INSTITUTO NACIONAL SOBRE EL ABUSO DE DROGAS

Serie de Reportes DE INVESTIGACIÓN

EL VIH/SIDA

nota de la directora

Es difícil creer que la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ya tiene un cuarto de siglo de estar entre nosotros. Hoy en día, tenemos una generación entera de adultos jóvenes que no ha conocido un mundo libre del VIH/SIDA.

Al principio de la epidemia las personas usualmente creían que la conexión entre el abuso de drogas y el VIH se debía sólo al uso de drogas inyectables y al hábito de compartir agujas. Sin embargo, esta manera de pensar subestima de gran manera el impacto que el abuso de drogas puede tener en la diseminación del VIH y el SIDA a través de los comportamientos arriesgados que engendra. La intoxicación por drogas y alcohol afecta el juicio y puede llevar a comportamientos sexuales arriesgados que ponen a los participantes en peligro de contraer o transmitir el VIH. Además, el abuso de drogas puede facilitar el progreso de la infección por VIH al comprometer aún más el sistema inmunológico.

Aunque inicialmente se caracterizó por brotes relativamente localizados, el VIH/SIDA ahora se ha convertido en una pandemia que literalmente ha puesto al mundo entero en riesgo, afectando a diferentes poblaciones de diferentes maneras. Y mientras que todos los países se ven afectados por el VIH/SIDA, cada uno enfrenta diferentes causas subyacentes que requieren estrategias de prevención y tratamiento específicamente diseñadas para cada caso.

La respuesta del NIDA a la epidemia en curso del VIH/SIDA es multifacética. Apoyamos investigaciones para aprender más sobre el papel fundamental del abuso de drogas en la propagación del VIH/SIDA y para desarrollar estrategias eficaces para prevenir y tratar esta enfermedad. ***El NIDA ha establecido que el tratamiento para las toxicomanías es de hecho una estrategia de prevención del VIH.*** *Este* Reporte de Investigación *fue diseñado para resaltar el estado de la ciencia e incrementar el conocimiento general entre la conexión del abuso de drogas y el VIH/SIDA.*

Nora D. Volkow, M.D.
Directora
Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas

¿Como afecta el abuso de drogas a la epidemia del VIH/SIDA?

El abuso y la adicción a las drogas han estado vinculados de modo inextricable al VIH/SIDA desde el comienzo de la epidemia. Mientras que el uso de drogas intravenosas es bien conocido en este sentido, el papel que usualmente juega el abuso de drogas en la propagación del VIH —el virus que causa el SIDA— al aumentar la probabilidad de tener relaciones sexuales con parejas infectadas no es tan reconocido.[1] Esto ocurre debido a los efectos adictivos e intoxicantes de muchas drogas, que pueden alterar el juicio y la inhibición haciendo que los usuarios se involucren en comportamientos impulsivos y peligrosos.

El abuso y la adicción a las drogas también pueden empeorar la evolución de la infección con el VIH y sus consecuencias, especialmente en el cerebro. En estudios efectuados en animales, la metanfetamina aumentó la replicación viral del VIH;[2] mientras que en los humanos que usaban metanfetamina, el VIH produjo un mayor daño de las neuronas y deterioro cognitivo en comparación con las personas con VIH que no usaban drogas.[3,4]

¿Quién corre riesgo de infectarse con el VIH y cómo se convierte el VIH en SIDA?

Cualquier persona es vulnerable a contraer el VIH. Mientras que los usuarios de drogas inyectables (UDI) se exponen a un riesgo particularmente alto de contraer el VIH/SIDA, cualquier persona bajo la influencia de drogas o de alcohol tiene mas probabilidad de contraerlo. Esto incluye a los UDI que comparten sus jeringuillas o accesorios para el abuso de drogas, así como cualquier persona que tenga

Aproximadamente cuatro de cada diez muertes por SIDA en los Estados Unidos están relacionadas al abuso de drogas.

relaciones sexuales arriesgadas (Ej., con una variedad de parejas o sin protección) o como parte de una "transacción" sexual que les pueda exponer a la infección (Ej., intercambio del sexo por drogas o dinero).

