



Centros de Integración

Juvenil, A.C.

Especialidad para el Tratamiento de las ADICCIONES

8° Generación

2011-2012

Artículo de Revisión Sistematizada

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema: ¿Cuál es la comorbilidad que existe entre el abuso de drogas, frecuencia de VHC y VIH en la población penitenciaria masculina?

Alumno: Karla Álvarez Pérez

Asesor: Dra. Luisa Piedad Manrique Carmona

Firma

Ciudad de México, 28 marzo de 2013



INDICE

Introducción	3,4
Adicciones	5
-Droga	5
- Adicción	5,6
-Panorama epidemiológico internacional	6
- Panorama epidemiológico nacional	7
Hepatitis C	8
-Panorama epidemiológico	8
-Diagnóstico	9
VIH/SIDA	10
-Panorama epidemiológico internacional	10 ,11
-Panorama epidemiológico nacional	11, 12
-Situación actual de VIH en la ciudad de México	12
-El VIH y las prisiones en México	13
-Diagnostico	13
La atención médica y las adicciones en las prisiones y centros de readaptación social en el distrito federal	14, 15
Conclusiones	16
Aporte	17
Agradecimientos	18
Referencias	19 ,23

¿CUAL ES LA COMORBILIDAD QUE EXISTE ENTRE EL ABUSO DE DROGAS, FRECUENCIA DE VHC Y VIH EN LA POBLACION PENITENCIARIA MASCULINA?

INTRODUCCION

El abuso de sustancias se ha relacionado frecuentemente con enfermedades de transmisión sexual y se agudiza aún más en las comunidades penitenciarias debido a los conflictos tradicionales que existen en las prisiones, la disciplina entendida como violencia, las deficiencias estructurales de las instituciones, el hacinamiento, la alimentación inadecuada, los escasos servicios de salud, y el abuso de drogas, son fenómenos que afectan seriamente en las condiciones de vida mínimas para sobrevivir al encierro, inevitablemente llevando a tener relaciones sexuales intramuros entre los mismos internos, personal que labora en el mismo reclusorio y a su vez con personas que acuden a la visita cada fin de semana (1).

Mucho más grave resulta cuando el interno está infectado por una enfermedad de transmisión sexual, que en muchos de los casos se desconoce. (1) Por tal motivo y el estar privado de su libertad agregado a las deplorables condiciones de vida en su interior, así como los deficientes servicios de salud y el consumo de drogas, resulta causal de trastornos como depresión y ansiedad entre otras que no son detectadas en las comunidades penitenciarias, teniendo repercusiones en las áreas sanitarias, psicológicas, sociales y económicas (2).

Esto se convierte en un problema de salud y es causa de gran preocupación, no solo para el Sistema Penitenciario, si no para la sociedad en general, ya que existe un importante tránsito entre los reclusorios y la comunidad abierta (3).

Las personas con problemas de adicción, tanto las que usan drogas inyectables como las que usan drogas no inyectables, tienen un mayor riesgo de

contraer Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de la Hepatitis C (VHC) y otras enfermedades infecciosas (4).

Estas enfermedades se transmiten al compartir equipos de agujas contaminados, por involucrarse en conductas sexuales riesgosas, esto incluye el sexo "transaccional", es decir, el intercambio de sexo por dinero, drogas o algún otro tipo de beneficio dentro de la reclusión. (1)

El VIH y el VHC, han sido detectados en las prisiones de casi todos los países del mundo y de algunas otras infecciones, tales como la Hepatitis B y Sífilis. (1,2).

En el Sistema Penitenciario en México existe poca evidencia de programas dirigidos a este problema de salud, teniendo como referencia que 7 de cada 10 internos consumen algún tipo de droga intramuros y que solo el 3% de esta población están dentro de algún programa de rehabilitación que ofrece el mismo Sistema Penitenciario. (5,6).

ADICCIONES

En Muchos países las poblaciones penitenciarias tienen alta prevalencia de consumo de drogas (7). En México las adicciones representan nuevos retos, después de un largo periodo existieron bajas tasas de consumo de drogas ilícitas actualmente se ha incrementado el uso de éstas y hoy podemos decir que el país enfrenta una nueva epidemia de consumo de drogas ilegales, con el consecuente aumento de problemas sociales y de salud de VIH y VHC (8).

