

Adicciones:

## Aplicación de Modelo de Reducción de Daños en caso de usuario de Programa Ambulatorio Intensivo que presenta policonsumo de sustancias psicoactivas e Infección por Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Abarca C.<sup>1</sup>, Castro N.<sup>2</sup>, Mercado N.<sup>3</sup>, Rojas C.<sup>4</sup>

### Resumen

#### Introducción

El modelo de Reducción de Daños puede caracterizarse como un modelo pragmático/práctico, cuyo fundamento principal es considerar al usuario/a como un ser activo, autónomo, capaz de decidir y autogobernarse, frente a lo cual el equipo terapéutico respeta los objetivos que el usuario/a plantee, aunque éstos pudiesen no ser compartidos por conllevar riesgos para su salud. El presente artículo plantea como objetivo principal describir intervenciones realizadas por un equipo multidisciplinario en un Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) de un hospital de Santiago, utilizando el enfoque señalado.

#### Caso Clínico

Paciente masculino de 33 años con antecedentes de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS): Pasta Base (PBC), Marihuana (THC) y Alcohol (OH), derivado a PAI desde Unidad de Infectología por presentar VIH con Tratamiento Antirretroviral (TAR). Decide no recibir prescripción farmacológica de Salud Mental. Sus objetivos terapéuticos son: abstinencia de PBC, moderar consumo de OH, sin problematizar consumo de THC, obtener trabajo estable que permita resolver problema habitacional y reestablecer el vínculo con miembros significativos de su familia.

#### Discusión

Se refuerza la relevancia de la praxis en el modelo en una persona con TUS, VIH y privación social. La utilidad del modelo está dada por su flexibilidad para intervenir, considerando que convencionalmente se estima la abstinencia total como objetivo, siendo incompatible con intereses del caso descrito.

**Palabras clave:** Reducción de Daños, Policonsumo, VIH, Programa Ambulatorio Intensivo (PAI)

### Application of Damage Reduction Model in case of Intensive Outpatient Program user who presents polydrug use of psychoactive substances and Infection by Human Immunodeficiency Virus (HIV)

#### Abstract

##### Introduction

The harm reduction model can be defined as a pragmatic / practical model, whose main foundation is to consider the user as an active, autonomous, capable of deciding and self-governing, in front of which the therapeutic team respects the objectives that the user poses, although these could not be shared because they entail risks for their health.

The main objective of this article is to describe interventions carried out by a multidisciplinary team in a PAI of a hospital in Santiago, using the aforementioned approach.

##### Case Report

A 33-year-old male patient with a history of TUS: PBC, THC and OH, referred to PAI from the Infectious Disease Unit for presenting HIV with Antiretroviral Therapy (ART). Decide not to receive a prescription for Mental Health.

Its therapeutic objectives are: abstinence from PBC, moderate OH consumption, without problematic use of THC, obtaining stable work that allows solving housing problems and reestablishing the link with significant members of their family.

##### Discussion

The relevance of praxis in the model is reinforced in a person with SUD, HIV and social deprivation. The usefulness of the

1. Terapeuta Ocupacional, Programa Ambulatorio Intensivo CESAM Concón  
2. Terapeuta Ocupacional, Programa de rehabilitación rural móvil, Rancagua  
3. Psicóloga Clínica, FAE PRO Conchalí - SENAME  
4. Terapeuta Ocupacional, Unidad de Adicciones Hospital Barros Luco

model is given by its flexibility to intervene, considering that conventionally considered complete abstinence as an objective, being incompatible with case interests described.

## Introducción

Resulta relevante conocer nuevos enfoques de implementación de intervención global en la temática de drogas y las consecuentes problemáticas derivadas de las mismas en la salud pública, específicamente con personas en extrema vulnerabilidad (1).

En relación con ello, el año 2016 en la sesión extraordinaria de UNGASS se reconocieron amplios enfoques en salud pública y prevención, donde se destaca que deben existir soluciones terapéuticas integrales y medidas de reducción de daños, sin criminalizar a los consumidores, tendiendo a mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades, promoviendo la reinserción de los individuos con problemas de dependencia (1).

