USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

PEPFAR

Manual para el abordaje del uso de drogas en poblaciones clave

AVANZANDO CON SOCIOS Y COMUNIDADES

FUNDOREDA
FUNDACIÓN DOMINICANA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

COIN
CENTRO DE ORIENTACION E INVESTIGACION INTEGRAL, INC.
EDUCANDO POR LA VIDA

Avanzando con Socios y Comunidades

Avanzando con Socios y Comunidades (APC por sus siglas en Ingles) es un acuerdo de cooperación de cinco años, fundado por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) por medio de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos bajo el Acuerdo No. AID-OAA-A-12-00047, que comenzó en Octubre1, 2012. APC es implementado por medio de JSI Research & Training Institute, Inc., con la colaboración de FHI 360. El proyecto se enfoca en apoyar y promover los programas comunitarios que buscan mejorar la salud de las comunidades en general y lograr otros alcances relacionados con la salud, especialmente relacionados con planificación familiar. APC proporciona liderazgo mundial para la planeación de programas de enfoque comunitario, ejecuta y administra las pequeñas y medianas sub-adjudicaciones, apoya la reforma de las adquisiciones mediante la preparación de las adjudicaciones para su ejecución por medio de USAID, y desarrolla la capacidad técnica de las organizaciones para poner en práctica programas eficaces.

MANUAL PARA EL ABORDAJE DEL USO DE DROGAS EN POBLACIONES CLAVE

Textos:

María Esther Carbuccia, COIN/FUNDOREDA
Federico Mercado, FUNDOREDA
Sherlo Otoniel, FUNDOREDA

Revisión técnica:

María Esther Carbuccia, COIN/FUNDOREDA
Arman Lozr, JSI

Edición al cuidado:

Rosa Margarita Aybar, APC/JSI
Claudia Allers, APC/JSI
Ángela de León, APC/JSI

Diseño de portada:
Luis Isidor

"Esta publicación fue producida por la Fundación Dominicana de Reducción de Daños (FUNDOREDA), número de contrato FUND2-COIN- APC, emitida por el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), acuerdo número APC-GM-0034, mediante Avanzando con Socios y Comunidades (APC), un acuerdo de cooperación de cinco años financiado por el Plan de Emergencia del Presidente de los EE.UU. para el Alivio del SIDA a través de la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional bajo el acuerdo no. AID-OAA-A-12-00047, a partir de Octubre 1 de 2012".

ÍNDICE

I.JUSTIFICACIÓN…….....……...…….2
II.DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MANUAL…….....……..3
2.1 A quien va dirigido este manual…….....…….. 3
2.2 Cómo utilizar este manual……...…….....…….4
2.3 Cuáles son las secciones del manual…….....……4
2.4 Qué metodología propone el manual…….....……..4
2.5 Recursos que necesitaremos para utilizar el manual……...….....……4
2.6 Utiliza este manual según las necesidades…….....……..4
III.SECCIONES DEL MANUAL…….....…….....……..…5
Sección 1: Abordaje a personas usuarias de drogas: Estrategias de reducción de daños….....…..5
Sección 2: Modelos aplicables al abordaje del uso de drogas: Teniendo un acercamiento efectivo…...30
Sección 3: Abordaje a personas viviendo con el VIH/Sida: Estrategias aplicadas al VIH/Sida….…44
Sección 4: Abordaje a personas Trans: Vinculación del uso de drogas y la hormonización….....….57
IV.NOMENCLATURAS……...…….....……..73
V. GLOSARIO……...…….....……75

JUSTIFICACIÓN

La realidad del uso de drogas en la República Dominicana y sus implicaciones sociales, económicas y de salud pública, es un problema innegable que está siendo afrontado en los últimos años desde diferentes visiones parciales y desde distintos enfoques y entidades.

Hoy en día, una de las problemáticas más comunes entre las poblaciones clave es el consumo de drogas. En la última década el uso de sustancias psicoactivas se ha hecho presente en el cotidiano de las poblaciones más expuestas al VIH, complicando la posibilidad de desarrollar patrones conductuales favorables a la salud. Estas sustancias abren la puerta a nuevas vulnerabilidades y obligan a reforzar el conjunto de acciones articuladas en nuestras estrategias con un enfoque basado en ciencia capaz de dar respuesta efectiva a esa realidad.

La fuerte vinculación entre drogas y VIH, queda demostrada por los datos arrojado por la la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica (EVCVS) del 2012 (CONAVIHSIDA) que nos advierten de una prevalencia de VIH que oscila entre entre 4.8%, en Santo Domingo, y 1.3%, en la provincia de Puerto Plata en las personas que usan drogas y la alta presencia del consumo de drogas en muchas de las prácticas sexuales en las poblaciones estudiadas. Pese a todos los esfuerzos y pequeños avances logrados, como sacar a la agenda pública el abordaje de la drogadicción como enfermedad, la mejora de los tratamientos ofertados actualmente a través del fortalecimiento de sus profesionales, las campañas de reducción de estigma, discriminación y descriminalización de las personas usuarias, aún queda mucho por hacer.

La Fundación Dominicana para la Reducción del Daño (FUNDOREDA), es la única organización que agrupa a las personas usuarias de drogas empoderándoles de su proceso y poniéndoles al servicio de otras personas en sus mismas condiciones (educadores pares), siendo pioneros en el país en la inclusión del enfoque de reducción de daños.

FUNDOREDA es socia de un consorcio de organizaciones que lidera el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN), en el marco del proyecto Avanzando con Socios y Comunidades (APC), implementado por JSI Research and Training Institute, Inc. (JSI), con financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

El Centro de Orientación e Investigación (COIN) es una ONG local con veinticinco años de experiencia de trabajo en materia de prevención, atención y tratamiento a las poblaciones clave, como las trabajadoras sexuales femeninas, los gays, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres y los usuarios de drogas.

La presente guía surge con el objetivo de dotar de un conjunto de herramientas VIH a las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y Organizaciones de Base Comunitaria (OBC), que desarrollan intervenciones de prevención y/o atención con poblaciones clave, y que les permita abordar la problemática del uso de drogas, como un factor asociado al VIH. Con el presente documento se pretende además contribuir con los objetivos y metas del Plan Estratégico Nacional (PEN), para la Respuesta Nacional a las ITS/VIH/SIDA 2015-2018, en el que se destaca la necesidad de abordar transversalmente el uso de drogas, en las acciones de prevención y atención a las poblaciones clave.

Atentamente,

Lic. Santo Rosario, Director del COIN *Federico Mercado, Director de Fundoreda*

1. **Descripción general del manual**

Este manual tiene el propósito de instalar, fortalecer y crear capacidades que faciliten la implementación de las estrategias de reducción de riesgos y daños en el abordaje del uso de drogas en poblaciones clave desde el enfoque de derechos humanos y desde la perspectiva de la salud pública. La correlación de VIH/Sida y drogas han puesto en evidencia la necesidad de que los programas de respuesta al VIH/Sida incorporen el abordaje de uso de drogas en las poblaciones clave, ya que es un determinante en la ITS y el VIH/Sida, sobre todo en el caso de las poblaciones trans, hombres que tiene sexo con hombre, trabajadoras sexuales femeninas y trabajadores sexuales masculinos, entre otros.

A quien va dirigido este manual?

El manual va dirigido a técnicos de organizaciones de la sociedad civil y del gobierno, organizaciones de bases comunitarias y prestadoras de servicios de centros de salud públicos y privados.

2. Cómo utilizar este manual?

Este manual se plantea como una herramienta innovadora para el abordaje del uso de drogas en poblaciones clave desde el enfoque de la estrategia de reducción de daños. Puede ser utilizado en los procesos formativos, tanto para la capacitación básica como la formación continua para el personal técnico de organizaciones de las sociedades civiles y prestadores de salud. La temática que aborda este manual puede integrarse a los currículos de capacitación de las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de base comunitaria y prestadores de salud, así como formar parte de actividades formativas puntuales. Las sesiones educativas podrán adaptarse, siendo más cortas y centradas en algunas secciones. Esta decisión quedará en manos de facilitadores/as e instituciones involucradas.

3. Cuáles son las secciones del manual?

El manual está dividido en las siguientes secciones:

<u>Sección 1</u>
En esta sección se introduce la definición de la drogodependencia, detallando la clasificación de las drogas según su uso y efecto; como también la terminología referente al consumo de la misma. Asimismo abarcan las estrategias de reducción de riesgo y daños, asociadas tanto al consumo como a las prácticas sexuales de alto riesgo ante el VIH y la HVC.

<u>Sección 2</u>
En esta sección se abordan los conceptos sobre la entrevista motivacional y el abordaje de pares. De forma detallada se abarcaran los principios generales de la entrevista motivacional y las etapas de cambio de comportamiento.

<u>Sección 3</u>
En esta sección son definidos los conceptos básicos relacionados la terapia antirretroviral, siendo puntualizada la parte referente a la interacción medicamentosa que se da entre las drogas y la TARV.

<u>Sección 4</u>
En esta sección se define el concepto de terapia de sustitución de hormonal – TSH; haciendo marcado énfasis en los requerimientos para aplicar a la misma y las diferentes terapias existentes. Del mismo modo, los efectos de la modificación corporal y el riesgo ante el VIH. Por último, dan a conocer las contraindicaciones del inicio de la TSH en relación al consumo de sustancias psicoactivas y a la TARV.

Cada sección está compuesta por un índice temático que incluye:

- Introducción
- Abordaje estratégico
- Recomendaciones finales
- Bibliografía

4. Qué metodología propone este manual?

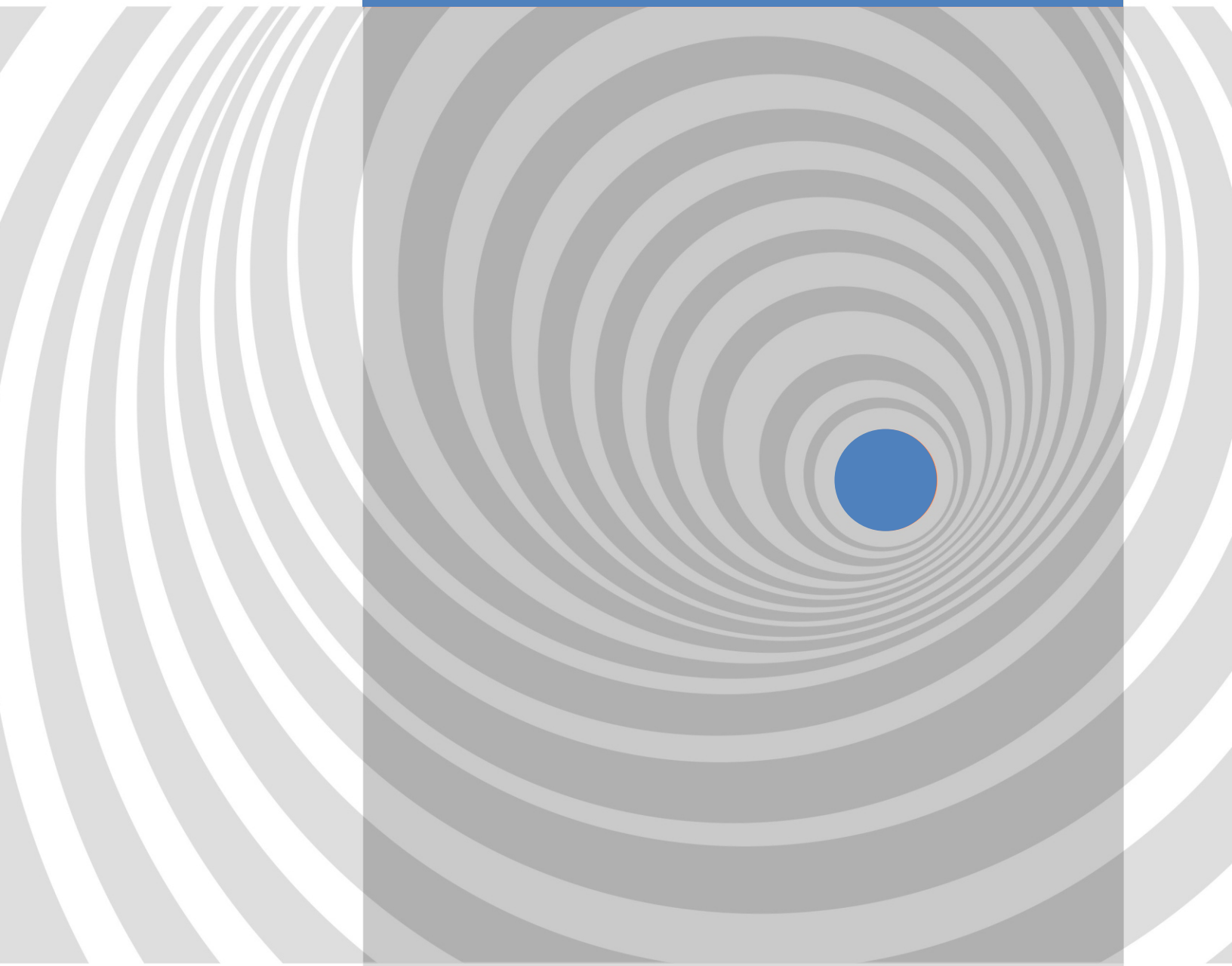
Este manual propone una metodología participativa donde se da una interacción entre facilitador/a y participantes, orientada a promover el intercambio de conocimientos, la reflexión individual y grupal y búsqueda de soluciones conjuntas. Cada sección, además de contar con contenidos teóricos, propone una serie de ejercicios prácticos.

5. Qué tipo de recursos utilizar?

A parte del manual y la preparación del facilitador/a, existen una serie de aspectos importantes para garantizar que la sesión educativa se desarrolle de forma exitosa. En primer lugar es importante identificar un espacio adecuado y confortable para los y las participantes. Espacios suficientemente amplios, con adecuada iluminación y ventilación son elementos recomendados para estimular el aprendizaje. En segundo lugar, el o la facilitadora deberá considerar, antes de preparar la sesión, con qué equipos o materiales puede contar. Las sesiones educativas que propone el manual pueden desarrollarse con materiales básicos como papelógrafos, lapiceros, cinta pegante, hojas en blanco, cartulinas o tijeras. Sin embargo, si el facilitador/a tiene acceso a equipos audiovisuales, podrá integrar presentaciones visuales y la proyección de videos en la sesión educativa.

Este manual tiene la posibilidad de ser adaptado según las necesidades del/a facilitador/a, permitiendo la adecuación tanto del contenido como de su forma de implementación.

SECCIÓN 1



Abordaje a personas usuarias de drogas

Estrategias de reducción de riesgos/daños

Abordaje a personas usuarias de drogas*: Estrategias de reducción de riesgos/daños.*

ÍNDICE TEMÁTICO

Contenido(s)
INTRODUCCIÓN
I. **CONCEPTUALIZACIÓN BÁSICA SOBRE DROGAS.** ⌗ **¿Qué es una droga?** ⌗ **Tipos de drogas** • Clasificación según su estatus legal • Clasificación farmacológica o *Depresoras* o *Estimulantes* o *Alucinógenas* o *Inhalantes* o *Opioides* • Clasificación según su uso médico • Clasificación según su nivel de adicción ⌗ **Términos relacionados al consumo de drogas** • Uso • Abuso (uso nocivo) • Habito • Tolerancia • Síndrome de abstinencia • Dependencia o *Dependencia física* o *Dependencia psicológica* **II. ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE A LA POBLACIÓN DE USUARIOS/AS DE DROGAS.** ⌗ **¿Qué son las Estrategias de Reducción de Riesgo y la Reducción de Daños?** • Estrategias de Reducción de Riesgos y Daños (asociadas al consumo) o *Generales* o *Específicas* • Estrategias de Reducción de Riesgos y Daños (asociadas a las prácticas sexuales) o *Otras ideas serían* **-** Practiquemos lo aprendido. **Ejercicio 1:** Escalando el riesgo ⌗ **Limpieza de los utensilios de consumo (jeringas)** • Pasos a seguir. (cloro + agua) • Daños producidos por las jeringas. - Practiquemos lo aprendido. **Ejercicio 2:** La casa de consumo ⌗ **Como Prevenir La Sobre Dosis de Drogas.** • RCP – Resucitación cardio-pulmonar (paso a paso)
RECOMENDACIONES FINALES **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La drogodependencia se considera un trastorno multifactorial de salud que suele adoptar el curso de una enfermedad crónica. Es de lamentar que en muchas sociedades, como la nuestra aún no se reconozca la drogodependencia como un problema de salud pública y se estigmatice a muchas de las personas aquejadas, que no tienen acceso al tratamiento y la rehabilitación. En los últimos años, el modelo biopsicosocial ha reconocido que la drogodependencia es un problema de múltiples facetas que exige la pericia de muchas disciplinas. Se puede aplicar un enfoque multidisciplinario de las ciencias de la salud a la investigación, la prevención y el tratamiento.

Los intentos de tratar y prevenir el consumo de drogas mediante las sanciones penales para los consumidores fracasan, como hemos podido notar a lo largo de los años, porque no tienen en cuenta los cambios neurológicos que la drogadicción obra en los canales de motivación en el cerebro. Para el tratamiento de la drogodependencia ha de preverse "nada menos" que un enfoque especializado, sistemático y basado en la ciencia como el elaborado para tratar otras enfermedades crónicas que se consideraban intratables hace algunas décadas.

El consumo de drogas ilícitas y la drogodependencia están vinculados a problemas de salud, pobreza, violencia, comportamiento delictivo y exclusión social. Es difícil calcular sus costos totales para la sociedad. Además de los costes relacionados con las atenciones de salud y los vinculados a las consecuencias del consumo de drogas, la drogadicción también supone costos sociales consistentes en la pérdida de productividad y de los ingresos familiares, violencia, problemas de seguridad, accidentes de tráfico y laborales y lazos con la corrupción, de los que se derivan unos costos económicos abrumadores y un derroche inaceptable de recursos humanos.

El consumo de drogas, especialmente el consumo de drogas inyectadas está estrechamente vinculado a la transmisión del VIH y de la hepatitis B y C, por el uso compartido de jeringas. El consumo de drogas no inyectables también está vinculado a la transmisión del VIH, al aumentar los comportamientos sexuales de alto riesgo.

La drogodependencia es una enfermedad que se puede prevenir y tratar, y existen intervenciones eficaces de prevención y tratamiento. Los mejores resultados se obtienen cuando existe un enfoque multidisciplinario global que incluye intervenciones farmacológicas y psicosociales diversificadas para responder a distintas necesidades. Incluso si se tienen en cuenta los recursos que exige la prestación del tratamiento basado en pruebas objetivas, sus costos son muy inferiores a los costos indirectos que supone la drogadicción no tratada (cárceles, desempleo, servicios policiales, consecuencias sanitarias).

Un documento de política de la Organización Mundial para la Salud (OMS), la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNOSIDA) sobre la reducción de la transmisión del VIH recomendó que se incluyera el tratamiento de la drogodependencia en los programas de prevención del VIH/SIDA para consumidores de drogas inyectables dada su capacidad de reducir el consumo de drogas en general, la frecuencia de las inyecciones, y los niveles del comportamiento vinculado a la percepción del riesgos.

Estrategias alternativas…

Desde hace ya un tiempo, el auge de buscar alternativas viables para la reducción del VIH y la Hepatitis C, en lo referente al uso de sustancias psicoactivas es un tema que concierne no solo a los profesionales de la salud. Como alternativa se han creado estrategias que no sancionen el consumo de drogas, sino más bien que aporten opciones que reduzcan los daños y riesgos de las personas que las usan.

Dichas 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/práctica de la filosofía de reducción de daños/riesgos 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 farmacodependencias 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"*[1]

Los medios para los abordajes tradicionales utilizados por las organizaciones que trabajan temas de VIH y salud en la República Dominicana están marcados por la educación de pares. Este modelo permite un acercamiento y unas intervenciones basadas en estrategias por bases poblacionales, caracterizadas por intervenciones de igual a igual, que integran problemáticas comunes tanto a educador como a educando, mayor identificación entre los actores y una focalización en la búsqueda de soluciones y opciones preventivas acordes con el modus vivendi entre los participantes de la estrategia para lograr de esta forma romper con los paradigmas.

Durante décadas este modelo ha permitido trabajar con poblaciones estigmatizadas y difíciles de alcanzar y ha obtenido éxitos considerables en sus fines. La posibilidad de recibir la información de salud de boca de un igual genera una menor resistencia, algo favorable para la introducción de nuevos mensajes en dichas poblaciones. A la vez, genera una confianza en el mensajero/educador al ser reconocido como un interlocutor válido. Todo esto son factores en los que se ha fundamentado el éxito de esta estrategia.

Sin embargo, con la evolución de las estructuras sociales y la realidad multifactorial actual, pensar en las diferentes poblaciones como un bloque sólido, con homogeneidad en la realidad vivencial, sería un razonamiento poco objetivo que no evidencia la estructura de los determinantes de la conducta. Dicho sea de paso, determinantes que son fundamentales comprender a cabalidad para diseñar una adecuada estrategia dirigida a la mejora de la salud.

[1] Comité de Expertos da la OMS en Fármaco Dependencia, (1993). 28º. Informe. Geneva.

Esta realidad multifactorial se nos presenta como uno de los retos fundamentales a ser tomados en cuenta. Ello nos invita a ampliar la visión de nuestras estrategias y el arsenal de herramientas para la obtención de los logros propuestos. A su vez, nos desafía a contar con educadores pares, mensajeros o proveedores de servicios de salud capaces de responder a otras realidades (determinantes) más allá de las que caracterizan y homogenizan a la base poblacional intervenida. El riesgo de no tomar en cuenta estas determinantes es el fracaso de nuestra estrategia por la concentración de los esfuerzos en los puntos equivocados.

