

¿qué necesitan los usuarios de drogas en la prevención del VIH?

¿están los usuarios de drogas que no se inyectan a riesgo de infectarse?

Si. A pesar del alto riesgo de transmisión del VIH al compartir jeringas, la relación que existe entre el VIH y el uso de drogas va mucho más allá del tema de las jeringas. Las personas adictas al alcohol, al "speed" y a la cocaína-crack, los "poppers" o cualquier otra droga no inyectada, están más propensas que aquellos que no usan drogas a ser portadores del VIH y a convertirse en seropositivos. Aún aquellos personas que no usan drogas intravenosas están más propensas a participar en actividades sexuales de alto riesgo.¹

Muchos de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) primordialmente usan otras drogas no inyectadas. Cuando un UDI porta el VIH, compartir jeringas puede ser el factor de mayor riesgo, pero el uso de drogas no inyectadas, puede además propiciar conductas de riesgo. Por ejemplo, en un estudio de clientes en programas de tratamiento con "Methadone" que presentaban conductas de alto riesgo, se descubrió que los de mayor riesgo de infectarse con el VIH eran los que usaban cocaína-crack.²

Al hacer una encuesta a heterosexuales en programas de tratamiento de alcohol en San Francisco, CA se encontraron tasas de infección del 3% entre hombres no UDIs y no homosexuales y del 4% entre mujeres no UDIs. Estas tasas resultan considerablemente altas en comparación con otra encuesta a una población similar en la que los resultados fueron del 0.5% entre hombres y el 0.2% entre mujeres.³

Un estudio realizado a hombres homosexuales de la ciudad de Boston, MA encontró una estrecha relación entre el uso de inhalantes o "poppers" y la infección del VIH. Los hombres que tuvieron sexo anal bajo los efectos del inhalante estaban 4.2 veces más propensos a ser VIH positivos que los que no estaban bajo estos efectos al tener sexo anal.⁴

La cocaína-crack siempre ha estado estrechamente ligada con la transmisión del VIH. Al realizarse un estudio entre jóvenes adultos de 3 vecindarios urbanos que fumaban crack y que nunca se habían inyectado drogas, se obtuvieron tasas de infección del 15.7%. Los más propensos a tener la infección eran las mujeres que habían accedido a tener sexo sin protección a cambio de drogas o dinero y los hombres que tuvieron sexo anal con otros.⁵

¿por qué están a mayor riesgo?

Probablemente sean múltiples las razones por las que el riesgo a contraer el VIH sea mayor entre las personas que usan o abusan de las drogas. Estas razones varían mucho y dependen del tipo de drogas y el ambiente que les rodea. Por ejemplo, es posible que aquellos que usan crack experimenten diferentes niveles de riesgo que los que abusan del alcohol. Entre los usuarios de drogas no inyectadas, contraer el VIH no ocurre a causa del solo hecho de usar drogas sino por tener sexo sin protección.

Recientemente, los observadores han encontrado un asociación entre la infección del VIH, el uso intenso del crack, y la práctica del sexo oral sin protección entre las prostitutas. Esto puede ser atribuido a la poca higiene bucal y al daño que sufre la boca al usar las pipas en las que fuman crack, a la alta frecuencia del sexo oral y al uso inconsistente del condón.⁶

En San Francisco, CA, los hombres homosexuales que abusan de las drogas identificaron una serie de factores que les dificultaba las relaciones sexuales seguras, entre ellas: la desinhibición percibida ocasionada por el alcohol u otras drogas, la adquisición de los patrones existentes que relacionan al sexo con las drogas (especialmente entre las anfetaminas y el sexo anal), la baja auto-estima, la falta de seguridad y la falta de poder (percibida).⁷

Se cree que el hecho de tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas es lo que les expone a riesgo de contraer el VIH. Cabe mencionar que el riesgo se hace aún más latente cuando ocurren relaciones sexuales mixtas dentro de estos grupos.⁸ La mayoría de las personas que participan en programas de tratamiento de drogas o de alcohol escogen parejas sexuales que pertenecen al mismo círculo. Estas pueden ser personas que se han inyectado, han intercambiado sexo por drogas o dinero, que han sido víctimas de algún trauma, o han estado en la cárcel. Estas poblaciones pueden poseer tasas de VIH mucho más altas, acrecentando así las posibilidades de transmisión del virus.

Quién lo dice?

1. Leigh BC, Stall R. Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV. *American Psychologist*. 1993;48:1035-1045.

2. Grella CE, Anglin MD, Wugalter SE. Cocaine and crack use and HIV risk behaviors among high-risk methadone maintenance clients. *Drug and Alcohol Dependence*. 1995;37:15-21.

3. Avins AL, Woods WJ, Lindan CP, et al. HIV infection and risk behaviors among heterosexuals in alcohol treatment programs. *Journal of the American Medical Association*. 1994;271:515-518.

4. Seage GR, Mayer KH, Horsburgh CR, et al. The relation between nitrite inhalants, unprotective receptive anal intercourse, and the risk of human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Epidemiology*. 1992;135:1-11.

5. Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, et al. Intersecting epidemics - crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. *New England Journal of Medicine*. 1994;331:1422-1427.

6. Wallace JL, Bloch D, Whitmore R, et al. Fellatio is a significant risk activity for acquiring AIDS in New York City street walking sex workers. Presented at the Eleventh International Conference on AIDS, Vancouver BC; 1996. Abs #Tu.C.2673.

7. Paul JP, Stall R, Davis F. Sexual risk for HIV transmission among gay/bisexual men in substance-abuse treatment. *AIDS Education and Prevention*. 1993;5:11-24.