DROGA

Este término se refiere a cualquier sustancia química de origen natural o sintético que al interior del organismo, modifica la percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras (9), a esto se le denomina síndrome de intoxicación; cuando existe una administración continuada genera tolerancia y cuando se deja de consumir, genera malestar físico y psicológico a lo que se le denomina síndrome de abstinencia (10). Se dice que el consumo de sustancias se puede clasificar en uso, abuso y dependencia. Uso se refiere a un consumo de drogas no desadaptativo, en forma social. Abuso es cuando el consumo se vuelve problemático y desadaptativo tanto de drogas legales como ilegales con consecuencias legales llevando esto a un uso compulsivo de las drogas llamado dependencia (11).

ADICCION

La adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con múltiples recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas que con esto traiga. (1)

Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro, modifican su estructura y funcionamiento. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas, como puede ser sexo sin protección, actos delincuenciales para mantener su consumo, incluyendo la pérdida de su libertad.(1,3)

Existen diferentes factores de riesgo para el consumo de drogas como el comportamiento agresivo a edades tempranas, habilidades sociales deficientes, falta de supervisión de los padres, familias disfuncionales, violencia intrafamiliar, accesibilidad a las drogas por medio de amigos o conocidos, pobreza, actos delincuenciales, (12) que los llevan a prisión agudizando más estas conductas dentro de ella. Muchos informes indican que la estancia de la prisión es un factor de riesgo independiente para el contagio de infecciones de transmisión sexual y el consumo de drogas (13).

Cuando un interno 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, compartir equipos infectados, intercambiar favores sexuales por droga, o dinero a esto se le llama el sexo "transaccional", cometer actos ilícitos, agresión a otros internos (11).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO INTERNACIONAL

En el 2010 se calculó que habían en el mundo 230 millones de personas adultas de 15 a 64 años, que corresponden al 5% de la población total, que consumió alguna droga ilícita al menos una vez en ese año (13). De esta población 27 millones de personas son consumidores problemáticos ósea el 0.6% a nivel mundial (14). El consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable en los últimos 5 años con el 3.4% al 6.6% en la población adulta (13).

El VIH se encuentra asociado al consumo de drogas inyectables, con una prevalencia del 20%, hepatitis C 46,7% y hepatitis B 14,6%; de acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), Ginebra 2011, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas (13, 15).

El consumo de drogas ilícitas en América Latina se estima entre 150-270 millones de personas del 3.3% al 6.1%, según la Comisión Interamericana Para el control del abuso de drogas (CICAD), en el Informe de Naciones Unidas 2011, siendo la marihuana la que cobra el mayor número de usuarios, (125-203 millones de personas) seguido por las anfetaminas (14 a 56 millones de personas) cocaína (14 a 20 millones de personas) (16); La prevalencia es del 7% <1%-14% en el último año (17)

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

El consumo de drogas ilegales en el México, como en el resto del mundo, muestra periodos de aumento y periodos de decremento.-En el 2011, la edad de inicio del consumo de drogas fue de 18.8 años para hombres y 20 años en mujeres. En la población de 12 a 65 años de edad, se mostró una prevalencia del 1.5% al 1.8%.

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 se reportaron cifras similares que en la ENA 2008(18,19), la marihuana fue la droga de mayor consumo con una prevalencia del 1.2%, siendo esto mayor en hombres con un 2.2%, que en mujeres, en comparación con la ENA 2008 que fue de 1.7%, en segundo lugar la droga de mayor consumo fue la cocaína con una prevalencia del 0.5%. El consumo de las demás drogas fue mínimo, por de abajo del 0.2%.(19)

La prevalencia de dependencia a las drogas en esta población en el último año fue de 0.7%, se han agregado 100,000 personas como dependientes en este período es decir de 450,000 en el 2008 a 550,000 en el 2011 siendo los varones la mayoría con el 1.3% y las mujeres en un 0.2%.(19)

En la Región Norte del país tienen la prevalencia más alta para la drogas ilegales 2.8%, le sigue la Región Centro 2.4%. -El tercer lugar lo ocupa la Ciudad de México (1.7%).-Los centros de atención a usuarios de la frontera con los Estados Unidos, han detectado tasas altas de consumo de heroína, donde una gran proporción se consume vía intravenosa a través de prácticas de alto riesgo para la transmisión de VIH/SIDA y hepatitis B y C (19,20).