Múltiples son los factores que hoy en día intervienen en el desarrollo de las conductas de riesgo. Podemos citar una gama de determinantes que van desde lo económico, lo cultural, psicológico, biológico y social. Aspectos como el género, la pobreza, el estigma internalizado, el uso de sustancias, entre otros, han de ser tomados en cuenta a la hora de diseñar nuestros abordajes y de establecer el conjunto de herramientas con las que dotaremos a nuestros educadores y proveedores de salud a fin de garantizar la efectividad y eficiencia de nuestro esfuerzo.

Hoy en día, una problemática común entre las poblaciones socialmente vulnerabilizadas es el consumo riesgoso de drogas pudiéndose ver esto en estudios como la primera y segunda encuesta de vigilancia con vinculación serológica (2008 y 2012). Uno de los principales resultados de la 1era. Encuesta de vigilancia serológica con vinculación Serológica (1-EVCVS, 2008) en lo referente a la población GTH es mayor el consumo de Marihuana en relación a otras sustancias, principalmente en la provincia de Barahona (59.9%); en lo referente al uso de Crack o Piedra, aumenta en la provincia de Santiago (28.3%); por último, en lo referente al uso de cocaína/heroína la provincia La Altagracia supera a las demás con un 41.2%. Estos datos resultan fundamentales para sustentar que tenemos que poner ojo en esta problemática en torno a los grupos con los que trabajamos. Hemos visto cómo el uso de drogas se ha hecho presente en el cotidiano de las poblaciones más expuestas al VIH; aunque poco se habla de los riesgos derivados del consumo en relación al VIH. Cabe mencionar que es cada vez mayor, que aparezcan otros problemas de salud como la hepatitis, la tuberculosis, el suicidio, la muerte por sobredosis y las enfermedades cardiovasculares.

Tomando en cuenta la fuerte vinculación entre el consumo de drogas y VIH por la tendencia a tener relaciones sexuales desprotegidas bajo los efectos de la sustancia psicoactiva, por la falta de negociación en relación al uso del condón, por el uso compartido de utensilios de consumo principalmente las jeringas, los estudios de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica, advierten de una prevalencia de VIH superior a 4% entre personas que usan drogas y la presencia del consumo en muchas de las prácticas sexuales en las poblaciones estudiadas, es que entendemos indispensable comprender este fenómeno para poder integrar enfoques científicos como ***la reducción de daños, la entrevista motivacional, la teoría transteórica del cambio de comportamiento,*** entre otras y con las cuales incidir en el tema.

Es indispensable para mejorar la calidad de nuestras intervenciones, ampliar la capacidad de respuesta de nuestros equipos de trabajo en materia de drogas, considerándolo un eje transversal en las diversas poblaciones que determina la ampliación del riesgo ante el VIH y otras ITS. Es decir, hay que dotar a los actores claves de los instrumentos necesarios para identificar, abordar y dar soluciones ante temas de consumo, desde una perspectiva de salud y de respeto a los DDHH.

II. CONCEPTUALIZACIÓN BÁSICA SOBRE DROGAS.

¿Qué es una droga?

La Organización Mundial de la Salud, utiliza el término de ***droga*** para referirse a sustancias que se usan sin fines terapéuticos; alteran aspectos afectivos, cognitivos y conductuales; pueden ser auto-administradas; y pueden inducir estados biológicos adaptativos en sus usuarios.[2]

En síntesis, podemos decir que las drogas son sustancias biológicas o químicas que alteran de forma directa el Sistema Nervioso Central (SNC), afectando el estado de ánimo (emociones), los pensamientos y la conducta de la persona que la ingiere.

Su uso puede ser motivado por diferentes circunstancias que van desde a experimentación, la búsqueda de aceptación en un grupo social, el refugio ante una situación que no podamos manejar (depresión, violencia, entre otros), como forma adaptativa y/o recreativa.

Tipos de Drogas

- **Clasificación según su Estatus Legal:**

Drogas o sustancias lícitas:
Se ocupan libremente de acuerdo a los deseos de cada consumidor. *Por ejemplo, las bebidas alcohólicas, el café y el tabaco.*

Drogas que se utilizan como medicamento:
Se obtienen mediante prescripción médica. Su uso va ligado al tratamiento de trastornos del ánimo, trastornos del sueño, enfermedades dolorosas o con el fin de lograr mayor lucidez o concentración (nootrópicos). *Por ejemplo, los psicofármacos, estimulantes menores y la metadona.*

Drogas o sustancias ilícitas:
Varían de acuerdo a la legislación de cada país. Son aquellas cuyo comercio se considera ilegal, como los derivados cannabis, la heroína y la cocaína.

Clasificación farmacológicas:

- **Depresoras:** es aquella que lentifican o inhibe las funciones o la actividad de alguna región del cerebro. Tienen la capacidad de lentificar o dificultar la memoria, disminuir la presión sanguínea, analgesia, producir somnolencia, hacen más lento el pulso cardíaco, actuar como anticonvulsivo, producir depresión respiratoria, coma o la muerte.

[2] Sánchez Turet, Miquel (1991). «Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos». Anuario de Psicología (Universidad de Barcelona) (49): 5–18. Consultado el 19 de agosto de 2013.

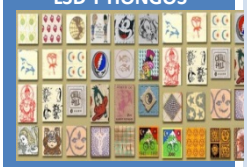
DROGA(S) - Depresoras	Vía de Consumo	Efectos Inmediatos más Comunes	Tipo de Dependencia	Posibles Consecuencias Fisiológicas	Detección
ALCOHOL	Oral	Euforia, Desinhibición, Disminución de la tensión, Aturdimiento, Mala Coordinación y Confusión	Física y Psicológica	Trastornos hepáticos (hígado), Dificultades para hablar, Marcha Inestable, Amnesia, Impotencia Sexual, Delirios. Agresividad, Inadaptación Social, Depresión y Celotipia.	Hasta 3 o 4 días después del consumo.
BARBITURICOS O SEDANTES	Oral	Depresión del SNC. Tranquilidad y Relajamiento.	Física y Psicológica	Irritabilidad, Risa/Lloro sin motivo, Disminución de la Comprensión y de la Memoria, Depresión Respiratoria y Estado de Coma.	Hasta 2 semanas después del último consumo.
GHB (GAMMA HIDROXIBUTIRATO)	Oral	Sociabilidad, Sensación de Embriaguez, Deseo Sexual, Depresión Respiratoria y Coma. Los efectos duran de 60 a 90 minutos	Física y Psicológica	Enfermedades Mentales, Ansiedad, Delirios.	Su uso no se detecta en los análisis toxicológicos habituales

- **Estimulantes:** es aquella que produce mejoras temporales de la actividad neurológica o física. Pueden producir además síntomas adicionales como incremento de la alerta, productividad, incremento de la presión sanguínea, aceleración del pulso sanguíneo, mejora del equilibrio, hiperalgesia, euforia, disminución del apetito o el sueño, convulsiones, manías o la muerte.

DROGA(S) - Estimulantes	Vía de Consumo	Efectos Inmediatos más Comunes	Tipo de Dependencia	Posibles Consecuencias Fisiológicas	Detección
CAFE	Oral	Disminuye la somnolencia y la Fatiga.	Física	Inquietud, Excitación, Temblores, Insomnio y Prob. Digestivos.	N/A
TABACO/ NICOTINA	Fumada	Desinhibición y Sensación de Calma.	Física, Social Gestual y Psicológica	Trastornos Pulmonares y Circulatorios. Infartos en el Miocardio y otras afecciones	N/A

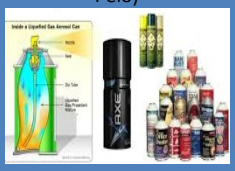
				cardiacas. Cáncer.	
ANFETAMINAS	Oral, Intravenosa y Esnifada	Alerta Intensificada, Hiperactividad, Pérdida del Apetito, Perdida del Sueño, Aumento de la Concentración, Taquicardia y Locuacidades (Verborrea)	Física y Psicológica	Dilatación de las Pupilas, Nerviosismo Intenso, Estado de Alerta Permanente, Adelgazamiento, Depresión, Insomnio, Escalofríos y Anorexia.	2 -3 días después del uso.
COCAINA	Oral, Esnifada, Intravenosa y Fumada	Excitación acentuada, Desinhibición, Hiperactividad, Pérdida del Apetito, Aumento de la Presión Sanguínea y Pulsaciones del Corazón	Física y Psicológica	Desasosiego, Excitación, Trastorno Cardiorrespiratorio, Desnutrición y Anemia. Daños Hepáticos (Hígado), Renales (Riñones) y Cerebrales. En embarazos, mal formaciones en el feto.	De 2 a 3 días después del consumo

ucinógenas: es aquella droga que produce cambios en la percepción, consciencia, emoción o ambos.

DROGA(S) - Opioides	Vía de Consumo	Efectos Inmediatos más Comunes	Tipo de Dependencia	Posibles Consecuencias Fisiológicas	Detección
MARIHUANA	Oral y Fumada	Disminuye la reacción ante los estímulos y Reduce los Reflejos, Desorientación temporo-espacial y Alucinaciones. Euforia y Desinhibición.	Física y Psicológica	Reducción del impulso sexual, Daño en las Funciones Reproductoras, Psicosis toxica y Deterioro Neurológico. Disminución del Rendimiento.	20 días en uso ocasional y hasta 80 días en uso crónico.
LSD Y HONGOS 	Oral	Alucinaciones, Pánico Desorientación temporo-espacial y Flashback	Psicológica	Delirios de Persecución, Terror, Pánico, Trastornos de Visión, Hipertensión Arterial, y Problemas Respiratorios.	5 días después del consumo

DROGA DE SINTESIS (Éxtasis)	Oral	Hiperactividad , Verborrea, Euforia, Deseo Sexual y Ansiedad Los efectos duran de 4 a 6 horas.	Psicológica	Pérdida del Apetito, Depresión, Psicosis y Paranoia.	De 2 a 3 días después del consumo.

- **Inhalantes**: son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Si bien hay otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término "inhalantes" se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación.

DROGA(S) - Inhalantes	Vía de Consumo	Efectos Inmediatos más Comunes	Tipo de Dependencia	Posibles Consecuencias Fisiológicas
VOLATILES (Disolvente Pintura, Pegamento, Gasolina, Corrector Liquido, Rotuladores)	Inhalada / Oral	Habla confusa, Apariencia borracha, mareada o aturdida, Incoordinación del movimiento, Alucinaciones y delirios, Hostilidad, Apatía, Juicio deteriorado, Pérdida del conocimiento, Severos dolores de cabeza y Erupciones alrededor de la nariz y la boca El efecto dura entre 15 y 45 minutos.	Física y Psicológica	Debilidad muscular, Desorientación, Falta de coordinación, Irritabilidad, Depresión, Daños serios y a veces irreversibles en corazón, hígado, riñones, pulmones y cerebro, Deterioro de la disminución de la inteligencia, Pérdida del oído, Daños en la médula ósea, Muerte por insuficiencia cardíaca o por asfixia (pérdida de oxígeno) memoria.
AEROSOLES (Pintura, Desodorante, Fijadores De Pelo) 				
NITRITOS AMÍLICO/ NITRITO BUTÍLICO		Dilatan los vasos Sanguíneos y Relajan los Músculos. Intensifican el Placer Sexual. Rubor.		

s

- **Opioodes:** son drogas que se unen a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Hay tres grandes clases de sustancias opiáceas: alcaloides del opio, como *morfina y codeína;* opiáceos semi-sintéticos, tales como *heroína y oxicodona;* y opioides completamente sintéticos, tales como *petidina y metadona,* que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.

DROGA(S) - Opioides	Vía de Consumo	Efectos Inmediatos más Comunes	Tipo de Dependencia	Posibles Consecuencias Fisiológicas	Detección en Orina
OPIO, HEROÍNA O METADONA	Oral, Intravenosa, Esnifada y Fumada.	Sensaciones Exageradas a Nivel Físico-Emocional, Ansiedad, Disminución de la Razón, del Entendimiento y la Memoria. Retardo Psicomotor. Relajación, Disminución del Miedo y Analgesia. }Los efectos duran 2 y 3 horas.	Física y Psicológica	Estado de Confusión General, Convulsiones, Alucinaciones, Disminución de la Presión Arterial y Contracciones Musculares. Falta de Deseo Sexual. Pérdida de Peso y Falta de Interés.	De 2 a 4 días después del consumo.

- **Clasificación según su nivel de adicción:**

Droga(s)	Potencial de Adicción
Nicotina*	100/100
Metanfetamina fumada	98.53/100
Crack	97.66/100
Heroína	95/100
Metanfetamina inyectada	94.09/100
Valium (Diazepam)	85.68/100
Metacualona	83.38/100
Fenobarbital	82.11/100
Alcohol*	81.85/100
Anfetamina vía oral	81.09/100
Cocaína	73.13/100
Cafeína*	72.01/100
PCP (fenciclidina)	55.69/100
Marihuana	21.16/100
Éxtasis	20.14/100
Setas alucinógenas	17.13/100
LSD	16.72/100
Mescalina	16.72/100

*Las marcadas en **color rojo** son de venta legal en las tiendas y son de uso corriente en la sociedad.

- **Clasificación según su uso médico:**

Drogas Analgesicas	•Reducen o inhiben el dolor.
Drogas Anestesicas	•Produce anestesia general o local.
Drogas Sedantes - Hipnoticas	•Inducen al sueño.
Drogas Antidepresivas	•Produce alivio a los sintomas de la depresion, la distimia y la ansiedad.
Drogas Antiparkinsonianas	•Tratan la enfermedad de Parkinson.
Drogas Antipsicoticas	•Alivian los sintomas de la Psicosis.
Drogas Ansioliticas	•Utilizada para el tratamiento de la ansiedad y sus desordenes.
Drogas Anorexicas	•Suprimen o Reducen el apetito.
Drogas Euforizantes	•Induce a sentimientos de euforia.
Drogas Nootropicas	•Incrementan las funciones mentales.

⌗ Términos relacionados al consumo de drogas:

- **Uso:** Es el consumo sin consecuencias negativas médicas o sociales por su poca frecuencia o por su poca cantidad.
- **Hábito:** Se produce una adaptación a sus efectos de la sustancia que se consume. Hay deseo de la droga, pero no un deseo imperioso, ni tolerancia una dependencia.
- **Abuso (uso nocivo):** Por lo general producen daño. El *"abuso de sustancias"* figura en el DSM IV en los *"Trastornos relacionados con sustancias"*, lo que implica un patrón desadaptativos de consumo que tiene efectos adversos y repetitivos. Se valoran los efectos nocivos y perjudiciales, pero se descartan la tolerancia, la abstinencia y el patrón de uso compulsivo – esta categoría excluye a las consecuencias del tabaco y la cafeína-
- **Tolerancia:** Consiste en la necesidad de aumentar las dosis de una sustancia para obtener el efecto deseado. Ésta designa también una disminución de los efectos en caso de utilización continua de la misma cantidad de producto: no hay más placer, pero la persona continúa con el consumo.
- **Síndrome de abstinencia:** Traduce un estado de adaptación biológica a los tóxicos que se manifiesta por la aparición de trastornos somáticos intensos, dolorosos, cuando el consumidor se encuentra en estado de carencia o falta: temblores, taquicardia, hipertensión, insomnio, sudores, crisis convulsivas, calambres. En el argot popular (en la calle) se le llama ***"el mono".***

- **Dependencia:** existe una necesidad imperiosa de consumir la droga para poder afrontar la vida cotidiana. Existen 2 tipos:
    - ***Dependencia física:*** se necesita mantener un determinado nivel de droga en la sangre para poder funcionar fisiológicamente con normalidad. Cuando el nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el *síndrome de abstinencia.* En los casos más graves se manifiesta con temblores, espasmos e incluso la muerte. Se asocia con la tolerancia. A medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la droga, se necesita aumentar la dosis para sentir los mismos efectos que en las etapas de inicio del consumo. La dependencia física es relativamente fácil de superar, que puede ser de hasta 15 días según la droga.
    - ***Dependencia psíquica:*** aparece un síntoma en sentir el deseo y la necesidad de consumir periódicamente para experimentar un sentimiento de bienestar o librarse de un estado afectivo desagradable (timidez, estrés) La dependencia psíquica es más difícil de desactivar. Hay que introducir cambios en la conducta y en las emociones del sujeto.

III. ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE A LA POBLACIÓN DE USUARIOS/AS DE DROGAS.

⌗ ¿Qué son las estrategias de reducción de riesgo y la reducción de daños?

Son herramientas que ayudan a las personas a reducir el riesgo de consecuencias de salud adversas derivadas del uso de drogas y de comportamientos sexuales no seguros.

Riesgo es un término utilizado para describir la probabilidad que tiene la práctica de uso de sustancias (alcohol y otras drogas), de causar consecuencias o efectos no deseados y Daño es un término complementario utilizado para describir si una consecuencia concreta es vista como negativa o indeseable.

La reducción de daños: Es toda acción individual, colectiva, médica o social, destinada a **minimizar y reducir los efectos negativos del consumo de drogas y otras prácticas asociadas** como la sexualidad insegura y las situaciones de violencia- en las condiciones jurídicas y culturales actuales. Asimismo, **la reducción de riesgos:** Es toda acción individual, colectiva, médica o social orientada a **disminuir, administrar y autogestionar la probabilidad de daños, consecuencias negativas e indeseadas asociadas al consumo de drogas – y otras prácticas** como sexualidad insegura y situaciones de violencia.

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"*.[3] 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"*.[4]

Muchas personas que consumen drogas son incapaces o reacias a dejar de consumir drogas (de forma temporal o permanente) aun después de recibir tratamiento. Las estrategias que se enfocan en ofrecer apoyo a la persona "donde esté" son claves para disminuir las consecuencias de salud negativas del consumo de drogas. En resumidas cuentas, este resulta ser el único tratamiento ético y eficaz para tratar a mejorar la calidad de la vida del UD/UDI para quien la abstinencia no es una opción inmediatamente viable.

---

[3] Hunt, N. A., (2002). Review of Evidence-base for Harm Reduction Approaches to Drug Use. Londres: Release Publications.

[4] Word Health Organization Europe, 2005. Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. Copenhagen, Denmark.

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.

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.

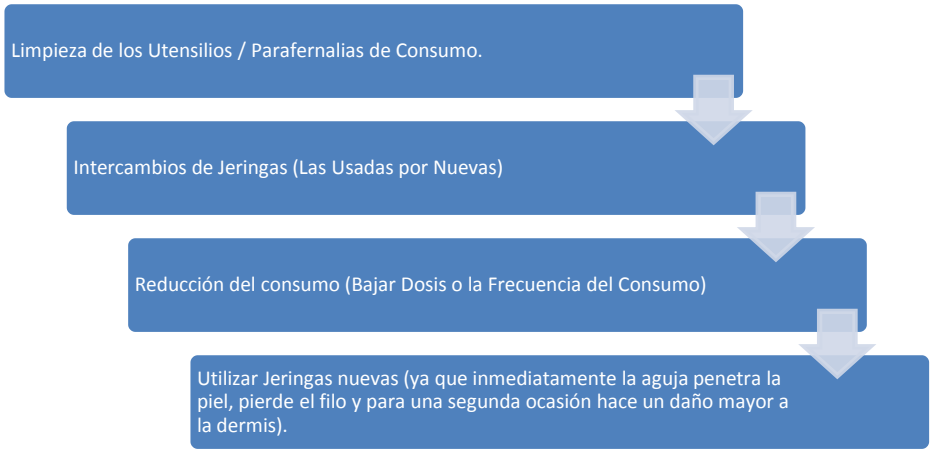
Estas estrategias incluyen el reparto de materiales para hacer más seguro el consumo de drogas (jeringas y otras parafernalias) y el acceso fácil y rápido a terapias farmacológicas para dependencia. Reducir el riesgo sexual también es de importancia fundamental, y esto requiere el reparto de materiales (ej. condones), educación acerca del uso de estos materiales, y facilitar el acceso a los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las ITS, en especial la Hepatitis C y el VIH/SIDA.

Los programas de metadona, para estabilizar el uso de narcóticos y reducir la incidencia de inyección también son una forma de reducción del daño.

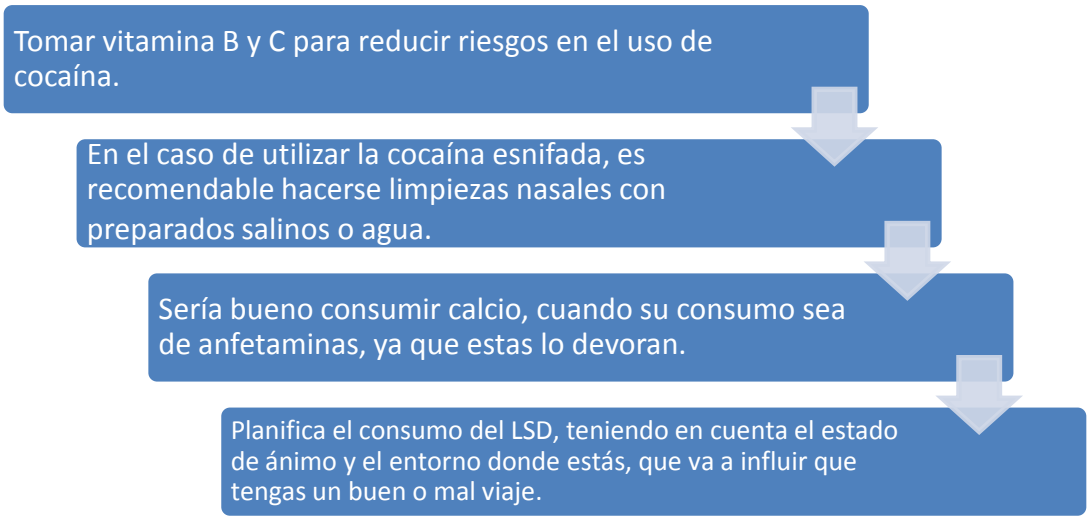
Por ejemplo, una persona que utiliza en varias ocasiones la misma jeringa, está ocasionando un daño tanto a la dermis como a la vena, esto es debido a que desde la primera vez que la aguja es insertada en la piel se produce una herida y la aguja de inmediato pierde su filo, lo que hace que en la próxima inserción se produzca un daño mayor a la dermis y en la vena. Esto puede ocasionar la aparición posterior de abscesos en la piel, obstrucciones de las venas y otros problemas a nivel del sistema circulatorio.