Por otro lado, se debe promover la puesta en práctica de medidas de reducción de daños con probada eficacia en diversos contextos, e incorporar en la Ley General de Salud el derecho a los programas de reducción del daño, puesto que ésta no se limita a la actuación frente a drogas inyectables, sino que debe incorporar medidas y programas para el análisis de las sustancias que se consumen, la reducción de daños sociales, e intervenciones focalizadas para reducir la violencia, la exclusión y la estigmatización (1).

En este sentido, el modelo de Reducción de Daños puede caracterizarse como un modelo pragmático/práctico, siendo uno de sus fundamentos principales considerar al usuario/a como un ser activo, autónomo, capaz de decidir y autogobernarse, frente a lo cual el equipo terapéutico respeta los objetivos que el usuario/a plantee, aunque éstos pudiesen no ser compartidos.

En relación con lo anterior, cabe señalar que la reducción de daños representa un cambio de paradigma en la comprensión y respuesta al TUS, rechazando la presunción de que la abstinencia es el único objetivo aceptable para todos, existiendo además una redefinición radical de la relación entre el equipo tratante y los usuarios, postulando un cese de la relación paternalista regular existente en otras metodologías (2).

La reducción de daños tiene sustento por lo tanto en la idea de que la población tiene el derecho a estar segura y apoyada pese a no encontrarse preparada y decidida a abstenerse del consumo de drogas; ofreciendo opciones concretas que ayuden a dicho grupo a proteger su salud (3)

En este sentido, las premisas que dan sustento al Modelo de Reducción de Daños son (4):

1. Se respeta el derecho del individuo a decidir el consumo de sustancias, facilitando las condiciones que reduzcan sus consecuencias negativas, físicas, psicológicas y sociales.
2. El consumo de drogas en sí no es lo más relevante, sino el daño que provocan en los seres humanos y la sociedad en general.
3. En términos estratégicos, resulta más factible incidir clínicamente sobre daños y consecuencias por sobre la modificación del comportamiento adictivo.
4. El objetivo principal no es la abstinencia ni la desintoxicación, sin excluirlas como posibilidades del tratamiento.

Es importante reforzar la idea de que la reducción de daños no se opone a la abstinencia de sustancias, siendo una de las metas potenciales al finalizar la atención; sin embargo, no representa una condición requerida ni obligada para la realización del tratamiento, permitiendo ajustar la atención a las necesidades del usuario (4).

Si se piensa en las circunstancias que dieron origen al modelo de reducción de daños, tiene sentido que se haya propuesto una alternativa al enfoque tradicional abstencionista, pues este último no logró dar respuesta efectiva a los diversos problemas de salud que se relacionan con el consumo problemático de sustancias. En específico fue la transmisión masiva del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) asociada al uso de sustancias, que se presentó en diferentes países, la que obligó a mirar más allá de la prohibición, centrando el problema en la droga y permitió dar lugar a un enfoque amplio de salud pública que descomprimió el problema de la sustancia y con ello puso la relevancia sobre muchos otros factores que se afectan cuando hay consumo, los daños pero también los riesgos, haciéndose cargo de estos e incorporando la gestión de las consecuencias negativas vinculadas al consumo (11).

El uso y abuso de drogas se ha relacionado con un mayor riesgo de contraer y transmitir VIH, implementando Estados Unidos en los años ochenta el Modelo de Reducción de Daños para afrontar específicamente la mortalidad elevada de consumidores de sustancias inyectables, introduciendo un enfoque con distintas y variadas estrategias pragmáticas sanitarias para reducir la diseminación del virus, añadiendo otras consideraciones no biomédicas, por ejemplo, la relación del consumidor con el entorno social y familiar (5).

Según la UNODC, la OMS y el ONUSIDA, es esencial aplicar un paquete de nueve intervenciones para asegurar la reducción de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas. Las

nueve categorías se basan en numerosas pruebas científicas que avalan su eficacia y rentabilidad a la hora de prevenir el VIH y otros daños, tales como programas de agujas y jeringas, terapia de sustitución de opiáceos y otros tratamientos para la drogodependencia, asesoramiento y pruebas del VIH, terapia antirretroviral, prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, programas de distribución de preservativos para consumidores de drogas inyectables y sus parejas sexuales, información, educación y comunicación adaptadas para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales, vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis vírica y prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. A esta lista se ha añadido posteriormente la gestión y la prevención de la sobredosis (7).