En la ciudad de México, las drogas que prevalecen en su consumo “de alguna vez” son: la marihuana con el 61%, seguido de los inhalables con el 40.4% y la cocaína con un 34% afectando al rango de edad de 12 a 19 años usándose en un 38.8% de los casos de 1 a 5 días en el último mes (19).

La morbilidad y la mortalidad en usuarios de drogas infectados por el VIH, han aumentado, en comparación con personas infectadas que no usan drogas siendo un factor importante la situación de cárcel, donde las condiciones higiénicas, dietéticas y de salud no son las adecuadas, presentándose comorbilidades psiquiátricas (21).

HEPATITIS C

Es una enfermedad contagiosa causada por el virus de la Hepatitis C (VHC), provoca la inflamación de las células del hígado, dando como resultado lesión o destrucción de ese órgano (22), es silenciosa y progresiva. Si esta es persistente, nos puede llevar a hepatitis crónica, produciendo fibrosis hepática y cirrosis, teniendo posibilidades de desarrollar cáncer de hígado (23).

El virus de la hepatitis C se transmite en forma horizontal a través del contacto con fluidos biológicos contaminados exudados de piel o mucosas, y/o material quirúrgico contaminado (24). Las transfusiones sanguíneas y cirugías mayores realizadas en México antes de 1993 eran una forma de contagio ya que no existían pruebas diagnósticas para VHC, actualmente es poco común (25).

En las prisiones el consumo de drogas inyectables y no inyectables, es alto y el compartir equipos intravenosos ya usados es una forma de transmisión, al realizarse perforaciones y tatuajes en forma clandestina y sin técnicas de asepsia (26), el compartir o robarse entre ellos mismos cepillos de dientes, cortaúñas, navajas o rastrillos con sangre infectada es un riesgo de contagio latente (27).

El 2.7% de los casos se transmite por vía sexual, en personas con historial de múltiples parejas y relaciones de alto riesgo de forma heterosexual, homosexual o bisexual sin ninguna protección es la forma de transmisión más común (22,27).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO

Las hepatitis virales representan una elevada mortalidad a nivel mundial. Se estima que el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer primario de hígado son debidos a infecciones por los virus de la hepatitis B o C (28,29).

En el mundo existen unos 150 millones de personas que padecen la infección crónica por VHC y más de 350.000 enfermos mueren al año por afecciones hepáticas vinculadas con éste, cada año se infectan con este virus entre 3 y 4 millones de personas en el mundo (28,29).

El VHC representa más del 90% de los casos de hepatitis relacionada con transfusiones, el consumo de drogas es la 4ta causa de más del 50% de los casos reportados por Hepatitis C (28,29).

La hepatitis C tiene una distribución mundial. Los países con las tasas más altas de infección crónica con este virus son Egipto (22%), el Pakistán (4,8%) y China (3,2%)(28).

En Latinoamérica se estima que 10 millones de personas están infectadas con el virus. En México, al alrededor de 0.7 a 1.5 millones, están infectadas con VHC, teniendo una seroprevalencia del 1.4 % y por cada persona de VIH existen cinco con hepatitis C (30).

La transmisión de VHC virus por vía intravenosa se ha descrito, ocurre en el norte del país en zonas de “picaderos” que frecuentan los adictos a drogas y en prisiones (31).

En los centros de reclusión en la ciudad de México los internos con VHC representan el 3.3% de la población cautiva en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Publica 2010, se ha determinado que el 30% de la población que padece VIH es coinfectada con hepatitis C (32).

DIAGNÓSTICO

En la mayoría de los pacientes el VHC se detecta de forma casual ya que la infección generalmente cursa sin síntomas. Para poder diagnosticar la infección por el virus de la hepatitis las pruebas están basadas en la detección de anticuerpos en sangre (22).

