

¿qué necesitan los usuarios de drogas inyectables (UDI) para evitar el VIH?

¿corren riesgo los UDI?

Sí. El uso de drogas inyectables representa casi la tercera parte (el 36%) de los casos acumulados de SIDA en EE.UU. Estos casos incluyen usuarios/as de drogas inyectables (UDI), sus parejas sexuales y los hijos nacidos de estas parejas.¹

Los afroamericanos y los latinos están desproporcionadamente afectados por el SIDA asociado al UDI. En el año 2000, de los casos de SIDA asociados al UDI, el 26% eran afroamericanos, el 31% latinos y el 19% caucásicos.¹ Las mujeres también han sido afectadas en forma desproporcionada. En general, el 62% de los casos de SIDA entre mujeres se han atribuido a los UDI y al sexo con parejas UDI, en comparación con el 34% de los casos masculinos.²

Las personas UDI corren un riesgo aun mayor de contraer otras enfermedades graves vinculadas al uso de drogas, entre ellas la hepatitis C y la sobredosis; y constituyen el 60% de las infecciones de hepatitis C en EE.UU.³ Las tasas de infección por hepatitis C entre jóvenes UDI son de 4 a 100 veces mayores que las tasas de infección por VIH.⁴ La sobredosis de drogas es una de las principales causas de muerte entre los usuarios de heroína, incluso en áreas con altas tasas de UDI con VIH.⁵

¿qué pone a los UDI en riesgo?

El uso compartido de equipos para inyectarse (jeringas, cucharas u otros recipientes para cocinar drogas, agua, algodón, etc.) o para dividir las drogas es un factor de alto riesgo para los UDI.⁶ Los UDI comparten sus equipos principalmente por la falta de disponibilidad de agujas y jeringas o por falta de dinero para comprarlas.

La actividad sexual sin protección con una pareja VIH+ es otro factor de alto riesgo para los UDI, especialmente para los hombres que tienen sexo con hombres, para las mujeres UDI que intercambian el sexo por dinero y para las mujeres con una pareja UDI.⁷ El riesgo varía según el tipo de droga; por ejemplo, el speed ("arranque" o metanfetaminas) aumenta el deseo sexual y se ha comprobado que lleva a la falta de protección durante el acto sexual.⁸

Muchos UDI tienen que lidiar con una multitud de riesgos médicos debido a factores sociales, económicos y psicológicos. En la vida diaria, la prevención del VIH podría quedar en segundo plano, pues ellos se enfrentan con otros problemas más apremiantes como la adicción, pobreza, encarcelamiento, falta de hogar, estigma, depresión, enfermedad mental y antecedentes de trauma.⁹

¿y el tratamiento para dejar las drogas?

Dejar las drogas con la ayuda de un programa de tratamiento para personas adictas puede ser una intervención eficaz en la prevención del VIH. Sin embargo, en la actualidad sólo un 15% de los UDI reciben algún tratamiento y no existe tratamiento médico contra la adicción a la metanfetamina.

No es suficiente ampliar el número y la calidad de los programas para dejar las drogas. La drogodependencia es una enfermedad crónica que implica recaídas. Algunos usuarios de drogas se niegan a buscar tratamiento y muchos de aquellos que lo buscan se encuentran con servicios escasos o incosteables. Además, la mayoría de las personas que reciben tratamiento para dejar las drogas reinciden varias veces antes de dejarlas definitivamente. Por esta razón, es importante emplear un método de reducción de daños en los servicios de prevención del VIH destinados a los UDI.¹⁰

El método de reducción de daños reconoce que algunos UDI son reacios o incapaces de renunciar a las drogas; la reducción de daños los ayuda, sin juzgarlos, a reducir las consecuencias negativas de su consumo de drogas ya sea promoviendo prácticas de consumo más seguras, controlando dicho consumo o dejando de consumirlas. En EE.UU., los métodos de reducción de daños incluyen trabajadores de salud que salen a la calle para entrar en contacto con usuarios activos de drogas, así como el intercambio de jeringas y el acceso en farmacias a jeringas esterilizadas.¹¹ Algunas iniciativas internacionales de reducción de daños incluyen salones para la inyección de drogas en forma segura y la provisión de drogas ilícitas por medio de profesionales médicos.¹²

¿Quién lo dice?