Por otro lado, cabe señalar que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), representa a nivel mundial un problema de salud pública; existiendo en Chile un aumento progresivo anual de la incidencia de la enfermedad, variando desde 2.968 casos nuevos el año 2010 a 4.291 el año 2015; identificándose la prevalencia de casos confirmados en sujetos mayores a 13 años de edad, de 21.856 en el año 2015 (8).

A su vez, resulta relevante destacar que los trastornos por uso de sustancias tienen un efecto negativo en el curso natural de la enfermedad VIH, dado que interfiere con el alcance de los resultados clínicos del tratamiento antirretroviral; disminuyendo además la adherencia a la prescripción médica y reduce el uso de servicios de salud (9).

Se identifica además que la comorbilidad de trastorno por uso de sustancias y VIH, se asociaría a conductas sexuales de riesgo: relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales (10) y podrían llevar una demora en el diagnóstico. Existen antecedentes que dan cuenta que dicha concurrencia podría empeorar los síntomas del virus en etapas avanzadas, causando mayor daño neuronal y deterioro cognitivo, por lo cual resulta fundamental poder abordar ambas patologías dado que la concurrencia resultaría un factor de riesgo relevante para el tratamiento del VIH (9).

El objetivo de este trabajo fue describir las intervenciones realizadas por un equipo multidisciplinario en un Programa Ambulatorio Intensivo (PAI), perteneciente a la Unidad de Adicciones de un hospital público del sector sur de la ciudad de Santiago, utilizando el enfoque de Reducción de Daños, a partir de la presentación de un caso clínico de sujeto con policonsumo de sustancias psicoactivas y diagnóstico de VIH positivo.

## Caso clínico

Paciente de 33 años, sexo masculino, soltero, sin hijos. Ingresó a la Unidad de Adicciones del Hospital el 17 de mayo de 2018, tras solicitar espontáneamente derivación a tratamiento de adicciones al equipo tratante de Unidad de Infectología, por presentar diagnóstico de VIH. Cabe señalar que no presenta antecedentes de tratamientos previos en adicciones.

Se encuentra en modalidad de Programa Ambulatorio Intensivo. Asistencia diaria, participación en intervenciones grupales (2 diarias) e individuales (con psiquiatra, trabajadora social, gestora de caso, terapeuta ocupacional y psicólogo). Participación activa en todas las actividades, algunas dificultades con compañeros/as de grupo por diversos motivos: burlas por su homosexualidad, dificultades para trabajar en equipo pues le gusta resaltar y tomar él las decisiones, agresividad de su parte para expresar opiniones.

Respecto al patrón de consumo es posible señalar que la droga que le genera mayores problemas al usuario es la pasta base de cocaína (PBC), la que consume tres veces por semana, iniciando a los 22 años. Se identifica como droga secundaria el alcohol (OH,) tres veces por semana, dos litros de cerveza, siendo el primer consumo a los 15 años. Finalmente, se presenta también consumo de marihuana (THC), 3 veces por semana, 2 cigarrillos, inicio a los 15 años. Resulta relevante dar cuenta que, durante el tratamiento, comenta a equipo profesional que el consumo de PBC es diario, identificando que consume cuando se siente deprimido: *"yo puedo pasar años sin consumir, pero pasa algo, me deprimó y busco dañarme... es como algo autodestructivo"*. Desde el día 5 de julio mantiene abstinencia de PBC, sin referir Síndrome de Abstinencia o Craving.

Inicialmente se plantea como tratamiento farmacológico en Unidad de Adicciones: Risperidona 1mg. (0-0-1). Sertralina 50mg. (2-0-0). Presenta cambios de humor y comportamiento hostil, motivos por los cuales decide seguir tratamiento farmacológico de salud mental, a pesar de que inicialmente presentaba ambivalencia respecto a su decisión. A mediados del mes de agosto de 2018, comunica a psiquiatra que no ha tomado sus medicamentos y que desea discontinuar de forma permanente el tratamiento farmacológico.