- **Estrategias de reducción de riesgos y daños (asociadas al consumo):**

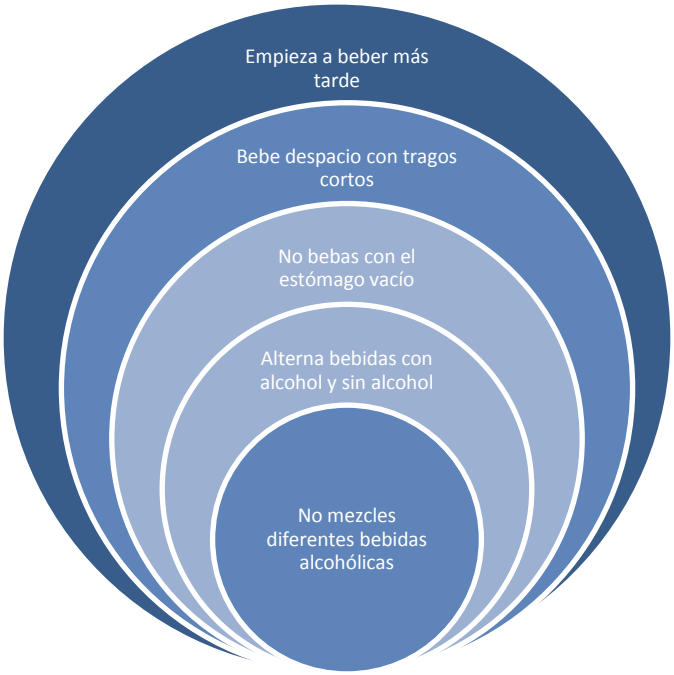
  - **GENERALES**



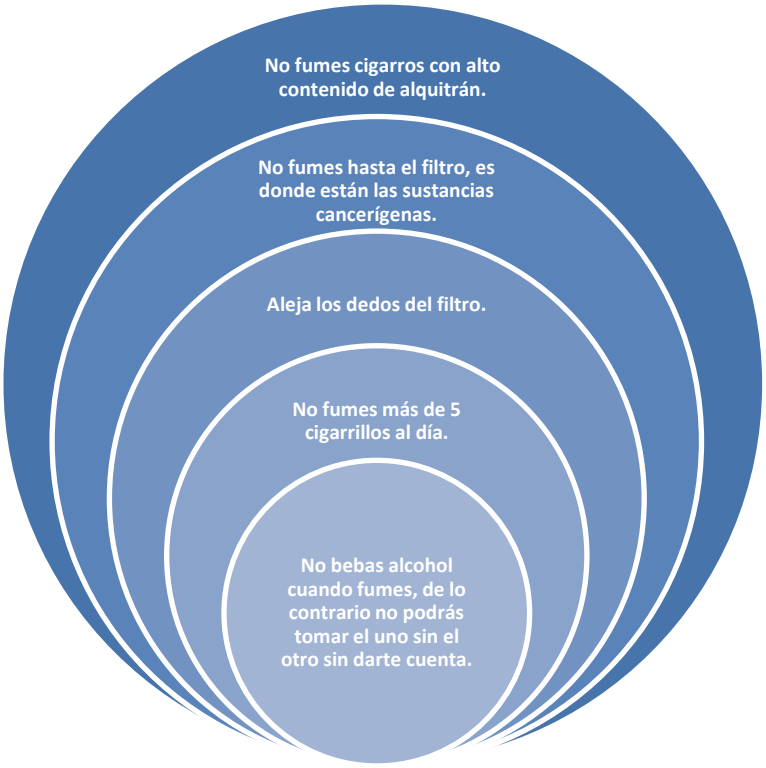
  - **ESPECIFICAS**



•ALCOHOL


Empieza a beber más tarde
Bebe despacio con tragos cortos
No bebas con el estómago vacío
Alterna bebidas con alcohol y sin alcohol
No mezcles diferentes bebidas alcohólicas

•CIGARRILLO



•Éxtasis

- **Estrategias de reducción de riesgos y daños (asociadas a las prácticas sexuales):**

OTRAS IDEAS SERIAN…

- Evitar el rasurado púbico y el cepillado de los dientes antes del acto sexual (posibilidad de que se creen micro heridas en la piel o en la boca, que sirvan de puerta de entrada)
- Sexo sin penetración de la vagina, el ano o la boca por el pene. Aquí se incluiría la masturbación, la masturbación mutua, besar, conversaciones sexuales, masaje, y otras formas de tocar y estimular.
- Reducir el número de veces en que se practica sexo no protegido con la misma pareja.

Practiquemos lo Aprendido…

Ejercicio 1: Escalando El Riesgo.

Colocamos números del 1 al 6 en escala (formando una Escalera), colocando el 6 en la parte superior (el de mayor riesgo) y el 1 en la parte inferior (el de menor riesgo). Luego ponemos a uno de los costados en una columna, todas la practicas sexuales posibles (por ejemplo, Sexo anal con condón, Sexo oral sin condón, Masturbación Mutua, Sexo Telefónico, entre otros)

¿Qué haremos?

- *Iremos colocando cada una de las prácticas según el riesgo que considere la persona/el grupo en cada uno de los peldaños de nuestra escalera.*

- Luego se pasa a explicar la relación que tienen dichas prácticas con los fluidos corporales que continúen suficiente carga viral como para transmitir el VIH.

***Fluidos:* Sangre, Semen, Leche Materna, Liquido Pre-Seminal (Babilla) y los Fluidos Vaginales.**

- Acto seguido, volvemos a reubicar las prácticas sexuales en la escalera (ya con el conocimiento de los niveles de exposición según el contacto que tengamos con los fluidos.

Por último, se analizan los por qué de los cambios sufridos en nuestra escalera.

Entendemos la Reducción de Daños como:

- **Un abordaje de "abajo-arriba" basado en la defensa del usuario de drogas, en lugar de una política de "arriba -abajo" basada en su criminalización y patologización.**

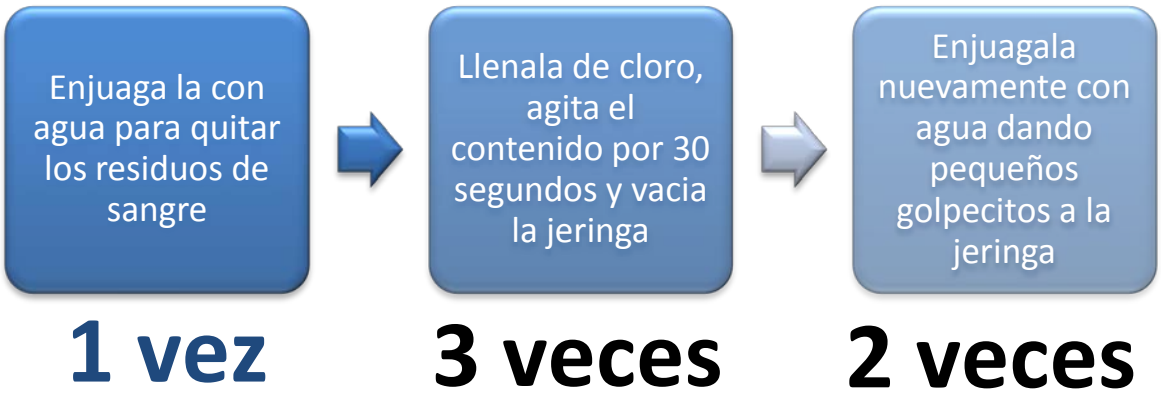
- **Un enfoque que promueve el acceso a servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia.**

- **Una alternativa de salud pública, frente a los modelos moralista/criminalista y "de enfermedad" del consumo y adicción de drogas.**

- **Un modelo que reconoce la abstinencia como resultado ideal, aceptando las alternativas que reducen el daño. (Marlatt 2001)**

"…La reducción de daños involucra establecer una jerarquía de objetivos, con etapas para alcanzar los más inmediatos y realistas en el camino hacia el uso libre de riesgos, o, si corresponde, a la abstinencia; es en consecuencia un abordaje caracterizado por el pragmatismo" (Riley & O´Hare: 16, en Inchaurraga, Silvia, 1999)

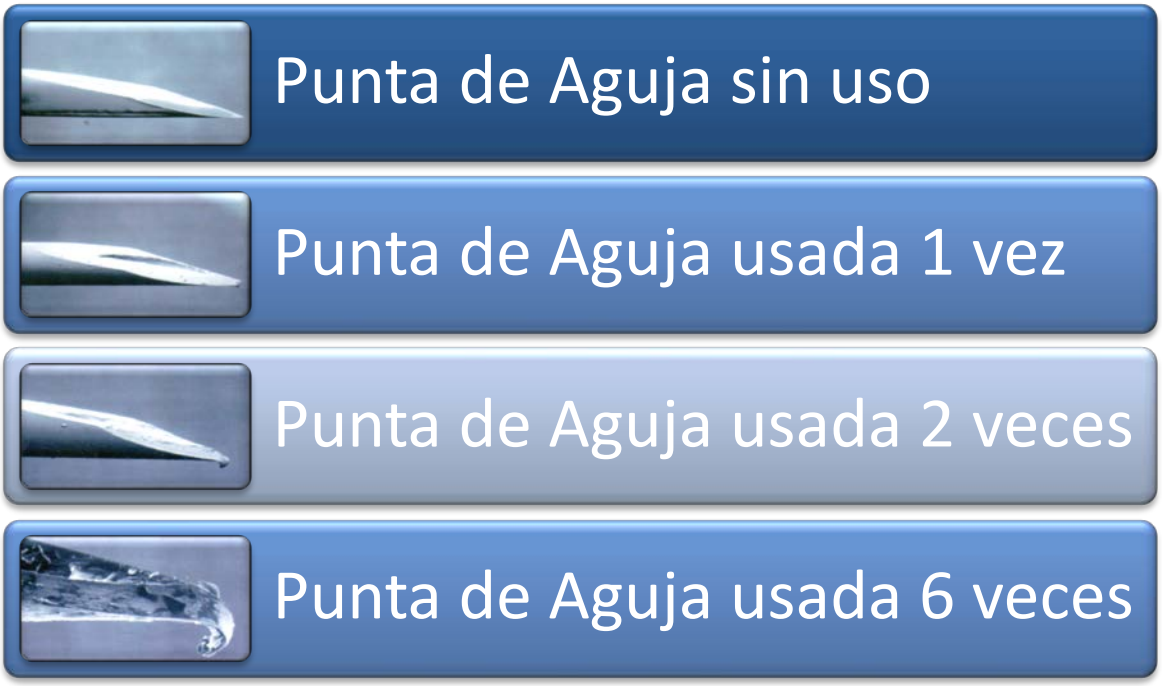
- **Limpieza de los Utensilios de Consumo (Jeringas).**
- ***Pasos a Seguir. (CLORO + AGUA)***



- **Daños producidos por las Jeringas.**

Resulta interesante ver que los daños por el uso de jeringas ya usadas (aun sean por nosotros mismos) es considerable.

La piel es severamente dañada por la aguja causando abscesos, infecciones y venas rasgadas.
Una forma de prevenir estos daños es que si no encuentras las venas, se debe transferir la sustancia a una nueva jeringa, y en la medida de lo posible busque otro lugar donde aplicarla.
No debe intentarse, tampoco afilar la aguja esto ocasionara más daños, tampoco debe de utilizarse para mezclar la sustancia.



Fotos propiedad de Becton Dickinson and Co. 2003 BI

RECUERDA…

a) El cloro debe estar diluido.
b) Si ingresara una pequeña cantidad de cloro en el cuerpo no le causara daños.
c) Asegúrese de dejar el cloro en la jeringa por 2 minutos para matar el virus de la Hepatitis B.
d) Si no tiene cloro, puede sustituirlo con agua oxigenada o con alcohol medicinal. Use alcohol fuerte (ni cerveza, ni vino) si es lo único que tiene. Siga la misma regla de los 2 minutos como con el cloro.
e) El agua es preferible que este a temperatura ambiente, ya que el calor, adhiere el plasma contenido en la sangre.
f) De no contar con agua, solo en caso extremos, debe de utilizarse cualquier otro liquido (por ejemplo, orina, etc.)

Practiquemos lo Aprendido…

Ejercicio 2: La Casa de Consumo.

Tenemos como escenario una casa de consumidores de Heroína. En total 4 personas. Todos están presentando los síntomas característicos del Síndrome de Abstinencia "EL MONO" (calambres, sudores, dolor de estómago, etc.) Tenemos pocas parafernalias (2 jeringas, 2 cookers/tapitas y 1 Funda con Agua) y lo más importante, hay una persona con VIH dentro del grupo, pero esta desconoce su estado serológico.

¿Qué hacemos para Reducir Riesgos?

Con el ejercicio anterior podremos verificar que se utilicen las herramientas para la reducción de riesgos ante el VIH.

⌗ Cómo prevenir la sobre dosis de drogas?

La mayoría de las sobredosis suceden con opiáceos como la *Heroína* y con opiáceos usados para el dolor como la *Morfina, Codeina, Percocet, Percodan, Vicodin* y/o medicinas para el dolor. La *Oxicodona (Oxycodone)* es uno de los medicamentos que mezclado con drogas provoca más frecuentemente la sobredosis.

Las intoxicaciones pueden producirse con cualquier tipo de droga, y sus síntomas principales son: nauseas, mareos, desmayos, dolores de cabeza, malestares, pérdida de la conciencia, entre otros.

****La mayoría de las intoxicaciones ocurren cuando las personas están solas en casa****

Conocer sus límites de consumo, es una de las estrategias para evitar las sobredosis. Si ha estado un tiempo sin usar drogas y decide usarlas nuevamente, su riesgo de sobredosis es mucho más alto, la recomendación es usar menos de la cantidad habitual.

En caso de sobredosis debes acudir al centro de salud más cercanos para ser atendido/a de urgencia.

Es importante conocer algunas de las técnicas de primeros auxilios para dar una rápida respuesta en lo que llega el personal paramédico cualificado. Dentro de dichas maniobras están:

- **RCP – Resucitación cardio-pulmonar (paso a paso)**

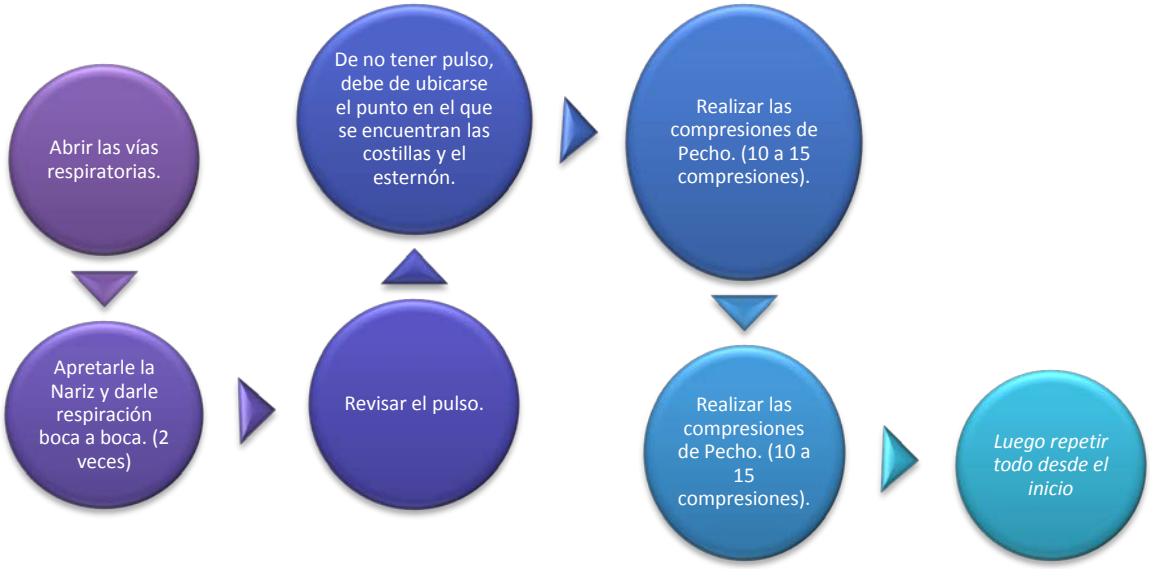
Cabe considerar que ante una posible sobredosis es necesario contar con algunos conocimientos útiles para evitar consecuencia como la muerte. Dentro de ellas están el manejo de las convulsiones y que hacer en el caso de un paro cardio-pulmonar, ya que estas dos maniobras pueden resultar fáciles de aplicar (claro debe recibirse el entrenamiento para ejecutarlas).

NUNCA debe de optarse como única opción el emplear dichas maniobras sin participar a los profesionales de la salud (Paramédicos del Servicios de Emergencias 9-1-1)

Es importante reconocer cuando una persona presenta signos de shock, los cuales son, entre otros: debilidad, labios y uñas azulados, piel fría y húmeda, palidez y disminución de la lucidez mental. Esto son indicadores de necesitar RCP. En su defecto, si el paciente tiene crisis epilépticas, adminístrele los primeros auxilios en caso de convulsiones.

Vigile permanentemente los signos vitales del paciente (pulso, ritmo respiratorio, presión arterial) hasta que la ayuda médica llegue.

Si es posible, trate de determinar qué drogas tomó y cuándo. Asimismo, conserve cualquier empaque o frascos de píldoras u otras drogas utilizadas y suministre esta información al personal médico de urgencias.



Cuando se presenta una convulsión, el objetivo principal es proteger a la persona de una lesión. Se debe tratar de prevenir una caída dejando a la persona en el suelo en un área segura libre de muebles u otros objetos puntiagudos.
Dejar descansar la cabeza de la persona.
Aflojar la ropa apretada, especialmente alrededor del cuello.

La persona debe ser volteada de lado en caso de presentarse vómito. Esto impide que dicho vómito sea inhalado hacia los pulmones.
Buscar un brazalete de identificación médica con instrucciones en caso de convulsiones.
Permanecer con la persona hasta que llegue la ayuda y mientras tanto vigilar sus signos vitales (pulso, frecuencia respiratoria)

ALGUNAS RECOMENDACIONES FINALES…

Es muy importante que al identificar a una persona que es usuaria/o de drogas, le ayudes a tomar consciencia sobre el cuidado de su salud. Tomando siempre en cuenta que es una decisión personal el tomar el control sobre su vida y cometer el grave error de obligarlo, solo hará que se resista y bloquee.

El mostrar respeto por su enfermedad no es apoyar su consumo, sino más bien entender que es un proceso que implica muchos factores y el mismo no se dará de la noche a la mañana. Para ello, la ***Fundación Dominicana de Reducción de Daños – FUNDOREDA*** cuenta con profesionales capacitados dentro del área de la psicología y el trabajo social que le ayudaran a tratar su problema de adicción.

También es necesario saber que existen Centros de Tratamientos especializados en la Rehabilitación y la Desintoxicación (siendo diversas las carteras de servicios que ofrecen de forma ambulatoria y de internamiento).