1. Drug-associated HIV transmission in the United States. Fact Sheet published by the Center for Disease Control and Prevention. 2002. www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/idu.htm

2. CDC. HIV/AIDS Surveillance Report—cases reported through December 2001. 2002;13:tbl 22,23.

3. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1998;47(RR19):1-39.

4. Garfein RS, Doherty MC, Monteroso ER, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users. *Journal of AIDS and Human Retrovirology*. 1998;18:S11-S19.

5. Darke S, Hall W. Heroin overdose: research and evidence-based intervention. *Journal of Urban Health*. 2003;80:189-200.

6. Access to sterile syringes. Published by the National Center for HIV, STD and TB Prevention. January 2002. www.cdc.gov/idu/facts/

7. Kral AH, Bluthenthal RN, Lorvick J, et al. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet*. 2001;357:1397-1401.

8. Bull SS, Piper P, Rietmeijer C. Men who have sex with men and also inject drugs—profiles of risk related to the synergy of sex and drug injection behaviors. *Journal of Homosexuality*. 2002;42:31-51.

9. Galea S, Vlahov D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness and incarceration. *Public Health Reports*. 2002;117: S135-S145.

10. Day D. Health emergency 2003: the spread of drug-related AIDS and hepatitis C among African Americans and Latinos. Published by Dogwood Center. 2003. www.dogwoodcenter.org/2003/HE2003.pdf

¿qué podría ayudar?

Los UDI en recuperación pueden motivar y generar cambios de conducta en otros UDI. No obstante, los UDI en recuperación que trabajan como educadores de pares necesitan apoyo para no recaer ellos mismos en el uso de drogas. Los UDI están más propensos a usar condones si los miembros de su red social hablan entre ellos sobre la salud en general y sobre el uso de condones, así como cuando disponen de más recursos económicos.¹³

El acceso a una alta calidad de servicios médicos y tratamiento contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH puede ayudar a promover prácticas más seguras. Un estudio realizado en Baltimore, MD, encontró que los cuidadores informales eran más propensos a promover los mensajes de prevención en la comunidad cuando sus amigos y familiares tenían acceso al tratamiento del VIH, lo cual les brindó esperanza por el futuro.¹⁴

¿qué se está haciendo actualmente?

El tratamiento de mantenimiento con metadona contra la dependencia de la heroína puede ayudar a reducir las prácticas riesgosas de inyección y la seroconversión del VIH.¹⁵ En Connecticut, el Department of Mental Health and Addiction Services colabora con el programa comunitario Drug Treatment Advocates (DTA) para ayudar a los usuarios de drogas a inscribirse en programas de salud mental y de tratamiento de la drogadicción. Todos los días, el departamento envía al DTA por fax una lista actualizada de los espacios disponibles para que los trabajadores de salud remitan a sus clientes garantizándoles el cupo.¹⁶

El intercambio de jeringas ayuda a disminuir el riesgo de usar jeringas compartidas al reemplazar las jeringas usadas por otras esterilizadas. Se calcula que el uso de un programa de intercambio de jeringas multiplica entre 2 y 6 veces el efecto protector contra las prácticas de riesgo.¹⁷ Sin embargo, sólo se intercambian unas 20 millones de jeringas anualmente en EE.UU., el equivalente a 15 jeringas por UDI al año, muchísimas menos de las necesarias para lograr una prevención eficaz del VIH.