Respecto a sus antecedentes familiares, cabe señalar que su madre proviene del sur del país, desde donde se traslada a Santiago para desempeñarse como asesora del hogar, encontrándose embarazada del usuario; haciéndose cargo de su crianza otra mujer que trabajaba en el domicilio, quien ya tenía cuatro hijos. El usuario mantiene actualmente escasa relación tanto con su madre biológica como con su madre y hermanos de

crianza, pretendiendo como uno de sus objetivos en el tratamiento reparar paulatinamente los vínculos familiares.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, da cuenta de ser un sujeto sociable que actualmente se encuentra alejado de sus vínculos cercanos, ya que ellos no consumirían drogas, por lo que añade al plan de tratamiento individual (PTI) reestablecer relaciones significativas.

Como antecedentes académicos, el paciente culmina enseñanza media refiriendo buen rendimiento escolar, sin poder acceder a la educación superior por falta de recursos económicos para ello. Se plantea como objetivo a mediano plazo estudiar Construcción Civil como parte de su tratamiento.

En términos laborales, su primer empleo fue a los 19 años como reponedor de supermercado, lo que le permite independizarse de su familia e iniciar vida independiente. Posteriormente se desempeña como garzón durante ocho años, con sueldo fijo más propinas. Al poco tiempo de ingresar a PAI, comienza a trabajar como reponedor en botillería, percibiendo siete mil pesos diarios por ello; ocasionalmente realiza labores de aseo en la casa de su jefe.

Refiere la necesidad de encontrar un trabajo estable, dado que se encuentra viviendo en albergue habilitado para personas en situación de calle, donde puede permanecer únicamente por el período de invierno; por lo que surge el objetivo de vincular con un puesto de trabajo que le permita pagar el arriendo de una pieza. Al finalizar el mes de julio, el paciente se acerca a empresa contratista de aseo para solicitar empleo, logrando organizar el dinero para cancelar arriendo de pieza, ahorrar para subsidio habitacional y gastos cotidianos.

Uno de los aspectos que el paciente reconoce más afectados, debido al consumo de drogas, es su autoestima, dado que tiene de a la comparación con sus hermanos, quienes tienen estudios profesionales y ya han constituido un grupo familiar.

Refiere tener dificultades con el control de sus impulsos y conciencia del daño que se ha causado a él y a su familia por el consumo de drogas. Se considera inconstante y con facilidad para aburrirse de las actividades que realiza. Mantiene ideas de inferioridad e incapacidad. *“Siento que me interesa mucho el reconocimiento, fui siempre un poco competitivo, me hubiese gustado ser famoso y exitoso”.*

Se describe como una persona empática, sensible, extremista, dependiente de sus parejas, considera que, si las personas lo conocen en profundidad, podría no ser querido. A medida

que comienza a avanzar el tratamiento, siente que ha logrado controlar sus impulsos en situaciones puntuales y significativas para él, y se siente orgulloso por lo mismo (jefa le llama la atención y él logra escuchar y reaccionar adecuadamente según el contexto). Además, se siente responsable y capaz de organizarse. Reflexivo y con iniciativa.

## Discusión y conclusión

El contexto internacional refiere la urgencia para abordar el problema de las drogas y sus consecuencias desde un enfoque de desarrollo sostenible, incorporando la perspectiva de protección de los Derechos Humanos y género. Se fundamenta la necesidad de ofrecer nuevas modalidades de intervención a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, sobre todo para la atención de grupos de personas en condiciones de vulnerabilidad, o con características sociosanitarias de difícil manejo que no los hacen ajustarse a los programas de atención en drogas existentes.

Por tal razón, debido a lo antes señalado, se hace incuestionable la necesidad de implementar nuevos enfoques en la intervención de personas con TUS que sean acordes a las características y necesidades de las diferentes poblaciones. Uno de ellos es el enfoque del Modelo de Reducción de Daños, el cual se ajusta a casos como el descrito con anterioridad.

Resultan conocidos los beneficios que el Modelo de Reducción de Daños aporta al tratamiento de sujetos diagnosticados con TUS, siendo éstos además extensibles al grupo de pacientes que presentan comorbilidad de infección por VIH; destacándose por sobre todo el paradigma biopsicosocial y el enfoque de derechos que se encuentra tras la intervención, considerando al individuo un agente activo dentro de su proceso de rehabilitación, respetando y ayudando a establecer jerarquía de sus objetivos, otorgando prioridad y realismo.