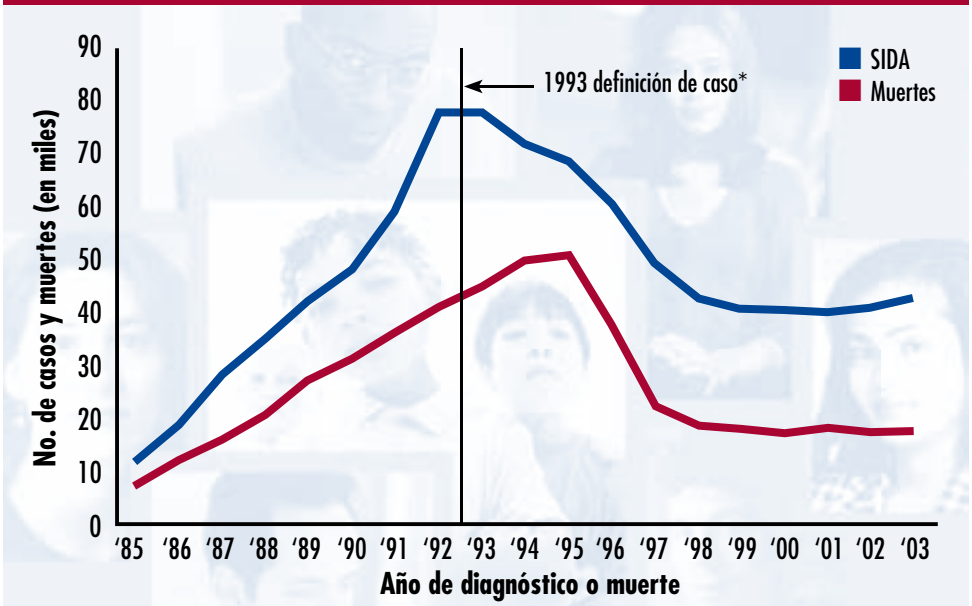
Una persona infectada con el VIH tiene un virus que vive y se multiplica primordialmente en las células sanguíneas blancas, que forman parte del sistema inmunológico. Una persona infectada puede verse y sentirse bien por muchos años y es posible que no tenga idea de que está infectada. Sin embargo, al debilitarse el sistema inmunológico, la persona se hace más vulnerable a enfermedades e infecciones comunes. Con el transcurso del tiempo, un paciente infectado con el VIH, que no ha recibido tratamiento, tiene más probabilidad de sucumbir a diversas enfermedades concurrentes y desarrollar el SIDA. Hallazgos recientes han llevado a mejores tratamientos para la infección por VIH, el más eficaz siendo una estrategia conocida como Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA, o HAART, por sus siglas en inglés).

¿Cuál es el alcance de la infección por VIH/SIDA en los Estados Unidos?

Actualmente, en los Estados Unidos se estima que hay 1 millón de personas viviendo con el VIH/SIDA. En este país, el número de casos reportados anualmente alcanzó su punto máximo en 1993 cuando hubo aproximadamente 80.000 personas infectadas. Entre 1993 y 1998, la incidencia de casos nuevos disminuyó de forma constante hasta nivelarse entre 1999 y el 2001. Sin embargo, cada año desde el 2001, el número de casos nuevos ha aumentado ligeramente con aproximadamente 42.500 casos nuevos de SIDA reportados en el 2004.

Es más difícil confirmar el número de infecciones por VIH ya que, al contrario del SIDA, no es obligatorio reportar los casos de VIH. Actualmente, solamente dos tercios de los estados informan sobre las infecciones por VIH. Basándose en estos datos, se calcula que ha habido alrededor de 40.000 casos nuevos de infecciones por VIH cada año desde principios de los años noventa, una disminución de su punto máximo de 160.000 casos de infecciones nuevas por año a mediados de la década de los ochenta. No obstante, la persistencia de esta tasa por más de una década indica que aún queda mucho por hacer para mejorar la eficacia en la prevención del VIH.

Número estimado de casos y muertes por SIDA entre adultos y adolescentes en los Estados Unidos 1985-2003



*Los CDC expanden la definición de lo que se considera un caso de SIDA.

Fuente: CDC, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

¿Qué es la HAART?

La disponibilidad de la terapia HAART desde 1996 ha tenido un efecto dramático sobre el VIH/SIDA. La HAART consiste en una combinación individualizada de diferentes tipos de medicamentos que el médico receta basándose en factores como la carga viral del paciente, el conteo de linfocitos CD4+ y los síntomas clínicos. Los linfocitos CD4+ son las células sanguíneas blancas que han sido infectadas y destruidas por el VIH, produciendo un sistema inmunológico debilitado y el SIDA. Aunque no es una cura, la HAART controla la carga viral ayudando a retrasar el comienzo de los síntomas y así logrando una supervivencia más larga en las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.[5]

Con la terapia HAART, las consecuencias médicas asociadas con el VIH/SIDA han cambiado. Los nuevos diagnósticos de infecciones asociadas al VIH y algunas complicaciones neurológicas, como la demencia causada por la infección con VIH, han disminuido desde la introducción de esta terapia.[5,6] Sin embargo, ha habido un aumento en otros problemas neurológicos como daño de los nervios periféricos, con el uso de esta terapia. También hay informes que vinculan a la HAART con un aumento en los niveles de lípidos sanguíneos (incluyendo el colesterol), un metabolismo anormal de la glucosa y otras complicaciones clínicas tales como enfermedades cardiacas.

Las interacciones potenciales entre los medicamentos en la HAART y los usados para tratar la adicción

La hepatitis C

La infección por el **VHC** (virus de la hepatitis C), la principal causa de enfermedad hepática, tiene una alta prevalencia entre los UDI y a menudo ocurre concomitantemente con la infección por el VIH. De hecho, entre el 85 y el 90 por ciento de los UDI infectados con VIH también pueden estar infectados con el VHC.[7] Los estudios financiados por el NIDA han encontrado que a los tres años de haber comenzado el uso de drogas inyectables, la mayoría de los UDI contraen la hepatitis C.

Aproximadamente 4 millones de personas en los Estados Unidos están infectadas con el VHC, y de éstas, aproximadamente 400.000 están infectadas concurrentemente con el VIH, lo que incrementa el riesgo de desarrollar una enfermedad hepática grave, especialmente entre los drogadictos.[8] La hepatitis crónica por VHC y la infección concurrente por el VIH producen una evolución más acelerada hacia la enfermedad hepática terminal y la muerte en comparación con las personas que sólo están infectadas con el VHC.

