drogas inyectables?

Se puede inyectar una variedad amplia de drogas, en el medio de los UDI materialmente cualquier droga es inyectable. Algunas sustancias presentadas en pastillas o tabletas son convertibles ("molidas") en un polvo que se puede disolver en agua, otras se venden en forma líquida para ser inyectadas. Las

drogas inyectables más referidas por UDI en tratamiento por consumo de droga en México son: heroína (70.7%), cocaína (22.2%), metanfetamina (4.7%), otras drogas (3.4%), algunos medicamentos (0.5%).⁶⁹ Hasta el año 2005 se observa la aparición y el ascenso del cristal como droga de impacto, y la disminución en el porcentaje de entrevistados en Centros de Tratamiento no Gubernamentales que usan heroína. Esta es una tendencia a nivel nacional, en la región norte la heroína pasó en los últimos años de ocupar el primer lugar como droga de impacto, a un segundo lugar, y el reporte del uso de cristal se incrementó de manera lineal entre los años 2000 y 2005, (SISVEA, 2007).

Algunos de los motivos que tiene el UDI para inyectarse una sustancia psicoactiva, pueden ser similares a los otros consumidores de drogas. Sin embargo hay algunos específicos y son de los que nos ocupamos.

La rapidez del efecto de la droga.

Una droga inyectada directamente en la sangre llega al cerebro rápidamente. En contraste, si el usuario come o ingiere una droga, el proceso de intoxicación del cerebro es mucho más lento porque la droga pasa por el sistema digestivo antes de entrar en la sangre, lo que puede causar una sensación de intoxicación menos intensa. Por ejemplo, la cocaína puede ser fumada, inhalada o inyectada según la vía de administración los efectos empiezan en tiempos diferentes: para la fumada el efecto inicia después de 10 segundos, la inhalada a los de 2 a 4 minutos y la inyectada en 15 segundos.⁷⁰

Biodisponibilidad.^{71, 72, 73}

Con la misma cantidad de droga es mayor la disponibilidad para el cuerpo por la vía inyectada que ingerida, fumada o inhalada, lo cual aumenta la posibilidad de suministrar cantidades “excesivas” de drogas y causar sobredosis. Adicionalmente, el efecto puede ser más fuerte y rápido por vía inyectada.

Presión y expectativas de grupo social.

La presión de pares puede influir en la iniciación en el consumo de drogas o en el método utilizado para consumir drogas.

Desconocimiento de otros métodos de consumo de drogas.⁷⁴

Algunos usuarios no son conscientes que hay otros métodos para usar ciertas drogas, por ejemplo cuando se habla de la heroína se vincula con la inyección de drogas únicamente y no se consideran otras formas de administración de menor riesgo para la salud. La inyección es vista como la manera “normal” para usar esta droga. Hay evidencia de varios estudios de la OMS que algunos UDI cambian su comportamiento por temor a adquirir el VIH y otras infecciones, sin embargo cambios en la conducta de riesgo relacionada con la inyección son más comunes que adoptar el sexo protegido.⁷⁵

Aumento de la tolerancia.

Con el aumento de la tolerancia a la droga se incrementa la cantidad de droga necesaria para alcanzar el efecto del consumo anterior (deseado), la inyección de drogas puede ser más atractiva como vía de consumo de drogas al aumentar la biodisponibilidad de la droga. Inicialmente, la inyección de drogas puede parecer una opción más barata para consumir una droga, sin embargo, debido al aumento de la tolerancia causado por la inyección los requerimientos de cantidades más grandes de drogas se vuelven más onerosos. Finalmente, resulta de menor riesgo y más económico el consumo de drogas por vías diferentes a la inyectada.⁷⁶

“Adicción a la aguja”.

Muchos usuarios de drogas inyectadas hablan de la dependencia a los rituales alrededor del consumo de dichas drogas. Ellos disfrutan la sensación física de la inyección y los rituales de la preparación de la inyección.⁷⁷

Preparación del Equipo de Inyección.

La inyección más segura de drogas comienza con la preparación de la zona de inyección. Los usuarios necesitan incorporar hábitos de higiene que son de mucha importancia para reducir los riesgos asociados con el uso de drogas inyectables y evitar la transmisión de VIH/SIDA y de otras infecciones como la hepatitis C.

Aunque no pretendemos dar consejos de cómo inyectarse drogas a los UDI es esencial conocer las partes de los procesos de inyección que siguen desde la preparación de la inyección.

Algunas drogas que los UDI utilizan para inyectarse vienen como polvo o tabletas (que los usuarios muelen para convertirlas en el polvo) que diluyen en agua para hacerlas inyectables. En ocasiones calientan la mezcla para lograr una mejor solución. A veces no calientan la mezcla pero es recomendable para disolver totalmente partículas que pueden ser inyectadas al organismo y dañar órganos vitales; pero la inyección de una solución caliente puede causar daño a las venas. Por ello, es importante dejar enfriar la solución antes de inyectársela.

Una vez preparada la solución el UDI la filtra para quitar algunas partículas sólidas que puedan tapar la jeringa. Se pone la aguja en el filtro y se llena la jeringa haciendo pasar la solución a través del improvisado filtro (filtro de cigarro o material similar).

La manera más recomendable para puncionar (“picar”) la vena es con el hueco de la aguja hacia arriba.⁷⁸ Normalmente los usuarios meten la aguja en la vena y retiran un poco de sangre para comprobar que la aguja está en vena.

La inyección de drogas puede ser bajo la piel (subcutánea) generalmente por error o temor, intramuscular y estas vías de administración tienen sus propios riesgos.

Un ambiente higiénico similar al de un consultorio donde una enfermera aplica inyecciones sería el ideal para la inyección de cualquier sustancia. Pero las condiciones en las que se inyectan drogas los UDI generalmente están muy alejadas de esas condiciones. Por ello, procurar o recomendar las mejores condiciones higiénicas para la inyección de drogas es un aspecto fundamental en las estrategias de reducción de daños.

1. Una superficie limpia o lo más limpia posible para preparar la inyección y manejar los utensilios es importante. El usuario puede limpiar la superficie con agua, jabón y desinfectante o poner un periódico limpio en

la superficie. Una mesa, por ejemplo, puede contener rastros de sangre que contiene VIH u otros virus o bacteria.⁷⁹

2. El usuario no debe compartir equipo de inyección. Una jeringa nueva es importante pero es necesario destacar que otras partes del equipo, cucharas, tapas, agua, filtros, contenedores de agua todos pueden contener el virus de VIH o Hepatitis.^{80, 81}
3. Es importante que se lave las manos antes de aplicar la inyección y si es factible la parte del cuerpo donde se aplicará la inyección. Es necesario explicar al UDI que las manos sucias pueden contaminar con bacteria o virus y el punto y el equipo de inyección.
4. Se debe limpiar los puntos del cuerpo donde se va a inyectar utilizando un algodón con alcohol o un alcohol swab con movimientos circulares desde el centro de la zona (punto de inyección) hacia afuera.
5. El calor del cuerpo facilita que las venas sean más visibles en la piel, si se inyecta en lugares calientes es más fácil encontrar la vena. Si se pone una chamarra mientras se prepara la droga puede ayudar.⁸²
6. Es recomendable utilizar la aguja más pequeña posible para limitar daños en las venas y piel.
7. Después de una inyección todo el equipo puede estar infectado con VIH, hepatitis o bacterias. Idealmente el usuario desechará todo equipo de inyección en contenedores especiales para material contaminante o, de no contar con ello, se llegan a improvisar latas de refresco u otros envases de plástico duro que puedan ser cerrados o "apachurrados" para que no pueda salir la jeringa. Si eso no es posible por lo menos debe lavar todo con agua, jabón y cloro para cuando lo vuelva a usar.

Puntos de Inyección y sus Riesgos

Del uso de drogas inyectables se han identificado tres tipos principales de vías de administración de drogas: intravenosa, intramuscular y subcutáneo.

De estas tres, los usuarios de drogas inyectables utilizan preferentemente la intravenosa, por el efecto producido que al menos es más rápido. La droga entra a la sangre directamente y llega al cerebro rápidamente produciendo una sensación (excitación) muy intensa y para muchos sujetos agradables,⁸³ sin embargo esta vía de administración tiene riesgos significativos. Primero el riesgo de sobredosis es más elevado que el consumo de drogas por otras vías, porque la dosis entra completa al cuerpo en un solo tiempo, muy rápido. La biodisponibilidad también es mayor.⁸⁴ Además, la inyección intravenosa abre un acceso en la sangre que puede permitir la entrada de bacteria o virus. Aunque la vía intravenosa es la más popular hay usuarios que inyectan por la vía subcutánea o intramuscular. Estas vías tienen sus propios riesgos.

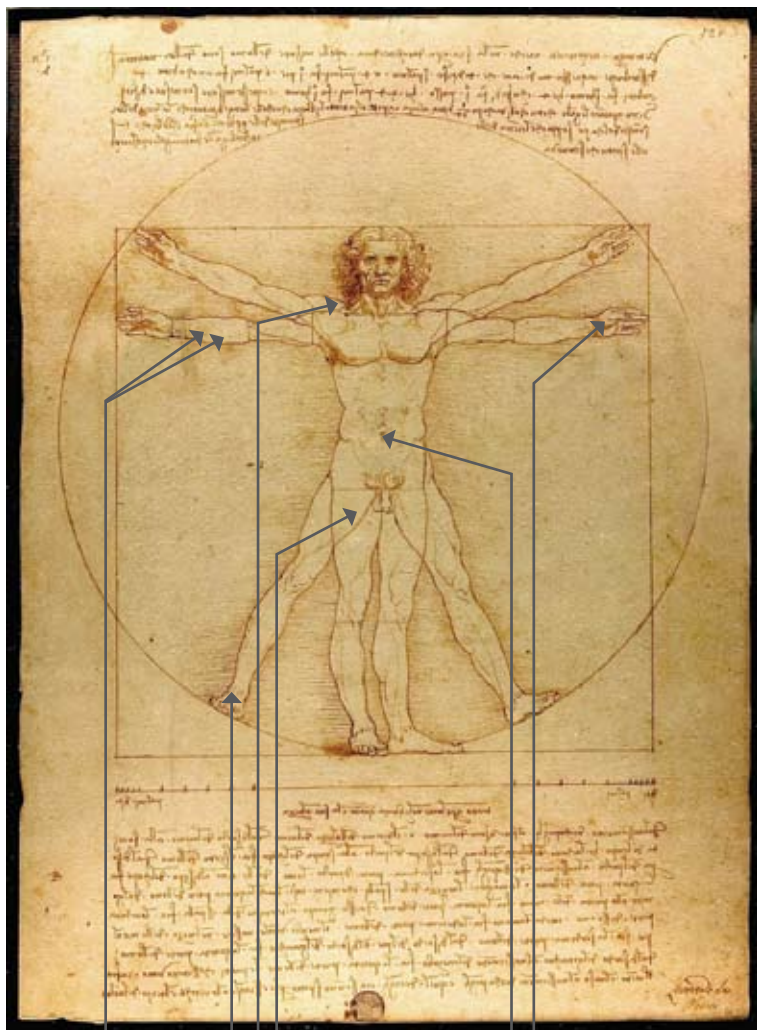
Los riesgos que toman los UDI al inyectarse drogas dependen también del punto en su cuerpo en los que se aplican la inyección, por eso es importante examinar los usos diferentes puntos y tipo de inyección.