En este sentido, el caso presentado da cuenta de un usuario que desea, sin tratamiento farmacológico de salud mental, cesar el consumo de PBC (lo cual mantiene hasta la fecha), moderar el consumo de OH y mantener el de THC. Los mecanismos que han facilitado el equipo terapéutico para el usuario son atenciones individuales (con psiquiatra, trabajadora social, gestora de caso, terapeuta ocupacional y psicólogo), además de atenciones grupales (dos diarias), en diversas modalidades y contextos, favoreciendo el desarrollo de una buena adherencia al proceso, manteniendo asistencia diaria a PAI.

Se identifica por otro lado que, dentro del mismo grupo de usuarios del programa, existe exclusión del individuo dada su condición de homosexualidad, lo cual plantea un desafío, con-

siderando además que la comorbilidad de TUS con infección por VIH presenta un importante y doble estigma, el cual genera exclusión social incluso dentro del mismo grupo de pares.

Dicho antecedente no resulta menor, toda vez que se transforma en un factor de riesgo que promueve la deserción de los tratamientos, debido a la automarginación, por lo cual se considera que el equipo de PAI debe fortalecer y promover el respeto entre los usuarios, reconociendo a cada uno de ellos como un ser humano sujeto de derechos; lo cual se condice completamente con el Modelo de Reducción de Daños.

Por otro lado, en cuanto a otros objetivos que el usuario plantea, se reconoce la revinculación con terceros significativos para sí mismo, considerando que en su historia de vida existen varios abandonos emocionales y físicos por parte de sus figuras primarias de afecto.

En cuanto al ámbito laboral, el usuario se encuentra desempeñando un trabajo que le ha generado estabilidad, solucionando su situación sociohabitacional.

En este sentido, se ha visualizado que el Modelo de Reducción de Daños intenta dar respuesta a problemáticas complejas, promoviendo los derechos humanos como guía en las intervenciones terapéuticas integrales, desde la perspectiva biopsicosocial, abordando la situación conflictiva del sujeto en todas las áreas de su vida, especialmente en las que se han visto afectadas por el consumo y son importantes para él. Para lograr esto, desafía al equipo tratante a flexibilizar y adaptarse a las necesidades de los usuarios y usuarias, pues se ha demostrado que acciones bajo este enfoque favorecen la adherencia al tratamiento, además de la entrega de factores protectores para la mantención de los objetivos co-construidos. En específico para este caso, el fin último está dirigido a mejorar la calidad de vida del usuario, devolviendo a este su calidad de ser humano, visibilizando fortalezas y aceptando sus debilidades, procurando con esto que se facilite un cambio desde "el otro" hacia el usuario, es decir, que deje de ser percibido solo como consumidor, homosexual y portador de un diagnóstico como es el VIH. En este caso y tomando como guía base del tratamiento el deseo del usuario, se ha trabajado en favorecer la reunificación familiar con vínculos

relevantes para este, un trabajo estable lo cual se transformará en un elemento protector para la adherencia a TAR, abstinencia de PBC y asistencia a PAI.

No obstante, se hacen evidentes algunas dificultades en el transcurso de la intervención terapéutica al momento de implementar el modelo, como es coordinar y llegar a acuerdos entre los integrantes del equipo tratante sobre estas adaptaciones en la modalidad de trabajo y lineamientos del programa en relación a la implementación de los objetivos del usuario enfocados al consumo, como aceptar e implementar medidas que sean perjudiciales para su salud, particularmente para este caso fue la suspensión del tratamiento farmacológico, y la mantención del consumo de OH y THC que eventualmente pudieran generar un riesgo de recaída de PBC. Se generan entonces desacuerdos no solo a nivel de equipo sino además un dilema ético a nivel individual, desde la subjetividad de cada uno de los integrantes de este equipo, lo cual puede llevar a tomar decisiones que no aporten a cuidar la vida del usuario o mejorar la calidad de esta. Junto a esto, el equipo que decide trabajar bajo los lineamientos de este modelo, se expone a una serie de resistencias que pueden presentar tanto los organismos o servicios que orientan y financian la implementación de los programas, como los equipos del intersector o de la red sociosanitaria que estén mayormente familiarizados con un modelo abstencionista/prohibicionista/sancionador; lo que a su vez desencadenaría en dificultades de coordinación y apoyo entre los programas y/o dispositivos.