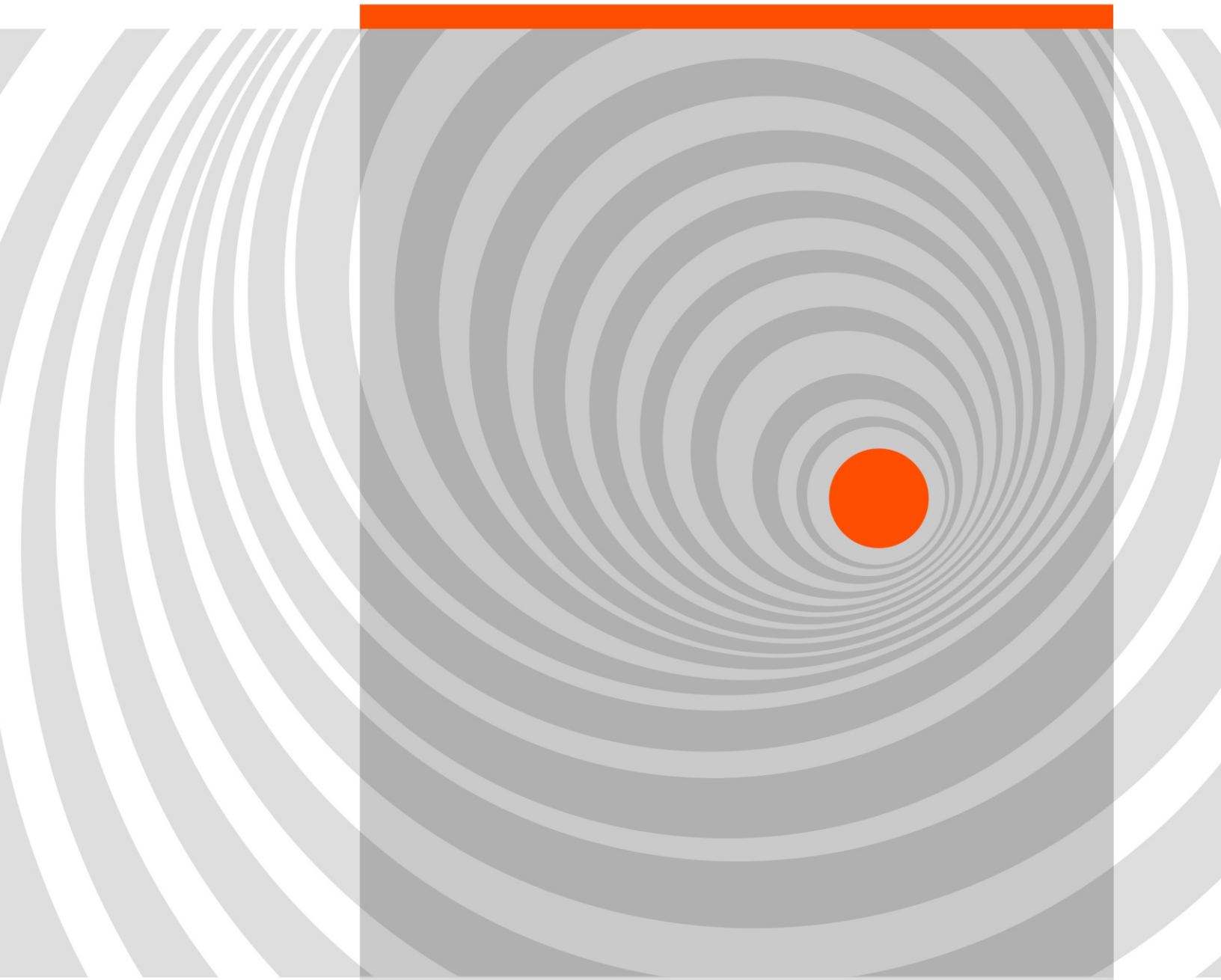
Este material, además de sus aportes en cuanto al conocimiento general sobre las Drogas, busca brindar unas herramientas para reducir los daños y riesgos potenciales a los que se exponen los/as usuarios/as de drogas.

RECUERDA

El uso de este manual está enmarcado en el poder detectar las manifestaciones de las diferentes drogas y brindar algunas pautas para que tanto el consumo como las prácticas sexuales sean de menor riesgo ante el virus del VIH.

No es un programa para tratar la drogodependencia por ello se hace necesario el referimiento a los profesionales expertos en la materia.

SECCIÓN 2



Modelos aplicables al abordaje del uso de drogas

Teniendo un acercamiento efectivo y eficaz

Modelos aplicables al abordaje del uso de drogas
Teniendo *un acercamiento efectivo y eficaz.*

ÍNDICE TEMÁTICO

CONTENIDO(S)
INTRODUCCIÓN
IV. ABORDAJE ESTRATÉGICO. ⌗ **¿Cómo podemos abordar a la población usuaria de drogas?** ⌗ **Abordaje de pares.** • Preseleccionar el momento y lugar ideal (ver). • Evaluar la situación (oír/escuchar). • Explorar las opciones más adecuadas (hablar). • Reparte recursos y referencias (dar). II. **ENTREVISTA MOTIVACIONAL – EM.** ⌗ **¿Qué es la motivación?** ⌗ **La entrevista motivacional** • Principios generales de la EM. o *Expresar empatía.* o *Crear discrepancia.* o *Evitar la discusión.* o *Darle un giro a la Resistencia.* o *Fomentar la autoeficacia.* • Etapas del cambio. o ***Pre-contemplación*** o ***Contemplación*** o ***Preparación*** o ***Acción*** o ***Mantenimiento (Terminación)*** o ***Recaída***
PARA CONCLUIR… **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La población de usuarios de drogas es una población que a lo largo de los años ha tenido fama de ser inasequible y difícil de manejar por su problema de adicción (enfermedad). Muchos se reúsan a trabajar dicha población, ya que consideran muy arduo el trabajo para lograr el abordaje y poco esperanzador en lo referente a los resultados que se obtendrán al final de la intervención.

Lo cierto, es que la población presenta los mismos retos que los otros grupos vulnerabilizados (GTH, TRSX, PVVIH) ya que todos por factores externos que escapan a su control se ven expuesto a realidades que dificultan el acceso a los mismos, por ejemplo la movilidad, la falta de oportunidades para un empleo digno, la poca accesibilidad a los servicios de salud, entre otros; no por ello deben de tener un trato "especial", sino más bien un trato "dignificante", que no promueva el paternalismo que a la larga solo hacen que el/la usuario/a se inutilice.

Es por esto que se hace necesario que las organizaciones e instituciones que trabajan directa o indirectamente con dicha población cuente con herramientas que faciliten su labor.

Para ello, se ha pensado en este fascículo, en el cual podrán visualizar las formas adecuadas para lograr un abordaje eficaz y de calidad y calidez, libre de discriminación y estigma, en el cual se remarca la necesidad de ayudar al usuario/a de drogas a apoderarse y empoderarse de su proceso de cambio, sin importar cuales sean las conductas a cambiar (tengan o no que ver con el consumo).

V. ABORDAJE ESTRATÉGICO.

¿Cómo podemos abordar a la población usuaria de drogas?

El abordaje a la población usuaria de drogas es un grupo que amerita cierto tiempo para lograr un abordaje satisfactorio. Dicho abordaje puede darse en una o más visitas, pues dependerá de la empatía creada entre el promotor y el/la usuario/a, en donde se establecerá la confianza.

La apertura por parte del/la UD será gradual, casi como pelar una cebolla (por capaz), hasta llegar al punto en donde la persona nos dejara de verle como una posible amenaza y se establezca el vínculo de la confianza. Es importante no apresurar las cosas, dado que si este lazo no se afianza, el/la usuario/a de drogas no se abrirá por completo y la intervención se vería sesgada y manipulada por el/la UD, siendo otros los resultados y no los esperados.

A continuación describimos el proceso utilizado en la entrevista motivacional para hacer el acercamiento. Este modelo en particular es bien acogido por los/las usuarios/as debido a que se centra exclusivamente en ellos/ellas, no en la persona que realiza el abordaje.

Abordaje de pares.

El abordaje entre pares siempre ha dado como fruto que las intervenciones se hacen en un menor tiempo, pues la fase en la que se establece la confianza se aminora, además de que ambos manejan el mismo conocimiento en cuanto a cómo se manejan las cosas (esta incluye el lenguaje, el momento ideal para que este ocurra, etc.) Esto hace que sea más efectivo a la hora de hacer los abordajes. No con esto decimos que una persona que no sea usuaria/o de drogas puede abordar a otro/a usuario/a, sino que al manejarse en el mismo contexto les resulta más fácil el acceso a los mismos, además de que ellos cuentan con una ventaja, saben dónde están sus iguales.

Para la intervención es necesario agudizar los sentidos, pues ellos serán de utilidad al momento de darse el acercamiento. A continuación algunas pautas que deben de tomarse en cuenta:

- ***Preseleccionar el momento y lugar ideal*** **(ver).** Ayudará a que evitemos situaciones incomodas, por ejemplo, si el/la UD está pasando el síndrome de abstinencia (el mono) su nivel de ansiedad por los síntomas que está teniendo no le permitirán escuchar lo que tenemos que decirle, para ello es preferible permitir que consuma la droga y luego en un lapsus corto de tiempo vuelva y se dé el abordaje. Con ello estaríamos evitando hablar sin ser escuchados, además de mostrarle al UD que sus necesidades nos importan y son lo primordial.
- ***Evaluar la Situación*** **(oír/escuchar).** Nos permitirá saber la necesidad real del usuarios de drogas y no buscar la satisfacción de las necesidades de quien realiza el abordaje. No es lo que yo creo, es lo que es… solo el UD sabe lo que quiere/necesita. Así se podrá central en él.
- ***Explorar las Opciones más Adecuadas*** **(hablar).** Este es el momento en el que ya conociendo las necesidades de el/la usuario/a, se conversa sobre las opciones que sean viables/factibles dentro del abordaje. Las opciones para que sean aplicables debe de darlas el/la UD, tomando en cuenta sus limitaciones y apegándose a su realidad.
- ***Reparte recursos y referencias*** **(dar).** Este es el momento en el que si se cuenta con algún recurso tangible como los materiales educativos, condones, lubricantes, entre otros se les entregue; asimismo si se tiene recurso no tangibles como la información y las referencias.

Si se toman en cuenta estos pasos a la hora de hacer un abordaje, estaremos garantizando que llegara mejor al usuario/a y dará paso a intervenciones de mayor profundidad.

RECUERDA

- **Usar prendas cómodas/apropiada de vestir.**
- **Lleva tu identificación (carnet). Así se sabrá que es un trabajo a tomar con seriedad.**
- **No usar objetos o joyas de valor. Así no tendrás que preocuparte por otras cosas más que en la persona que abordaras.**
- **Usar calzado cómodo (de preferencia cerrado) Evitar posibles accidentes (cortaduras/pinchazo)**
- **<u>NUNCA</u> debes darle dinero a un/a usuario/a, sin importar las razones y excusas que te dé.**
- **Tampoco debes mostrar dinero o tramites con el mismo.**

VI. ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

⌗ ¿Qué es la motivación?

Según Dwight D. Eisenhower, la motivación "… es el arte de lograr que las personas hagan lo que usted quiere que hagan porque ellos quieren".

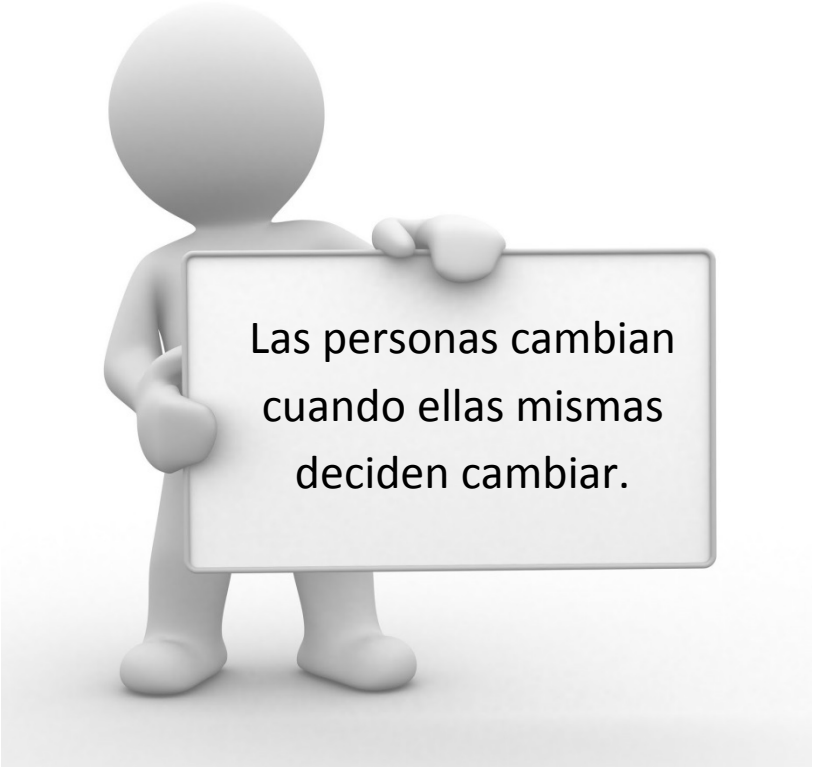
<u>MOTIVAR</u> es ayudar a que el propio usuario descubra cuáles son sus razones para cambiar y esté dispuesto a llevarlas a cabo.

La motivación es un estado no un rasgo, no debe ser medida por lo que decimos sino por lo que hacemos; asimismo, tiene un carácter predictivo (estimación de la probabilidad al cambio) aunque depende de circunstancias externas.

Se dice que hay motivación cuando la persona **comienza, continua y se adhiere** a una determinada estrategia de cambio.

Pero sobretodo, es necesario comprender qué hace cambiar a las personas, tomado en cuenta que:

a) La información **no es suficiente.**
b) Los cambios **no se pueden imponer desde fuera.**
c) No persuadir, no discutir, no confrontar…



Esto resulta fácil de entender para cualquier persona, pero cuando hablamos de usuarios/as de drogas, cambia el contexto, pues estamos ante individuos que no tienen el control que suponemos sobre su enfermedad.

Dado estas circunstancias la labor de cambio se hace cuesta arriba, aunque no imposible, pues si se efectúa un abordaje multisectorial acompañado de una gran carga de motivación y un plan de acción viable (realizable) puede lograrse el cambio deseado.

La clave está en no perder la MOTIVACION, pues ella será el motor propulsor para que la persona accione.

Aunque nos enfrentaremos también a la **ambivalencia,** que es el estado mental en el que la persona tiene sentimientos contrapuestos en relacion a alguna cosa. Por ejemplo, "Quiero pero no quiero".

Esta es una experiencia normal, aceptable y comprensible en todos los procesos de cambio, mas si esta relacionado al consumo de drogas.

En ocasiones nos encontramos con personas que son drogodependientes y a menudo dicen querer dejar de consumirpero no saben como, o se sienten incapaces de hacerlo, o no estan del todo dispuestas a dejar de consumir.

Para ello se hace imprescindible el tomar en cuenta la forma de abordarje que se estara utilizando para poder lograr los objetivos deseados, tanto para la persona como para la persona que acompaña en el proceso de cambio de conducta.

- **La Entrevista Motivacional - EM**

Consiste en un estilo de interaccion directiva y centrada en la persona, encaminada a ayudar a las personas a explorar y resolver su ambivalencia frente al uso de sustancias y comenzar a hacer cambios positivos.

Existen 2 enfoque a los cuales se suele recurrir:

	Informativo (tradicional)	Motivacional
Diferencias entre los modelos	Da consejos de experto	Estimula la motivacion
	Repite los consejos	Resume los puntos de vista de la persona
	Intenta persuadir	Aproximacion colaboradora
	Actua con autoridad	De autonomia
	Es rapido	Es de aplicación progresiva
	El cambio es motivado por el malestar	Las personas son ambivalentes sobre el cambio
	Si logra hacer sentir bastante mal a las personas, ellas cambiaran	Las personas continuan consumiendo debido a su ambivalencia
	Las personas tienen que "tocar fondo" para que esten dispuestas a cambiar	La persona cambia cuando quiere y entiende que debe cambiar
	El/la usuario/a es un vaso vacio	**El/la usuario/a es un pozo profundo de destrezas y sabiduria de si mismo/a.**

Es de vital importancia sujetarnos al modelo motivacional, ya que los resultados serán duraderos y reales en contraposición a los obtenidos a través del modelo tradicional.

EN VEZ DE DAR EL PESCADO…

ENSEÑEMOS A PESCAR

- **Principios generales de la EM.**

A continuación presentamos los principios que deben ser tomados a la hora de aplicar la Entrevista Motivacional.

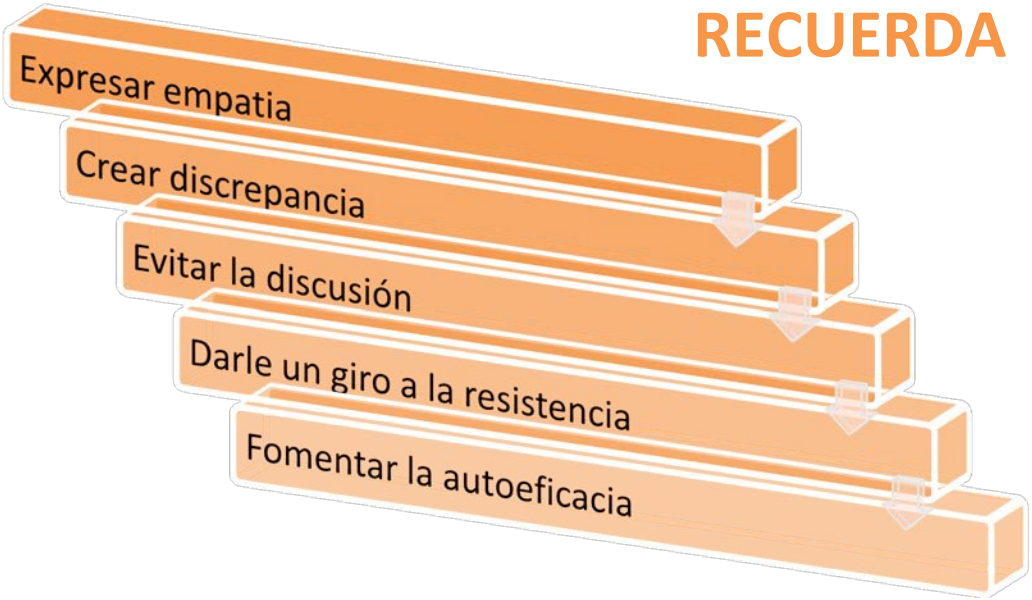
- **Expresar empatía.**
  Con ella le comunicamos a la persona que le estamos entendiendo; además de expresarle que lo/la aceptamos y respetamos aunque no necesariamente lo aprobamos. La empatía puede ser expresada con gestos y palabras por ello es importante mantener el contacto visual y una postura adecuada. **Frases que nos ayudan:** - *"Entiendo que te sientas mal por lo que ha ocurrido", - "Cualquiera se hubiera sentido igual", - "Tu reacción es completamente normal".*

- **Crear discrepancia.**
  Esta logra que la persona reconozca en donde esta y donde quiere estar; asimismo lo enfrenta a sus dudas, ya que es importante que las verbalice. Permite trabajar la emoción que genera la duda siendo este el motor para el cambio.

- **Evitar la discusión.**
  A toda costa se debe de evitar la discusión ya que resulta para el proceso contraproducente, ya que cada parte tratara de defender su punto de vista. El tratar de convencer al paciente suele provocar en él/ella oposición.

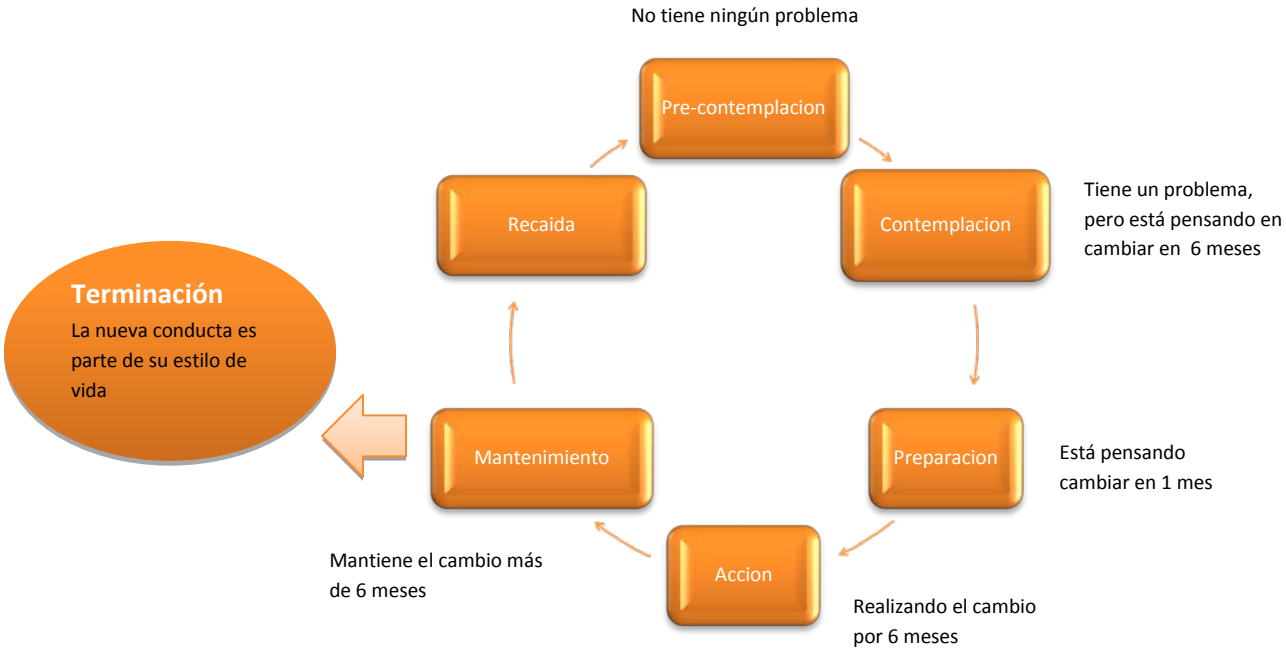
- **Darle un giro a la resistencia.**
  Si la persona presenta resistencia debe trabajarla, entendiendo que ella es parte del proceso de cambio. Aquí no se imponen nuevos puntos de vista u objetivos, sino se invita a que la persona considera la nueva información y se les ofrecen nuevas perspectivas para hacerlo.

- **Fomentar la autoeficacia.**
  Es importante reforzar y reconocer los esfuerzos. **Frases que nos ayudan:** - *"Si eres capaz de eso, podrás con todo"*, - *"es difícil dejar la droga y tú lo conseguiste"*, - *"Por lo que me has comentado, creo que tienes algunos puntos importantes a tu favor…"*, - *"Por lo que me has contado, en tu vida has hecho cosas bastante difíciles…"*



- **Etapas del Cambio.**

El modelo propuesto por James Prochaska y Carlos DiClemente (1982) quienes, basado en su experiencia en psicoterapia, observaron que las personas atravesaban por estados de cambio similar sin importar el tipo de psicoterapia que se le aplicara. Prochaska y DiClemente, afirman que el cambio de comportamiento no ocurre de manera continua, **sino de manera secuencial,** a través de etapas, y que la tarea inicial de la persona es tomar consciencia de la etapa en la que se ubica.