Dirección del flujo de la sangre: Es importante que los usuarios entiendan que las venas regresan la sangre al corazón y los pulmones dónde colecta oxígeno que es transportado por las arterias hacia el resto del cuerpo. Las venas contienen válvulas para facilitar la circulación.⁸⁵ Si los UDI se inyectan en contra del flujo de la sangre pueden causar daño a las venas al afectar la circulación de la sangre lo cual se puede manifestar en sangrado fuera de lo normal.

Diagrama 4. Dirección del flujo de la sangre y la dirección de la inyección en vena.



Diagrama 5. Puntos de Inyección:



Brazo y antebrazo:
buen lugar

Pies

Ingle, femoral:
peligroso

Cuello: peligroso

Manos y dedos

Abdomen,
subcutánea

Brazos: La facilidad de encontrar la vena los hace puntos frecuentes de inyección, en ellos se encuentran los de menor riesgo. El problema con las inyecciones en los brazos es que después de un tiempo es cada vez más difícil encontrar los puntos de inyección en las venas debido al daño que sufren después de inyecciones repetidas en el mismo lugar. Por ello, organismos gubernamentales y de la sociedad civil recomiendan que los UDI roten los puntos de inyección utilizando los dos brazos y los puntos más fáciles en cada brazo tomando en cuenta que una vena tarda, por lo menos, dos días para reponerse de un “piquete”.⁸⁶

Para la aplicación intravenosa también es recomendable que los usuarios usen las jeringas más pequeñas (para insulina, por ejemplo) y nuevas en cada aplicación (las agujas afiladas por los mismos UDI causan más daño) lo cual ayuda a reducir el daño causado por inyecciones frecuentes en las venas.

Si la misma vena esta siendo utilizada para inyectarse varias veces se debe inyectar “río abajo”: en un brazo y en una misma vena, el primer punto de inyección debe ser el más alejado del corazón, sin llegar a la muñeca, esto para evitar que aplicaciones sucesivas empujen posibles coágulos de sangre hacia el corazón de la inyección anterior que no haya sanado. También es recomendado que la aguja entre en la vena a un ángulo de entre 35 - 45 grados y que el UDI se asegure que la aguja esta en la vena.⁸⁷ Para ello, el UDI tira un poco del émbolo antes de inyectar. Si la aguja está en la vena en el barril de la jeringa se observará sangre. El UDI se aplicará la dosis al empujar el émbolo muy despacio para reducir el riesgo del daño a la vena.

Diagrama 6. Entrada de la aguja en la vena.

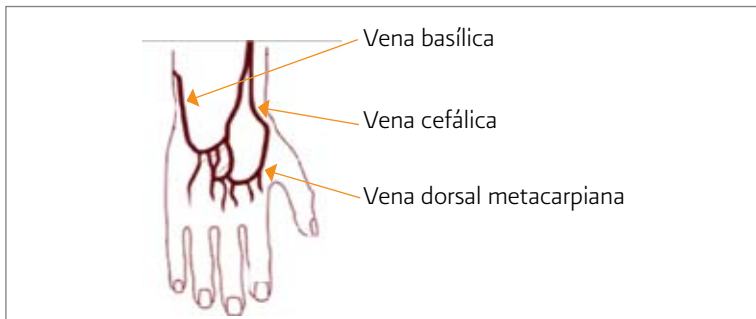


Fuente: Harm Reduction Coalition, Getting Off Right- IDU Safety Manual, New York, HRC, s/a.

Para resumir, la inyección intravenosa en los brazos de una droga ilícita no es segura pero es el sitio más adecuado del cuerpo en las circunstancias del UDI. Cuidar los puntos de inyección en los brazos contribuye a reducir el daño, porque ayuda a que los UDI no cambien a puntos de inyección de mayor riesgo en su cuerpo. Un problema con estos puntos de inyección en los brazos es que son muy visibles. Por el estigma que sufren los UDI muchos de ellos quieren ocultar las señales de su uso de drogas y, también, por eso se inyectan en puntos del cuerpo más ocultos a simple vista y que son de mayor riesgo.

Las Manos: Los dorsos de las manos proveen puntos que los UDI han utilizados para la inyección de drogas, pero en venas más delicadas y que se dañan con mayor facilidad. En este caso, la rotación de puntos de inyección y el uso de agujas con un calibre pequeño es importante. También es recomendable quitar anillos de los dedos porque pueden obstruir la circulación (que es más lento y por eso tarda más en recuperar) y causar daño a las venas, especialmente si los dedos se hinchan después de una inyección y los anillos puede facilitar que se obstruya la circulación. Los posibles puntos de inyección en las manos son también muy visibles.

Diagrama 7. Venas de las manos

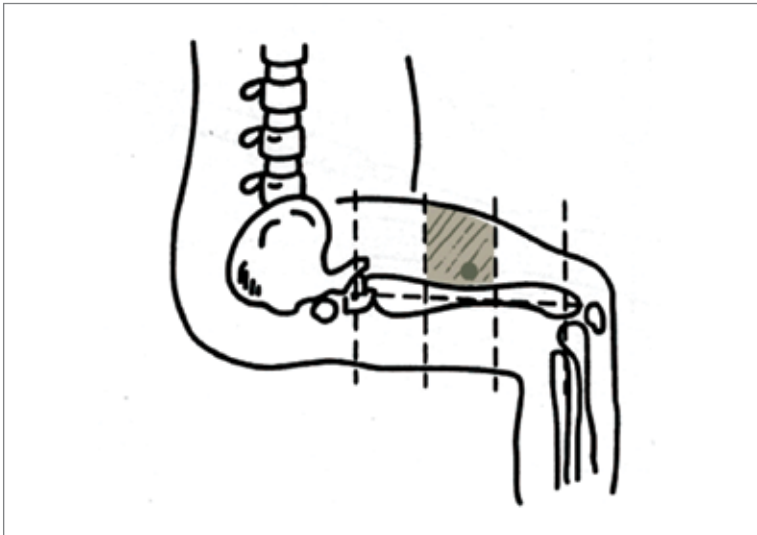


Fuente: Harm Reduction Coalition, Getting Off Right- IDU Safety Manual. Disponible en www.harmreduction.org, última consulta 03/11/06.

Las Piernas: Es más peligroso que en los brazos debido a una circulación sanguínea más lenta en las piernas y la presencia de más válvulas de regu-

lación de la circulación que pueden ser dañada por inyecciones de drogas. El riesgo de úlceras y trombosis es mayor si los UDI utilizan los puntos en las piernas. Si no hay alternativa, las agujas pequeñas son recomendables y inyecciones lentas para reducir el riesgo de daño a las válvulas.

Diagrama 8. Puntos de inyección intramuscular en las piernas



Fuente: <http://www.vacunasaep.org> última consulta 06/07/2006.

En las piernas se puede aplicar intramuscularmente la inyección de droga, se recomienda estar sentado en una silla, sin ejercer presión contra el piso con el pie y aplicarse la inyección en el área muscular de la pierna excluyendo a la parte interna (ver diagrama).

En las piernas, la inyección intramuscular es menos común pero más segura. También hay un riesgo de sobredosis ya que toda la droga entra el cuerpo al mismo tiempo y hay riesgo de infección, especialmente cuando jeringas sucias o compartidas. Inyección subcutánea tampoco es popular entre los UDI pero a veces ocurre por error y tiene una probabilidad alta de resultar en infecciones como abscesos. Para ambos tipos de inyección, los usuarios

toman el riesgo de infecciones porque la droga impura si contiene bacterias se queda más tiempo en el punto de inyección. Estas enfermedades pueden ser graves. Las más serias se aparecen cuando la infección entra a los huesos o la sangre, ya que la bacteria puede causar botulismo, tétanos, también los UDI pueden contagiarse con gangrena, una infección muy seria.⁸⁸

Abdomen: Inyecciones subcutáneas, que se aplican en la capa de tejido graso inmediatamente por debajo de la piel, se puede aplicar en el abdomen. Son relativamente seguras, pero como todas inyecciones hay un riesgo de sobredosis, de abscesos, úlceras. Entre otros. Este punto de inyección es poco utilizado por los UDI.

Los Pies: Como las manos, los pies tienen venas delicadas y por su distancia del corazón, la circulación es aún más lenta. Por eso es poco recomendable inyectar droga en los pies. Además por razones de higiene el riesgo de infección es mayor. Para algunos UDI es muy difícil mantener buenos estándares de higiene debido a la falta de sitios para asearse y recursos como agua y jabón. La ausencia de una cultura de auto cuidado es común entre estos adictos a drogas y los pies permanecen cerca del polvo, guardan humedad en el calzado. Si los usuarios se inyectan en los pies deben usar la aguja más pequeña posible y poner más atención a la higiene.

La Ingle: La accesibilidad de este punto lo hace atractivo para los UDI porque permanece oculto pero es muy peligroso.⁸⁹ Además del riesgo de trombosis, por la proximidad a la arteria y el nervio femoral hay un riesgo de causarles daño por error, y por ello el riesgo es mayor. Muchas agencias intentan ayudar a los UDI para encontrar otros puntos. Además la inyección en la ingle tiene un riesgo muy alto de provocar úlceras.⁹⁰

Cuello: Aunque es poco frecuente, hay UDI que inyectan en la vena yugular. Este punto es muy peligroso porque al lado de la yugular está ubicada la arteria carótida. La inyección en esta arteria puede ser fatal. No hay consejo para reducir el riesgo de este punto. Es necesario animar al usuario a encontrar otro punto de inyección.

Venas, arterías y nervios: Las venas regresan la sangre de diferentes puntos del cuerpo al corazón y las arterías transportan la sangre del

corazón a los pulmones para oxigenarla y luego al resto del cuerpo. Los UDI siempre deben intentar inyectarse en las venas no en las arterias, si se inyectan en la arteria se pueden causar la muerte.⁸² No es muy difícil saber si la aguja ha entrado una arteria. La sangre en las arterias parece espumosa y el color es un rojo vivo, también puede que duela mucho. La presión de la sangre es más alta en la arteria que en las venas, lo cual dificulta el acceso de la droga al torrente sanguíneo. Si el UDI “pica” una arteria, es vital que retire la aguja y no inyecte la droga. Además necesitan buscar asistencia medico porque puede sangrar mucho.⁸⁷ En contraste, la sangre de la vena tiene un color rojo oscuro. También, cuando el UDI se llega a picar por error un nervio o fuera de la vena, debe sacar la jeringa de inmediato y no introducir la droga.