Es posible concluir entonces, que las premisas del modelo de reducción de daños pudieran implicar algunas limitaciones en el trabajo en red cuando no se comparte el modelo o bien dificultades a nivel individual cuando se toman acciones que exponen al usuario. Sin embargo, tanto el caso expuesto en esta investigación como la bibliografía asociada, confirma que es un tremendo aporte para el abordaje de la rehabilitación de drogodependencias, especialmente cuando se presenta un compromiso biopsicosocial importante, en tanto que acepta el problema y no lo niega, reconociendo las consecuencias que los trastornos por uso de sustancias pueden generar y tomando especial atención en lo que para la persona es importante y significativo trabajar en el proceso terapéutico.

## Bibliografía

1. 1. México. Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas. UNGASS (2016). *Memorias y llamado a la Acción de la Serie de Diálogos. Hacia una Nueva Estrategia Internacional de Drogas: Instrumentación de las Recomendaciones de UNGASS 2016*. Recuperado de [http://fileserver.idpc.net/library/memorias\\_y\\_llamado.pdf](http://fileserver.idpc.net/library/memorias_y_llamado.pdf)
2. Tatarsky, A. (2002). Psicoterapia de Reducción de Daños. En Psicoterapia de Reducción de Daños *Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol (29-36)*. Estados Unidos por Jason Aronson, Inc., Lanham, Maryland USA: Jason Aronson Inc.
3. Grover A. Derechos Humanos y Política de Drogas Reducción de daños. Reporte informativo.2015 [citado 11 jul 2016]; 1.Disponible en: [http://www.ihra.net/files/2011/06/14/IHRA\\_BriefingSpanish\\_1.pdf](http://www.ihra.net/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf)
4. Velázquez, B. D., Friman, R. N., Et González, G. M. (2016). Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. *Correo Científico Médico*, 20(4), 804-809. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2016/ccm164q.pdf>
5. Tizoc-Marquez, Arodi, Rivera-Fierro, Karina, Rieke-Campoy, Ulises, Cruz-Palomares, Manuel, REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO ESTRATEGIA PARA EL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES. *Ra Ximhai* [en línea] 2017, 13 (Julio-Diciembre)
6. Machín, Juan. Del Bosque, Joaquín. Velasco, Manuel. Juárez, Martín. Tavera, Simón. Beltrán, Rodolfo. López, "Reducción del daño: un pasaje del delirio utópico al realismo ecológico (primera parte)", *LiberoAddictus*, núm. 64, octubre 2002, México
7. Suiza. El Fondo Mundial (2017). *Informe técnico Reducción de daños para los consumidores de drogas 2017*. Recuperado de [https://www.media/1277/core\\_harmreduction\\_infonote\\_es.pdf?u=636727910250000000](https://www.media/1277/core_harmreduction_infonote_es.pdf?u=636727910250000000)
8. Instituto de Salud Pública de Chile, Noviembre 2016. Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-15112017A.pdf>
9. Hoffman, Kim A et al. Barreras para implementar el despistaje, intervenciones breves y referencia al tratamiento por problemas de consumo de alcohol y otras drogas en hospitales que atienden personas que viven con el VIH/SIDA en el Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2016, vol.33, n.3 [citado 2018-12-03], pp.432-437. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000300007&lng=es&nr=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000300007&lng=es&nr=iso). ISSN 1726-4634. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2293>.
10. Shuper PA, Joharchi N, Irving H, Rehm J. Alcohol as a correlate of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: review and meta-analysis. *AIDS Behav.* 2009; 13(6):1021-36. doi: 10.1007/s10461-009-9589-z. al VIH, e incrementan la transmisión de la infección por VIH (1,14).
11. Rossi D, Goltzman P, Touzé G colab., Ralón G colab. *Uso de drogas y VIH: documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación (2012) -1ª ed.-Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Ministerio de Salud de la Nación.*