A pesar que el tratamiento de las infecciones concurrentes del VIH y el VHC presenta ciertos retos, el tratamiento durante la fase aguda de la infección del VHC (Ej., de 6 a 12 meses después de detectarse) ha mostrado ser prometedor. El tratamiento iniciado durante este periodo mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes infectados y esta es la razón por la cual debe ser instaurado.

a las drogas pueden disminuir la eficacia de cualquiera o de ambos tratamientos. Por ejemplo, cuando se administra la metadona, un tratamiento para la adicción a la heroína y otros opioides, conjuntamente con ciertos medicamentos antirretrovirales que forman parte de la terapia HAART, la concentración de metadona en la sangre disminuye significativamente,[9] potencialmente comprometiendo su eficacia. Se están realizando investigaciones para determinar si la buprenorfina, un medicamento nuevo para el tratamiento de adicciones a los opioides, tiene desventajas parecidas.

Uno de los desafíos para los pacientes tratados con la HAART es el adherirse a la rutina de medicación necesaria para obtener el máximo beneficio de esta terapia. Lograr esta adherencia puede resultar especialmente problemático para los toxicómanos con un estilo de vida caótico, que puede interferir con su habilidad de seguir los regímenes prescritos. Además, ya que la HAART reduce la carga viral, algunos pacientes creen erróneamente que no necesitan adherirse al régimen del tratamiento o que una carga viral menor significa que ya no existe el riesgo de trasmitir el VIH.[10,11,12] Esta creencia, a su vez, puede llevar a que el paciente se vuelva complaciente en cuanto a comportamientos arriesgados y que reanude los comportamientos sexuales y las prácticas de inyección peligrosas.[13] Las investigaciones apoyadas por el NIDA han ayudado a mejorar los resultados del VIH entre los UDI y han adelantado nuevos descubrimientos y enfoques para tratar las consecuencias médicas que resultan de una vida más larga con esta enfermedad.

¿Cuáles poblaciones son las más afectadas?

Mientras que todos los grupos poblacionales son afectados por el VIH/SIDA, no todos son afectados por igual. Los primeros grupos poblacionales afectados por el SIDA eran principalmente los hombres que tenían sexo con otros hombres y los UDI. De hecho, el uso de drogas inyectables ha sido asociado directa o indirectamente (Ej., a través del sexo con un UDI, o en la transmisión madre a hijo) con más de un tercio de los casos de SIDA en los Estados Unidos. Los UDI continúan teniendo un mayor riesgo de desarrollar el VIH u otras infecciones asociadas con el abuso de drogas, incluyendo la hepatitis B y C, endocarditis, infecciones de la piel y abscesos. Sin embargo, durante los últimos años, la proporción de casos de SIDA atribuibles al uso de drogas inyectables ha disminuido mientras que la proporción de casos atribuibles a la transmisión heterosexual ha aumentado. Del 2000 al 2004, el número de casos de SIDA diagnosticados anualmente que se atribuyen al contacto heterosexual ha aumentado en un 18 por ciento entre las mujeres y en un 24 por ciento entre los hombres. En el 2003, los hombres que tuvieron sexo con otros hombres y aquellos expuestos a través del contacto heterosexual, en conjunto, alcanzaron aproximadamente un 77 por ciento del total de casos de SIDA diagnosticados ese año, con alrededor de un 46 por ciento de casos totales correspondientes a hombres que tuvieron sexo con otros hombres.[14]

Los afroamericanos tienen disparidades asombrosas en las tasas de infección por VIH en comparación con otros grupos poblacionales y tienen un riesgo especialmente alto de desarrollar el SIDA. Por ejemplo, mientras los afroamericanos constituyen solamente el 13 por ciento de la población en los Estados Unidos, componen un poco más de la mitad de los casos de SIDA diagnosticados en el 2004. Es más, las mujeres afroamericanas constituyen el 68 por ciento de los casos diagnosticados de VIH/SIDA entre mujeres en el 2001, mientras que los casos entre mujeres blancas representan el 16 por ciento y entre hispanas el

15 por ciento del total para ese año.[15] Y, aunque los afroamericanos entre 13 y 19 años representan solamente el 15 por ciento de los adolescentes estadounidenses, constituyen el 66 por ciento de los casos nuevos de SIDA reportados entre adolescentes en el 2003.[16]

Los jóvenes entre 13 y 24 años también corren riesgo de desarrollar el VIH/SIDA, pero los jóvenes pertenecientes a minorías tienen un riesgo particularmente alto. De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), alrededor de unos 40.000 jóvenes en los Estados Unidos han sido diagnosticados con SIDA. Este número representa aproximadamente el 4 por ciento de los casos cumulativos de SIDA en el 2004. Es más, entre el 2000 y el 2004, la proporción de jóvenes diagnosticados con SIDA aumentó de un 4.3 por ciento al 5.1 por ciento. Este grupo tiene comportamientos de riesgo para el desarrollo de una infección por VIH, incluyendo la experimentación sexual y el abuso de drogas, que a menudo son el resultado de una fuerte presión por parte de sus compañeros y amigos de la misma edad y una menor supervisión por parte de los padres que ocurre con frecuencia cuando llegan a la adolescencia.