Sobredosis: Todos los tipos de inyección tienen un riesgo de sobredosis que se estima mata a más UDI que VIH. Para reducir el riesgo es recomendable que el UDI no se inyecte solo y que profesionales de salud capaciten a los UDI en primeros auxilios en caso de sobredosis. Básicamente se tiene que poner el paciente en la “posición de recuperación” acostado de lado por si vomita tenga menor riesgo de asfixia (ver diagrama) y llamar a una ambulancia. Por temor de la policía y el estigma muchos UDI no quieren ir al hospital pero no hay opción en caso de sobredosis, The Harm Reduction Coalition (La Coalición de la Reducción del Daño) sugiere llegar a un arreglo con la policía para que de prioridad a la atención médica de los UDI en caso de sobredosis. El temor a la detención es una barrera importante para la atención médica de sobredosis., Otro punto importante es que si se inyecta en la piel o músculo por error, el efecto será más lento lo que puede llevar al UDI a repetir la dosis con un riesgo muy alto de sobredosis.

Otro problema común es cuando hay heroína de una calidad excepcionalmente alta de venta y los UDI toman su cantidad normal y se encuentran que su tolerancia no es suficiente por la puridad de la droga y una sobredosis puede resultar.⁹³

Diagrama 9. Posición de recuperación.



Fuente: Fuente: Biblioteca Nacional de los EE.UU., Medline Plus Encyclopedia Medica, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>, última consulta, 02/06/06.

Torniquetes: En el caso de los UDI un torniquete es la aplicación de presión en alguna parte del cuerpo (generalmente en el brazo) para encontrar una vena e inyectarse una sustancia psicoactiva. Casi con cualquier material que se puedan enrollar en brazo o pierna, o inclusive las manos de otra persona se aplican torniquetes que obstruyen la circulación de la sangre. La vena se hincha y así es más fácil inyectar. Hay diferentes opiniones sobre el uso de torniquetes para encontrar una vena. Algunas organizaciones recomiendan no usar torniquetes por peligrosos, ya que pueden dañar las venas. Es más recomendable usar otros métodos para encontrar las venas, por ejemplo, calentando la piel con agua caliente (pero no demasiado caliente), o frotando la piel encima de una vena con la mano.

Si el paciente aplica un torniquete, es recomendable que el material que utiliza no sea elástico, para que pueda aflojarlo con facilidad y causar menos daños a la vena. También un torniquete muy delgado lastima más fácilmente las venas. Finalmente la higiene es muy importante. Un torniquete con material contaminado con sangre puede propagar VIH o VHC y/e otras infecciones. Si esta sucio puede contener bacterias.

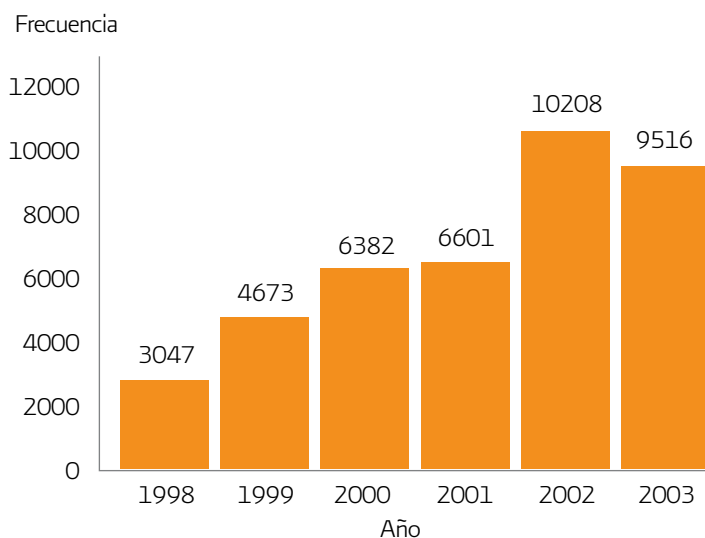
Enfermedades e inyección de drogas.

Esta sección trata de las enfermedades más comunes que presentan en los UDI, explicaciones de sus causas y descripciones de los síntomas.

VIH/SIDA: El riesgo más grave para los UDI y para la salud pública en general. Su transmisión por jeringas compartidas es muy común. El VIH es el virus que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) una enfermedad muy grave que ataca al sistema inmunitario del cuerpo. Los UDI son uno de los grupos que tiene un riesgo muy alto de contagiarse con el VIH, porque el VIH vive en los fluidos corporales, con una concentración alta en la sangre. El VIH también es transmitido sexualmente.

HEPATITIS C: El virus hepatitis C fue descubierto en 1992 y actualmente, son 170 millones de personas infectadas en el mundo. El 96%⁹⁴ de los UDI estudiados en Tijuana vivían con VHC. Los UDI son un grupo con alto riesgo porque el virus tiene una concentración alta en la sangre y los UDI pueden transferir el virus por el compartimiento de jeringas usadas. Las principales causas de infección con el HVC son a través de transfusiones sanguíneas y del re-uso de jeringas inadecuadamente esterilizadas (inyección insegura). En países en desarrollo, se estimó que el 90% de las infecciones con HCV crónica suceden en UDI o personas que tienen una historia de transfusión de sangre no analizada o de productos sanguíneos.⁹⁵

Diagrama 10. Frecuencia de VHC Arizona EEUU.



Fuente: Arizona Dept of Health. www.azdhs.gov/phs/oids/hepc/stats.htm, última consulta 25/05/06.

La Hepatitis C es una inflamación del hígado. La inflamación causa sensibilidad al tacto e hinchazón.⁹⁶ Aunque la progresión de hepatitis es muy lenta, en la mayoría de casos, puede convertirse en una enfermedad muy grave. La hepatitis C puede causar, cirrosis de hígado y cáncer y según a estudios recientes el virus VHC pueden vivir afuera del cuerpo entre 16 horas y 4 días.^{97, 98}

Debido de la falta de síntomas, en las etapas iniciales de la enfermedad, en muchas pacientes, es necesario tomar una prueba para saber si se tiene VHC. Tratamiento con interferón puede tener éxito en el paciente con VHC, pero no tiene 100% éxito y puede tener efectos secundarios no agradables. El paciente por ello necesita informarse antes de tomar la decisión a empezar tratamiento.⁹⁹

Abscesos. Un absceso es una acumulación de pus, es decir, tejido muerto, bacterias y glóbulos blancos. Los glóbulos blancos se forman alrededor de la bacteria para matarla, a veces con éxito. Sin embargo, la infección puede avanzar y causar problemas más graves como septicemia (ver abajo).

Diagrama 11. Abscesos en las piernas, debido de inyección de drogas.



Fuente: www.uc.cl/.../chile/drogas. Ultima consulta 06/07/06.

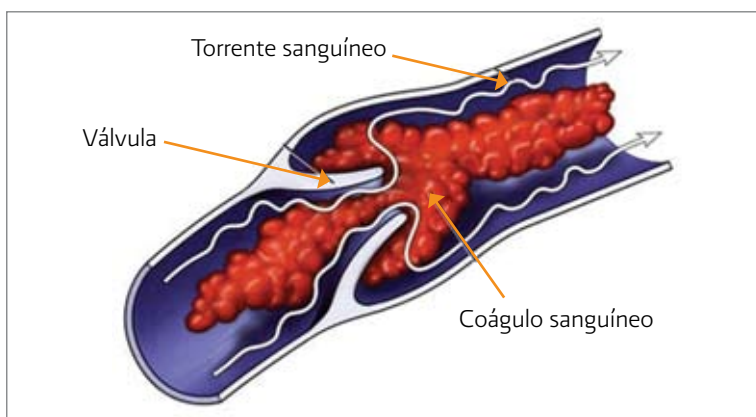
Con atención médica un absceso se puede curar con relativa facilidad pero si se deja sin tratamiento infecciones más graves pueden ocurrir. Por eso los UDI necesitan identificar un absceso y buscar ayuda medica profesional. Se puede tratar un absceso, cuando está en la etapa inicial de infección fácilmente con un lavador de agua y jabón y obligando a salir la pus. Sin embargo si la infección ha avanzado, por ejemplo, si se puede ver rayas rojas diseminándose hacia fuera de la bola de pus, crece o se pone más dolorosa, si la bola esta hinchada o rozada y se siente caliente o si el paciente sufre fiebre, la atención por personal de salud es necesaria. En casos más extremos, es decir, si el paciente tiene fiebre alta, escalofríos, tiene dolor en el pecho o si la infección parece que se esta diseminado rápido, el paciente debe ir a una sala de urgencia de inmediato. En casos extremos una amputación puede resultar de una infección causada por un absceso.¹⁰⁰

Septicemia: Otro riesgo de la inyección de drogas ilícitas es la septicemia que es una infección de la sangre causada por mala higiene al momento de inyectarse.¹⁰¹ Esta infección, sin tratamiento puede causar enfermedades muy serias o muerte. Un absceso dejado sin tratamiento puede infectar la sangre y causar septicemia. Por eso los usuarios necesitan buscar ayuda si tienen abscesos. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, ansío, pálido y a veces gangrena.

Endocarditis bacteriana: Una enfermedad del corazón potencialmente fatal. Es una infección de las cámaras o válvulas del corazón causado por bacterias. Los UDI son un grupo con alto riesgo de contagiarse de esta enfermedad.¹⁰² Mortalidad en personas con este padecimiento es de 5-15%.¹⁰³ Es causada por higiene mala, alrededor del proceso de inyección, el reutilización de las jeringas sucias, omisión o descuido al limpiar el punto de inyección, y la practica común en ciertos lugares de lamer el punto de inyección o aguja antes de inyectar. Síntomas incluyen fiebre, escalofríos, sangre en la orina, inflamación de los pies, abdomen, pernas y sudoración.

Trombosis: La trombosis se produce cuando los coágulos obstruyen las venas o las arterias.¹⁰⁴

Diagrama 12. Trombosis vena profunda.



Fuente: Biblioteca Nacional de los EEUU, Medline Plus Encyclopedia Medica, disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>, última consulta, 09/05/06.