Los programas comunitarios de prevención pueden lograr buenos resultados al tomar en cuenta no solamente las necesidades individuales de los UDI, sino también la salud y el bienestar de toda la comunidad. En Harlem, NY, un consejo comunitario integrado por investigadores, proveedores de servicios médicos y habitantes de la comunidad, identificó tres problemas de salud pública que debían resolverse: el uso de alcohol y drogas, las enfermedades infecciosas y el asma. Con el fin de reducir los obstáculos a la obtención de servicios médicos y sociales, ellos crearon una "guía de sobrevivencia" para los usuarios de drogas. También iniciaron un programa de capacitación de pares que permitió a los UDI llevar a cabo intervenciones de prevención del VIH y de la hepatitis C en las organizaciones comunitarias locales.¹⁸

El Estudio UFO realizado en San Francisco, CA, ofreció varios servicios a los jóvenes UDI, desde pruebas y consejos sobre el VIH y la hepatitis B y C, hasta información sobre cómo evitar las sobredosis. Este estudio disponía de un lugar adonde los jóvenes UDI podían llegar sin cita previa, usar el teléfono, obtener comida y ropa y consultar con consejeros y profesionales clínicos. Los clientes también podían recibir vacunas contra la hepatitis A y B así como un directorio de servicios para jóvenes en varias ciudades grandes de EE.UU.¹⁹

¿qué queda por hacer?

El mayor obstáculo a la reducción de la transmisión del VIH entre los UDI es la falta de implementación de programas eficaces de prevención. La expansión del acceso al tratamiento de alta calidad contra la drogadicción y a equipos de inyección esterilizados tendrían un efecto considerable sobre esta epidemia entre los UDI. Sin embargo, las actitudes políticas y la criminalización del uso de drogas han afectado los esfuerzos de prevención en EE.UU.²⁰ Los gobiernos federal y estatales deben actuar pronto para legalizar los programas de intercambio de jeringas y designar más fondos al tratamiento de la drogadicción.

Muchas veces se supone incorrectamente que los UDI no se sienten cómodos de hablar sobre asuntos sexuales. No es suficiente repartir condones; los proveedores de servicios deberán iniciar conversaciones sobre el sexo. Esto tiene especial importancia en las intervenciones destinadas a usuarios de drogas, tales como los programas de intercambio de jeringas, los de tratamiento de la drogadicción y los de los 12 pasos.

Los programas deben ser multifacéticos y tomar en cuenta otras necesidades de los UDI aparte de las asociadas al VIH. Es fundamental que colaboren los servicios de prevención del VIH, del tratamiento de drogadicción, de prevención de la hepatitis C y de salud mental. De esta manera, los trabajadores sociales podrán remitir a sus clientes a estos servicios, y a otros de vivienda o atención médica, con la confianza de que ellos de hecho los recibirán. Los programas para UDI también deben incorporar una filosofía de reducción de daños y reconocer que las recaídas ocurren frecuentemente entre los UDI.

PREPARADO POR PAMELA DECARLO Y DAVID R. GIBSON, CAPS; TRADUCCIÓN ROCKY SCHNAATH

11. Hilton BA, Thompson R, Moore-Dempsey L, et al. Harm reduction theories and strategies for control of HIV: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33:357-370.

12. Is there a more effective social policy with respect to the problems of substance misuse in British Columbia? Presentation to the Vancouver Area Network of Drug Users. 2000. www.vandu.org/swiss/index.htm

13. Latkin CA, Forman V, Knowlton A, et al. Norms, social networks, and HIV-related behaviors among urban disadvantaged drug users. *Social Science & Medicine*. 2003;56:465-476.

14. Knowlton AR. Social network approaches to HIV prevention and care: theoretical and methodological considerations of intervention. Presented at the 14th International AIDS Conference, Barcelona, Spain. 2002. ThOrE1501.

15. Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*. 1999;13:1807-1818.

16. Alcohol and drug use and HIV. NASTAD HIV Prevention Fact Sheet. http://www.nastad.org/documents/public/pub_prevention/200145AlcoholandDrugUseandHV.pdf

17. Gibson DR, Brand R, Anderson K, Kahn JG, Perales D, Guydish J. Two- to six-fold decreased odds of risk behavior associated with use of syringe exchange. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2002;31:237-242.

18. Galea S, Factor SH, Bonner S, et al. Collaboration among community members, local health service providers, and researchers in an urban research center in Harlem, New York. *Public Health Reports*. 2001;116:530-539.

19. The UFO Study. <http://www.caps.ucsf.edu/ufostudy/>

20. Des Jarlais DC, Friedman SR. Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: what we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Reports*. 1998;113:182-188.