

¿Cuáles son las necesidades de prevención del VIH de los usuarios de cocaína crack?

Preparado por Margaret Weeks PhD, Instituto para Investigaciones Comunitarias y Pamela DeCarlo, CAPS

Hoja de Dato 66 - Enero 2010

¿Constituye la cocaína crack un problema?

Sí. Aunque muchas personas creen que la cocaína crack es una droga de los años 80s, todavía se encuentra en nuestro medio. La prevención del VIH se ha concentrado tradicionalmente en el uso de drogas inyectables (UDI) y de otros estimulantes como la metanfetamina. Sin embargo, muchas personas usan más de una droga y pueden usarlas de diferentes maneras, por ejemplo, fuman crack y se inyectan heroína. El uso de cocaína crack sola y junto con otras drogas acarrea un riesgo real de transmitir y contraer la infección por el VIH.

La cocaína crack es una droga estimulante potentemente adictiva. Es un cristal de roca, que se puede fumar o disolver e inyectar. Es relativamente barata y se consigue con facilidad en la calle, sobre todo, en las zonas urbanas de bajos ingresos. Es sumamente adictiva y sus efectos son pasajeros (unos 5 minutos), lo que hace necesario usar más para mantener la estimulación.

En estudios recientes de varios usuarios de crack se observan altas tasas de infección por el VIH. En Harlem, NY, 23,9% de los usuarios y vendedores de crack eran VIH+;¹ en Los Ángeles, CA, 24% de los HSH de edad madura con bajos ingresos eran VIH+;² y 22,4% de las trabajadoras sexuales de la calle en Miami, FL eran VIH+.³

Las lesiones y abrasiones relacionadas con esas infecciones aumentan las oportunidades de infección por el VIH, particularmente durante las relaciones sexuales repetidas o pro-longadas, que son comunes en los usuarios de crack.⁸

La cocaína crack suele fumarse en pipas de fabricación casera en las que se usa una pipeta (un tubo de vidrio) o una antena de automóvil rota como boquilla. Estas pipas de crack pueden causar cortadas y quemaduras en los labios, lo cual guarda relación con la transmisión del VIH.⁹ No se sabe si eso se debe al uso compartido de pipas entre usuarios o a la transmisión sexual durante el coito oral. Algunas investigaciones muestran un posible riesgo de transmisión de neumonía y tuberculosis por el uso compartido de pipas de crack.¹⁰

¿Cómo afecta la cocaína crack a las personas VIH+?

¿Quién usa crack?

Si bien el uso de crack puede variar por región geográfica según la raza, la edad y la orientación sexual, la mayor parte del uso de crack se concentra en las comunidades del corazón de las ciudades, que son pobres y desfavorecidas y tienen acceso limitado a muchos servicios. Esos son los mismos barrios con altas tasas de desempleo, falta de vivienda, violencia, abuso de sustancias adictivas, infección por el VIH, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y otros riesgos. No obstante, algunos usuarios de crack no se ajustan a estas características y aún están expuestos a un riesgo muy alto de tener consecuencias desfavorables para la salud por causa del uso de crack.

¿Cómo afecta el uso de crack el riesgo de contraer el VIH?

El riesgo de contraer VIH y otras ETS puede variar según el grado de uso de crack y de adicción a esa droga. La estimulación pasajera causada por la cocaína crack y su naturaleza adictiva pueden crear un ciclo compulsivo en que los usuarios agotan sus recursos rápidamente y recurren a otras formas de obtención de la droga, incluso a intercambio de relaciones sexuales por dinero o por drogas (como por una "piedra" de crack).⁴ El intercambio de relaciones sexuales en esas circunstancias a menudo crea situaciones extremadamente arriesgadas que pueden incluir un gran número de parejas sexuales, relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas y violencia. Este ambiente dificulta la adopción de patrones de comportamiento más seguros y contribuye al uso irregular de preservativos.^{5,6} En un estudio, la infección por el VIH guardó relación con el hábito de fumar crack a diario e intensivamente que tenían las mujeres dedicadas a actividades sexuales de supervivencia.^{5,7}

El uso de crack también guarda relación con tasas muy altas de incidencia de otras ETS, incluso de sífilis, gonorrea y clamidia.