En el acto de inyección se pueden producir coágulos ya que cada vez que la aguja entra en la vena causa daño a sus paredes que resultan en la formación de cicatrices. En el proceso cicatrización se pueden formar coágulos que llegan a entrar al torrente sanguíneo y causan obstrucciones en las válvulas. (Ver diagrama 9). Estas obstrucciones son peligrosas y pueden resultar, si no son tratadas en amputaciones, o muerte. El tratamiento está disponible pero el usuario debe ir a un médico rápido si hay señales de esta enfermedad. El consejo de la reducción del daño incluye la rotación de los puntos de inyección y el uso de agujas pequeñas. Los síntomas incluyen dolor de pierna, en una sola, sensibilidad en una sola pierna, inflamación de la pierna, aumento de la temperatura de la pierna y enrojecimiento de la pierna.

Gangrena: Gangrena es la muerte del tejido en una parte del cuerpo. La gangrena puede ocurrir cuando una parte del cuerpo pierde su suministro sanguíneo, lo cual puede suceder por ejemplo a raíz de una lesión o una infección no atendida a tiempo. El daño a las venas por inyecciones puede causar esta condición.

Los síntomas dependen de la localización y causa de la gangrena. Si el área afectada involucra la piel o está cerca a ésta, los síntomas pueden ser:

- Coloración (azul o negra si la piel está afectada; roja o bronce si el área afectada está por debajo de la piel)
- Pérdida de la sensibilidad que puede ocurrir después de dolor severo en el área
- Secreción maloliente

Si un paciente presenta con gangrena, debe conseguir consejo médico profesional de inmediato. Gangrena puede dirigir a amputación o muerte.

Úlceras en la piel: Las úlceras son lesiones parecidas a un cráter que se presentan en la piel. Las úlceras son provocadas en los UDI por la repetición de inyección en la misma área del cuerpo o por infección, a menudo de un absceso no tratado. Las úlceras pueden causar dolor porque producen una entrada en la piel de agentes infecciosos, dejan a los UDI más vulnerables a diferentes infecciones, especialmente cuando la higiene del usuario no es buena. Las úlceras son más comunes y difíciles de curar en las extremidades bajas (pies y piernas) debido a la circulación sanguínea más lenta en estas venas. Tratamiento es recomendable para prevenir infecciones. Síntomas incluyen lesiones que parecen un cráter y dolor.

Como y dónde utilizar la información de este manual.

Existen varias formas y sitios para repartir la jeringa limpias y otros elementos del equipo de inyección a los UDI, así mismo la información y consejería son parte fundamental de la reducción del daño. El que se pueda desarrollar el proceso completo de entrega de materiales de inyección y consejería depende de las diferentes condiciones en las que se realiza y del compromiso que los profesionales de la salud puedan tener con esta tarea.

En todo caso es necesario dar, al menos, información.

A continuación mencionamos algunos posibles puntos de distribución de jeringas que hemos encontrado referidos en literatura internacional.

Farmacias:

Las farmacias son sitios muy accesibles para repartir jeringas estériles a los UDI. Por ejemplo en España 73% de las jeringas repartidas son en farmacias.¹⁰⁵ Según UDI entrevistados en Nueva Zelanda y Gran Bretaña las ventajas de las farmacias son la confidencialidad y los horarios y por ellos les gustaba recoger jeringas de estos lugares pero la difusión de información tenía menos éxito en farmacias. Un estudio sobre distribución de jeringas en farmacias, se refiere que la razón de los UDI para no pedir información era la falta de confidencialidad y los clientes se enteraron que eran UDI. Además, los empleados de las farmacias no les daban a los UDI información adicional. Por eso, el trabajo en las farmacias requiere de capacitar y sensibilizar a los empleados para que provean el servicio.¹⁰⁶ Otro estudio en Escocia encontró que los servicios de intercambio de jeringas en farmacias costaban 50% menos que en sitios especializados para ese fin.¹⁰⁷ Los horarios de trabajo y ubicación favorecen a las farmacias como sitios de atención a los UDI. Aunque en México hay referencia a negativas de dependientes de farmacias para vender jeringas a UDI, es conveniente no dejar de considerar esta opción y denunciar esta forma de discriminación.

Sin embargo, las farmacias no son buenos lugares para elaborar actividades más complejas como talleres porque son lugares públicos. Los empleados necesitan capacitación antes de iniciar intercambios en farmacias.¹⁰³

Agencias de la reducción del daño especializadas

En ellas trabajan personal especializado capacitado para trabajar con UDI. Estos sitios fueron mejor evaluados por los UDI entrevistados como lugares para obtener información sobre la reducción del daño y tratamiento: los empleados eran más accesibles (“simpáticos”), desde el punto de vista de los UDI y se sentían más cómodos para recibir información en estos lugares.¹⁰⁴ En estas organizaciones especializadas se puede dar cursos de capacitación,

talleres o entrevistas individuales, en espacio privado y confidencial, para construir relaciones buenas con los UDI y difundir información, distribuir jeringas esterilizadas y otro equipo limpio. Cuentan con sistema de referencia a centros de tratamiento por consumo de drogas y pueden ser colaboradores de otros centros especializados. Las desventajas observadas fueron los horarios limitados y su elevado costo de mantenimiento en comparación con las farmacias.

Centros de tratamiento especializados en consumo de drogas:

Aunque el tratamiento de la adicción utiliza, generalmente, un abordaje basado en la abstinencia y por eso es poco probable que repartan jeringas, estos centros son de gran importancia para el desarrollo de actividades preventivas porque pueden difundir información sobre reducción de daño como parte de sus programas, por ejemplo talleres sobre VIH/SIDA, sexo seguro y el riesgo de sobredosis asociado a recaídas en el consumo de drogas. Saben que las recaídas son partes del proceso de recuperación para muchos UDI y por ello es importante recibir información sobre la reducción del daño porque están en tratamiento, en proceso de desintoxicación física y en un lugar seguro. Pueden dar información a sus pacientes si estos deciden salir del programa para drogarse, por ejemplo, para reducir el riesgo de sobredosis e infección de VIH/SIDA o VHC.

Clínicas de metadona:

Son lugares donde se lleva a cabo tratamiento de tratamiento con metadona (TM). El tratamiento con agonistas es una parte importante de la filosofía de la reducción del daño porque puede reducir la necesidad a inyectarse con sustancia opiáceos, por la provisión de una droga alternativa, para evitar el síndrome de abstinencia. También es un medicamento para estabilizar al usuario de drogas y buscar alejar al UDI de ambiente del uso ilícito de drogas, los peligros de la calle así como de adquirir infecciones por vía parenteral. A estas clínicas ya tienen acceso a los UDI y a otros centros de tratamiento por consumo de drogas. Una clínica puede proveer un acercamiento integral para los UDI con atención primaria, intercambio de jeringas e información, atención secundaria, por ejemplo TM y referencias a otro tipo tratamiento

para dejar totalmente la droga en centros de rehabilitación. Las limitaciones de las clínicas de metadona son los horarios y posibles conflictos percibidos con el tratamiento de metadona y el intercambio de jeringas. Una separación física de los distintos servicios es recomendable.

La Calle o dónde se reúnen los UDI, el uso de Camionetas:

Hay profesionales en la calle trabajando con los UDI quienes pueden usar esta información durante su trabajo diario de manera informal o con talleres sencillos. Sin embargo, es importante poner atención a la situación, para evitar problemas de confidencialidad o peligro a los UDI o trabajadores. En la calle los UDI no necesitan buscar las jeringas nuevas para inyectarse y les es más fácil recurrir jeringas sucias. Para retirar las jeringas contaminadas de la circulación los UDI difícilmente van a trasladarse a sitios alejados para entregar jeringas para su destrucción. Hay más posibilidades de encontrar un grupo que quiere ocultar sus actividades y puede que tenga desconfianza de las autoridades o servicios de la salud normales. Sin embargo pueden tener problemas con la confidencialidad debido al trabajo que se realiza en lugares públicos. La necesidad de dar talleres sencillos pero tiene limitaciones de difusión y ejecución complejas en calle.

El personal tiene que recibir capacitación adecuada para trabajar en campo por que están en un ambiente potencialmente peligroso. Es recomendable trabajar en equipos de 2 - 4 personas y llevar teléfonos celulares para mantener contacto con el proyecto y/o las autoridades en caso de emergencia. Es posible trabajar en la noche en algunos lugares pero el proyecto debe evaluar la seguridad de este trabajo en cada zona antes de tomar la decisión salir. Este trabajo también se le llama de acercamiento de servicios porque en muchas ocasiones al UDI le urge más otro servicio de salud que intercambiar jeringas.

Cárceles/reclusorios/prisiones:

En muchos países el problema de adicción es muy común en las cárceles, en parte porque los UDI frecuentemente son encarcelados por su uso de la droga o comisión de delito. Por ello es importante tener programas de

reducción del daño en las cárceles. El obstáculo más grande es que los reclusorios son instituciones muy especiales y para entrar se necesita permiso. Los contactos con autoridades son esenciales y el respeto para las reglas y necesidades de la institución, especialmente las relacionadas con la seguridad. Las cárceles y prisiones son lugares donde se supone que no hay drogas. Este aspecto es el que más limita el desarrollo de algunas actividades como el intercambio de jeringas.

Centros de detección/información de VIH/SIDA.

Estos sitios tienen potencial como lugares para repartir jeringas y consejería sobre la reducción del daño por personal de salud bien capacitado. Pero los responsables necesitan considerar las posibilidades de discriminación y estigmatización entre UDI y otros subgrupos con VIH o con mayores riesgos de vivir con el virus, y el como manejar está situación si ocurre. Además el personal necesita capacitación especial para trabaja con los UDI, su comportamiento puede ser diferente al de otros grupos.

Clínicas de salud: Potencial fuentes de intercambios de jeringas. Sin embargo los problemas de confidencialidad, administración y estigmatización posible. La capacitación y sensibilización son necesarias para el personal.

Grupos de Autoayuda.

Grupos de los 12 pasos, por ejemplo Narcóticos Anónimos (NA), Alcohólicos Anónimos (AA) etc. Tienen una filosofía que afirma que la abstinencia es la única solución a la “enfermedad” de adicción y no participan en programas de la reducción del daño. Sin embargo vale la pena acercarse a su grupo local para construir enlaces. Estos grupos pueden ser buenos contactos para referir a pacientes del intercambio de jeringas que quieran dejar las drogas, también, depende de los integrantes del grupo y su interpretación de la filosofía de los doce pasos, a lo mejor el grupo puede difundir información sobre servicios de reducción del daño y los riesgos de VIH/SIDA a los UDI. Ya que la adicción es una condición con muchas recaídas, los servicios de la reducción del daño son relevantes para los miembros de grupos como los de N.A.

Finalmente aunque el ideal es poder integrar las diferentes opciones de la reducción de daños, es necesario considerar con flexibilidad este modelo de acción y considerar que quizá instituciones como las carcelaria, transitoriamente, no permitan el intercambio de jeringas y únicamente faciliten el acceso a la prisión para otras actividades de la reducción de daños.