Las pruebas diagnósticas de detección del VHC son: Anticuerpos IgG de VHC, que indican exposición en el pasado y Anticuerpos IgM de VHC, que indican que existe una infección actual. Si esta última sale positiva se debe de verificar si el VHC está activo, mediante una prueba confirmatoria llamada PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) (33).

La detección temprana del agente viral les da a los médicos la posibilidad de intervenir terapéuticamente para que el virus no se multiplique.

VIH/SIDA.

Es una enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana, este virus destruye las células de defensa del organismo llamadas “linfocitos cooperadores CD4” que forman parte del sistema inmune, a medida que destruye los linfocitos, las personas infectadas comienzan a contraer infecciones graves, se vuelven inmunodeficientes, a esto se le llama Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (22,34).

Se transmite por contacto sexual (vía oral, vaginal o anal), por compartir equipos punzo venosos, circulación materno-fetal, durante la lactancia y mediante transfusiones sanguíneas (34).

Las personas con mayor riesgo de contraer el VIH son las personas consumidoras de drogas intravenosas y que pueden estar privadas de su libertad que ya presentaban abuso de drogas o al ingreso a la prisión y quienes por falta de información comparten equipos o agujas infectadas, u otro tipo de instrumentos entre los mismos internos (35). Las conductas riesgosas como tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales, prostituirse, para obtener drogas, dinero u otra clase de favores intramuros, es un factor de alto riesgo de contagio para VIH y VHC, junto con el hacinamiento que se vive en las prisiones (36).

En algunos estudios se ha postulado que el VIH es un factor de riesgo para otras enfermedades de transmisión sexual dentro de distintas prisiones (37).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO INTERNACIONAL

En el mundo cerca de 60 millones de personas se han infectado desde que empezó la epidemia y 25 millones han fallecido por causas relacionadas al VIH.- En el 2008 existían 33.4 millones de personas que vivían con VIH, 2.7 millones de nuevas infecciones y 2 millones de defunciones.

Los jóvenes representaron alrededor del 40% de todas las nuevas infecciones por el VIH en adultos (mayores de 15 años) a nivel mundial (38).

África subsahariana es la región que alberga más personas que viven con VIH en el mundo con el 67% y el 91% de todas las nuevas infecciones entre niños (39).

Actualmente existen más de 7000 nuevas infecciones de VIH al día(38), aproximadamente 6,000 se dan en personas de más de 15 años, de las cuales 2,300 son entre los 15 y 24 años y un poco menos de 1000 se dan en niños, siendo el 47% de estas en mujeres y se presentan más en países de ingresos bajos y medios(39).

La epidemia se ha estabilizado en los últimos 10 años con una prevalencia mundial del 0.8% nos refiere la Organización Mundial de las Naciones Unidas contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ONUSIDA) 2011 (38).

En el 2008 en América Latina, el total de nuevas infecciones por el VIH fue de 170 000 y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 2 millones (38).

Según las estimaciones, aproximadamente 77.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA durante el último año (38). Los datos más recientes sugieren que la epidemia se mantiene estable en América Latina con prevalencia del 0,6% siendo el número de infecciones más alto en hombres que en mujeres, debido en gran parte a la predominancia de la transmisión sexual entre hombres, profesionales del sexo y usuarios de drogas (38,40).

La prevalencia de VIH en la población de internos en América Latina supera el 10%(41). En una encuesta de usuarios de cocaína inhalada realizada en Argentina, la infección por el VIH se asoció significativamente con encarcelamiento previo (42).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

México ocupa el segundo lugar en cuanto a número de infecciones después que Brasil y la prevalencia en adultos de 15 a 49 años es del 0.38%. En el 2010 se reporta como una epidemia relativamente estable cuya prevalencia se concentra en 4 poblaciones: personas usuarias de drogas inyectables, relaciones sexuales homosexuales, trabajadores sexuales, y personas transgénero (38).

En los estados de Michoacán y Zacatecas, existe mayor migración a EEUU, más de uno de cada cinco casos de sida ocurren entre personas que residieron en Estados Unidos (43).