Y para agravar esta vulnerabilidad de los adolescentes, hoy existe la noción del olvido generacional, es decir, una visión reducida de los peligros asociados con el VIH/SIDA entre ciertos miembros de las generaciones actuales. Los estudios demuestran que es más probable que la juventud de hoy mantenga esta noción en comparación con los americanos mayores, que fueron testigos de la alta tasa de mortalidad asociada con la rápida progresión del VIH al SIDA a principios de la década. Además, un estudio que comparaba a los jóvenes que vivían con la infección por VIH antes y después del descubrimiento de la terapia HAART encontró que era más probable que los jóvenes de la etapa pos-HAART tuvieran sexo sin protección y se involucraran en el abuso de drogas; sin embargo, se desconoce si esto es un resultado directo de la disponibilidad de la HAART.[19]

El VIH/SIDA: Una desigualdad en los afroamericanos

Las tasas desproporcionadamente altas de infección por VIH entre los afroamericanos han aumentado de manera continua a través del tiempo. Al final del 2004, un promedio de 178.000 afroamericanos se encontraban padeciendo del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), la proporción más alta entre todos los grupos raciales o étnicos. Los afroamericanos también representan el 43 por ciento de los casos de SIDA diagnosticados desde el comienzo de la epidemia, la misma que ha afectado de manera exagerada a los subgrupos de afroamericanos tales como las mujeres, jóvenes y hombres que tienen sexo con otros hombres.

Actualmente, el VIH/SIDA es la principal causa de muerte entre todos los afroamericanos incluidos en el grupo de edad entre 25 a 44 años, por encima de las enfermedades cardiacas, los accidentes, el cáncer y el homicidio.[17] Las tasas desproporcionadas de infección por VIH entre los afroamericanos no se deben a tasas más altas de uso de drogas inyectables o de adicción en este grupo poblacional. De hecho, estudios recientes sugieren que los afroamericanos tienen tasas menores de adicción que los blancos (8.3 por ciento en comparación con 9.6 por ciento para el abuso o dependencia a las drogas o al alcohol),[18] pero no hay una diferencia significativa en las tasas de uso de drogas inyectables entre los dos grupos. Las diferencias que se han notado pueden reflejar parcialmente los datos que muestran que los afroamericanos forman parte del grupo de personas que se dieron cuenta de su infección en etapas tardías del proceso de la enfermedad, y que, por lo tanto, representan oportunidades para el tratamiento que se han dejado pasar por alto.

Para abordar estas disparidades, el NIDA está fomentando investigaciones que examinen la relación entre el abuso de drogas y la prevalencia del VIH y la morbilidad y mortalidad asociadas con el VIH y el SIDA entre los afroamericanos, así como estudios que midan la eficacia de los programas de prevención y tratamiento para el VIH en estas poblaciones. El NIDA también fomenta estudios enfocados en el nexo entre el abuso de drogas, el VIH/SIDA y la relación entre el sistema judicial y los afroamericanos para determinar cuando es mayor el riesgo de contraer y transmitir el VIH (por ejemplo, durante la supervisión en la comunidad, en las cárceles o durante el reingreso a la sociedad). Se requieren estudios adicionales que caractericen los factores de riesgo y de protección para poder desarrollar intervenciones preventivas que sean culturalmente apropiadas y dirigidas a reducir la infección por VIH y a disminuir las consecuencias asociadas a la salud y los trastornos concurrentes como la hepatitis C.

¿En qué forma afecta el tratamiento para el abuso de drogas a la epidemia del VIH/SIDA?

Desde finales de la década de los ochenta, las investigaciones han demostrado que el tratamiento para el abuso de drogas constituye una

estrategia eficaz para la prevención del VIH. Los toxicómanos que se encuentran en tratamiento descontinúan o reducen su uso de drogas y los comportamientos arriesgados relacionados, incluyendo las prácticas de inyección arriesgadas y el sexo sin protección.[20] Los programas para el abuso de drogas también juegan un papel importante al proporcionar información actualizada sobre el VIH/SIDA y enfermedades relacionadas, consejería y pruebas de detección, así como referencias a servicios médicos y sociales.

Los tratamientos para el abuso de drogas que combinan enfoques farmacológicos y conductuales tienen un impacto comprobado sobre los comportamientos arriesgados para el VIH así como sobre la incidencia de esta infección.[20] Por ejemplo, investigaciones recientes muestran que cuando se combinan las terapias conductuales con el tratamiento con metadona, aproximadamente la mitad de los participantes en el estudio que informaron uso de drogas inyectables al comienzo, indicaron ya no involucrarse en esta práctica cuando salieron del estudio y más del 90 por ciento de todos los participantes indicaron que no compartían agujas cuando salieron del mismo.[21]

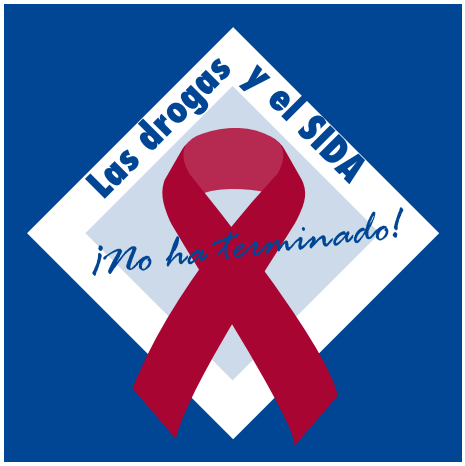
Mientras que estos hallazgos muestran ser sumamente prometedores para lograr reducir los comportamientos sexuales arriesgados que suelen ser asociados con el uso de drogas, ahora se necesitan estudios para determinar la eficacia a largo plazo de estas intervenciones.