Capítulo VI

Ejercicios y actividades

Ejercicio 1

Canalización a los servicios de tratamiento

Se debe explicar que ahora ya se sabe que es lo que se necesita para diseñar un programa que llene las necesidades especiales de las personas, y que el sistema de tratamiento ideal integrará los siguientes componentes:

- Médico / Salud
- Servicios familiares
- Vocacional
- Educación del cliente

Pedir que las y los participantes se dividan en grupos. Cada grupo tomará uno de los cuatro componentes y diseñará el sistema ideal. Darles una hoja en blanco del rotafolios. Dejar 15 minutos para este ejercicio. Volver a juntar al grupo completo para las presentaciones.

Ejercicio 2

Asesoría con UDI

Repartir el ejercicio del caso. Pedir a las y los participantes que se dividan en parejas, uno de ellos es quien proporcionará la asesoría y otro será el cliente. El participante que esté proporcionando asesoría tratará de ayudar al otro a que acepte el tratamiento, por un tiempo de 10 minutos. Juntar al grupo para que compartan sus experiencias.

Caso A

MARÍA: Es una persona de 32 años que está embarazada. Ella ha estado usando heroína durante algunos años y continúa haciéndolo. María ha llegado a su programa de servicios sobre el VIH. Su apariencia no es muy agradable;

al acercarse a ella no sabe si se está durmiendo.

Su trabajo es:

- 1) Evaluar las necesidades de María y establecer un plan para su tratamiento o mitigación del daño.
- 2) Iniciar una relación de asesoramiento con ella.

Caso B

MARIO: Es una persona de 42 años que vive con el VIH. Ha estado usando heroína durante algunos años y a pesar de un gran deseo para dejar la droga por el bien de su familia, aún la está usando. Tiene bastante temor del VIH y su compañero de drogas ya murió de SIDA. Esta asustado, deprimido e impresionado.

Preguntas para Discusión:

Para la o el asesor

- ¿Qué fue lo más difícil de lograr?
- ¿Qué experimentó como consejero?
- ¿Qué fue lo que aprendió?
- ¿De qué está ahora más segura(a)?

Para la o el cliente

- ¿Qué fue lo más difícil para usted de esta sesión de consejería?
- ¿Qué tipo de mensaje quería dar al consejero(a)?
- ¿Sintió que el consejero(a) escuchó?
- ¿Qué logró de lo que quería?

Ejercicio 3

Características y comportamientos de las y los adictos

Llevar a cabo un ejercicio de lluvia de ideas, que ayudará a las y los participantes a desarrollar y aclarar la descripción del comportamiento de los UDI. Invitarlos a que mencionen cuáles comportamientos y características en la personalidad, apariencia física y actitudes, pudieran mostrar las personas para descubrir que usan drogas. Pedirles que deduzcan de sus observaciones en la comunidad y de experiencias personales y profesionales, y que describan estos comportamientos lo más detalladamente posible.

Hacer una lista de las observaciones de las y los participantes en las hojas de papel grandes, incluyendo lo siguiente (si es que no lo mencionan los participantes):

- Deterioro físico: glándulas inflamadas, cojear, ojos rojos, etcétera.
- Consecuencias sociales: inhabilidad de trabajar, elegir otros usuarios de drogas como compañeros, etcétera.
- Inestabilidad emocional: cambios repentinos de temperamento, respuestas exageradas, etcétera.
- Señales cognoscitivas: razonamiento afectado, juicio, memoria, etcétera.

Resumir la discusión enfatizando que muchas de las características que observaron las y los participantes son parte de un patrón que observan muchos de los profesionales que tratan a las personas adictas y que, en realidad, reflejan elementos de la "definición activa".

Esta descripción del comportamiento de las y los clientes adictos ayuda a enfocar la educación deseada y las actividades para reducción del riesgo en la transmisión del VIH/SIDA con las actividades de riesgo específicas. Mantener al grupo enfocado en el reto a los esfuerzos de la educación que estos comportamientos presentan.

Ejercicio 4

Estudio de caso I

Un caso a ser considerado: "JORGE"

"Por algún tiempo me sentí muy bien, como si fuese una persona normal (recibir pago de salario en base regular, horario normal, el poder decir, sin tener que mentir en que trabajo). Estaba orgulloso de mí mismo. El trabajar era una nueva experiencia. He estado trabajando en forma regular desde hace aproximadamente seis meses, desde que salí del tratamiento, y no he perdido ni un sólo día de trabajo. Pero ya me estoy fastidiando y he empezado a usar para vencer el aburrimiento. Pero es frustrante y cuando llego a casa cada tarde, me siento cansado y frustrado.

"Primero que todo, algunas personas que trabajan allí me molestan. Posiblemente no lo hagan a propósito o no sea su intención ofender, pero son un poco "apretadas" y les interesa su propio mundo. Inclusive, cuando platican conmigo me siento como extraño. Algunas de ellas están muy unidas y otras juegan softbol juntas. Hablan de sus niñas y de sus niños, algunas veces bromean, lo que normalmente no entiendo. O se burlan de alguien (algunas veces pienso, ¿qué dirán de mí?).

"Pareciera que ellas no pueden hacer su trabajo sin hablar de algo que me deje completamente fuera. Tal vez, si no tuviese que tener tanto cuidado de lo que la gente sepa de mí, sería diferente. De todas formas, yo no hago lo que ellas hacen, ni sé lo que ellas saben.

"Lo que yo sí conozco son las máquinas. Siempre he sido bueno para trabajar con la maquinaria y siempre puedo discernir acerca de cómo hacer que las cosas funcionen mejor. Podrían mejorar mucho si hicieran algunos cambios, pero hacen las cosas a la antigua. Es tonto ver como las personas están atoradas de esa forma. Pero, no vale la pena levantar olas, porque lo apuntan a uno como revoltoso y entonces lo corren.

"Mi jefe ya me está volviendo paranoico. Nada más me está vigilando como si me fuera a equivocar, o tal vez, me quiere pescar usando. Me dice

que voy bien y habla poco conmigo, pero temo que solamente esté esperando que haga algún error. Cuando echo a perder algo, trato de tapar el error.

“La única razón por la que me dieron el trabajo es porque lo solicité justo el día que otra persona renunció y yo conozco la maquinaria. Pero no creo que me mantendrían en el puesto si se dan cuenta de mi pasado. Pero sin recibir el salario justo, mi esposa y yo no podremos cambiarnos de casa y tener hijos. Además, sin trabajo, ¿qué puedo tener?”

“Sé que algún día voy a volver al grupo de rehabilitación y más, pero no ahora. No me puedo cortar de mis viejos amigos y de la vagancia, siento que sin ellos no me queda mucho en la vida. No sé que hacer. Tal vez debería trabajar para alguna compañía más pequeña o hacer algo completamente diferente, o iniciar mi propio negocio arreglando aparatos. Algo así. Necesito algún alivio.”

Preguntas

- ¿Qué está pensando Jorge?
- ¿Qué riesgos son los que debe cambiar urgentemente?
- ¿Qué necesita Jorge?
- ¿Cuáles son los recursos disponibles?
- ¿Debe de cambiar de trabajo? ¿Por qué?
- ¿Qué puede hacer para mantenerse sano y empleado?

Ejercicio 5 Estudio de caso II

Repartir en grupos los siguientes casos, pedirles que los analicen uno a uno y posteriormente digan que debe hacer cada personaje para evitar la transmisión del VIH.

DANIEL: “Recibo muchos consejos que me sugieren mantenerme ocupado y no sentir pena por mí mismo, de que conozca muchas personas y ese tipo de cosas, así que me convencieron para que saliera con el grupo de amigos del trabajo, quienes se reúnen muy frecuentemente. Ellos me dicen, ¡vente!,

¡vente! Yo les dije que sí. Fuimos a un restaurante, pero en lugar de sentarnos a comer, todos se sentaron en el bar, inmediatamente a ordenar bebidas. Salí al patio porque me encontraba medio tomado. Había alguien vendiendo coca y “chiva”. Se estaban inyectando algunos cuates ¿Qué actitud debo tener en esta situación?”

CRISTINA: “Verdaderamente me simpatiza ese muchacho. Él es diferente a la mayoría de los chavos con los que yo pasaba el tiempo. Es sensible y franco, y no está tratando siempre de impresionar. Nos conocimos en el barrio y nos la pasamos bien, platicando y conociéndonos. Él no demostró curiosidad cuando evité el pasado. Me limité a hablar del presente porque las cosas han marchado muy bien para mí estos días.

“De todas formas, fuimos a un restaurante elegante la otra noche, todo era emocionante y nuevo para mí. Después pasamos a visitar a sus amigos. Tienen un apartamento muy bonito en un barrio o colonia muy bonita. Se portaron amigables conmigo y parecían ser muy felices. Fue una de las situaciones más agradables para mí que no vivía desde hace tanto que ni me acuerdo. Me sentía bien y tenía la impresión de que ahí pertenecía --si saben a lo que me refiero--. Entonces, no hacía ni 10 minutos de que habíamos llegado, el esposo comenzó a preparar una jeringa, la esposa se levantó y nos dijo: ¿Desean tomar algo? Mi compañero contestó que a él le gustaría una cerveza. En ese momento vi reflejada mi vida. Había una sola jeringa, no había nada con que limpiar la “erre”, el agua se veía medio turbia, etcétera.”

CARLOS: “Esta situación me confundió mucho. Jaime es mi amigo y es muy buen muchacho; me ayudó a reestablecerme en el pasado, me prestó algo de dinero cuando estaba en quiebra y algunas veces me dejó quedarme en su casa cuando no tenía a donde llegar. Él vende marihuana, cocaína y “chiva”; es su forma de hacer dinero, y gana mucho. Bueno, me vino a visitar ayer, y por supuesto se dio cuenta de que este lugar está vacío, y me dijo: Ni siquiera tienes televisión. Una persona que está tratando tanto como tú, necesita ayuda. Yo te puedo dar una televisión extra que tengo. No me digas que no.

“¿Está bien? De la forma como la describió, estoy seguro que es una televisión robada y estoy también seguro que es peligrosa. Seguro que me vendría muy bien una televisión, pero me siento mal al aceptar cosas robadas, y no creo que Jim entienda mi punto de vista.

“Puedo decir no a las inyectadas, o por lo menos puedo traer mi propia “erre”, pero me parece diferente rechazar a mi amigo. Si le digo no a la televisión, ¿le estoy diciendo no a mi amistad con Jaime?”

REYES: Dejó a sus viejas amistades atrás, y ahora se siente solo. Tiene algunos nuevos amigos, pero en realidad ninguno de ellos es amigo íntimo, se siente desesperadamente necesitado de amor y de relaciones sexuales. Cuando conoce a alguien que pudiera ser la persona apropiada, quiere ser “sincero”, pero parece que lo hacen a un lado.