El uso de crack afecta a las personas VIH+ en muchos aspectos, a saber, biológico, social y conductual. En el aspecto biológico, el uso de crack puede acelerar la evolución de la enfermedad causada por el VIH.¹¹ En un estudio se descubrió que los usuarios persistentes de crack tenían tres veces más posibilidades de morir de causas relacionadas con el SIDA de quienes no eran usuarios.¹²

En el aspecto social, la mayoría de los usuarios de crack que son VIH+ viven en comunidades desfavorecidas y pobres. Los usuarios de crack VIH+ tienen menos posibilidades que las personas VIH+ que no son usuarias de tener acceso a servicios médicos básicos y muy probablemente nunca han recibido atención primaria para la infección por el VIH.¹³ Presentan menos posibilidades de tener un proveedor regular de atención de salud y de comenzar a recibir atención y tratamiento médicos.¹⁴

En el aspecto conductual, los usuarios de crack tienen bajas tasas de observancia del tratamiento por el VIH una vez que lo han iniciado.¹⁵ Además, los usuarios de crack que son VIH+ tienen más posibilidades que las personas VIH+ que no son usuarias de seguir teniendo patrones de comportamiento sexual de alto riesgo con parejas sexuales VIH-, o cuyo estado de infección por el VIH se desconoce, después de enterarse de su estado de infección por ese virus.¹³

¿Qué medidas se han tomado?

El proyecto de la Sociedad para la Prevención de Riesgos (Risk Avoidance Partnership - RAP) en Hartford, CT, adiestró a UDIs y usuarios de crack para realizar una intervención de prevención del VIH, la hepatitis y las ETS entre usuarios de drogas dentro y fuera de sus redes. Los Compañeros Promotores de Salud recibieron adiestramiento para adquirir aptitudes de reducción de riesgos, promoción de la salud y comunicación y reconocer la importancia de la defensa de la causa de la salud. Los usuarios de crack en la RAP ayudaron a diseñar "paquetes de crack" especiales que distribuyeron

para fomentar el uso de boquillas de caucho en las pipas de crack. Los paquetes también contenían preservativos masculinos y femeninos y “protectores dentales” (hojas planas de látex para uso durante el coito oral con mujeres). Los participantes en el estudio notificaron una importante reducción del riesgo.¹⁶

Con un modelo de reducción del daño, un programa de intercambio de agujas en Ottawa, Canadá, distribuye paquetes de seguridad a los usuarios de crack para reducir el riesgo de cortadas y quemaduras y la posibilidad de transmisión por el uso compartido de pipas de crack y para disminuir el uso compartido de agujas. Los paquetes incluyen tubos delgados de vidrio, boquillas de caucho, protectores de bronce, palillos de madera, crema protectora labial y goma de mascar. Los receptores informaron sobre un menor número de inyecciones y un menor uso compartido de pipas.^{10, 17}

El proyecto JEWEL de enseñanza de joyería para el empoderamiento de la vida de la mujer se centró en el empoderamiento económico y la prevención de la infección por el VIH entre las usuarias de crack dedicadas a la prostitución en Baltimore, MD. La intervención constó de seis sesiones de 2 horas en las cuales se impartieron enseñanzas de prevención de la infección por el VIH y fabricación, comercialización y venta de joyas. Las participantes redujeron mucho el comercio de drogas o el intercambio de dinero por relaciones sexuales, el número de parejas para el intercambio sexual y el uso diario de crack.¹⁸

En dos ensayos de intervención separados se comparó una intervención normal de prevención del VIH del Instituto Nacional de Abuso de Drogas, con varias intervenciones dentro de un marco cultural específico concentradas en mujeres afroestadounidenses usuarias de cocaína crack. Las participantes en las intervenciones dentro de un marco cultural específico notificaron más reducciones de los patrones de comportamiento sexual de riesgo,¹⁹ así como cambios en su situación de empleo y de vivienda.²⁰

¿Qué queda por hacer?

Si bien todavía no hay tratamiento médico para el abuso y la dependencia de crack ni de cocaína, se ha demostrado la eficacia de varios tratamientos conductuales para ayudar a las personas a iniciar la abstinencia y a evitar la recaída en el uso de cocaína. Esto incluye el manejo de situaciones imprevistas, la psicoterapia cognitiva conductual y las entrevistas de motivación.²¹ En la actualidad, el tratamiento disponible para la dependencia de la cocaína crack tiende a limitarse a programas de 12 pasos, que presentan pocas pruebas de eficacia. Se necesita trabajar más en la creación y la prueba de tratamientos conductuales y médicos eficaces.

Las leyes federales sobre imposición de sentencias actualmente estipulan castigos mucho más severos por el uso de cocaína crack que por el de cocaína en polvo.²² En una proporción de 100:1, una persona que vende una pequeña cantidad de crack recibe la misma sentencia que otra que vende una cantidad de cocaína en polvo 100 veces mayor que la primera, lo cual da como resultado el hacinamiento de las cárceles con infractores de bajo nivel social, predominantemente afroestadounidenses. Los activistas y legisladores trabajan por cambiar la ley, con efectos retroactivos a la población encarcelada actualmente.²³

Los usuarios de crack enfrentan una variedad de barreras para mantenerse sanos, y los programas necesitan tener un enfoque de prevención más integral.²⁴ Los usuarios de crack a menudo necesitan servicios básicos, como cuidado infantil, albergue seguro, seguridad alimentaria, atención de las necesidades básicas y tratamiento del abuso de sustancias antes de que puedan pensar en la prevención del VIH.²⁵ Las intervenciones deben abordar estas necesidades básicas para la supervivencia, así como la educación, el empleo, la vivienda y la capacitación para el empleo.