Además, dentro del grupo de usuarios de cocaína no inyectable, el tratamiento para la drogadicción también ha mostrado que disminuye el uso de cocaína en un promedio de 10 días por mes al inicio del tratamiento (línea de base) a 1 día por mes después de un periodo de seguimiento de 6 meses. La disminución en el uso de la cocaína fue asociada con una disminución promedio del 40 por ciento del riesgo de infección con el VIH para ambos sexos y todos los grupos étnicos, principalmente como resultado de tener menos parejas sexuales y menos relaciones sexuales sin protección.[5] Dentro del grupo de homosexuales y bisexuales del sexo masculino que abusaron de la metanfetamina, el tratamiento integral del comportamiento redujo los comportamientos sexuales arriesgados y mantuvo estas reducciones por lo menos un año después del tratamiento para el abuso de drogas.[22]

Los tratamientos conductuales también han mostrado tener gran potencial para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral. Las intervenciones enfocadas en aumentar la adherencia al tratamiento para el VIH son esenciales para su éxito, pero generalmente requieren cambios drásticos en el estilo de vida. Un tratamiento eficaz con frecuencia requiere de un régimen médico consistente para contrarrestar el estilo de vida a menudo irregular ocasionado por el abuso de drogas y la adicción.

¿Cuáles son los programas para la prevención del VIH/SIDA que mejor funcionan?

Las investigaciones cumulativas han mostrado que la forma más eficaz para reducir el riesgo de infecciones transmitidas por la sangre entre los toxicómanos es una estrategia integral para la prevención del VIH, es decir, una que abarque tratamiento para la drogadicción, alcance con base comunitaria, así como pruebas de detección y consejería para el VIH y otras infecciones. El portafolio extensivo del NIDA en el campo de las investigaciones sobre la prevención que comenzaron en la década de los ochenta, muestra que las estrategias integrales de prevención del VIH pueden ser confiables y eficaces con relación al costo para la prevención de nuevas infecciones por VIH entre las diferentes poblaciones de toxicómanos y sus



comunidades.[23] Las investigaciones recientes confirman estos hallazgos, demostrando que los programas de prevención con base en los colegios o en la comunidad y diseñados para los niños afroamericanos del centro urbano de las grandes ciudades, pueden ser eficaces en reducir los comportamientos de alto riesgo, incluyendo el abuso de drogas y las prácticas sexuales arriesgadas que pueden conducir a la infección por el VIH.[24] Estas investigaciones también subrayan la importancia de asegurar la pertinencia cultural de estos programas para poblaciones específicas.

La detección temprana del VIH es otro enfoque para prevenir su propagación. Las investigaciones indican que las pruebas de detección para el VIH realizadas regularmente en los centros de atención medica, entre poblaciones con una tasa de incidencia tan baja como el 1 por ciento, son un método igualmente eficaz con relación al costo como son la detección de otros trastornos como el cáncer del seno y la presión arterial alta. Estos hallazgos sugieren que las pruebas de detección para el VIH pueden disminuir los costos de la atención médica al prevenir prácticas de alto riesgo y disminuir la transmisión del virus.[25,26]

¿Cómo ha cambiado la epidemia del VIH/SIDA en los últimos 25 años?

Los datos de vigilancia de los CDC revelan un cambio notable en la epidemia del VIH/SIDA en los Estados Unidos, con una mayor proporción de casos nuevos de SIDA diagnosticados en mujeres, en minorías raciales y étnicas, grupos de bajos ingresos y hombres jóvenes que tienen relaciones con otros hombres. Al principio de la epidemia del VIH/SIDA, las infecciones se veían sobre todo entre los hombres blancos que vivían en la parte urbana de la ciudad y tenían sexo con otros hombres y los UDI del sexo masculino. Sin embargo, a lo largo de los últimos 25 años se han ido disolviendo los linderos entre los grupos que tienen mayor y menor riesgo de contraer el virus, aumentándose rápidamente la diversidad de aquellos que están potencialmente en riesgo de infección. Las relaciones heterosexuales ahora se han convertido en una de las principales vías de transmisión para el VIH y es la principal causa de infección entre las mujeres, especialmente en las comunidades minoritarias. De hecho, la proporción del total de casos de SIDA atribuibles a la transmisión heterosexual ha aumentado seis veces desde 1989, saltando del 5 al 31 por ciento.