Él piensa que tal vez es demasiado sincero o aparenta estar demasiado nervioso, ya que tiene tantos deseos. Algunas veces se siente “tonto” porque no sabe de que hablar. Le parece que muchas personas son hipócritas la una con la otra, pero se divierten juntas de todas maneras. Él se siente lastimado, y empieza a sentirse enojado por eso.

RICARDO: Diana siempre le dijo a Ricardo que no se casaría con él hasta que no dejara la drogadicción “para siempre”. Dejó las drogas “para siempre”, y por supuesto, se casaron. Ahora Ricardo siente como si estuviera aprendiendo otra vez a conocer quién es él y quién es Diana. Sus relaciones se sienten diferentes, parece que todo en su vida cambió, y no siempre para bien. A Diana no le gusta hablar del pasado. Para ella ya pasó. Para Ricardo hay muchas cosas confusas del pasado y aún más del presente. Él pensaba que podría dejar el hábito de la drogadicción; dentro de su yo interno, sabe que volverá al uso de las drogas. Pero sigue sintiéndose muy lejos de ella y le preocupa el no poder llegar a llenar sus expectativas ¿Cómo le hará para que ella no tenga consecuencias?

PAMELA: Cuando salió del hospital, esta última vez, Pamela estaba totalmente comprometida por primera vez en su vida. Su esposo estaba muy contento; había pasado muchas preocupaciones tratando de ayudarle y

presentía que realmente esto podría ser el inicio de su nueva vida juntos. Pero él –que no tiene ningún problema obvio de drogas– continúa tomando una o dos bebidas diarias. Ocasionalmente fuma y usa alguna droga con sus amigos. Recientemente, durante una fiesta, se inyectó una poca de cocaína. A ella le molestó y se siente culpable y asustada de sus sentimientos. No sabe como manejar la situación, por lo que está tratando de no pensar más en el problema.

Ejercicio 6

¿Qué es el trabajo de campo?

Pedir a las y los participantes que nombren el servicio que proporcionan. Las respuestas pueden incluir:

- Acercamiento de los servicios de salud
- Cuidados básicos para las y los clientes que viven con el VIH/SIDA
- Educación sobre varios temas como la salud, la sexualidad y el VIH/SIDA
- Asesoramiento para reducir el riesgo
- Sesiones de grupo o individuales
- Investigación
- Referencias
- Capacitación para agencias de servicios de salud y humanos
- Defensa de los derechos humanos

Resumir, mencionando que los programas ofrecen una variedad de servicios para mejorar la vida de las y los clientes; y para asegurar que éstos tengan acceso a dichos servicios, se pueden establecer servicios de “alcance” o trabajo de campo para relacionar a los clientes con los servicios.

Facilitar la discusión acerca de ¿qué es el trabajo de campo? Apuntar las respuestas en hojas de papel grandes (de rotafolios). Combinar las frases anotadas y formular una definición del trabajo de campo.

Ejercicio 7

Obstáculos para el trabajo de campo en la prevención del VIH/SIDA

Reconocer que a pesar de que este trabajo es de gran importancia, no es fácil. Explicar que el siguiente ejercicio incluye un examen de estos obstáculos, así como una variedad de estrategias para vencerlos. Repartir las hojas de trabajo entre las y los participantes. Dividirlos en grupos más pequeños (de cuatro o cinco miembros cada uno) y señalar los lugares de reunión.

Dar las siguientes instrucciones a los grupos:

- Cada grupo deberá hacer una lista de por lo menos cinco obstáculos para proporcionar servicios relacionados al VIH/SIDA y por lo menos una forma de eliminar cada obstáculo. Contarán con 15 minutos para realizar este ejercicio.
- Pedir que se elija a una persona para apuntar los comentarios de cada grupo y otra para dar el reporte de estos comentarios al grupo grande.

Regresar a los grupos en el salón y que cada grupo pequeño de un reporte de cinco minutos cada uno.

Apuntar el trabajo de cada grupo en hojas de papel grandes en dos columnas, titulando una de ellas como “Obstáculos” y otra como “Estrategias”.

Facilitar la discusión, enfocándose en los obstáculos que se presentaron. Si es apropiado, añadir a los de las y los participantes los obstáculos de la siguiente lista:

- Temor a la infección.
- Falta de conocimientos técnicos sobre el VIH/SIDA.
- Falta de conocimientos sobre el uso de drogas o sobre la comunidad deseada.
- Dificultad para facilitar un cambio de comportamiento.
- La naturaleza tan sensible de discutir el aspecto sexual del VIH/SIDA.
- El uso higiénico de las agujas, o practicar el sexo más seguro, pudiera estar en conflicto con los valores de las o los trabajadores, o con las metas

de tratamiento del proyecto (especialmente para las y los exadictos y proyectos que nacieron de programas para tratamiento de drogas).

- Prejuicios personales (por ejemplo: en contra de adictos u homosexuales) o creencias preconcebidas sobre la población deseada pudieran arriesgar los esfuerzos del trabajo de campo.
- Involucramiento en situaciones amenazadoras, como violencia, invasión de la policía, presión de las y los clientes agradecidos para aceptar drogas o cosas robada.

Pedir a las y los participantes que repasen su lista y circulen el obstáculo que parece importante para cada uno, a nivel personal. No hay necesidad de compartir esto con el grupo.

Ejercicio 8

Formas con las que se pueden eliminar los obstáculos para el trabajo de campo en la prevención del VIH/SIDA

Dirigir a las y los participantes a que examinen la lista de estrategias que ellos mismos desarrollaron. Reconocer que las personas participantes ya han identificado muchas formas con las que se pueden eliminar los obstáculos. Identificar algunos obstáculos, repasar las estrategias correspondientes de la lista, y pedirles que piensen en algunas estrategias adicionales que pudieran ayudar a superarlos. La lista de estrategias debe incluir por lo menos lo siguiente:

- Reconocer los temores, otros sentimientos y valores; compartirlos con las y los compañeros de trabajo o supervisor(a).
- Adquirir educación sobre todos los aspectos del VIH/SIDA.
- Aprender de las experiencias y perspectivas de los otros programas y de los demás trabajadores(as).
- Aumentar las habilidades a través de ejercicios de capacitación.
- Pasar tiempo estudiando y ganando la aceptación de la comunidad y grupos a los que se va a servir.
- Adquirir y mantener el apoyo administrativo.
- Pedir más servicios apropiados para las y los UDI y comunidades de minorías étnicas.

- Identificar y establecer una relación con las y los clientes, utilizando las agencias de servicios relacionados con el VIH/SIDA, derechos humanos y de salud que ya existan.

Al crecer la lista de estrategias en las hojas de papel grandes, hacer notar que tan eficaz puede ser un “método en equipo” para resolver problemas. Que las y los participantes, una vez más, vean los obstáculos que cada uno identificó como el más importante en lo personal. Pedirles que identifiquen una forma de reducir o eliminar los obstáculos –de preferencia durante el curso–.

Actividades de orientación para motivar y mantener a usuarias y usuarios dentro del programa de mitigación

Actividad 1

Algunas guías para presentar “su historia de adicción”

Una usuaria o usuario es una persona que ha mantenido el uso de drogas por algunos años y ha logrado vivir una vida de uso con éxito; frecuentemente es alguien con necesidades especiales que está luchando para lograr sobrevivir. La historia de su mitigación puede tener un impacto poderoso. Aunque todos sean diferentes, muchos problemas y procesos de mitigación son similares para la mayoría de las personas, de tal manera que su presencia puede ayudar a enseñar algunas lecciones invaluable.

La mejor forma de prepararse para la plática es reflexionando con cuidado acerca de las propias experiencias. Si se comparten en forma honesta e íntima, la ocasión será más valiosa, especialmente para las personas que lo escuchan, y posiblemente para el mismo coordinador también.

Hablar en un estilo que sea cómodo para uno mismo, ya que las sesiones enfatizan en asuntos de mitigación a largo plazo, no es necesario profundizar en los horrores de la adicción; las personas ya han sufrido su propia experiencia. Es mejor evitar la predicación. Lo que la gente quiere escuchar es cómo lo hizo. Una historia verdadera de éxito vale más que incontables pláticas.

Es recomendable limitar la plática a quince minutos o menos, y dejar 15 minutos adicionales para contestar preguntas y para la participación en la discusión. Compartir lo que se juzgue provechoso, pero sería de mucho valor resaltar algunos de los siguientes temas (a medida que se esté preparando la plática, meditarlos un poco):

- ¿Por qué fracasaron sus esfuerzos anteriores de no compartir la “erre”?
- ¿Qué fue lo que contribuyó al inicio del cambio verdadero hacia prácticas seguras?
- ¿Con relación a su primer mes o dos de su verdadera mitigación ¿cómo fue? Nos interesa saber cómo manejó los siguientes aspectos:

- Hablar con sus socios o amistades con quien compartía la ‘erre’.
- Relaciones con sus socios.
- Acceso a cloro, algodones, jeringas, etcétera.
- Aprender a divertirse sin riesgos.
- Estructurar su tiempo y energías para conseguir equipo seguro y condones.
- ¿Qué es lo que sucede cuando se quiere poner eufórico drogándose?
- ¿Cuáles han sido sus situaciones más peligrosas?
- ¿Cómo se considera usted mismo en la actualidad (en vías de mitigación), etcétera?
- ¿Qué es lo que le ayuda más en estos días para mantenerse libre de peligro y con una actitud positiva hacia mitigar el daño que pueden ocasionarle las drogas?
- ¿Qué problema está deteniendo sus adelantos y maduración?
- ¿Cuál es el aspecto más relevante al que atribuye que le haya sido posible mantenerse libre de riesgos?

No es necesario responder a todas las preguntas anteriores. Sólo hay que concentrarse en los aspectos que tengan relevancia para uno mismo.

“Le agradecemos que haya querido compartir su experiencia. Está usted haciendo una contribución muy importante a las vidas de otras personas.”

Actividad 2

La lista de “apoyo y amistades”

“Su vida social nos dice mucho acerca de usted. Con una relación saludable y completa, la fuerza y satisfacciones que necesita para vivir libre de enfermedades están ganadas. Pero si usted depende de muy pocas personas, o de personas que no son fuertes ellas mismas, entonces, muchas necesidades no podrán satisfacerse y existen muchas probabilidades de que corra riesgos en el consumo de drogas.

“¿Qué es lo que usted está recibiendo de las personas en su vida? La siguiente lista podrá ayudarle a determinar más de cerca el apoyo y amistades actuales. Si no puede decir “SI” a todas las preguntas que se anotan

enseguida, está bien. Pero son importantes para la mayoría de las personas y podría ser de vital importancia que trabajar alrededor de ellas.”