¿Quién lo dice?

1. Davis WR, Johnson BD, Randolph D, et al. Risks for HIV infection among users and sellers of crack, powder cocaine and heroin in central Harlem: Implications for interventions. *AIDS Care*. 2006;18:158-165.
2. Ober A, Shoptaw S, Wang PC, et al. Factors associated with event-level stimulant use during sex in a sample of older, low-income men who have sex with men in Los Angeles. *Drug & Alcohol Dependence*. 2009;102:123-129.
3. Inciardi JA, Surratt HL, Kurtz SP. HIV, HBV, and HCV infections among drug-involved, inner-city, street sex workers in Miami, Florida. *AIDS and Behavior*. 2006;10:139-147.
4. Edwards JM, Halpern CT, Wechsberg W. Correlates of exchanging sex for drugs or money among women who use crack cocaine. *AIDS Education and Prevention*. 2006;18:420-429.
5. Sharpe TT. *Behind the eight-ball: Sex for crack cocaine exchange and poor Black women*. Taylor and Francis, New York. 2005
6. Sterk CE, Elifson KW, Theall KP. Individual action and community context: The health intervention project. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;32:S177-S181.
7. Shannon K, Bright V, Gibson K, et al. Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in survival sex work in Vancouver, Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2007;98:465-469.
8. Miller M, Liao Y, Wagner M, et al. HIV, the clustering of sexually transmitted infections, and sex risk among African American women who use drugs. *Sexually Transmitted Diseases*. 2008;35:696-702.
9. Theall KP, Sterk CE, Elifson KW, et al. Factors

- associated with positive HIV serostatus among women who use drugs: continued evidence for expanding factors of influence. *Public Health Reports*. 2003;118:415-424.
10. Johnson J, Malchy L, Mulvogue T, et al. Lessons learned from the SCORE project: A document to support outreach and education related to safer crack use. June 2008. http://nexus.ubc.ca/documents/Newsletters/SCORE_Report_FINAL.PDF
 11. Baum MK, Rafie C, Lai S, et al. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. *Journal of AIDS*. 2009;50:93-99.
 12. Cook JA, Burke-Miller JK, Cohen MH, et al. Crack cocaine, disease progression, and mortality in a multicenter cohort of HIV-1 positive women. *AIDS*. 2008; 22:1355-1363.
 13. Metsch LR, Bell C, Pereyra M, et al. Hospitalized HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *American Journal of Public Health*. 2009;99:1045-1049.
 14. Cunningham CO, Sohler NL, Berg KM, et al. Type of substance use and access to HIV-related health care. *AIDS Patient Care and STDs*. 2006; 20:399-407.
 15. Moss AR, Hahn JA, Perry S, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy in the homeless population in San Francisco: a prospective study. *Clinical Infectious Diseases*. 2004;39:1190-1198.
 16. Weeks MR, Li J, Dickson-Gomez J, et al. Outcomes of a peer HIV prevention program with injection drug and crack users: the Risk Avoidance Partnership. *Substance Use & Misuse*. 2009;44:253-281.
 17. Leonard L, DeRubeis E, Pelude L, et al. "I inject less as I have easier access to pipes" Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking

resources are distributed. *Int'l Journal of Drug Policy*. 2008; 19:255-264.

18. Sherman SG, German D, Cheng Y, et al. The evaluation of the JEWEL projects: An innovative economic enhancement and HIV prevention intervention study targeting drug using women involved in prostitution. *AIDS Care*. 2006;18:1-11.
19. Sterk CE, Theall KP, Elifson KW, et al. HIV risk reduction among African-American women who inject drugs: a randomized controlled trial. *AIDS and Behavior*. 2003;7:73-86.
20. Wechsberg WM, Lam WK, Zule WA, et al. Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. *American Journal of Public Health*. 2004;94:1165-1173.
21. National Institute on Drug Abuse. Research Report Series. Cocaine: Abuse and Addiction. May 2009. www.drugabuse.gov/PDF/RRCocaine.pdf
22. Sentencing. Stiff sentence for HIV+ crack user affirmed on appeal. *AIDS Policy & Law*. 2007;22:8.
23. Emery T. Will crack-cocaine sentencing reform help current cons? *Time Magazine*. August 7, 2009. www.time.com/time/nation/article/0,8599,1915131,00.html
24. Schlabig Williams J. Researchers adapt HIV risk prevention program for African-American women. *NIDA Notes*. April 2004. www.drugabuse.gov/NIDA_notes/NNvol19N1/Researchers.html
25. MacMaster SA. Social service delivery preferences among African American women who use crack cocaine: What women say they need before they can be open to HIV prevention services? *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2006;5:161-179.