Entre las tendencias emergentes en las infecciones por VIH se encuentra un aumento en las infecciones nuevas entre hombres que tienen sexo con otros hombres, después de años de declive. Este aumento ha sido asociado con el resurgimiento de comportamientos sexuales arriesgados asociados con el uso de metanfetamina y otras drogas de club. Mientras que el vínculo entre la infección por VIH y el abuso de metanfetamina no ha sido establecido en el caso de los heterosexuales, los datos muestran una asociación entre el uso de metanfetamina y los comportamientos sexuales arriesgados.

¿Cómo podemos combatir estas tendencias?

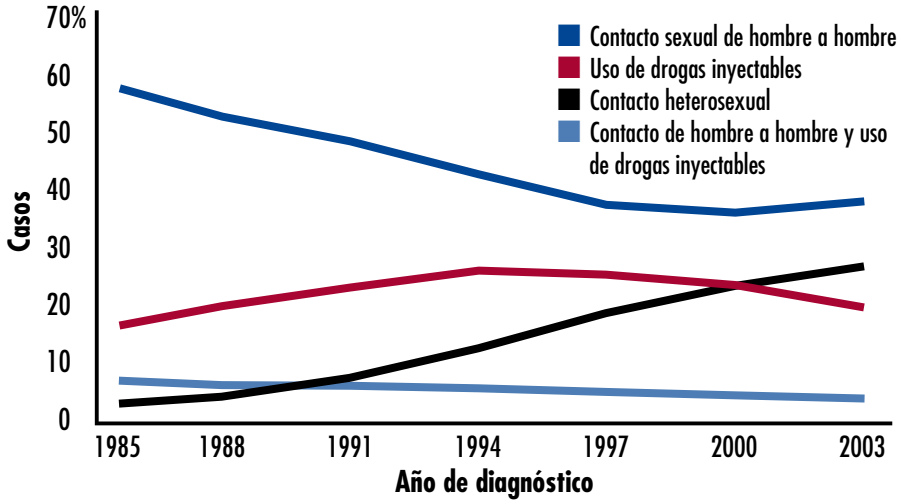
El conocimiento científico es la mejor herramienta para tratar la enfermedad de la adicción y sus consecuencias, incluyendo el VIH. Las investigaciones nos han enseñado que el abuso de drogas es prevenible y que la adicción es tratable. Continúan surgiendo estrategias prometedoras de prevención y de tratamiento para enfrentar esta enfermedad devastadora, pero aún queda mucho por hacer.

La gran mayoría de infecciones por VIH asociadas con el contacto heterosexual requieren investigaciones adicionales para poder descifrar mejor la dinámica detrás de cómo el abuso de drogas puede contribuir a los casos nuevos de infecciones por VIH. Sabemos que el abuso de drogas puede afectar el juicio y la capacidad para tomar decisiones y llevar a encuentros sexuales arriesgados, al igual que los toxicómanos sexualmente activos aumentan la probabilidad de que se transmita el VIH. Sin embargo, aún no hemos identificado todos los procedimientos conductuales, biológicos y ambientales involucrados en la transmisión sexual del VIH entre los usuarios de drogas. Por ahora, necesitamos establecer cómo las relaciones, las interacciones sociales y el medio ambiente influyen en el abuso de drogas y en la práctica de actividades sexuales arriesgadas. De particular interés serían los lazos entre la difusión de las drogas, las prácticas del abuso de drogas y los comportamientos arriesgados para la infección por VIH.

¿Cuáles son los pasos que se deberían tomar?

También se necesitan realizar investigaciones para comprender los factores que conducen a las disparidades en la infección por VIH y en las tasas de supervivencia entre las minorías étnicas y raciales, especialmente entre los afroamericanos. Podemos comenzar con investigaciones que caracterizan el alcance y la naturaleza de las disparidades en las tasas de infección por VIH y la ocurrencia de infecciones

La proporción de casos de SIDA en los adultos y adolescentes según la categoría de transmisión y el año de diagnóstico en los Estados Unidos 1985-2003



NOTA: Los datos han sido ajustados tanto para las demoras en el reportaje como para la redistribución proporcional estimada de los casos de personas inicialmente reportadas sin un factor de riesgo identificado.

Fuente: CDC, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

concurrentes y otras condiciones entre las minorías toxicómanas, tomando en cuenta la edad, el sexo, la educación, identidad sexual, región geográfica y estado socioeconómico. Se requieren también estudios para caracterizar los factores de riesgo y de protección para desarrollar intervenciones de prevención que sean culturalmente apropiadas.

Las investigaciones sobre el progreso de la infección por VIH y su relación al uso y disponibilidad de servicios de tratamiento nos ayudarán a desarrollar mejores intervenciones. Finalmente, se necesitan investigaciones que estudien como las cepas del VIH resistentes a los tratamientos se transmiten entre los toxicómanos y que exploren hasta que punto el abuso de drogas puede contribuir al desarrollo de infecciones virales resistentes.