Una encuesta de más de 1500 mexicanos que habían pasado un tiempo en Estados Unidos, registró que los inmigrantes tenían más parejas sexuales y consumían más drogas en forma no inyectable que las personas no inmigrantes, aunque los inmigrantes también notificaron tasas más altas de uso de preservativos y de pruebas del VIH (43).

SITUACION ACTUAL DE VIH EN LA CIUDAD DE MEXICO

Los casos de SIDA en México reportados desde 1983-2012 hace un total de 157,529, en la actualidad existen 1,996 casos nuevos reportados en el 2012, con prevalencia del 0.5%.(44). El distrito federal es el estado que reporta mayor número de casos: 24,661 seguido de Estado de México: 17,091 Veracruz: 14,516 Jalisco: 12,105 Puebla: 7,150. Presentándose en un 82.1% de los casos en hombres(44).

Los seropositivos de VIH de 1984 al 2012 fueron de 41,667 y un total de 2,470 casos nuevos en el 2012, con un 73.5% en hombres (44).

EL VIH Y LAS PRISIONES EN MEXICO

El sistema Penitenciario en México los varones, tienen una prevalencia de VIH a escala nacional es 0.5%, pero en las prisiones es 0.7%, la tasa de VIH entre los prisioneros es 5 a 7 veces más de la población general (24).

DIAGNOSTICO

El VIH Se detecta mediante 2 exámenes ELISA e inmunotrasferencia, se realizan en sangre, y ambos deben de ser positivos para confirmar una infección de VIH (45).

En caso de que los exámenes salieran negativos y se detectan factores de riesgo, se deben de repetir en los siguientes 3 meses. Cuando se obtienen exámenes positivos, se debe confirmar con una prueba de inmunoanálisis llamada Western Blot como marca la norma oficial en materia (45).

LA ATENCIÓN MÉDICA Y LAS ADICCIONES EN LAS PRISIONES Y CENTROS DE READAPTACION SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL

VIH; en varios países los principales factores de riesgo son abuso de drogas y hombres que tienen sexo con otros hombres (46).

Los internos se encuentran en riesgo constante de adquirir VIH /VHC debido a su estilo de vida y comportamiento de alto riesgo, dentro o fuera de la prisión (47) aunado a esto, se ven afectados por problemas de salud social imperante, comportamiento ilegal, limitadas oportunidades educativas y abuso indiscriminado de un sin número de sustancias psicoactivas (37).

La población penitenciaria actual en el distrito federal es de 42 mil (49) internos existiendo solo 22,324 celdas para albergar en los 10 centros penitenciarios(48), 7 de cada 10 internos son usuarios de drogas (48) ,obviamente la atención medica que reciben los internos, en las prisiones de la ciudad de México en general, no cumple con los estándares de salud pública. La sobrepoblación y la falta de recursos para resolver problemas básicos de atención médica, el hacinamiento, la higiene, así como el abuso de drogas, se convierte en un coctel peligroso en el que se ven afectados todos, desde el personal que trabaja en los centros penitenciarios hasta las familias que visitan a los internos (49). Tampoco existen campañas de información sobre infecciones de transmisión sexual y abuso de sustancias (48).

Entre los internos, aproximadamente el 50% tiene trastornos mentales, casi el 75% es alcohólico o tiene otros trastornos por abuso de sustancias. Estos necesitan más que simplemente atención médica física. (44,49).

En el sistema penitenciario existen clínicas de adicciones, se encuentran organizadas en cuatro modalidades: Modelo Minnesota (Oceánica), Modelo Claidler (Monte Fénix), comunidades terapéuticas con enfoque cognitivo conductual, Clínicas ambulatorias. Todas estas atendidas por el personal del mismo sistema penitenciario. No toda la población consumidora ingresa aunque es

común que en ocasiones sea obligatorio, por obtención de algún beneficio de reducción de sentencia, al salir del programa un alto índice vuelve a recaer (5).

Tampoco existe un programa constante de detección de Enfermedades de transmisión sexual, la única campaña implementada es un proyecto basado en un convenio en 2008 entre: la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. El Proyecto “Ponte a Prueba”(50).