- **Pre-contemplación:**
  En esta etapa la persona no piensa seriamente en cambiar, no es consciente de que tiene un problema, además de presentar resistencia a las presiones externas para el cambio.

- **Contemplación:**
  Aquí, se muestra una actitud más abierta a la información y al cambio; se trabaja la ambivalencia sobre las ventajas y los inconvenientes, analizando los pros y contra del hábito.

	Consecuencias Inmediatas		**Consecuencias a largo plazo**	
	+	**-**	**+**	**-**
Permanecer abstinente	Mejorar la autoeficacia y la autoestima, aprobación de la familia, una mejor salud, más energía, ahorro de dinero y tiempo; mejoría en el trabajo.	Frustración y ansiedad, negación de los placeres de la droga, no frecuentar los lugares de consumo, rabia por no poder hacer lo que uno quiere sin consecuencias	Tener un mayor control sobre la vida; mejor salud y longevidad; aprender acerca de uno mismo y de los demás sin estar intoxicado por la sustancia; respetar más a los demás.	No poder disfrutar de la droga; aburrirse y deprimirse; no poder estar con los amigos con los que consumía.
Volver a consumir	Placer automático; reducción del estrés y la ansiedad, no sentir dolor y	Sentirse débil por entregarse a la droga; riesgo de accidentes y	Conservar a los compinches; habilidad para consumir; no tener que tratar	Posible pérdida de la familia y el trabajo; deterioro de la salud

	apesadumbrarse con los problemas, disfrutar de los deportes y volver a consumir con los compinches.	vergüenza; rabia de la familia; llegar tarde o perder el trabajo; malgastar el dinero.	con la familia y la pareja al estar fuera de la casa consumiendo.	(incluyendo la adquisición del VIH y/o HVC) y muerte prematura; perdida de los amigos que no consumen y ridiculizado por otros y baja autoestima.

- **Preparación:**
  Se sabe que la persona está en esta etapa pues la resistencia se disminuye, se encuentra decidido, hace menos preguntas sobre el problema, hace afirmaciones auto motivadoras, se hacen más preguntas acerca del cambio, se visualiza con la nueva conducta y por último, comienza la experimentación.

- **Acción:**
  En este estadio se modifica la conducta problemática, como consecucion de un objetivo concreto durante un corto tiempo. Se trabaja con la persona la selección de las estrategias para lograr el cambio. Se recurren a tecnicas de afrontamiento del deseo de volver al habito anterior.

- **Mantenimiento (Terminación):**
  Finaliza cuando desaparecen las probabilidades de ocurrencia de todas las situaciones problema. El periodo de cambio es continuo.

- **Recaída:**
  Es el proceso normal en todo cambio de conducta en el que la persona vuelve a estadios anteriores en el proceso de cambio. **Las actitudes frente a la recaída:** - evitar la dramatización, - contemplarla desde el inicio como algo posible y parte del proceso de cambio, - utilizarla como un elemento para el aprendizaje, y por último, - evitar la culpa/responsabilidad.

¡Sí se puede!
LO HARÉ
PUEDO HACERLO
TRATARÉ DE HACERLO
¿CÓMO HACERLO?
QUIERO HACERLO
NO PUEDO HACERLO
NO LO HARÉ
¿EN QUÉ ESCALÓN ESTÁS COLOCADO HOY?

PARA CONCLUIR…

El abordaje debe ser siempre centrado en la persona (UD), para lograr mejores resultados. Por tanto, el ejercicio de la ***escucha activa,*** será nuestra arma de reglamento para este tipo de intervención.

La utilización de pares, garantiza una mayor cobertura, aunque no es exclusiva. Con un buen entrenamiento, mucha humildad y sensibilidad también se obtendrán buenos resultados.

La comprensión es vital para que ni el/la usuario/a ni usted pierdan las esperanzas de que puede haber un cambio real y sostenible. **Aquí la actitud es lo que cuenta…… POSITIVA!**

BIBLIOGRAFÍA

- DICLEMENTE, Carlos y PROCHASKA, James. *"Self-Change and Therapy Change of Smoking Behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance".* Addictive Behavior, 1(2) Pags. 133-142. 1982

- MAYOR MARTINEZ, Y., LOPEZ CHAMPS, R. *"Proceso Psicológico y Adicciones- Procesos de Cambio, Proceso Terapéutico de Cambio".* "El Modelo de Prochaska y DiClemente. Valencia, España. Pags. 8-45. 1998

- LABRADOR, J., ECHEBURUA, E. y BECOÑA, E. *"Guía para la elección de Tratamientos Psicoterapéuticos Efectivos".* Ed. Dykinson. Madrid, España. 2000.

- MILLER, R. y ROLLNICK, S. *"La Entrevista Motivacional".* Paidós. Barcelona, España. 1999.

- DECI, E. L., AND RYAN, R. M. *"Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior".* New York: Plenum Press, 1985

- DICLEMENTE, Carlos y PROCHASKA, James. *"Transtheorical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change".* Psychotherapy: Theory, Reseach and practice, 19(1) Pags.276-288. 1982.

- GUILLEN ANDRES, A.I. y MAÑOSO ALFARO, V. *"La Entrevista Motivacional: Revisión de su Eficacia en el Ámbito de las Conductas Adictivas"* Intersalud. 2004.

- TORRES CARVAJAL, Germán Alexánder. *"Motivational Interviewing in Addictions".* rev.colomb.psiquiatr. [online]. 2010, vol.39, suppl.1, pp. 171s-187s. ISSN 0034-7450.

- MARLATT, G.A., y GORDON, J.R., EDS. *"Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors".* New York: Guilford Press, 1985.

- SÁNCHEZ TURET, Miquel (1991). *«Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos». Anuario de Psicología* (Universidad de Barcelona) (49): 5–18. Consultado el 19 de agosto de 2013.

- FELIZ BAEZ, Luis Ernesto y RAMIREZ, Adela *"El Estado Epidémico del VIH en la República Dominicana- Informe final del análisis y consulta sobre el tipo de epidemia".* DIGECITSS. Rep. Dominicana. 2014.

- VARGAS, Tahira , *"Vulnerabilidad e Invisibilidad de las personas usuarias de drogas ante el VIH y Sida",* Rep. Dominicana. 2012.

- GASTEIZ, Victoria. *"Drogodependencias: Reducción de Daños y Riesgos".* Gobierno Vasco. 2000.

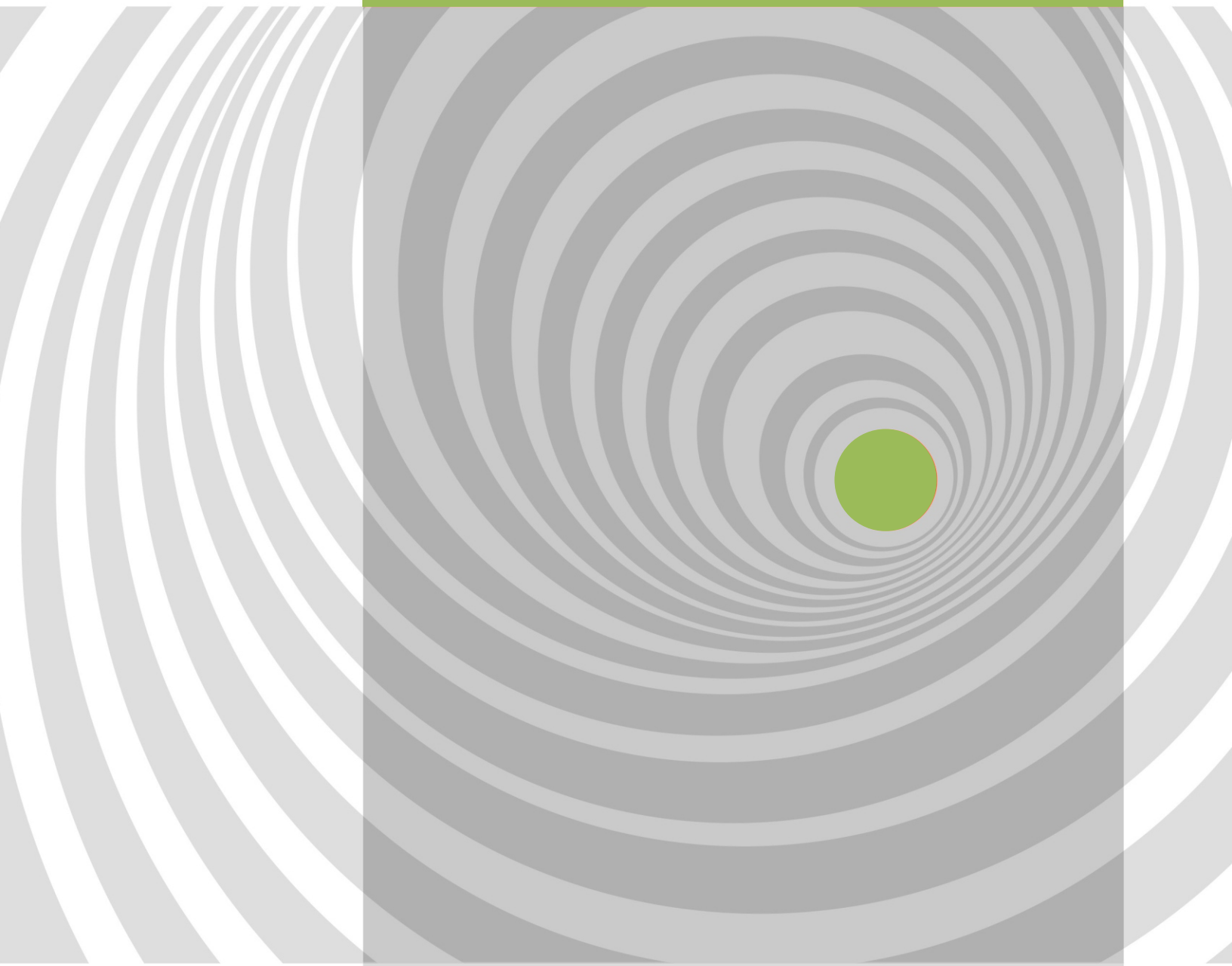
- DOMÍNGUEZ, A. y otros «*Consejos para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del sida».* En Medicina clínica Vol. 102. Suplemento 1. 118-126 Barcelona, 1994.

- *«Principios del Tratamiento de la Drogodependencia».* La ONUDD y la OMS. Marzo 2008.

- Prevención UDI-VIH. *«Desinfección de jeringuillas para usuarios de drogas inyectables».* AED y CDC. Julio 2004

- *"Programa de Capacitación en Primeros Auxilios, RCP".* REANIMAR.

SECCIÓN 3



Abordaje a personas viviendo con el VIH/Sida

Estrategias aplicadas al VIH/Sida

Abordaje a personas viviendo con el VIH/Sida
Estrategias aplicadas al VIH/Sida

ÍNDICE TEMÁTICO

CONTENIDO(S)
INTRODUCCIÓN
VII. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV). ⌗ **¿Cómo actúan los medicamentos ARV? Ciclo de vida del VIH.** ⌗ **Conociendo cuales son los medicamentos ARV's.** • Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa • Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa, o NNRTIs • Inhibidores de la proteasa, o IPs **II. INTERACCION DE LAS DROGAS CON LA TARV.** ⌗ **¿Puedo tomar drogas si tengo VIH?** • Uso Medicinal de la Marihuana. ⌗ **¿Cómo interactúan las drogas con los medicamentos para el VIH?** • Alcohol • Cocaína • Cristal, metanfetamina, crack, vidrio, tina y otros. • Éxtasis/MDMA • GHB (Xyrem, "droga para la violación en citas") • La heroína. • Ketamina (K, Special K) • LSD • Marihuana • Metadona y buprenorfina
ALGUNAS RECOMENDACIONES FINALES… **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

El uso de drogas aumenta las posibilidades de que una persona se infecte con el VIH. Además, en las personas que toman antirretrovirales (ARV) para combatir el VIH, puede haber interacciones graves entre las drogas y los medicamentos ARV. Estas interacciones pueden llevar a una dosis insuficiente o a una sobredosis de los ARV o de las drogas. Algunas de estas interacciones pueden ser mortales.

Si las drogas son inyectadas usando jeringas compartidas, hay un riesgo aumentado de infección con enfermedades de transmisión sanguínea, incluso el VIH y la hepatitis C.

Cabe resaltar, que el consumo de drogas y el alcohol aumenta la probabilidad de un encuentro sexual, y el uso de alcohol o drogas antes o durante la actividad sexual, aumenta considerablemente las posibilidades de no seguir las guías de sexo seguro y así de contraer el VIH / ITS. Este riesgo es aún mayor para las personas que intercambian drogas por sexo.

Los/las usuarios de drogas deben hacerse la prueba del VIH regularmente para saber su estado serológico. Los síntomas a largo plazo del uso de drogas persistente pueden ser similares a los de VIH o SIDA.

Aunque hay poca investigación sobre el consumo de drogas y la progresión de la enfermedad del VIH. Sí sabemos que el uso de drogas puede influir negativamente en el horario de sueño de una persona, el apetito y la salud en general. El consumo de drogas puede causar que el sistema inmune se debilite y se exacerban los efectos secundarios de los ARV. A su vez, esto puede proporcionar una vía para infecciones oportunistas para desarrollarse, como por ejemplo la Tuberculosis.

Dada la importancia de conocer estas informaciones, consideramos necesario en este capítulo el brindar información para que se conozca el ciclo de vida del VIH, para así poder entender cómo funcionan los medicamento y como pueden interactuar con el uso concomitante de las drogas.

I. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV).

Los medicamentos antirretrovirales son importantes en el tratamiento de la infección por VIH, pues ayudan a controlar la propagación del virus dentro del organismo (los mismos **NO** eliminan ni curan el virus); por ello es importante que la persona que esté bajo este tipo de tratamiento sea adherente – se apegue al mismo, asi se evita la resistencia del VIH o el fracaso del tratamiento.

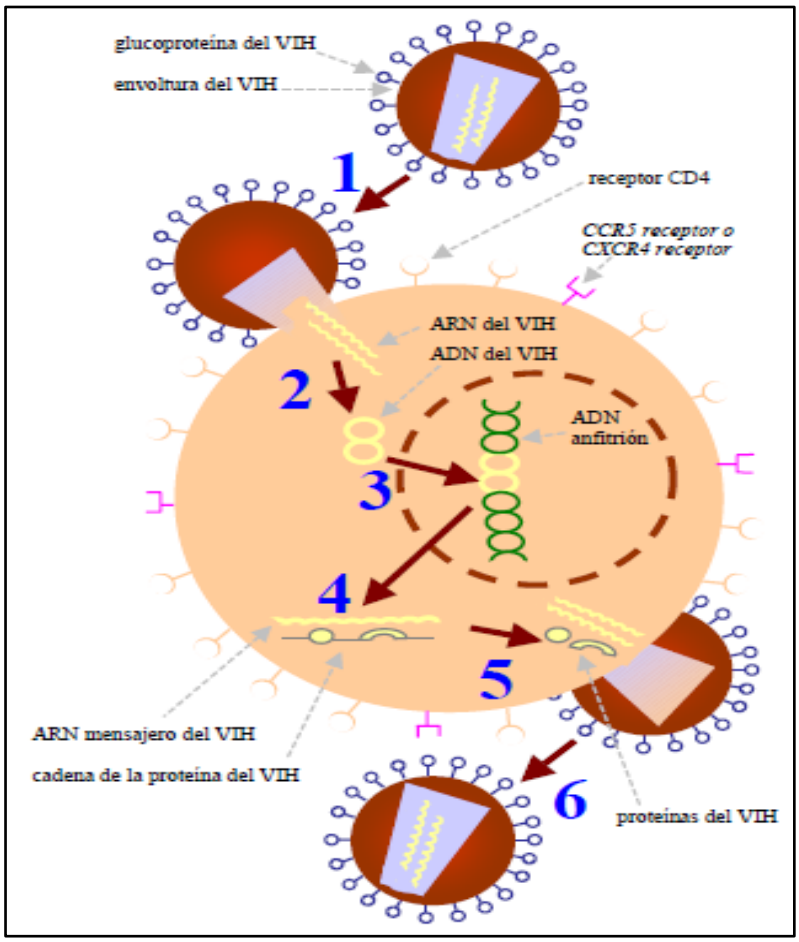
La TARV ha cambiado desde hace ya varias décadas, en donde los pacientes tenían que tomar grandes cantidades de pastillas para completar el "coctel medicinal". Hoy en día varía el número de las dosificaciones, pero por lo general no exceden de 3 a 4 pastillas al día. Existen también modalidades de medicamentos combinados que facilitan la toma de los mismos y hacen que los pacientes encuentren más fácil la toma de su terapia. Esto último, conlleva un desafío para la adherencia, pues si se saltan las dosis estaríamos dejando mayor área sin cobertura en cuanto a las funciones específicas de cada medicamento.

En lo relacionado al uso de estos medicamentos concomitante al uso de drogas, supone un reto para los prestadores de servicios de salud el poder garantizar la efectividad de dicha terapia y que se logre adherirse y cumplir con el mismo.

¿Cómo actúan los medicamentos ARV? Ciclo de vida del VIH.

Etapa/Fase	Descripción
ENLACE Y FUSIÓN	El VIH empieza su ciclo de vida con cuando se liga a un **receptor CD4** y a uno de los dos co-receptores en la superficie de un **linfocito T** CD4+. Luego el virus se fusiona con la célula anfitriona. Después de la fusión, el virus libera el ARN, su material genético, dentro de la célula anfitriona.
TRANSCRIPCIÓN INVERSA	Una enzima del VIH, conocida como **transcriptasa inversa** convierte la cadena simple del ARN vírico, en cadena doble de ADN vírico.
INTEGRACIÓN	El nuevo ADN del VIH que se forma entra al núcleo de la célula anfitriona donde una enzima del VIH llamada **integrasa** "esconde" el ADN vírico dentro del propio ADN de la célula anfitriona. El ADN del VIH integrado se llama **provirus**. El provirus puede permanecer inactivo por varios años sin producir nuevas copias del VIH o produciendo muy pocas.
TRANSCRIPCIÓN	Cuando la célula anfitriona recibe señal para volverse activa, el provirus usa una enzima anfitriona llamada **polimerasa** del ARN para crear copias del material genómico del VIH y segmentos más cortos del ARN conocidos como **ARN mensajero (ARNm).** El ARNm se utiliza como modelo o patrón para la transformación de cadenas largas de proteínas del VIH.
ENSAMBLAJE	La enzima del VIH llamada **proteasa** divide las cadenas largas de proteínas del VIH en pequeñas proteínas individuales. A medida que las proteínas pequeñas del VIH se unen a las copias del material genético del ARN del VIH, se ensambla una nueva partícula de virus.
GEMACIÓN	El nuevo virus ensamblado "brota" de la célula anfitriona. Durante la gemación, el nuevo virus acapara parte de la envoltura exterior de la célula. A esta envoltura, que actúa como recubrimiento, le brotan combinaciones de proteínas y azúcar, conocidas como **glucoproteínas** del VIH. Estas glucoproteínas del VIH son necesarias para que el virus se ligue al CD4 y a los co-receptores. Las nuevas copias del VIH pueden ahora pasar a infectar a otras células.

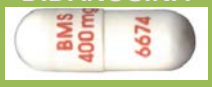
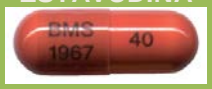
Términos Utilizados en el Cuadro (Glosario)	• ***Co-receptores:*** Además de ligarse al receptor CD4, el VIH debe también ligarse a las proteínas CCR5 o CXCR4 (co-receptores) para entrar a la célula. • ***Linfocito T:*** Un tipo de glóbulo blanco que busca y ataca los microorganismos invasores del cuerpo. • ***Receptor CD4:*** Una proteína presente en el exterior de los glóbulos blancos que combaten la infección. Los receptores CD4 le permiten al VIH ligarse y entrar a las células.



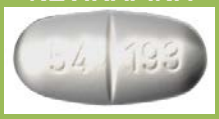
Fuente: Hoja Informativa sobre el "Ciclo de Vida del VIH". InfoSIDA. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

⌗ Conociendo cuales son los medicamentos ARV's.