Resumen

Aunque continúan habiendo llamamientos para más estudios, han ocurrido descubrimientos importantes que fueron posibles gracias al NIDA y a otros, que han permitido que se logre progresar en el desarrollo de enfoques eficaces para la prevención y el tratamiento. Sobre todo, hay tres hallazgos clave que dirigen nuestro enfoque, vinculando las interacciones entre el abuso de drogas y el VIH/SIDA en maneras que se extienden mucho más allá del uso de drogas inyectables. **Primero**, el abuso de drogas deteriora el juicio y la habilidad de tomar buenas decisiones haciendo que los usuarios estén más predispuestos a involucrarse en comportamientos de alto riesgo para contraer el VIH, incluyendo comportamientos sexuales arriesgados y falta de adherencia a los tratamientos para el VIH. **Segundo**, el abuso de drogas afecta adversamente a la salud y puede exacerbar el progreso de enfermedades. **Tercero**, y lo más importante, es que debido a estos vínculos, debemos reconocer que el tratamiento para el abuso de drogas es de por sí un tratamiento de prevención para el VIH.

Glosario

Adicción: Una enfermedad crónica con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de la droga.

Carga viral: La cantidad de ARN (ácido ribonucléico) del VIH en la sangre. Las investigaciones indican que la carga viral es un mejor indicador que el conteo de linfocitos $CD4^+$ en cuanto al riesgo del progreso del VIH. Mientras más baja la carga viral, más tiempo hasta que se diagnostique el SIDA y más larga la supervivencia. La prueba de la carga viral para la infección por VIH se utiliza para determinar cuando se debe iniciar o cambiar la terapia.

Drogas antirretrovirales: Medicamentos que se utilizan para matar o inhibir la multiplicación de los retrovirus como el VIH.

Linfocito $CD4^+$: Un tipo de célula que toma parte en proteger al cuerpo de las infecciones causadas por virus, hongos y protozoos. Estas células normalmente estimulan la respuesta inmune avisando a las otras células del sistema inmunológico que realicen sus funciones especiales.

Olvido generacional: Término utilizado para describir cuando el conocimiento de las consecuencias adversas que ha sufrido una generación o población en particular se pierde en la generación subsiguiente. En este informe, se refiere a una percepción menor de los peligros del VIH/SIDA por las personas menores de 25 años.

Opioide: Un compuesto o droga que se liga a los receptores en el cerebro que están involucrados en el control del dolor y otras funciones (Ej., la morfina, la heroína, la oxicodona).

Pertinencia cultural: La habilidad de que una audiencia específica vea una intervención como pertinente a sus circunstancias particulares.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): La manifestación más severa de la infección con el VIH. Un diagnóstico de SIDA está basado en la presencia de síntomas clínicos, la carga viral del VIH del paciente, y un conteo de linfocitos $CD4^+$ igual o menos de 200 células por microlitros en la presencia de una infección por VIH. Las personas que viven con SIDA a menudo tienen infecciones en los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos, y frecuentemente sufren de pérdida de peso debilitante, diarrea, y un tipo de cáncer llamado sarcoma de Kaposi.

Terapia antirretroviral altamente activa (TARAA, o HAART, por sus siglas en inglés): Una combinación de tres o más drogas antirretrovirales usadas en el tratamiento de infecciones por VIH y SIDA.

Toxicómano: Persona adicta al uso crónico de drogas u otras sustancias.

Tratamientos conductuales: Una serie de tratamientos que se concentran en la modificación del pensamiento, de la motivación, de los mecanismos de adaptación, y de la toma de decisiones.

Tratamiento farmacológico: Un tratamiento en el que se emplea medicamentos.

Uso de drogas inyectables: Acto de administrarse drogas usando una aguja hipodérmica y una jeringuilla.

Virus de la hepatitis C (VHC): Un virus que puede causar inflamación y enfermedad del hígado. La hepatitis es un término general para daño hepático y la hepatitis C es el tipo más común de hepatitis que se encuentra entre las personas infectadas con VIH.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El VIH es el virus que causa el SIDA.

Recursos:

a. AIDS*info*, sitio electrónico del Departamento de Salud y Servicios Humanos (www.aidsinfo.nih.gov)
b. Informe "No Time to Lose" del Instituto de Medicina (www.nap.edu)
c. Página electrónica del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (www.niaid.nih.gov)
d. Principios para la Prevención del VIH en las Poblaciones de Usuarios de Drogas: Una guía basada en investigaciones (www.drugabuse.gov/POHP/sp/indice.html)
e. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (www.cdc.gov)
f. El Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (www.preventiveservices.ahrq.gov)

Referencias

1 Royce RA, Sena A, Cates W Jr, Cohen MS. Sexual transmission of HIV. *N Engl J Med* 336(15):1072-1078, 1997.

2 Gavrilin MA, Mathes LE, Podell M. Methamphetamine enhances cell-associated feline immunodeficiency virus replication in astrocytes. *J Neurovirol* 8(3):240-249, 2002.

3 Langford D, Adame A, Grigorian A, Grant I, McCutchan JA, Ellis RJ, Marcotte TD, Masliah E; HIV Neurobehavioral Research Center Group. Patterns of selective neuronal damage in methamphetamine-user AIDS patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 34(5):467-474, 2003.

4 Rippeth JD, Heaton RK, Carey CL, Marcotte TD, Moore DJ, Gonzalez R, Wolfson T, Grant I; HNRC Group. Methamphetamine dependence increases risk of neuropsychological impairment in HIV infected persons. *J Int Neuropsychol Soc* 10(1):1 14, 2004.