¿cuáles son los obstáculos?

Para la cultura de la sociedad Americana, el sexo y las drogas van de la mano. Para muchas personas homosexuales, o no, el método más eficaz para hacer amistades es en los bares o cantinas. Hace falta la conversación franca y abierta acerca de la homosexualidad en las escuelas, hogares y en el medio noticioso. Esta falta de comunicación puede ocasionar una mayor inhibición frente a la sexualidad las cuales se liberan al usar drogas o alcohol.

Muchas veces, las metas de prevención del VIH y de los programas de tratamiento de drogas son contradictorias. Muchos de estos programas creen que los participantes deben cortar las drogas al unísono, el programa de los 12 pasos está a favor de la abstinencia sexual durante la etapa rehabilitadora. Por otro lado, muchos programas de prevención cuyo objetivo es el de promover la reducción del riesgo por medio del sexo seguro, advierten que hay posibilidades de una recaída. Es posible que estos conceptos contradictorios sean un obstáculo al tratar integrar las intervenciones de prevención del VIH en los programas para el tratamiento de drogas.

¿qué se está haciendo?

El programa "New Leaf" (previamente conocido como "18th Street Services") en San Francisco, CA, ofrece programas de rehabilitación a hombres bisexuales y homosexuales y un componente sobre el sexo seguro. Al evaluar este estudio se encontró poca diferencia entre aquellos que recibieron la parte del sexo seguro y los que recibieron solo la rehabilitación, aunque en ambos grupos se observó una reducción en el nivel de riesgo sexual.⁹ Reclutar y mantener a los clientes en rehabilitación se puede considerar como un método efectivo en las tareas de prevención; agregar un componente sobre sexo seguro puede ayudar un poco más.

Algunos programas ofrecen información sobre sexo seguro sin tomar en cuenta el uso de las drogas. En "Juegos, Sexo y Videos", un programa para enfermos mentales desamparados de la ciudad de Nueva York, los hombres sugirieron pegar un condon en las pipas, esto les ayuda recordar a usar el condón aún cuando los encuentros sexuales son a menudo rápidos y en público. Estos también compiten entre ellos para ver quien le pone un condón a una banana más rápido (sin romperlo) lo cual les enseña a usar el condón en situaciones comprometidas. El programa les permite tratar temas sexuales sin ser juzgados por ello, reduciendo en gran parte las conductas sexuales de alto riesgo.¹⁰

Muchos usuarios de drogas reciben el tratamiento después de haber sido arrestados, entonces se les ofrece como alternativa al ir a la cárcel o mientras están en la prisión. El sistema correccional de Delaware ha instituido un programa Terapéutico Comunitario (TC) dentro de las cárceles y otro para los que están bajo libertad condicional. Este programa residencial en el que no se permiten drogas incluye: rehabilitación, educación en grupo impartida por miembros del grupo en cuestión, consejería y servicios sociales. Los participantes resultaron estar menos propensos a tener una recaída o a quedar arrestados nuevamente, además de reportar bajos niveles de conductas de riesgo.¹¹

¿que queda por hacer?

Los programas diseñados en base al género son necesarios, especialmente los que tratan las necesidades de la mujer usuaria de drogas. La mujer más que el hombre, es más vulnerable al daño físico ocasionado por el alcohol y a eventos traumáticos asociados con el uso de sustancias o drogas.¹² Otros de los programas necesarios son los que cumplen con las necesidades de la población homosexual (hombre y/o mujer).

Los programas de prevención para los usuarios de drogas requieren ser integrados en los servicios existentes. Las agencias que proveen tratamiento y los reclusorios necesitan entrenamiento y la autoridad para exigir que la prevención del VIH forme parte de sus programas. Las agencias que financian estos programas deberán incrementar los fondos y exigir la extensión de los programas de rehabilitación e incluir la prevención del VIH.

Los programas preventivos no deben partir de las causantes, es decir, que no es necesario que los programas se basen en la creencia de que el abuso de las drogas conlleva a conductas de alto riesgo.¹³ Un programa de prevención completo y eficaz utiliza múltiples elementos para proteger a la mayor cantidad de personas a riesgo posible. Es urgente implementar programas para los usuarios de drogas debido a la alta incidencia en el VIH y a las conductas de alto riesgo.

PREPARADO POR RON STALL, PhD, ROBERT FULLILOVE, EDD, TRADUCCIÓN ROMY BENARD-RODRÍGUEZ

8. Renton A, Whitaker L, Ison C, et al. Estimating the sexual mixing patterns in the general population from those in people acquiring gonorrhoea infection: theoretical foundation and empirical findings. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1995;49:205-213.

9. Stall RD, Paul JP, Barrett DC, et al. Substance abuse treatment lowers sexual risk among gay male substance abusers. Presented at Eleventh International Conference on AIDS, Vancouver, BC; 1996. Abs #We.C.3490. Contact: Ron Stall, 415/597-9155.

10. Susser E, Valencia E, Torres J. Sex, games and videotapes: an HIV-prevention intervention for men who are homeless and mentally ill. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1994;17:31-40. Contact: Ezra Susser, 212/960-5763.

11. Martin SS, Butzin CA, Inciardi JA. Assessment of a multistage therapeutic community for drug-involved offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1995;27:109-116. Contact: Steve Martin, 302/831-2091-fax.

12. el-Guebaly N. Alcohol and polysubstance abuse among women. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1995;40:73-79.

13. Stall R, Leigh B. Understanding the relationship between drug or alcohol use and high risk sexual activity for HIV transmission: where do we go from here? *Addiction*. 1994;89:131-134.