Este Programa de Atención en VIH se encuentra solo en la Penitenciaría de Santa Martha Acatitla, actualmente se encuentran cerca de 120 internos con VIH, los cuales son atendidos directamente en el interior de la penitenciaría por personal médico del Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México – Clínica Especializada Condesa (44). De febrero de 2009 a agosto de 2011 el Programa ha atendido a 203 personas con infección por VIH privadas de su libertad. Cabe mencionar que este programa también es opcional.

No se realizan pruebas diagnósticas en todas las poblaciones penitenciarias y lo alarmante es que los centros penitenciarios son visitados semanalmente por familiares y 2 veces a la semana por visita conyugal, lo cual se percibe como un asunto de salud pública, ya que afuera se puede incrementar las enfermedades de transmisión sexual (5,49,50).

CONCLUSIONES

En la revisión de este artículo podemos concluir que:

El consumo de drogas entre los internos es alto 7 de cada 10 varones son consumidores de algún tipo de droga, dentro de las prisiones del Sistema Penitenciario, debido a , las condiciones de vida y cautiverio, en las que se encuentran pudiendo ,aumentar el abuso de drogas.

VIH y VHC tienen mayor prevalencia en internos que en la población general y es más frecuente que se asocien a consumo de alguna o varias drogas en varones, que en mujeres internas.

Las condiciones de encierro, hacinamiento, las conductas de alto riesgo, el consumo de drogas, los servicios de salud deficientes, en las poblaciones penitenciarias son factores determinantes, para generar comorbilidad con enfermedades de transmisión sexual y otras patologías psiquiátricas.

En México la salud penitenciaria es un tema árido donde no existen reportes de investigaciones o encuestas hechas en internos mexicanos, sobre el abuso de drogas, formando estos parte importante de la población en número ascendente a 42 mil internos hasta enero del 2013, en donde los programas de adicciones y de VIH y VHC no se aplican a todas las comunidades penitenciarias, no existen programas preventivos sobre el consumo de drogas, se carece de personal de salud especializado, y en donde el riesgo de contagio para la población general, por medio de la visita genera un problema de salud pública.

APORTE

Este artículo de revisión es útil para darnos cuenta de la situación actual, de la Salud Penitenciaria, donde existen problemas de adicciones con alta comorbilidad para VIH y VHC , dentro de las prisiones, siendo este un sector de la población vulnerable ya que no es considerado ni tomado en cuenta para la estadística , pero sin embargo los problemas de salud que hay surgen pueden repercutir en la población en general ,debido a que no se llevan a cabo registros, campañas preventivas, mucho menos existen programas continuos de detección , tratamiento y pos -tratamiento al salir de la reclusión.

Se espera generar interés sobre este tema para futuras investigaciones, encuestas en las prisiones, para que se puedan diseñar políticas funcionales para prevenir y tratar el consumo de drogas, prevenir infecciones de trasmisión sexual, capacitar al personal de salud y los servicios que se brinden en dichos centros y con ello brindar mejor calidad de vida y salud para los internos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero aprovechar estas líneas para agradecer a Centros de Integración Juvenil A.C. a su personal administrativo, técnico y a todos mis profesores, por apoyarme a lo largo de la Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones por las facilidades que me brindaron para la culminación de esta especialidad, a todos mis compañeros por su apoyo y amistad.

Gracias muy en especial, a la Dra. Luisa Piedad Manrique Carmona, por su asesoría, por la entrega en mi aprendizaje, por compartir su sabiduría y por impulsarme a ser cada día mejor, por su valiosa revisión y las sugerencias que hizo acerca de este trabajo, lo cual ayudó a mejorar su calidad.

“Del hablador he aprendido a callar; del intolerante, a ser indulgente, y del malévolo a tratar a los demás con amabilidad”.....

Y hoy sé que tengo nuevos conocimientos, y herramientas para forjar una nueva meta.

Gracias. . . Karla Álvarez .