Cada tipo, o "clase" de medicamento contra el VIH ataca al VIH de su propia manera. La primera clase de medicamento contra el VIH fueron **los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa**, también llamados **NRTIs o "nukes"**. Estas drogas bloquean etapa 4, en que el material genético del VIH es convertido de ARN en ADN. Los siguientes medicamentos en esta clase se utilizan:

Medicamento	Nomenclatura	Efecto Secundario Habituales	Efecto Secundario Raros
ZIDOVUDINA	(AZT)	Nauseas, vómitos, dolor de cabeza, pérdida del apetito, fiebre, mareos, cansancio, fatiga, dolor articular.	Anomalías sanguíneas como: **Anemia grave** *(reducción extrema del número de glóbulos rojos)* o **Neutropenia** *(reducción del número de glóbulos blancos),* **Lipoatrofia** *(cambios anormales en la acumulación de grasa corporal)*, **Acidosis Láctica** *(acumulación de ácido en la sangre).*
DIDANOSINA 	(ddI)	**Neuropatía Periférica** *(daño de los nervios fuera del cerebro y de la médula espinal),* nauseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, dolor de cabeza, **Exantema Cutáneo** *(rash)*	**Pancreatitis** *(inflamación del páncreas),* **Acidosis Láctica** y trastornos del hígado.
ESTAVUDINA 	(d4T)	**Lipoatrofia, Neuropatía Periférica,** nauseas, diarrea, dolor abdominal, ardor de estómago, mareos, cansancio, picores, **Exantema Cutáneo** *(rash)*	**Pancreatitis, Acidosis Láctica**.
TENOFOVIR	(TDF)	Nauseas, vómitos, diarrea, mareos, dolor de cabeza, dolor de estómago, bajos niveles de fosfato en la sangre, **Exantema Cutáneo** *(rash),* flatulencias, fatiga, hinchazón.	Problemas renales y disminución de la masa ósea.
LAMIVUDINA	(3TC)	Nauseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, dolor abdominal, pérdida de cabello, fiebre, insomnio, **Exantema Cutáneo** *(rash),* cansancio, congestión nasal, dolor articular.	**Acidosis láctica**, daño hepático (hígado)
ABACAVIR	(ABC)	Nauseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, pérdida del apetito, fiebre, exantema cutáneo (rash), cansancio.	Reacción de Hipersensibilidad, Acidosis láctica

- **Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa, o NNRTIs**, también bloquean etapa 4, pero en otra forma. Estos son los NNRTIs que han sido aceptados:

Medicamento	Nomenclatura	Efecto Secundario Habituales	Efecto Secundario Raros
NEVIRAPINA 	(NVP)	Toxicidad hepática, reacción alérgica, **Exantema Cutáneo** *(rash),* nauseas, dolor de cabeza, fatiga, diarrea, dolor de estomago	**Exantema Cutáneo grave** *(rash),* **Síndrome de Stevens Johnson**
EFAVIRENZ	(EFV)	**Exantema Cutáneo** *(rash),* mareos, alteraciones del sueño, sueños anómalos, problemas de concentración, nauseas, vómitos, dolor de cabeza, cansancio, diarrea, ansiedad, depresión.	Psicosis, **Exantema Cutáneo grave** *(rash),* problemas hepáticos.

- **Inhibidores de la proteasa, o IPs**, bloquean etapa 10, en que la materia prima para el VIH es cortado en pedazos específicos. Los inhibidores de proteasa que se utilizan:

Medicamento	Nomenclatura	Efecto Secundario (corto plazo)	Efecto Secundario (largo plazo)
INDINAVIR	(IDV)	Piedras renales, dolor abdominal, nauseas, vómitos, ardor del estómago, diarrea, dolor de cabeza, sequedad en la piel y en la boca, cansancio, insomnio, toxicidad hepática, **Diabetes,** cambios en los recuentos sanguíneos, debilidad, **Exantema Cutáneo** (rash), **Lipoatrofia.**	Alteraciones en el ritmo cardiaco, Anomalías hepáticas (hígado)
LOPINAVIR/RITONAVIR (KALETRA O ALUVIA)	(LPV/r)	Dolor abdominal, nauseas, vómitos, ardor del estómago, diarrea, dolor de cabeza, toxicidad hepática, **Diabetes,** niveles elevados de lípidos, niveles elevados de enzimas hepáticas, debilidad, **Exantema Cutáneo**	Alteraciones en el ritmo cardiaco

FOSAMPRENAVIR (LEXIVA)	(FPV)	Dolor abdominal, nauseas, vómitos, **Exantema Cutáneo** (rash), diarrea, dolor de cabeza, toxicidad hepática, **Diabetes,** niveles elevados de lípidos, cansancio, hormigueo alrededor de la boca, alteraciones de la funcione hepática y del páncreas.	***Exantema Cutáneo grave*** (rash), Alteraciones en el ritmo cardiaco
RITONAVIR	(RTV)	Niveles elevados de lípidos, niveles elevados de enzimas hepáticas, dolor abdominal, nauseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, toxicidad hepática, **Diabetes,** debilidad, **Lipoatrofia,** insensibilidad alrededor de la boca, mal sabor de boca,	Alteraciones en el ritmo cardiaco

II. INTERACCIÓN DE LAS DROGAS CON LA TARV.

⌗ ¿Puedo tomar drogas si tengo VIH?

La mayoría de las personas saben que el uso de drogas intravenosas y el compartir agujas pueden transmitir el VIH, pero es menos conocido el papel que juega el abuso de drogas en general. Cuando una persona está bajo la influencia de ciertas drogas, es más probable que lleve a cabo conductas de riesgo tales como tener sexo sin protección con una pareja infectada. De hecho, la forma más común (pero no la única) de contraer el VIH es a través de relaciones sexuales sin protección. Esto incluye el sexo "transaccional", es decir, el intercambio de sexo por drogas o dinero.

**** El abuso de drogas y la adicción también pueden empeorar los síntomas asociados a la etapa SIDA, por ejemplo, causando mayor daño neuronal y deterioro cognitivo****

Debido a la estrecha relación entre el abuso de drogas y la propagación del VIH, el tratamiento del abuso de drogas puede ser un medio eficaz para prevenir la propagación de este virus. Las personas en tratamiento para el abuso de drogas (que a menudo incluye orientación sobre cómo reducir el riesgo de contraer el VIH) dejan de usar o disminuyen su consumo de drogas y comportamientos de riesgo, incluyendo las prácticas de inyección de drogas riesgosas y las prácticas sexuales de riesgo.

- **Uso medicinal de la marihuana.**

Condición Medica	Efecto en el Organismo
Némesis asociada a quimioterapia en pacientes con Cáncer	Dronabinal (EE.UU) y Nabilona (Reino Unido), usados como terapia auxiliar.
Anorexia en pacientes con VIH	El Dronabinol usado como terapia auxiliar. Disminuye las náuseas y aumenta el apetito.
Esclerosis múltiple y Espasticidad Muscular	Tanto con THC, Nabilona y el Cannabis fumado, producen mejorías en cuanto a la espasticidad y temblor.
Enfermedad de Parkinson y Alteraciones del Movimiento	El Cannabidiol, es moderadamente eficaz para el control de las alteraciones de movimientos distócico.
Dolor	Algunos estudios muestran una eficacia del THC similar a la codeína.
Traumatismo Encefálico	El Dexabinol es favorable para disminuir la presión intracraneal en pacientes con trauma e isquemia cerebral, en estudios clínicos en fase I.
Síndrome de Tourette	Fumar Cannabis es asociado a la disminución de tics motores y vocales
Glaucoma	Fumar Cannabis reduce la presión intraocular alrededor de un 45%.
Antineoplásico	Inhibe el crecimiento de células tumorales. En España, se ha aprobado su uso en pacientes con tumores cerebrales del tipo glioblastoma multiforme.

⌗ ¿Cómo interactúan las drogas con los medicamentos para el VIH?

Existen varios tipos de drogas y varios renglones en donde pueden encasillarse, a continuación procedemos a presentar el desglose:

- **Alcohol.**

  Existen estudios que revelan que un buen número de personas con VIH eligen saltarse la toma del tratamiento cuando consumen alcohol.

  El uso de alcohol mientras se toma el tratamiento de ARV está contraindicado, debido a las interacciones que pueden llevar a una dosis insuficiente o una sobredosis de los ARVs o de esta droga recreativa. Algunas de estas interacciones pueden ser mortales.

  Hay poca investigación sobre el consumo de drogas y la progresión de la enfermedad del VIH. Sí sabemos que el uso de drogas duras puede influir negativamente en el horario de sueño de una

persona, el apetito y la salud en general. El consumo de drogas puede causar que el sistema inmune se debilite y se exacerban los efectos secundarios de los ARV. A su vez, esto puede proporcionar una vía para infecciones oportunistas para desarrollarse.

Otro riesgo del consumo de drogas es la perdida de dosis de ARV y la baja adherencia. Esto puede llevar a la resistencia del VIH o el fracaso del tratamiento.

Se debe abstener de tomar bebidas alcohólicas durante el tratamiento con ***Estavudina.*** El alcohol puede aumentar el riesgo de sufrir dolor e inflamación del páncreas (pancreatitis) o causarle lesiones del hígado.

El uso excesivo de alcohol puede debilitar la función del sistema inmune y amenaza los beneficios a largo plazo de la terapia ARV. El alcohol puede aumentar los niveles en sangre de ***Abacavir.*** El uso crónico de alcohol afecta la adherencia al tratamiento, al interferir con la habilidad de una persona para mantenerse dentro de un régimen ARV regular. El consumo de alcohol puede aumentar el riesgo de pancreatitis cuando es usado con ***Didanosina (ddI).***

- **Cocaína**

  Aunque las interacciones entre la cocaína y los ARV es poco probable que aumenten la toxicidad de la cocaína, el consumo de cocaína puede disminuir la eficacia de los ARV mediante la disminución de la adherencia.

- **Cristal, metanfetamina, Crack, Vidrio, Tina y otros.**

  Un estudio reciente mostró un riesgo de infección por VIH 5 veces más alto entre los hombres gay usuarios de ***Cristal Meth.*** Esta droga usa el mismo camino hepático que los inhibidores de la proteasa. Existen altas posibilidades de que haya interacciones graves y peligrosas. Cuando se usa con ***Ritonavir (RTV)*** los niveles de anfetamina aumentan 2 ó 3 veces.

- **Éxtasis/MDMA**

  Éxtasis usa el mismo camino hepático que los inhibidores de la proteasa. Esto puede causar niveles muy altos de éxtasis en el cuerpo de las personas que toman inhibidores de la proteasa. Existe un reporte de un caso de muerte debido a la interacción entre éxtasis y ***Ritonavir (RTV).*** Éxtasis puede aumentar la posibilidad de desarrollar cálculos renales cuando usado con ***Indinavir (IDV)*** debido a la deshidratación.

- **GHB (Xyrem, "droga para la violación en citas")**

  Esta droga se metaboliza principalmente en el hígado. No existen interacciones conocidas entre GHB y los ARVs. Los inhibidores de la proteasa pueden aumentar los niveles de GHB, pudiendo generarse una sobredosis.

- **La Heroína.**

  Esta droga se metaboliza principalmente en el hígado. No existen interacciones conocidas entre la heroína y los ARV. Uso con inhibidores de la proteasa puede reducir el efecto de la heroína.

- **Ketamina (K, Special K)**

  Esta droga se metaboliza principalmente en el hígado. Es posible que los inhibidores de proteasa causen niveles altos de ketamina. Esto podría causar hepatitis. No existen informes ni estudios de interacciones con los ARV.

- **LSD**

  No se comprende bien el metabolismo del LSD. Las interacciones con los ARV son posibles pero se desconocen.

- **Marihuana**

  No existen interacciones conocidas entre la marihuana y los ARV. Las interacciones podrían ser mayores si la marihuana es ingerida en lugar de ser fumada. El uso con inhibidores de proteasa puede aumentar el efecto de la marihuana. La combinación del **Efavirez** con la Marihuana, que tiene efecto Alucinógeno, es contraproducente pues se potencializa los efectos de la droga y se puede provocar una sobredosis.

- **Metadona y Buprenorfina**

  El uso de metadona y buprenorfina no está contraindicado mientras se está tomando la TARV. Pero hay que tener en cuenta que algunos medicamentos para el VIH pueden hacer que su cuerpo consuma la metadona más rápidamente. Si esto ocurre, se necesitara una dosificación más alta. No debe causar preocupación el necesitar aumentar la dosis – lo que realmente importa es que reciba la dosis suficiente para contrarrestar las ansias de consumir la Heroína. La dosis "correcta" es la dosis que funcione para el/la usuario/a de drogas, sin importar que sea alta o baja.

  Es importante que el medico encargado de monitorear el TARV, este informado de los medicamentos que se están tomando, inclusive la metadona, para asi evitar interacciones imprevistas con otras drogas.

  La buprenorfina es más nueva que la metadona, sin embargo, se cree que tiene muy poca interacción con los medicamentos del VIH. Por ello, es importante mantener al tanto al médico de lo que se está consumiendo.

ARV	Fármaco Psicotrópicos **	Medicamentos de Actividad en SNC *
Nevirapina	Ninguno	Ninguno
Efavirenz	Midazolam, Triazolam	Carbamacepina , Fenobarbital, Fenotoína
Indinavir	Midazolam, Triazolam	Pimozida, Carbamacepina, Fenobarbital, Fenitoína,
Lopinavir/ritonavir (Kaletra o Aluvia)	Midazolam, Triazolam	Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoína, Pimozida

Fosamprenavir (Lexiva)	Midazolam, Triazolam	Pimozida
Ritonavir	Alprazolam, Diacepam, Midazolam, Triazolam	Carbamacepina , Fenitoína, Meperidina, Pimozida
***Los fármacos anticonvulsivantes (Carbamazepina, Fenobarbital y Fenitoína) tienen contraindicación relativa, si el beneficio supera al riesgo puede administrarse con precaución. ** Una dosis única del fármaco ansiolítico es aceptable, el empleo crónico se encuentra contraindicado.**		

ALGUNAS RECOMENDACIONES FINALES…

Es muy importante saber que, al identificar a un PPVIH/UD, le puedes ayudar a tomar consciencia sobre el cuidado de su salud, teniendo siempre en cuenta que es una decisión personal, el tomar el control sobre su vida y su condición serológica. Sería un grave error obligarlo, ya que esto solo hará que se resista y bloquee.

La recomendación más viable es que la persona sea sincera con el médico que trata su condición (en la SAI) para que esté al tanto de su consumo y pueda tomar esto en cuenta a la hora de seleccionar su esquema de tratamiento, además de que pueda prever alguna complicación.

También se hace necesario tomar algunas medidas para la reducción de los riesgos y daños potenciales por dicha práctica, como por ejemplo:

- No se deben tomar las drogas y los ARV de forma conjunta.
- Reducir la cantidad de droga mientras se esta en los medicamentos antiretrovirales puede servir.
- Tomar los medicamentos con los alimentos (preferiblemente)
- Si se va a consumir primero toma la TARV y luego de 1 hora consume la droga esperar.
- En el caso de que se le olvide tomarse los antiretrovirales, espera a la proxima toma.

Este material, además de sus aportes en cuanto al conocimiento general sobre las drogas, busca brindar unas herramientas para reducir los daños y riesgos potenciales a los que se exponen los/as usuarios/as de drogas que a su vez viven con el VIH.

RECUERDA

El uso de esta Guía está enmarcado en el poder detectar las manifestaciones de las diferentes drogas y su interacción con los medicamentos que tratan la condición del VIH. No es un programa para tratar la drogadicción por ello se hace necesario el referimiento a los profesionales expertos en la materia. Del mismo modo, hacemos las referencias entorno al tema médico.

Cualquier duda debe llamar u acudir al servicio de salud, donde están tratando su condición en lo referente al VIH.

BIBLIOGRAFÍA

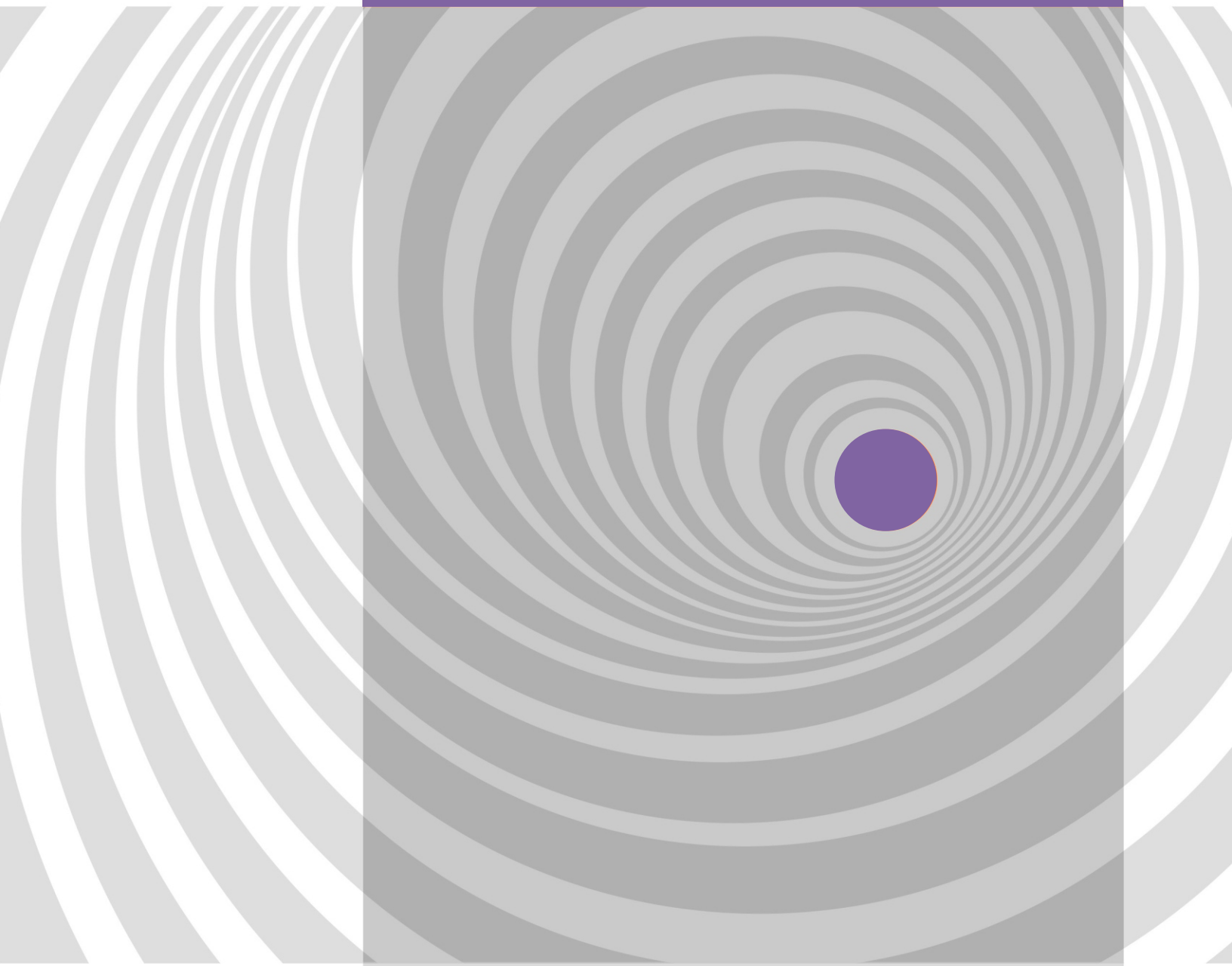
- Estado de Nueva York. Departamento de Salud. *"¿Alguna vez deseó… dejar la heroína?, protegerse de la infección por el VIH?, estar más saludable?"*

- Thompson M, Aberg J, Cahn P, et al. *"Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection: 2010 Recommendations of the International AIDS Society USA Panel".* JAMA 2010; 304 (3): 321-333.

- Villacorta P, Ruano R, Gallego C, et al. *"Quality of the antiretrovirals drug interactions database".* Med Clin 2010; 134 (15): 678-83.

- *Recurso Web:*
    - *https://infosida.nih.gov/drugs*
    - *http://www.aidsinfonet.org*
    - *http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-vihsida-y-el-abuso-de-drogas-dos-epidemias-entrelazadas*
    - *http://regaweb.med.kuleuven.be/sites/default/files/publications/guidelines/2009Guidelines/* **(European HIV Drug Resistance Guidelines, 2009 update The European HIV Drug Resistance Guidelines Panel)**

SECCIÓN 4



Abordaje a personas Trans

Vinculación del uso de drogas y la hormonización

Abordaje a personas Trans
Vinculación del uso de drogas y la hormonización

ÍNDICE TEMÁTICO

Contenido(s)
INTRODUCCIÓN
VIII. TERAPIA DE SUSTITUCION HORMONAL (TSH) ⌗ **Requisitos para iniciar la terapia.** ⌗ **Tipos de terapias.** • Estrógenos • Progesterona • Antiandrógenos ⌗ **Efectos de la TRH.** • Otros cambios ⌗ **Modificación corporal y riesgos de VIH**. **II. CONSUMO DE DROGAS Y TSH. CONTRAINDICACIONES.** ⌗ **Hormonas y antiretrovirales** ⌗ **Hormonas y drogas**
RECOMENDACIONES **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La pobreza, la baja autoestima, la depresión, el rechazo, el estigma sentido, el aislamiento y la falta de poder son factores psicosociales que las propias trans han citado como barreras para la reducción de riesgos respecto al VIH y al uso de drogas. Por ejemplo, muchas trans dicen que el sexo sin protección reafirma su identidad con el género femenino y aumenta su autoestima. Asimismo, la transformación corporal les proporciona mayor seguridad (pues las acerca a su ideal – verse como una mujer biológica) y mejores ganancias en lo referente al ejercicio del trabajo sexual.

Para muchas trans tener seguridad en cuanto a trabajo y la vivienda es más imperante que prevenir el VIH. Estas necesidades deben ser atendidas para que los esfuerzos de prevención sean eficaces.

Muchas trans no acuden a los servicios de prevención del VIH o de salud debido a la falta de sensibilidad de los proveedores de salud o bien porque tienen miedo de ser descubiertas como transgénero.

Si la terapia hormonal se hace más accesible, se podría motivar a las trans a que utilicen los servicios de salud, en los que a su vez, podrían obtener información para la prevención del VIH. Estas intervenciones pueden ser más eficaces si toman en cuenta temas relacionados como el uso de drogas, la terapia de ARV y su interacción con la terapia de sustitución de hormonas. Los esfuerzos de prevención deben incluir a las parejas y amigos de las trans.