5 Woody GE, Gallop R, Luborsky L, Blaine J, Frank A, Salloum IM, Gastfriend D, Crits-Christoph P; Cocaine Psychotherapy Study Group. HIV risk reduction in the National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Treatment Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 33(1):82-87, 2003.

6 McArthur JC. HIV dementia: An evolving disease. *J Neuroimmunol* 157(1-2):3-10, 2004.

7 National Center for Infectious Diseases. *Viral Hepatitis C Fact Sheet*, 2004. CDC, 2005. Disponible en la página: http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/c/fact.htm.

8 Romeo R, Rumi MG, Donato MF, Carnel MA, Vigano P, Mondelli M, Cesana B, Colombo M. Hepatitis C is more severe in drug users with human immunodeficiency virus infection. *J Viral Hepat* (4):297-301, 2000.

9 McCance-Katz EF. Treatment of opioid dependence and coinfection with HIV and hepatitis C virus in opioid-dependent patients: The importance of drug interactions between opioids and antiretroviral agents. *Clin Infect Dis* 41:S89-96, 2005.

10 Dukers NH, Goudsmit J, de Wit JB, Prins M, Weverling GJ, Coutinho RA. Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *AIDS* 15(3):369-378, 2001.

11 Vanable PA, Ostrow DG, McKirnan DJ, Taywaditep KJ, Hope BA. Impact of combination therapies on HIV risk perceptions and sexual risk among HIV-positive and HIV-negative gay and bisexual men. *Health Psychol* 19(2):134-145, 2000.

12 Boily MC, Bastos FI, Desai K, Masse B. Changes in the transmission dynamics of the HIV epidemic after the wide-scale use of antiretroviral therapy could explain increases in sexually transmitted infections: Results from mathematical models. *Sex Transm Dis* 31(2):100-113, 2004.

13 Tun W, Celentano DD, Vlahov D, Strathdee SA. Attitudes toward HIV treatments influence unsafe sexual and injection practices among injecting drug users. *AIDS* 17(13):1953-1962, 2003.

14 Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report*, 2004 16:12, CDC, 2005. Disponible en la página: http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink.htm.

15 Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). "Trends in HIV-AIDS diagnosis-33 States 2001-2004" 54(45):1149-1153, CDC, 2005. Disponible en la página: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5445a1.htm.

16 Centers for Disease Control and Prevention. "HIV/AIDS Surveillance in Adolescents, L265 Slide Series," CDC, 2003. Disponible en la página: http://www.cdc.gov/hiv/graphics/adolesnt.htm.

17 Anderson RN, Smith BL. Deaths: Leading causes for 2001. Natl Vit Stat Rep 52(9):27-33, 2002.

18 Office of Applied Studies. *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (NSDUH Series H-28). DHHS Pub. No. (SMA) 05-4062. SAMHSA, 2005.

19 Lightfoot M, Swendeman D, Rotheram-Borus MJ, Comulada WS, Weiss R. Risk behaviors of youth living with HIV: Pre- and post-HAART. *Am J Health Beh* 29(2):162-171, 2005.

20 Metzger DS, Navaline H, Woody GE. Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Rep* 113 Suppl 1:97-106, 1998.

21 Shroeder JR, Epstein DH, Umbricht A, Preston KL. Changes in HIV risk behaviors among patients receiving combined pharmacological and behavioral interventions for heroin and cocaine dependence. *Addict Behav* Aug. 5, 2005.

22 Reback CJ, Larkins S, Shoptaw S. Changes in the meaning of sexual risk behaviors among gay and bisexual male methamphetamine abusers before and after drug treatment. *AIDS Behav* 8(1):87-98, 2004.

23 National Institute on Drug Abuse. Principles of HIV Prevention in Drug-Using *Populations: A Research-Based Guide*, NIH Pub. No. 02-4733, 2002.

24 Flay BR, Gramlich S, Segawa E, Burns JL, Holliday MY. Effects of two prevention programs on high risk behaviors among African-American youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158(4):337-384, 2004.

25 Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaaram V, Bilir SP, Neukermans CP, Rydzak CE, Douglass LR, Lazzeroni LC, Holodniy M, Owens DK. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 352(6):570-585, 2005.

26 Paltiel DA, Weinstein MC, Kimmel AD, Seage GR, Losina E, Hong Zhang SM, Freedberg KA, Walensky RP. Expanded Screening for HIV in the United States—An analysis of cost effectiveness. *N Engl J Med* 352(6):586-595, 2005.

Nueva información en el sitio Web del NIDA

- Información sobre las drogas de abuso
- Publicaciones y comunicaciones (incluyendo *NIDA NOTES*)
- Calendario de eventos
- Enlaces a las unidades de organización del NIDA
- Información de financiamiento (incluyendo anuncios y plazos para los programas)
- Actividades internacionales
- Enlaces y acceso a sitios Web relacionados (las páginas electrónicas de muchas otras organizaciones en este campo).

Páginas electrónicas del NIDA

www.drugabuse.gov
www.marijuana-info.org
www.steroidabuse.gov
www.clubdrugs.gov
www.hiv.drugabuse.gov

Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas (NCADI)

Página electrónica: www.health.org
Teléfono: 1-800-729-6686

NIDA NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE
NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH

En Español

NIH Publicación Número 06-5760(S)
Impresa en julio 2006

Esta publicación puede ser reproducida.