REFERENCIAS

- 1.-Volkow y H. Schelbert. Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) Publicación; julio del 2010 01-4180.
- 2.- Azarkar Z, Sharifzadeh G, Miraki MA. Prevalencia de VIH, Hepatitis B y C en prisonned personas en Birjand. J Birjand Univ Med Sci.2007; 14(2):50–6.
- 3.- College de Londres. Mundo breve, prisiones en África. Londres ,7 de julio de 2011.
- 4.- Dolan K, B Cometa, Negro E, Aceijas C, Stimson GV.VIH en prisión en países de ingresos bajos y medianos ingresos. Lancet esquema infecto logia, PubMed 2007; 37,711 7: 32–41.
- 5.- Rodríguez García C. El perfil criminológico, diagnóstico de salud y el modelo de atención del VIH SIDA en el sistema penitenciario del Distrito Federal. Primer Seminario Internacional en Salud Penitenciaria, 5 de agosto de 2011.
- 6.- Cevallos Coppel J. La importancia del tratamiento de las adicciones de las personas en reclusión, Programa Oceánica. Conferencia Primer Seminario Internacional en Salud Penitenciaria, 2 de agosto de 2011.
- 7.-Adjei A, Armah HB, Gbagbo F, Ampofo WK, Boamah I, Adu-Gyamfi. Correlatos de infecciones de VIH, VHB y VHC, sífilis entre los reclusos y funcionarios en Ghana. PubMed 2008; 8-33.
- 8.- Hernández DJ, Sánchez HS. Investigación con 108 usuarios de heroína en la ciudad de Tijuana. Centros de Integración Juvenil. México DF, 1985. Documento mimeografiado.
- 9.-Organización Mundial de la Salud (OMS) CIE10. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access Progress report 2011. 10 edition ,2011.
- 10.- Álamo López C, Muñoz F, Rubio Avances en drogodependencias. Las palmas de gran canarias Gafos, SL; 2008; 23-39
- 11.-Lorenzo Fernández P, Ladero Quezada J, Leza Cerro C.Drogodependencias.3ed .Argentina Buenos Aires; Panamericana, 2009; 1-24.

- 12.- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NIDA. ¿Quién corre riesgo de infectarse con el VIH y cómo se convierte el VIH en SIDA? .Department of Health and Human Services. National Institutes of Health Modificado de Publicación No. 01-4180(S), United States: julio del 2010.
- 13- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas de salud mundial 2011 64.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra Suiza 16 - 24 de mayo de 2011.
- 14.- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).Informe Mundial sobre las Drogas 2012.Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias, Malta Junio de 2012.
- 15.- Organización Mundial de la Salud /Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONUSIDA. Situación de la epidemia de sida 2009. Ginebra Suiza 2009–2011.
- 16.- Cumsille F. Situación Actual del Uso de Drogas en América. OID/CICAD 2011 Buenos Aires, Argentina. 2,4 de noviembre del 2011.
- 17.- Organización de Estados Americanos (OEA) / Comisión Interamericana Para el control del abuso de drogas (CICAD). Las américas y desafíos, futuros .Informe Naciones Unidas, 2011; 1908/1128 octubre 2011.
- 18.-Oropeza Abundes C, Nagore Cázares G. Encuesta Nacionales de Adicciones, 2008 Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Primera edición, 2009
- 19.- Villatoro Velázquez, Medina Mora ME, Feliz Bautista C, Téllez Rojo MM, Mendoza Alvarado LR, Romero Martínez et al .Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud Reporte de Drogas, 2012.
- 20.- Ortiz, Martínez, Meza. Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID) L. Salud Pública Méx 2010; Vol. 39(1):61-68.
- 21.- Lancet D. Salud de prisión: una amenaza o una oportunidad. PubMed 2005; 366 -370.
- 22.-Fauci A, Braunwald E ,Kasper D, Hauser S ,Longo D, Jameson L ,et al. Harrison Manual de Medicina .17 edition.México: Mc Graw Hill, 2010:600-615, 854- 868.