Debido a esto, este capítulo trata de dar una visión de los puntos que deben ser tomados en cuenta sobre el abordaje a esta población, la cual presenta un grado mayor de vulnerabilidad.

I. TERAPIA DE SUSTITUCIÓN HORMONAL (TSH)

La **terapia de sustitución hormonal** (también llamada **terapia de reemplazo hormonal**, **TSH**) utilizada en personas transgénero y transexuales cambian el balance de las hormonas en sus cuerpos. Algunas personas intersexuales también reciben TSH, ya sea en la infancia para confirmar el sexo al que fueron asignados, o más adelante, si este designio fue incorrecto.

Su propósito es causar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios del género deseado.

Puede no alterar los cambios producidos en el cuerpo durante la primera pubertad, por lo que muchas personas recurren a cirugía y/o depilación. Los efectos de la terapia de reemplazo hormonal son, a menudo, más satisfactorios para los hombres transgénero, que para las mujeres transgénero; dado el hecho de que es más fácil producir características sexuales secundarias masculinas con andrógenos, que provocar ese efecto en mujeres trans con antiandrógenos y progestágenos.

⌗ Requisitos para iniciar la terapia.

Los requisitos para la terapia de reemplazo hormonal varían inmensamente. A menudo, consta de un cierto período de acompañamiento psicológico, para la aceptación de los cambios que irán surgiendo (muchos de manera irreversibles).

Por otro lado, algunas personas eligen auto administrarse la medicación, a menudo porque los médicos disponibles tienen muy poca experiencia, o no hay médicos disponibles. Asimismo, tenemos que tomar en cuenta el alto nivel de discriminación y estigma que existen en los centros de salud, lo que acarrea que las personas trans desistan de utilizar los servicios.

Además, las prácticas de automedicación vienen a darse porque muchos médicos no prescriben las hormonas sin una carta de su terapeuta confirmando un diagnóstico de disforia de género, y haciendo un informe sobre la firme decisión a transicionar de dicho paciente.

Muchos terapeutas requieren por lo menos tres meses de psicoterapia continua antes de escribir dicha carta. En dichas circunstancias, el individuo puede auto-medicarse hasta conseguir las autorizaciones, sintiendo que no debería esperar a que un profesional médico se convenza de su situación. Además, el costo de dicha terapia (ya sea por el tratamiento en sí, evaluaciones, etc.) puede llegar a ser prohibitivo para muchos.

De cualquier manera, la autoadministración de hormonas es potencialmente peligrosa, en adición a la elevación de las enzimas hepáticas que pueden provocar las hormonas ingeridas oralmente.[5] Antes de someterse a cirugía, los estrógenos utilizados en la terapia deberían suspenderse al menos con una semana de anticipación y hasta dos semanas después de realizada la cirugía.

⌗ Tipos de terapias.

- **Estrógenos**

  Las dosis utilizadas son a menudo, más altas que en una terapia de sustitución hormonal para mujeres de nacimiento, a pesar de que la guía oficial para endocrinólogos recomienda "mantener los niveles de las hormonas sexuales dentro de un rango normal para el género deseado por la persona".[6] Usualmente, la dosificación es reducida luego de una orquidectomía (sustracción de los testículos) o una cirugía de reasignación de sexo. De cualquier manera, bajar la dosis de estrógeno luego de dichas operaciones, es una práctica utilizada desde los tiempos donde altas dosis de estrógeno eran usadas para hacer descender los niveles de testosterona en sangre, ya que los antiandrógenos no eran usados. De hecho, las altas dosis (en tanto se utilice un estrógeno menos potente, el estradiol, que es endógeno al cuerpo humano más que el riesgoso etinilestradiol y estrógenos conjugados usados en el pasado) son recomendadas durante los primeros diez años de la TRH para el completo desarrollo, con o sin orquidectomía o cirugía de reasignación sexual. Generalmente, luego de los 10 años, las dosis pueden ser reducidas.

- **Progesterona**

  Los progestágenos incluyen la progesterona y progestinas (análogos sintéticos de la progesterona o 17-Hidroxiprogesterona). Existen fórmulas orales, sublinguales, supositorios, gel y fórmulas inyectables.

[5] Becerra, Fernández; de Luis; Piédrola (1999 Oct 23). «Morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone self-treatment». *Med Clin (Barc.)* **113** (13): 484–7.PMID 10604171.

[6] Hembree, W. C.; Cohen-Kettenis, P.; Delemarre-van de Waal, H. A.; Gooren, L. J.; Meyer, W. J.; Spack, N. P.; Tangpricha, V.; Montori, V. M. (1 de septiembre de 2009).«Endocrine Treatment of Transsexual Persons:An Endocrine Society Clinical Practice Guideline» (pdf). *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. p. 3132–3154.

En conjunción con la prolactina, se ven involucrados en la maduración de los lóbulos y acinos glandulares durante el embarazo, que son estructuras mamarias en las que el estrógeno tiene poco efecto, o no tiene efecto alguno.[7][8][9] Sin embargo, no hay actualmente evidencia clínica de que la progesterona o la progestina contribuyan al desarrollo mamario (ya sea en tamaño, forma o apariencia) tanto en mujeres transgénero como en mujeres cisgénero.

Un estudio descubrió que no hay diferencia en el desarrollo de las mamas en una terapia sólo con estrógenos y otra con ambas, estrógeno y progestágenos (usualmente 10 mg/día de acetato de medroxiprogesterona).[10] Los autores del estudio añadieron que el grupo de muestreo era muy pequeño como para llegar a una conclusión definitoria, y que estudios posteriores deberían estar enfocados en descubrir si los progestágenos afectan significativamente el tamaño de las mamas en mujeres transgénero.

Los progestágenos se ven involucrados en la distribución de grasa[11], incremento de la reacción emocional, incremento del apetito, ligero aumento de la secreción oleosa de la piel, aumento del flujo sanguíneo a la piel, se incrementa la habilidad de sudar y descender la temperatura corporal externa, aumento de temperatura corporal interna (permitiendo una mayor tolerancia al frío), mejora en la salud de las uñas, producción de una sesensación de calma y mejora el sueño, también existe un aumento en la energía.[12][13][14][15]

Se puede mencionar como efecto adverso, debido al aumento de la oleosidad en la piel, una posible aparición de acné. En sumatoria, los efectos mencionados puede ser resultado de una acción androgénica, lo que puede ser no deseado para la mayoría.

La progesterona en particular, es esencial para la salud ósea y aparentemente tiene un rol en la elasticidad de la piel y el tejido nervioso.

---

[7] Macias, Hector; Hinck, Lindsay (2012). «Mammary gland development». *Wiley Interdisciplinary Reviews: Developmental Biology* **1** (4): 533–557.

[8] Lamote I, Meyer E *et al.* (March de 2004). «Sex steroids and growth factors in the regulation of mammary gland proliferation, differentiation, and involution». *Steroids* **69** (3): 145–59.

[9] Swerdloff RS, Ng J, and Palomeno GE (March de 2004). «Gynecomastia: Etiology, Diagnosis, and Treatment»

[10] Meyer WJ, Webb A, Stuart CA, Finkelstein JW, Lawrence B, Walker PA (April de 1986). «Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: a longitudinal study». Archives of Sexual Behavior 15 (2): 121–38.

[11] Stelmanska, Ewa; Kmiec, Zbigniew; Swierczynski, Julian (2012). «The gender- and fat depot-specific regulation of leptin, resistin and adiponectin genes expression by progesterone in rat». *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology* **132** (1-2): 160–167.

[12] Friess E, Tagaya H et al. (May de 1997). «Progesterone-induced changes in sleep in male subjects». American Journal of Physiology 272 (5): E885–91.

[13] Montplaisir J, Lorrain J et al. (Jan-Feb de 2001). «Sleep in menopause: differential effects of two forms of hormone replacement therapy». Menopause 8 (1): 10–6.

[14] Söderpalm AH, Lindsey S et al. (April de 2004). «Administration of progesterone produces mild sedative-like effects in men and women». Psychoneuroendocrinology 29 (3): 339–54.

[15] Van Broekhoven F, Bäckström T, Verkes RJ (November de 2006). «Oral progesterone decreases saccadic eye velocity and increases sedation in women». Psychoneuroendocrinology 31 (10): 1190–9

[16] Otros efectos particulares de la progesterona incluyen la reducción de espasmos y relajación del músculo liso. La actividad de la vesícula biliar se ve reducida, los bronquios se dilatan[17] funciona como agente anti-inflamatorio y reduce la respuesta inmune, normaliza la coagulación y el tono vascular, los niveles de zinc y cobre en la sangre se normalizan, al igual que los niveles de oxígeno en las células, y se utilizan los depósitos grasos como energía. La progesterona también se involucra en la función de la tiroides y el desarrollo de los osteoblastos para la construcción ósea.

Las progestinas (progestágenos sintéticos) están asociadas con un aumento en el riesgo de contraer cáncer de mamas, lo cual no se presenta con la progesterona[18].

- **Antiandrógenos.**

La *Espironolactona* es el antiandrógeno más utilizado en Estados Unidos por su relativa seguridad y su bajo precio. La *Ciproterona* es más usada fuera de los Estados Unidos.

La *Espironolactona* es un diurético conservador del potasio que también se utiliza para tratar la hipertensión con renina baja, edema, hiperaldosteronismo, y niveles de potasio bajos a causa de otros diuréticos. Puede causar un aumento en los niveles de potasio ***(Hiperkalemia),*** y está sumamente contraindicada en personas con antecedentes de falla renal o elevados niveles de potasio en sangre.

La *Espironolactona* previene la formación de testosterona en los testículos (No así en las glándulas suprarrenales) al inhibir las enzimas involucradas en la producción de dicha hormona y previene a los andrógenos de unirse a los receptores androgénicos.

La *ciproterona* es un derivado de la 17-hidroxiprogesterona y suprime las gonadotropinas (lo cual reduce los niveles de testosterona en sangre), bloquea los receptores androgénicos y es una progestina débil. Se ha utilizado en tratamientos de cáncer de próstata. Si es usada por un largo tiempo en dosis mayores a 150 miligramos, puede resultar en una falla y/o daño hepático.

Otros antiandrógenos incluyen: la *Bicalutamida, Flutamida y Nilutamida.* A diferencia de las dos primeras medicaciones mencionadas, éstas no disminuyen los niveles de testosterona, pero previenen que la testosterona y dihidrotestosterona se adhieran a los receptores.

---

[16] Schumacher M, Guennoun R et al. (June de 2007). «Novel perspectives for progesterone in hormone replacement therapy, with special reference to the nervous system». Endocrine Reviews 28 (4): 387–439.

[17] Golparvar M, Ahmadi F, Saghaei M (January de 2005). «Effects of progesterone on the ventilatory performance in adult trauma patients during partial support mechanical ventilation» (PDF). Archives of Iranian Medicine 8 (1): 27–31.

[18] Fournier A, Berrino F et al. (April de 2005). «Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort». International Journal of Cancer 114 (3): 448–454.

Por su débil acción en el cerebro, no disminuyen la líbido ni decrecen las erecciones. Otros dos antiandrógenos raramente prescritos son el *Ketoconazol* y la *Cimetidina.* El *Ketoconazol* ha sido utilizado en casos de cáncer de próstata e hirsutismo, sin embargo tiene un alto potencial de toxicidad hepática en usos a largo plazo. La *Cimetidina* también se ha utilizado en casos de hirsutismo, pero es un antiandrógeno débil, por lo cual no es recomendado para una TRH.

Ciertos antiandrógenos no disminuyen los niveles de testosterona o previenen su acción en los tejidos, pero sí la formación de su metabolito, la Dihidrotestosterona (DHT). Estas medicaciones puede ser usadas cuando el paciente tiene el patrón masculino de pérdida capilar (Alopecia androgénica) y/o agrandamiento prostático (Hiperplasia benigna de próstata). La DHT contribuye a la manifestación y exacerbación de ambas. Dos medicaciones que se encuentran disponibles para la prevención de la formación de la DHT son: Finasteride y dutasteride. Los niveles de DHT pueden ser bajados en un 60-75% con la primera, dependiendo de la dosificación y en un 93-94% con la última.

⌗ Efectos de la TRH.

En mujeres transgénero la toma de estrógenos causa, entre otros cambios:

- Crecimiento de las mamas, acompañado con un aumento en el tamaño de los pezones.
- Redistribución de la grasa corporal.
- Afinamiento de la piel.

Para transiciones de hombre a mujer (MTF por sus siglas en inglés *male-to-female*), la terapia incluye estrógenos y progestágenos acompañados de antiandrógenos.

La TRH usualmente no detiene el crecimiento del vello corporal en su totalidad y/o produce cambios en la voz.

TIPO DE CAMBIO	DESCRIPCIÓN
Cambios Irreversibles	• Esterilidad
Cambios Parcialmente Reversibles	• Desarrollo mamario (Puede necesitarse cirugía reconstructiva para revertirse)
Cambios Reversibles	• Disminución de la libido. • Redistribución de grasa corporal. • Reducción de masa muscular. • Varios cambios en la piel. • Reducción y afinamiento del vello corporal. • Cambios en el olor corporal y la sudoración. • Menor prominencia de venas. • Cambios oculares. • Reducción en el tamaño de las gónadas.
Cosas *NO* modificables con la TRS	• La TSH no revierte cambios en los huesos que ya hayan sido establecidos por la pubertad. En consecuencia, *la altura, el largo de los brazos, piernas, manos y pies, ancho de hombros, caja toráxica,* entre otros, no se verán afectados por la TRH. Por otra parte, los huesos tienden a adquirir densidad entre otras características por la presencia de andrógenos, y la TRH previene dichos cambios de ocurrir en un futuro. • El ancho de las caderas no se ve afectado en las que la maduración epifiseal ha tenido lugar (evento que ocurre entre los 18 y 25 años de edad). La forma de las caderas no se ve afectada, ya sea que haya ocurrido la maduración o no. • Los cambios ya establecidos en la estructura ósea facial no se ven afectados por la TRG, como así tampoco se ve afectada la prominencia del cartílago tiroideo (Nuez de Adán) Estos cambios pueden revertirse con cirugías de feminización facial y rasurado tranqueal ***(Condrolaringoplastía).*** • Durante la pubertad la voz se torna más profunda y grave, lo cual tampoco se ve afectado por la TRH. • El vello facial se ve afectado en una forma no muy significativa por la TRH, para su desaparición completa se recurren a técnicas de depilación definitiva, tales como electrólisis o láser.

- **Otros Cambios.**

DESCRIPCION	
CARDIOVASCULAR	El mayor riesgo cardiovascular para las mujeres transgénero es el efecto pro-trombótico de los estrógenos (Incremento de la coagulación sanguínea). Esto se manifiesta en un incrementado riesgo de padecer Tromboembolismos: ***Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Embolia Pulmonar (EP)*** lo que ocurre cuando el trombo se rompe y viaja a lo largo del aparato circulatorio hasta los pulmones. Es importante para cualquier persona en proceso hormonización buscar inmediatamente asistencia médica si percibe dolor o adormecimiento en una pierna, siendo éste un síntoma predominante de la TVP; o si presenta síntomas de embolia pulmonar tales como: dolor en el pecho, falta de aliento, palpitaciones (inclusive sin presentar con anterioridad los síntomas de TVP). Los riesgos de una trombosis venosa profunda se incrementan con la edad y el tabaquismo, motivo por el cual muchos médicos recomiendan utilizar otras variantes más seguras de estrógeno en pacientes tabaquistas y/o mayores de 40.
CABELLOS Y VELLO CORPORAL	El vello facial sólo se ve afectado mínimamente (reduce densidad, cobertura y su crecimiento se hace lento) por los antiandrógenos. Aquellos pacientes que han transcurrido la pubertad hace menos de una década y/o cuya etnia generalmente se caracteriza por una cantidad pobre de vello facial, tendrán mejores resultados con los antiandrógenos. Sin embargo, para un resultado óptimo puede recurrirse a electrólisis/depilación láser El vello corporal (pecho, periareolar, hombros, espalda, abdomen, muslos, manos, pies) puede, con el tiempo, convertirse en un vello fino y más claro. El vello de los brazos, perianal y del perineo puede reducirse pero no desaparecer. El vello de las axilas cambiará en textura y largo, mientras que el vello púbico tomará un patrón más típicamente femenino.

	El vello de las piernas bajas bajará su cantidad. Todo depende de la genética propia. El cabello puede cambiar en textura, forma y color (cabello que crece a partir de iniciada la TRH, no cabello ya crecido).Las cejas estarán menos revueltas y densas.
EFECTOS UROGINECOLÓGICOS	A menudo, las mujeres transgénero reportan una importante reducción de la libido, todo dependiendo de la dosis de antiandrógenos. Un pequeño número de mujeres transexuales post-operadas puede necesitar pequeñas dosis de testosterona para aumentar la libido. Algunas transexuales pre-operadas simplemente esperan hasta después de la cirugía de reasignación sexual para retomar o iniciar su vida sexual. Un incremento en la dosis estrogénica o adicionar un progestágeno también puede incrementar la libido. Las erecciones espontáneas y matutinas decrecen en frecuencia significativamente (Algunos pacientes luego de una orquidectomía, siguen presentando erecciones matutinas). Las erecciones voluntarias pueden ser mantenidas dado que el cerebro es el órgano sexual más importante y un desarrollado repertorio de fantasías y estímulos pueden ayudar. Además se debe tener en cuenta la visión del paciente sobre sus genitales (Aversión, desencanto, tolerancia, aceptación, etc.) Volumen testicular reducido en un 25% (aproximadamente) con una dosificación típica, y un 50% con una dosis más alta, especialmente luego de un año de iniciada la TRH. Se debe a una baja en el conteo de células de Leydig, células de Sertoli y tejido intersticial, que produce tanto esperma como testosterona. Cuando la testosterona es reducida dramáticamente, la espermatogénesis es detenida casi completamente, cuando las células que se encuentran involucradas en el proceso se atrofian. La próstata se encoge. La vejiga disminuye su tamaño. La línea que corre por debajo del pene y el medio del escroto, puede oscurecerse. Puede ocurrir una leve retención de líquidos (Exceptuando el caso de que se utilice espironolactona como antiandrógeno, ya que es un diurético)

HUESOS	Estrógenos y andrógenos son necesarios para la salud ósea de hombres y mujeres. Los huesos son reabsorbidos y reconstruidos constantemente. La osteoporosis resulta cuando la formación ósea ocurre más lentamente que la reabsorción ósea. El estrógeno es la hormona sexual predominante que ralentiza la pérdida ósea. Tanto la testosterona como los estrógenos colaboran en la formación ósea. Las caderas pueden rotar ligeramente hacia adelante debido a cambios en los tendones, por lo tanto que molestias en la cadera pueden esperarse.
PIEL	La capa superior de la piel se afina y se vuelve más traslúcida y rosada. Disminuye el colágeno, la piel se vuelve más sensible a irritación o heridas por rascado o afeitado. Aumenta la sensación del tacto y decrece el recuento de melanina. La piel se vuelve más suave. Los poros reducen su tamaño. La susceptibilidad a quemaduras solares aumenta. La actividad de las glándulas sebáceas disminuye, por lo tanto disminuye la producción de sebo. Consecuentemente la piel se vuelve más seca y menos susceptible a padecer acné. Los olores corporales (piel, sudor, orina) reducen su intensidad y cambian su composición. Muchas glándulas sudoríparas se inactivan y el olor corporal disminuye. Más tejido adiposo subcutáneo se acumula. Esto da una apariencia más suave y llena. En consecuencia, puede producirse celulitis en muslos y glúteos. Por el incremento de tejido adiposo en determinadas zonas (pechos, brazos, muslos, caderas, etc.) pueden producirse estrías.
CAMBIOS OCULARES	La lente de los ojos altera su curvatura. Debido a una baja de andrógenos, la glándula de Meibomio produce menos oleosidad, con lo que una resequedad ocular puede producirse.
SENTIDOS	Sensibilidad al olor corporal masculino (feromonas masculinas inclusive). Puede estar relacionado con elevados niveles de estrógeno. El sentido del olfato se desarrolla. Sin embargo, los progestágenos, generalmente disminuyen la sensibilidad a las feromonas masculinas.