Cuenta con:

| | | | |
|---|---|----|----|
| 1 | Socios en los que usted puede confiar que no la o lo manipulen para sus propios propósitos | Sí | No |
| 2 | Personas con las que se pueda usar sanamente | Sí | No |
| 3 | Personas que compartan con usted droga pero que usan sus propias “erres” (tales como cucas, etcétera) | Sí | No |
| 4 | Personas de las que usted puede aprender como no pescar hepatitis, tuberculosis, etcétera | Sí | No |
| 5 | Personas de las que usted puede aprender sobre la mitigación del daño de la drogadicción | Sí | No |
| 6 | Alguien con quien usted comparta intimidad y satisfacción sexual usando condones | Sí | No |
| 7 | Personas con las que pueda discutir sus preocupaciones personales y asuntos serios | Sí | No |
| 8 | Personas que puedan contar con su ayuda en caso de crisis | Sí | No |
| 9 | Personas que le abordan con interés de usar sin riesgos, y aprender nuevas practicas en relación su comportamiento, o errores en su forma de usar | Sí | No |

Si muy pocas personas son las que desempeñan este papel, tal vez la carga para ellas sea grande; las personas se cansan. ¿Ha desarrollado relaciones de dependencia con estas personas? ¿Cuál de estos “roles” desempeña usted? Ya sea en respuesta a sus amigos o para otros, revisar la lista para determinar en qué áreas usted mismo acató.

Actividad 3

Técnicas personales

Se pueden desarrollar situaciones, particularmente en los ambientes sociales, que presentan un gran reto a las posibilidades de las y los adictos en mitiga-

ción para decir “NO” y verdaderamente sentirlo. Muchas veces se pueden predecir estos eventos, sólo por el hecho de pensar en dónde estará y cuáles son las posibilidades de que ocurran acontecimientos ahí. Pero en algunas ocasiones se puede estar desprevenido. Como se responde, puede hacer la diferencia durante la vida. Considerar el hecho de desarrollar algunas de estas ideas en técnicas personales para prever situaciones duras (arduas) o para ser firme al propósito de mitigar el daño ocasionado por las drogas.

- 1) Siempre tener en cuenta el peligro. Conocer la lista personal de situaciones peligrosas. Ser especialmente cauteloso(a) cuando hay intoxicantes. También en situaciones que causen tensión nerviosa en un grupo de extraños o en ambientes confortables a los que acuden las personas correctas pero que incomodan a los demás.
- 2) Cuando sea posible, prepararse por adelantado. Nunca pensar: “decidiré lo que debo hacer cuando se me presente la situación”; esto sólo propicia acciones impulsivas.
- 3) Aceptar el hecho de que una parte va a querer drogarse. Pero dejar que la persona cauta que está creciendo en su fuero interno controle sus acciones.
- 4) Componer una frase u oración que sea justa para uno mismo, que se pueda repetir mentalmente para que ayude a prepararse y salir adelante en esos momentos.
- 5) Construir una imagen mental de uno mismo como una persona que está creciendo y funcionando como un ser humano íntegro, a quien no le falta nada, y enfocarse en esta imagen cuando otros lo inviten a consumir drogas con riesgo.
- 6) Estar dispuesto(a) a ser asertivo si alguien, en realidad, lo está presionando. El propio bienestar está de por medio. Es importante que todos (sobre todo usted) sepan que cuando usted dice “no”, significa “NO”.
- 7) Ser tan abierto y franco con otros como se puede ser con su adicción y su compromiso a la mitigación del daño que ocasiona el consumo

de las drogas. Con frecuencia, se le respetará por su compromiso, y las otras personas tendrán menos posibilidades de ponerlo en evidencia en situaciones difíciles.

- 8) Encontrar dentro del grupo a otras personas que hayan hecho el compromiso de mitigar el daño que ocasionan las drogas y entablar conversación con ellas. Se puede lograr más que apoyo; se puede encontrar un nuevo socio.

Actividad 4

Los diez peligros más comunes

- 1) Estar frecuentando drogas, usar drogas, o frecuentar los sitios en los que se sabe que no les interesa mitigar el daño que ocasionan las drogas.
- 2) Pensamientos negativos, particularmente enojo, también tristeza, culpabilidad, temor y ansiedad que se viertan hacia uno y que le deje de importar su salud.
- 3) Pensamientos positivos que provoquen querer celebrar sin tomar precauciones.
- 4) Aburrimiento y apatía que causen perder el interés en mitigar los daños.
- 5) Drogarse con cualquier droga y con cualquier equipo.
- 6) Dolor físico o problema de salud que no se atiende.
- 7) Escuchar historias de guerra e insistir en drogarse sin tomar precauciones. Usar las drogas apropiadamente.
- 8) Tener dinero de pronto y cambiar los patrones de uso sin pensar en protegerse.

- 9) Usar drogas de prescripción no adecuadamente.
- 10) Creer estar libre de peligro ante cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente, o por ninguna otra causa.

Referencias

1. Preventing the transmission of HIV among drug abusers, 8th Session of ACC Subcommittee on Drug Control, September 2000.
2. Encuesta Nacional de Adicciones, (2002). Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
3. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 28º informe. Serie de Informes Técnicos No 836. Ginebra, OMS, 1993:3.
4. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, (2000). ONUSIDA, Ginebra.
5. Guide to starting and managing needle and syringe programmes, (2007). World Health Organization, Ginebra.
6. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS.
7. Ministério da Saúde. Troca de Seringas: drogas e AIDS. Ciência, debate e Saúde Pública. Brasília, Ministerio da Saúde 1998: 59.
8. Gibson, D. R., Flynn, N. M. & Perales, D., (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. AIDS (15):1329-1341.
9. Preventing the transmission of VIH among drug abusers, (2000). Subcommittee chaired by de United Nations International Drug Control Program (UNDCP), Annex to the Report of 8th Session of ACC Subcommittee on Drug Control.
10. National Institute on Drug Abuse, (2003). Principles of HIV prevention in drug-using population.
11. International Council on Alcohol and Addictions, (1994). Adopts interim position in support harm reduction. Action News, Vol. V, No. 1
12. CENSIDA, (2007). Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH. Secretaría de Salud. Pp. 87-88. 3ra. Edición. México.
13. ONUSIDA, (2006). Información básica sobre el VIH / SIDA. Bogotá
14. Cancio, E. I., Sánchez, F. J., Raymond, G. V. & López, R. V., (2006).

Información Básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. MINSAP y PNUD, Cuba.

15. CENSIDA, (2007). Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México, 3a. Ed.
16. Battjes, R. J., Sloboda, Z. & Grace, W. C., (1994). A contextual perspective on HIV Risk. En *The Context of HIV Risk Among Drug Users and Their Sexual Partners*. Rockville, NIDA, 1994: 1-5. Research Monograph 143.
17. Inciardi, J. A, (1994). HIV/AIDS Risks Among Male, Heterosexual non injecting Drug Users Who Exchange Crack for Sex. En *The Context of HIV Risk Among Drug Users and Their Sexual Partners*. Rockville, NIDA, 1994: 26-40. Research Monograph 143.
18. Robert, E., John, K. W., & Dale, D. Ch., (1993). HIV Risk-Related Sex Behaviors among Injection Drug Users, Crack Smokers, and Injection Drug Users Who Smoke Crack. August 1993, 83(8):1144-48.
19. National Institute on Drug Abuse, (2006). EL VIH/SIDA. Serie de reportes de investigación. p.8
20. Metzger, D. S., Navaline, H. & Woody, G. E., (1998). Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Rep* 113 Suppl 1:97-106
21. Woody, G. E., Gallop, R., Luborsky, L., Blaine, J., Frank, A., Salloum, I., Gastfriend, D. & Crits-Christoph, P. (2003). Cocaine Psychotherapy Study Group. HIV risk reduction in the National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Treatment Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 33(1):82-87.
22. Reback, C. J., Larkins, S. & Shoptaw, S., (2004). Changes in the mean ing of sexual risk behaviors among gay and bisexual male methamphetamine abusers before and after drug treatment. *AIDS Behav* 8(1):87-98
23. <http://ncadi.samhsa.gov/govstudy/f027/default.aspx>. Consultado 08-01-08
24. Chesney, M. A., (2000). Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 20, pp 171-176
25. Moatti, J. P., Carrieri, M. P., Spirea, B., Gastaut, J. A., Cassuto, J. P., Moreau, J. & the Manif 2000 study group, (2000). Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *AIDS*, 14:151±155

26. Ammassari, A., Trotta, M. P., Muri, R., et. al. (2002). Correlates and Predictors of Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: Overview of Published Literature JAIDS, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. Vol. 31 pp 123-127
27. Friedlanda, G., Andrews, L., Schreiberna, T., Agarwalac, S., Daleya, L., Childc, M., Shib, J., Wang Y. & O'Marac, E. (2005). Lack of an effect of atazanavir on steady-state pharmacokinetics of methadone in patients chronically treated for opiate addiction. AIDS, 19:1635-1641
28. Wood, E., Montaner, J. S., Bangsberg, D. R., Tyndall, M. W., Strathdee, S. A., O'Shaughnessy, M. V. & Hogg, R. S. (2003). Extending access to HIV antiretroviral therapy to marginalized populations in the developed world. AIDS; 17:2419-2427
29. World Health Organization, (2004). Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS.
30. World Health Organization, (2004). Policy brief: reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment. United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS. Ginebra.
31. La metadona y usted. Vivir con VIH/SIDA durante MMT. http://www.atforum.com/SiteRoot/pages/patient_brochures/patient_education_brochure.html. Consultado 20 marzo 2007.
32. Kerr, T., Wodak, A., Elliot, R., Montaner, J. S. & Wood, E., (2004). Opioid substitution therapy and HIV/AIDS treatment and prevention. Lancet; 364:1918-1919.
33. Stein, M. D., Urdaneta, M. E., Clarke, J., Maksad, J., Sobota, M., Hanna, L. & Markson, L. E., (2000). Use of antiretroviral therapies by HIV-infected persons receiving methadone maintenance. J Addict Dis; 19:85-94.
34. Sorensen, J. L., Mascovich, A., Wall, T. L., DePhilippis, D., Batki, S. L. & Chesney, M., (1998). Medication adherence strategies for drug abusers with HIV/AIDS. AIDS Care; 10:297-312.
35. NOM-005-SSAZ-1993. RESOLUCION por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana, de los servicios de planificación familiar. Apéndice informativo A

36. XVI Informe de la OMS. Serie de Informes Técnicos. No. 214, Ginebra, Suiza, 1969.
37. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV-TR. Masson Doyma México, S. A., México, 2003
38. NIDA Info Facts: La Metanfetamina. <http://www.drugabuse.gov/infofacts/methamphetamine.Sp.html> Consultado 8 de Septiembre de 2008
39. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 33° Informe. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2003
40. National Institute on Drug Abuse, (2008). Las drogas, cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Estados UNidos, Departamento de Salud y ServiciosHumanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud, 2008
41. CENSIDA, (2008). Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Consultado 5 septiembre 2008. www.salud.gob.mx./conasida.
42. ONUSIDA, (2000). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, 74-75.
43. Bell, D. C. & Treviño, R. A. (1999). Modeling HIV risk. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 22(3):280-287.
44. Montoya, I. D., Bell, D. C., Richard, A. J., Carlson, J. W. & Trevino, R. A., (1999). Estimated HIV risk among hispanics in a national sample of drug users. *JAIDS*; 21:42-50.
45. Magis, R. C., Bravo-García, E., & Rivera, R. P., (2000). El SIDA en México en el año 2000. En Uribe Zúñiga P. y Magis Rodríguez C. *La Respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas*. México. Pp.13-22.
46. Güereña, B. F., Benenson, A. S., Sepúlveda, A. J., (1991). HIV-1 prevalence in select Tijuana sub-population. *American Journal of Public Health*; 81(5): 623-625.
47. Magis RC, Ruiz BA, Ortiz MR, Loya SM, Bravo PMJ, Lozada RR., (1997). Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIA en inyectores de drogas de la Cd. de Tijuana, B.C. *Journal of Border Health*, 2(3):31-35.
48. Magis CL, García ML, González MG, González L, Díaz D, Valdespino JL, et al. (1992). First data on a new national problem: I.V. drug use and HIV-1, prevalence in Mexico. *Int Conf AIDS*; (8)3:174. Abst No. PuC 8129.