23. –Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Epidemiología Básica. Washington: Oficina Panamericana de la Salud, 2010.
- 24.- Memom, MI, MA. Hepatitis C,an epidemiological review. J Viral Hepat, 2005; 9:84-100.
- 25.- Sepúlveda J, Fineberg H, Mann J. SIDA Su prevención a través de la educación.Una perspectiva mundial. Información Profesional Especializada. México: Editorial Manuel Madero, 1993.
- 26.-Barros H, Ramos E, De Lucas R. Un estudio de VIH y VHC entre las reclusas en Portugal. PubMed Eur J.2008; 16(3): 116–20.
- 27.- Toibaro JJ et al. Infecciones de transmisión sexual en personas transgenero y otras identidades sexuales. PubMed 2008; 16(9) 19-36.
- 28.-Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas. Hepatitis c Nota descriptiva N°164 Julio de 2012.
- 29.- Alarcón Villaverde J. Modos de transmisión del VIH en América Latina; resultados de la aplicación del modelo.Washington, DC, Pan American Health Organization 2009.
- 30.- Burguete García A, Conde González J, Jiménez Méndez R, Juárez Díaz, Meda Monzón E. Seroprevalencia de la hepatitis C en adultos de México. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(1):7-12.
- 31.- Spaulding A, Brzozowski AK,Rhodes W,Hammett T. VIH/SIDA entre los reclusos de Estados Unidos. PubMed ,2009;4(11): 45-58.
- 32.- Conde González C, Torres Poveda K, Madrid Marina V, .Hepatitis virales Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(1):4-6
- 33.-Organización Panamericana de la salud (OPS). Salud en las Américas reporte 2012.edicion 2012: vol: regional N 'capitulo1-3.
- 34.-. Ghanbarzadeh N, Najafi M. Un estudio de VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre las reclusas en Birjand. J Birjand Univ Med Sci.2006;13: 69–75.
- 35.- Rich JD, Hou JC, Charuvastra A, Towe CW, Lally M, Spaulding A, et al. Factores de riesgo para sífilis entre las mujeres encarceladas en Rhode Island. PubMed.2007; 15(11).

- 36.- Passadouro R. Infecciones de prevalencia y factores de riesgo debido al VIH, Hepatitis B y C en un establecimiento penitenciario en Leiria. PubMed 2007; 17(5): 381–4.
- 37.-Lawrence O, Cori Vanchieri G, Papa A. Comité del Instituto de Medicina en consideraciones éticas para las revisiones de DHHS regulaciones para la protección de los presos implicados en la investigación.Washington (DC): National Academies Press (nos); 2007.
- 38.- Baillargeon J, Williams B, Mellow J, et al. Revocación de la libertad condicional entre los reclusos con psiquiátricos y trastornos de consumo de sustancias. PubMed.2009;60: 1516–1521.
39. - Adelekan ML, Lawal RA. Drug use and HIV infection in Nigeria: a review of recent findings. African Journal of Drug & Alcohol Studies 2006; 5(2):118–129.
40. - Bastos FI et al. AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. International Journal of Epidemiology, 2008 37(4):729–737.
- 41.- Weinbaum Sabin M, Santibáñez S. Hepatitis B, hepatitis C y VIH en las poblaciones penitenciarias: una revisión de la epidemiología y prevención. SIDA. Pub Med 2005; 19, 3, 41–6.
42. - Rossi D et al. Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina. Saúde Pública, 2008 24(5):965–974.
- 43.- Strathdee SA, Magis Rodriguez C. Mexico's evolving HIV epidemic. Journal of the American Medical Association, 2008 300(5):571–573.
- 44.- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA .Resumen de la Vigilancia Epidemiológica del Registro Nacional de Casos SIDA al 30 de Junio del 2012. SUIVE/DGE/SS.
- 45.- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010.Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana .DOF: 10/11/2010.
- 46.- Maruschak L. VIH en las prisiones, 2008. Informe. Departamento de justicia, Oficina de estadísticas de justicia, Washington, DC 2008 NCJ-222179.
- 47.- T de Butler, Boonwaat L, S del Granizo, Falconer T, Lems P, Ginley T, et al. La conducta de virus y riesgo transmitida por la sangre de los participantes de prisión australiana de la encuesta 2004. PubMed J.2007; 31(1): 44/50.

48.-Secretaria de Seguridad Pública /Subsecretaria del Sistema penitenciario. Comisión Especial de Reclusorios de la Asamblea Legislativa. México DF 28 de enero de 2013.

49.- Instituto Nacional de salud Pública. Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas.Salud Pública Méx 2012; Vol. 54(6):571-578

50.-Clinica Especializada Condesa. Educación y Entrenamiento sobre el SIDA. Centro de Ciencias de Salud de la Universidad de Nuevo México 2008.