DESARROLLO DE GLÁNDULAS MAMARIAS	El desarrollo completo de las mamas (el cuerpo de la mama, areolas y pezones) toma entre 4-6 años en completarse dependiendo de la genética. Es normal que ocurra un alto durante el crecimiento de los pechos durante la feminización, o que sean asimétricos (Es decir, que un pecho sea un poco más grande que el otro). Los pezones y las areolas aumentan su tamaño. Además presentan una sensibilidad mayor.
DISTRIBUCIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO	La distribución de la grasa corporal lentamente cambia con el tiempo. El cuerpo tenderá a acumular tejido adiposo en un típico patrón femenino, incluyendo así: caderas, muslos, glúteos, zona púbica, brazos y pechos. El cuerpo quemará la grasa localizada en la zona abdominal para crear una cintura más fina. Lo mismo ocurrirá en hombros y espalda. El tejido subcutáneo adiposo se incrementa en el rostro (mejillas y labios) formando una apariencia de rostro lleno. Se afinarán los rasgos, puesto que se rellenará el espacio debajo de las mejillas y el contorno de la cara será menos marcado.
GASTROINTESTINAL	Los estrógenos pueden causar trastornos en la vesícula biliar, especialmente en pacientes mayores u obesos. Los estrógenos (en especial, las formas orales de estrógeno) pueden causar elevaciones en las transaminasas (enzimas hepáticas) indicando toxicidad hepática. Dichas enzimas deben ser periódicamente controladas en mujeres transgénero.
NEUROLÓGICAS/PSIQUIÁTRICAS	Pueden ocurrir cambios de humor, como desarrollar depresión. Muchas mujeres transgénero reportan el efecto contrario, es decir una mejora en el humor, como efecto de la TRH. En sumatoria, el riesgo del efecto depresivo es más común en aquellas pacientes que toman progestinas. La medroxiprogesterona, en particular, ha demostrado causar depresión en ciertos individuas, tal vez por su posible efecto en los niveles de dopamina; sin embargo, este efecto puede estar relacionado con una fuerte inhibición en la producción de hormonas sexuales, algo que no se aplica en mujeres transgénero puesto que reemplazan sus hormonas endógenas con fuentes exógenas. Pueden producirse migrañas a causa de los estrógenos, o agravarse

	en caso de ya tenerlas. Los estrógenos pueden inducir al desarrollo de prolactinomas, por lo cual los niveles de prolactina deberían ser controlados periódicamente. La producción de leche en glándulas mamarias puede ser un signo de altos niveles de prolactina. Si ésta aumenta demasiado, puede causar cambios en la vista, jaquecas, depresión, cambios de humor, mareos, vómitos, náuseas y síntomas de fallas en la glándula pituitaria tales como hipotiroidismo. Algunas personas han notado una sensación de calma y auto-control luego de iniciada la TRH. Estudios recientes han indicado que una terapia hormonal cruzada en mujeres transgénero puede resultar en una reducción del volumen cerebral para adecuarse a las proporciones femeninas
METABOLISMO	La terapia con estrógeno provoca una disminución en la sensibilidad a la insulina, lo que coloca a las mujeres transgénero en una situación de riesgo de contraer diabetes tipo II. El metabolismo tiene a descender y se tiende a ganar peso, perder energía y necesitar más horas de sueño, además de disminuir la temperatura corporal. Debido a una privación androgénica, la pérdida del tono muscular y el lento metabolismo, una debilidad física se hace más que evidente. Ganar masa muscular se dificultará más que antes. En adición, los progestágenos producen un aumento de energía y un aumento de apetito puede ser citado también.

⌗ Modificación Corporal y riesgo de VIH.

Es una práctica común entre las transgénero el hacerse modificaciones corporales clandestinas. La colocaciones de inyecciones de silicona y otras sustancias (aceite vegetal, aceite de avión, grasa animal, entre otros) en los pechos, las mejillas, las caderas y / o nalgas es parte de las practicas a las que se someten con la finalidad de agilizar el proceso de transformación.

Los peligros asociados a esta práctica van desde infecciones por no estar en un ambiente estéril y usar instrumentos inadecuados, hasta contraer infecciones como el VIH y la Hepatitis C, debido al intercambio de las jeringas.

La Silicona adquirida fuera de un ambiente médico no suele ser de grado médico, sino industrial – de hecho, podría haber salido directamente del departamento de plomería de una ferretería – y a

veces se mezcla con parafina, anticongelante, u otros materiales no estériles para hacer que fluya más fácilmente a través de la jeringa y en los tejidos corporales.

A pesar de una larga historia de muertes, infecciones, daño severo del tejido local y la desfiguración, la inyección de "calle" de silicona sigue siendo vista como un camino viable para feminizar el rostro y el cuerpo y ayudar a una mujer transgénero.

Tanto la modificación del cuerpo, como la terapia hormonal, pueden ofrecer los beneficios de la afirmación de la identidad de género y la discriminación, además de mejor la autoestima. Sin embargo, de no ser supervisado por un médico competente y bien informado, también puede crear un riesgo significativo de contraer el VIH y otras enfermedades.

Hormonas adquiridas sin prescripción médica suelen ser inyectadas en lugar de tomarse por vía oral, lo que puede generar dificultades y la formación de abscesos.

II. CONSUMO DE DROGAS Y TSH. CONTRAINDICACIONES.

⌗ Hormonas y antirretrovirales.

No existe mucha documentación que vincule el uso de las hormonas y los ARVs, pero lo cierto es que se necesita tomar en cuenta las consecuencias del uso prolongado de ambos medicamentos, como lo son problemas a nivel de los riñones y del hígado. Aunque existen algunas interacciones medicamentosas, los pacientes pueden tomar la TSH y la TARV juntas.

Otra de las consideraciones a tomar en cuenta es la función que tiene las hormonas en la redistribución de las grasas en el cuerpo, lo que pudiera agravarse si la persona desarrolla lipoatrofia como consecuencia del uso de **los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (Zidovudina, Estavudina)** o de **los Inhibidores de la proteasa, o IPs (Indinavir, Ritonavir, Lopinavir/Ritonavir "Kaletra")**

El nivel de Estrógeno disminuye cuando hay uso concomitante (si se usa al mismo tiempo) con **Lopinavir/ Ritonavir;** mientras que los niveles de Estrógeno aumentan con el uso simultaneo con **Atazanavir o Indinavir.**

Del mismo modo, si usa en la terapia píldoras, inyecciones o implantes, la **Nevirapina** puede reducir la eficacia de esa clase de anticonceptivos. Su médico tratante puede ayudarle a determinar la manera de modificar su método hormonal mientras toma la **Nevirapina.** Si se usa estrógeno (como píldoras o parches), la **Kaletra** puede reducir la eficacia en lo referente a los resultados esperados en el proceso de feminización.

⌗ Hormonas y drogas.

Los estudios sistemáticos sobre el consumo de sustancias y las adicciones entre las personas trans son escasos. Sin embargo, algunos informes sugieren el consumo muy frecuente (diario) de alcohol y otras sustancias entre las personas trans que hacen trabajo sexual.

De acuerdo con un estudio, el consumo de sustancias como alcohol y otras drogas (no inyectables) pareciera ser significativamente mayor entre las mujeres trans VIH positivas que entre otras personas VIH positivas (Toibaro et al, 2009).

Algunos comunicados han puesto de relieve el hecho de que el uso de sustancias no está asociado a un "deseo de festejar" compulsivo, sino a la necesidad de hacer más soportables las dificultades de trabajo sexual (por ejemplo, clientes groseros e indeseables, malos tratos, amenazas y violencia). Otra situación frecuente es que las trabajadoras sexuales trans en su mayoría suelen tomar alcohol para lograr la desinhibición, para posteriormente, con el fin de reducir los efectos del alcohol, recurrir a la cocaína u otras sustancias estimulantes. El alcohol y otras sustancias pueden reducir la capacidad de negociar los términos de un encuentro sexual, lo que aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de
infección por VIH/ITS. El consumo de sustancias también puede estar asociado a la búsqueda de situaciones que permitan soportar las realidades de un entorno generalmente, hostil y adverso.

Si se toma la decisión de iniciar el cambio a través de la Terapia de Sustitución de Hormonas, se deben cumplir con los requerimientos y se debe contar con la asesoría de un personal de la salud capacitado en el tema.

El acompañamiento psicológico se hace indispensable para trabajar la discriminación sufrida, la transfobia, el estigma sentido y la presión ejercida por el medio ambiente del trabajo sexual, en lo relativo a los detonantes para el consumo de drogas.

Tiene que considerarse los efectos a corto y largo plazo de la TSH, sobre todo si se es una persona que vive con VIH o Usuaria de Drogas.

Existen organizaciones como el ***Centro de Orientación e Investigación Integral – COIN*** que cuenta con programas dirigidos a las población Transgénero.

Otra opción es acudir a grupos de apoyo en donde podrá tener el acompañamiento en el proceso; tanto la ***Comunidad de Trans, Travesti Trabajadoras Sexuales de República Dominicana (COTRAVETD)*** como ***Trans Siempre Amigas (TRANSSA), Trans Este Podemos Avanzar (TEPA)*** son organizaciones conformadas por personas de la comunidad Transgénero.

El consumo de drogas puede disminuirse mientras se esté pasando por el proceso de transformación para disminuir las interacciones posibles entre los medicamentos y las sustancias psicoactivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Canosa LF, Ceballos NR (August de 2001). «Effects of different steroid-biosynthesis inhibitors on the testicular steroidogenesis of the toad Bufo arenarum». *Journal of Comparative Physiology* **171** (6): 519–26.
- Toibaro, J. J., et al. (2009). *"Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales".* Medicina 69, 327-330.
- Cáceres, C.F., Salazar, X., Rosasco, A. M., & Salazar, V (2006). "*A lo que venga! Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el Perú actual".* Lima: ONUSIDA, ONUDD y UPCH.
- Boisselle A, Dionne FT, Tremblay RR (July de 1979). «Interaction of spironolactone with rat skin androgen receptor». *Canadian Journal of Biochemistry* **57** (7): 1042–6.
- Tremblay RR. (May de 1986). «Treatment of hirsutism with spironolactone». *Clinics in Endocrinology and Metabolism* **15** (2): 363–371.
- Biffignandi P, Molinatti GM. (1987). «Antiandrogens and hirsutism». *Hormone Research***28** (2–4): 242–249.
- Yamasaki K, Sawaki M *et al.* (February de 2004). «Comparison of the Hershberger assay and androgen receptor binding assay of twelve chemicals». *Toxicology* **195** (2–3): 177–86.
- Asscheman H, Gooren LJ (1992). «Hormone Treatment in Transsexuals».
- Kirk, MD, Sheila (1999). *Feminizing Hormonal Therapy For The Transgendered (1999 Edition)*. Pittsburgh, PA: Together Lifeworks. p. 38 –56
- Vázquez, E. (2008). *"Transgender therapy and HIV: Two complicated conditions rolled into one".* Positively Aware. July/August.
- Hulshoff, Cohen-Kettenis *et al.* (July de 2006). «Changing your sex changes your brain: influences of testosterone and estrogen on adult human brain structure». *European Journal of Endocrinology* **155** (Suppl 1): 107–114.
- GIANNA E. Israel; Donald E. Tarver; Joy Diane Shaffer (26 de abril de 2001).*Transgender Care: Recommended Guidelines, Practical Information, and Personal Accounts*. Temple University Press. p. 69.
- WILSON, A. N. (1999). *"Sex reassignment surgery in HIV-positive transsexuals".* International Journal of Transgenderism, 3(1/2).

Nomenclaturas

3TC – Lamivudina

ABC – Abacavir

ADN – Ácido desoxirribonucleico

ARN ó RNA - Ácido ribonucleico

ARNm – Ácido ribonucleico mensajero

ARV – Antirretroviral

AZT – Zidovudina

CD4 - Cúmulo de diferenciación 4 o cluster of cuadruple differentiation, en inglés

COIN – Centro de orientación e investigación integral

COTRAVETD – Comunidad de trans, travesti trabajadoras sexuales de República Dominicana

D4T – Estavudina

DDHH – Derechos Humanos

DDI – Didanosina

DHT – Dihidrotestosterona

EFV – Efavirez

EM – Entrevista motivacional

EP – Embolia Pulmonar

EVCVS – Encuesta de vigilancia serológica con vinculación serológica

FPV – Fosamprenavir

FUNDOREDA – Fundación dominicana de reducción de daños

GHB – Ácido gammahidroxibutírico

GTH – Gay, Trans y hombres que tienen sexo con otros hombres

HSH – Hombre que tiene sexo con otro hombre

IDV – Indinavir

IPs – Inhibidores de la proteasa

ITS – Infecciones de transmisión sexual

LPV/R – Lopinavir/Ritonavir

LSD – Dietilamida de ácido lisérgico

NNRTIs – Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa

NRTIs – Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa

NVP – Nevirapina

OMS – Organización mundial para la salud

ONUDD – Oficina de naciones unidas contra la droga y el delito

PVVIH – Personas que viven con VIH

RCP – Resucitación cardio-pulmonar

REDOVIH – Red dominicana de personas viviendo con VIH

RTV – Ritonavir

SAI – Servicios de Atención Integral

SIDA – Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SNC – Sistema nervioso central

TARV – Terapia antirretroviral

TDF – Tenafovir

TRANSSA – Trans siempre amigas

TRH – Terapia de reemplazo hormonal

TRSX – Trabajadoras sexuales (femeninas/biológicas)

TSH – Terapia sustitutiva de hormonas

TVP – Trombosis venosa profunda

UD – Usuario de drogas

UDI – Usuario de drogas inyectables

UNUSIDA – Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA

VIH – Virus de inmunodeficiencia humana

Glosario

- **Acidosis Láctica:** Es la acumulación excesiva de ácido láctico en condiciones anaerobias, debido a que el cuerpo trata de producir energía en condiciones aerobias, pero cuando este se ve insuficiente, el cuerpo repone energía a través de la formación de ácido láctico. Acidosis láctica es un tipo de acidosis metabólica, caracterizada por el aumento de la producción de ácido láctico como respuesta a la dificultad de utilización del oxígeno a nivel tisular, con aumento del hiato aniónico y disminución del bicarbonato.
- **Anorexia:** Falta de apetito que puede ocurrir en estados febriles, enfermedades generales y digestivas o simplemente en situaciones transitorias de la vida cotidiana.
- **Anti andrógenos o antagonista androgénico:** Es un grupo de fármacos que ejercen una acción antagonista o supresión hormonal capaz de prevenir o inhibir los efectos biológicos de los andrógenos u hormonas sexuales masculinas en las respuestas normales de los tejidos corporales a estas hormonas. Los antiandrógenos normalmente actúan bloqueando los receptores androgénicos, compitiendo con los sitios de unión en la superficie de las células, literalmente obstruyendo la función de los andrógenos.
- **Co-receptores:** Además de ligarse al receptor CD4, el VIH debe también ligarse a las proteínas CCR5 o CXCR4 (co-receptores) para entrar a la célula.
- **Droga:** Es cualquier sustancia que produce efectos en el sistema nervioso central modificando el estado de ánimo o produciendo placer.
- **Drogodependencia:** Hace referencia a la adicción generada por la exposición repetida a una sustancia psicoactiva, droga o sustancia adictiva.
- **Entrevista Motivacional:** Consiste en un estilo de interacción directiva y centrada en la persona, encaminada a ayudar a las personas a explorar y resolver su ambivalencia frente al uso de sustancias y comenzar a hacer cambios positivos.
- **Esnifar:** Absorber o aspirar cocaína u otra droga en polvo por la nariz.
- **Exantema Cutáneo:** Es una erupción cutánea generalizada de morfología, extensión y distribución variable que aparece como manifestación clínica de una enfermedad sistémica de etiología diversa.
- **Glucoproteínas:**
- **Inhibidores de la proteasa (IPs):** Son fármacos actúan sobre la enzima proteasa inhibiéndola. La proteasa es la responsable de la segmentación de una proteína del VIH en unidades con capacidad infecciosa. Si las proteínas no se cortan, el nuevo virus no madura y no puede infectar a otra célula. Los inhibidores de la proteasa pueden interferir en el funcionamiento de la enzima proteasa nativa.
- **Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTIs):** Son fármacos que inhiben a la polimerasa de ADN dependiente de ARN y codificada por el VIH que convierte al ARN vírico en ADN provírico, que luego se incorpora en un cromosoma de la célula hospedadora. Esta polimerasa es conocida también como transcriptasa inversa.
- **Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (NRTIs) o "nukes":** son fármacos que inhiben a la polimerasa de ADN dependiente de ARN y codificada por el VIH que convierte

al ARN vírico en ADN provírico, que luego se incorpora en un cromosoma de la célula hospedadora. Esta polimerasa es conocida también como transcriptasa inversa.

- **Linfocito T:** Un tipo de glóbulo blanco que busca y ataca los microorganismos invasores del cuerpo.
- **Lipoatropia:** Cambios anormales en la acumulación de grasa corporal.
- **Neuropatía Periférica:** Daño de los nervios fuera del cerebro y de la médula espinal.
- **Parafernalias:** Suele referirse al conjunto aparatoso de elementos rituales o decorativos que rodean un acto o a una persona. Referente a los utensilios para el consumo, por ejemplo pipas, cookers, sorbetes, etc.
- **Polimerasa:** Es una enzima capaz de transcribir o replicar ácidos nucleicos. Resultan cruciales en la división celular (ADN polimerasa) y en la transcripción del ADN (ARN polimerasa).
- **Progestágenos:** Son un grupo de hormonas en el que se incluye la progesterona. Los progestágenos son uno de las cinco clases principales de hormonas esteroides, además de los estrógenos, andrógenos, mineralocorticoides, y glucocorticoides.
- **Proteasa:** Son enzimas que rompen los enlaces peptídicos de las proteínas.
- **Receptor CD4:** Una proteína presente en el exterior de los glóbulos blancos que combaten la infección. Los receptores CD4 le permiten al VIH ligarse y entrar a las células.
- **Reducción de Daños:** Es toda acción individual, colectiva, médica o social, destinada a minimizar y reducir los efectos negativos del consumo de drogas y otras prácticas asociadas como la sexualidad insegura y las situaciones de violencia- en las condiciones jurídicas y culturales actuales.
- **Reducción de Riesgo**: Es toda acción individual, colectiva, médica o social orientada a disminuir, administrar y autogestionar la probabilidad de daños, consecuencias negativas e indeseadas asociadas al consumo de drogas – y otras prácticas como sexualidad insegura y situaciones de violencia.
- **Serológica:** Estudio de los sueros biológicos.
- **Síndrome de Abstinencia:** Conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen en una persona cuando deja bruscamente de tomar una sustancia a la cual está habituada o es adicta, especialmente una droga.
- **Síndrome de Stevens-Johnson:** Es una forma de enfermedad de la piel que amenaza a la vida, en la que la muerte celular hace que la epidermis se separe de la dermis. El síndrome se cree que es un complejo de hipersensibilidad que afecta a la piel y a las mucosas. Aunque la mayoría de casos sea idiopática (causa desconocida), la principal de las causas confirmadas es la medicación, seguida de infecciones y, raras veces, cánceres.
- **Síndrome de Tourette:** Es un trastorno neuropsiquiátrico heredado con inicio en la infancia, caracterizado por múltiples tics físicos (motores) y vocales (fónicos). Estos tics característicamente aumentan y disminuyen; se pueden suprimir temporalmente, y son precedidos por un impulso premonitorio. El síndrome de Tourette se define como parte de un espectro de trastornos por tics, que incluye tics transitorios y crónicos.
- **Terapia Antirretroviral:** Son medicamentos antivirales específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus como, por ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana

(VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Diferentes antirretrovirales se utilizan en varias etapas del ciclo vital del VIH. La combinación de estos fármacos para el VIH está destinada a mantener el virus en niveles indetectables y a la vez, reducir el riesgo de transmisión.

- **Transgénero:** Es un término que se utiliza para personas cuya identidad de género y expresión sexual no van acorde a las normas y expectativas que se asocian tradicionalmente con el sexo asignado y sexo biológico de la persona.

Dedicado a:

Francisco B. Santana Taylor (Francis Taylor) (1971-2016)

Nació en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana un 5 de noviembre del 1971. Actor, gestor cultural y activista polifacético de los derechos humanos y de la comunidad LGBT, inició su formación con el Teatro Gayumba fue miembro fundador del grupo de Teatro Califé.

Francis Taylor fue un apasionado de la danza, la buena lectura y todo aquello que tuviera un sentido social. Amante de los animales y sus derechos, tenía una cantidad de mascotas impresionante y a todas le dedicaba un tiempo especial. Se destacó por ser un actor comprometido, vanguardista y visceral, que durante toda su vida se negó a convertirse en un objeto comercial del arte, anteponiendo sus ideales y su compromiso social en cada trabajo.

Fue un luchador incansable para con todas las organizaciones que trabajan con las personas LGBT y buen amigo. Se formó como educador y activista en Amigos Siempre Amigos (ASA), contribuyendo a la formación de la Red de voluntarios de Amigos Siempre Amigos (REVASA).

Fue pieza clave en la formación de educadoras y promotoras trans de los grupos Trans Siempre Amigas (TRANSSA) y Comunidad de Travestis Trabajadoras Sexuales Dominicanas (COTRAVETD); formó parte del espacio Colectivo LGBT Dominicano y fue miembro fundador de la Alianza Nacional de Hombres Gay, Trans y otros hombres que tienen sexo con Hombres (Alianza GTH) y de la Coalición de Activismo LGBT Dominicano, de la cual fue coordinador hasta el día de su muerte. Trabajó como Encargado de Políticas de Drogas del Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN) y del Observatorio de Derechos Humanos para Grupos Vulnerabilizados (ODHGV).

Después de años luchando por los derechos de las personas LGBTI, buscó de manera incansable la manera de visibilizar a los usuarios de drogas como sujetos de derecho en República Dominicana. Gracias a su visión y su incansable trabajo logró convencer a los donantes de ver a los usuarios de drogas sin hogar como una población con la que, no solo se podía trabajar, sino que se podía lograr mucho, y así se lanzó en la calle a repartir café, en el que sería el primer proyecto de prevención de VIH para Usuarios de drogas en condición de calle. Gracias a su sueño consiguió el mayor financiamiento para UD hasta la fecha, logrando involucrar al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Drogas, entre otros, inestimables aliados desde entonces. Su convicción fue el impulso necesario para hacernos soñar con traer el tratamiento asistido por medicación al país apoyando la creación del *proyecto "resiliencia comunitaria*, una organización de usuarios de drogas.

Con su honestidad y su talento conquistaba mentes y corazones por igual, sabía hacerte sentir valorado, escuchado. Vivió intensamente, amando cada cosa que hizo: el teatro, la danza, el trabajo social, el performance.

"Su paso por este mundo cambió muchas vidas, su cuerpo no está, su legado permanece".