49. Magis RC, Del Río ZA, González G, García, Valdespino JL, Sepúlveda, (1994). HIV infection in Prisons. *Int AIDS Conf AIDS*.
50. Magis Rodríguez C y Hernández Ávila M., (2008). Epidemiología del SIDA en México. En. Cordoba, V. J. A., Ponce de León R., Vladespino, J. L. 25 años de SIDA en México retos, logros y desaciertos. México, SSA, 85-103
51. Ortiz, M. R., Loya, S. M., Ruiz, B. A., Lozada, R. R., Magis, R. C. (1997). Factores para contraer VIH/SIDA entre inyectores de drogas en la frontera México USA. En INSP. VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. México, INSP, (Abstrac STL 11.02).
52. Ortiz MR, Ruiz BA, Magis RC, Pedrosa IL, Uribe ZP (1998). La mujer usuaria de drogas inyectadas en la frontera norte de México. En *con ganas de vivir ... Una vida sin violencia es nuestro derecho*. PNUFID, México, 89-100.
53. Ortiz MR, Magis RC, Ferreira PJ, Ruiz BA. Aceptabilidad del riesgo y VIH/SIDA: inyectores de drogas en México. En INSP. X Congreso de Investigación en Salud Pública. México, INSP, 2003. (Abstrac TL 173).
54. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, (2007). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General Adjunta de Epidemiología. Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica.
55. Strang, J. & Stimson, G. V., (1990). The impacts of HIV: forcing the process of change. *AIDS and drugs misuse. The challenge for policy and practices in the 1990s*. London and New York, 5-15.
56. Selwy, P. A., (1996). The impact of HIV infection on medical services in drug abuse treatment programs. *Journal of Sustance Treatment*. (5):397-410.
57. Sorensen, J. L. & Miller, M. S., (1996). Impact of HIV risk and infection on delivery of psychosocial treatment services in outpatient programs. *Journal of Sustance Treatment*. (5):397-410.
58. Prochaska, J. Q, & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press
59. Hunt, N. A., (2002). *Review of Evidence-base for Harm Reduction Approaches to Drug Use*. Londres: Release Publications.

60. World Health Organization Europe, 2005. Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. Copenhagen, Denmark.
61. World Health Organization (2004). Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use HIV/AIDS among IDU. Policy brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. WHO, UNODC, UNAIDS.
62. Des Jarlais, D., et al, (1988). Preventing Epidemics of HIV-1 among Injecting Drug Users, en Stimson, G., Jarlais, D. y Ball, A. (Eds.) Drug Injecting and HIV Infection, Londres: WHO/UCL Press
63. Bravo, M. J., (2004). Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas: Manual para profesionales de la salud. Washington, D. C. OPS, p. 101.
64. OMS, (2002). Instrumento de Evaluación de la Seguridad de las Inyecciones, Departamento de Vacunas y Productos Biológicos, Ginebra.
65. Brooner, R., et al. (1998). Drug Abuse Treatment Successes Among Needle Exchange Participants, Public Health Reports, Vol. (1) 113: 129-139, Baltimore: John Hopkins University Press.
66. Center for Disease Control and Prevention, (2003). Tratamientos de Mantenimiento con Metadona.
67. World Health Organization, (2004). Effectiveness of Community Based Outreach in Preventing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users, Geneva.
68. Comité de Expertos da la OMS en Fármaco Dependencia, (1993). 28°.Informe. Geneva.
69. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, (2002). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General Adjunta de Epidemiología. Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica.
70. Academy for Educational Development, (1997). HIV Prevention among Drug Users. CDC
71. Klous Marjolein Gabriëlle, (2004). Pharmaceutical Development of Diacetylmorphine Preparations for Prescription to Opioid Dependent Patients, Holanda.
72. Hendriks, Vincent M et al., (2001). Heroin Self-Administration by means of "Chasing the Dragon": Pharmacodynamics and Bioavaila-

- bility of Inhaled Heroin. Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, *European Neuropsychopharmacology*, no.11, 241-252.
73. Rook Elisabeth et al, (2006). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of High Doses of Pharmaceutically Prepared Heroin, by Intravenous or by Inhalation Route in Opioid-Dependent Patients. *Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology*, 98(1):86
 74. De la Fuente, L. et al., (1998). The Transition from Injecting to Smoking Heroin in Three Spanish Cities. *Addiction* no.92, (12):1749-63.
 75. Stimson G, et al., (1998). *Drug Injecting and HIV Infection*, London: WHO, UCL Press.
 76. National Institute on Drug Abuse, (2006). Info Facts Heroin, www.nida.nih.gov, ultima consulta: 08/06/06.
 77. McBride A. J. Pates R. M, Arnold K., Ball N., (2001). Needle fixation, the drug user's perspective: a qualitative study, *Addiction*, 96, (7), 1049-1058.
 78. Harm Reduction Coalition, (2006). "El Canaso con Impacto", disponible en harmreduction.org, última consulta, 05/06/06.
 79. *Addiction, Safer Injecting Guide*, (2006). Disponible en: www.adaction.org.uk, ultima consulta 08/06/06.
 80. World Health Organization, (2001). *Injecting Best Practice*, Geneva.
 81. AIDS, (2006). *Safer Injecting*. Disponible en : www.AIDSVancouver.org, ultima consulta 22/05/06.
 82. Harm Reduction Coalition, (2006). "Evitando Arterías y Nervios". Tríptico, Disponible en : www.harmreduction.org, última consulta, 05/05/06.
 83. Harm Reduction Coalition, (2006). *Getting Off Right- IDU Safety Manual*. Disponible en : www.harmreduction.org ultima consulta 04/04/2006.
 84. Rook, E., et al., (2006). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of High Doses of Pharmaceutically Prepared Heroin, by Intravenous or by Inhalation Route in Opioid-Dependent Patients, *Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology*, 98(1): 86.
 85. Biblioteca Nacional de los EEUU. Medline Plus Encyclopedia Medica, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish> ultima consulta, 25/05/06.

86. Harm Reduction Coalition, (2006). "Cuidándote las Venas". Folleto, Disponible en: www.harmreduction.org, última consulta, 06/04/2006.
87. Helen, W. & Mark, N., (2006). Safer Injecting: Individual Harm Reduction Advice. Blackwell Publishing, s/a, Disponible en: www.blackwellpublishing.com. última consulta, 27/04/2006.
88. Seattle and King County Public Health, AIDS Program. Muscle and Skin-popping, <http://www.metrokc.gov/health>, última consulta. 20/05/06
89. John, M., & Jenny, S., (2005). Use of the femoral vein ('groin injecting') by a sample of needle exchange clients in Bristol, Harm Reduction Journal, 2:6, 10.1186/1477-7517-2-6.
90. Giudice, P., (1994). Cutaneous complications of intravenous drug abuse. British Journal of Dermatology, (150):1.
91. McGregor, C, Darke S, Ali R, Christie P., (1998). Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions. Addiction 93 (5): 701-711.
92. Kristen Ochoa et al., (2006). Understanding Heroin Overdose. Harm Reduction Coalition, EEUU, disponible en, última consulta, 29/05/06. www.harmreduction.org.
93. Darke S, Hall W, Weatherburn D, Lind B., (1999). Fluctuations in heroin purity and the incidence of fatal heroin overdose. Drug Alcohol Depend. 1;54(2):155-61.
94. White E, Garfein R, Brouwer K, Lozada R, Ramos R, et al. Prevalence of HIV and Hepatitis C Virus Infection among Injection Drug Users in Two Mexican Cities Bordering the U.S.
95. World Health Organization, (2006). Fact Sheet no. 164, Disponible en: www.who.int, última consulta: 16/05/06.
96. Biblioteca Nacional de los EEUU, Medline Plus Encyclopedia Medica, disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hepatitisc.html>, última consulta, 09/05/06.
97. Centre for HIV, STD and TB Prevention. www.cdc.gov, última consulta: 15/05/06.
98. American Association of Family Physicians. Disponible en: www.familydoctor.org, última consulta, 16/05/06.

99. Salud Pública, Seattle y el Condado de King. "Todo Sobre Abscesos", Disponible en: www.metrokc.gov, ultima consulta, 08/05/06.
100. Cherubin, Ch. & Sapira, J., (1993). The Medical Complications of Drug Addiction and the Medical Assessment of the Intravenous Drug User: 25 Years Later, *Annals of Internal Medicine*, 19,10(1017-1028)
101. Raphael, C., (2006). Uso Racional de Antibióticos, Bristol Meyers Squibb, S/A, disponible en: <http://www.bms.com>, ultima consulta 25/05/06.
102. University of Virginia Health System. Disponible en: <http://www.healthsystem.virginia.edu>.
103. Bravo, J. M., (2004). Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre la personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Americas, Agencia Española de Cooperación Internacional, Organización Panamericana de Salud.
104. Sheridan, J. et al. (2005). Pharmacy-based needle exchange in New Zealand: a review of services. *Harm Reduction Journal*. 2: 10.
105. Effective Interventions Unit. Evaluation of Greater Glasgow Pharmacy Needle Exchange Scheme 1997-2002, January 31, 2003. Disponible en: www.scotland.gov.org/publications/2003, ultima consulta: 31/05/06.

