

Hispanos/Latinos, el Uso de Substancias, y el VIH/SIDA

Desde el comienzo de la epidemia del VIH/SIDA, el uso de drogas inyectadas (UDI) ha sido la causa de más de un tercio (36%) de los casos de SIDA en los Estados Unidos.¹

Al final de 2006, de los 353,825 adultos y adolescentes varones que se estimaba vivían con VIH/SIDA, el 17% habían sido expuestos por medio del uso de drogas inyectadas y el 7% habían sido expuestos por medio de contacto sexual masculino-masculino junto al uso de drogas intravenosas.² Una proporción mayor de casos de VIH/SIDA asociados con UDI ocurren entre mujeres adolescentes y adultas. De las 131,195 mujeres adultas y adolescentes que se estima viven con VIH/SIDA, el 26% han sido expuestas por medio del uso de drogas intravenosas.³ Un número significativo de mujeres diagnosticadas con el VIH/SIDA en 2006 fueron infectadas por medio de un contacto heterosexual de alto riesgo con un hombre infectado que tenía una historia de uso de drogas intravenosas.

El VIH/SIDA asociado con el UDI afecta desproporcionadamente a las comunidades Latinas en los Estados Unidos. A fines de 2006, en 33 Estados con un sistema de reporte de datos confidencial basado en nombres, 14,427 adultos o adolescentes varones Hispanos viviendo con VIH/SIDA fueron infectados mediante la inyección de drogas con agujas contaminadas con VIH, representando el 23% de los Hispanos varones viviendo con VIH/SIDA.⁴ Los Latinos varones se vuelven VIH positivos por medio de UDI más a menudo que otras comunidades en los Estados Unidos- el UDI fue el modo principal de transmisión para el 22% de los varones Afro Americanos viviendo con VIH/SIDA y el 9% de Blancos varones no-Hispanos viviendo con VIH/SIDA en los Estados Unidos.⁵ El peso del VIH/SIDA asociado al UDI es aún mayor para las Latinas. Aproximadamente 5,528 mujeres adultas o adolescentes Latinas viviendo con VIH/SIDA constituy-

1. Centers for Disease Control. "Fact Sheet: Drug-Associated HIV Transmission Continues in the United States". Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2002. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2006report/pdf/2006SurveillanceReport.pdf>
2. Centers for Disease Control. "Surveillance Report 2006". Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2006. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2006report/pdf/2006SurveillanceReport.pdf>
3. Centers for Disease Control. "Surveillance Report 2006". Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2006.
4. Centers for Disease Control. "Surveillance Report 2006". Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2006. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2006report/pdf/2006SurveillanceReport.pdf>
5. Centers for Disease Control. "Surveillance Report 2006". Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2006. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2006report/pdf/2006SurveillanceReport.pdf>



eron casos de VIH/SIDA asociados al UDI, representando el 28% de las mujeres Hispánicas viviendo con VIH/SIDA a fines de 2006.⁶ Esta estadística es alarmante porque la tasa de transmisión asociada al UDI entre las Latinas aumentó de la tasa del año anterior – en 2005, cuando las mujeres Latinas representaron el 25% de los casos de VIH/SIDA relacionados con UDI.⁷

De acuerdo al Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, el comportamiento asociado con el uso de alcohol y drogas es el factor individual más significativo en la expansión de la infección de VIH en los Estados Unidos.⁸ El uso de alcohol está asociado con múltiples factores de riesgo para la exposición a la infección de VIH, especialmente entre la juventud, incluyendo comportamientos sexuales riesgosos tales como múltiples parejas sexuales y el uso inconsistente del condón.^{9,10} Entre los estudiantes que estaban activos sexualmente en 2005, el 25.6% de los estudiantes Hispánicos/Latinos reportaron haber ingerido alcohol o usar drogas antes de su último contacto sexual, comparado con el 25.0% de los estudiantes blancos y el 14.1% de los estudiantes negros.¹¹ El uso de drogas por medio de inyección y otros métodos de consumo en general incrementan el riesgo de transmisión de VIH debido a la tendencia de practicar comportamientos sexuales de riesgo mientras se está bajo la influencia de una sustancia y la práctica de compartir agujas u otro equipo de inyección.¹²

Los usuarios de sustancias que comparten el equipo de inyección – jeringas, calentadores, agua y algodón – mientras se inyectan y comparten drogas enfrentan un riesgo mayor de contraer la infección del VIH u otras ETS.¹³ La actividad sexual no protegida es un factor de alto riesgo para hombres y especialmente para mujeres con parejas masculinas que son UDI.¹⁴ Otra forma por medio de la cual la gente puede estar en riesgo de contraer el VIH es simplemente el uso de drogas – sin importar si una aguja o jeringa están involucradas. Los usuarios de drogas no inyectadas (tales como algunas formas de cristal meth o cocaína) tienen también más probabilidades de estar expuestos a la infección de VIH- de acuerdo a un estudio del CDC, los fumadores de crack tiene una probabilidad 3 veces mayor de infectarse con VIH que los no-fumadores.¹⁵ El riesgo también varía dependiendo del uso de drogas; por ejemplo, la metanfetamina incrementa el deseo sexual y se ha demostrado que lleva a practicar sexo no seguro.¹⁶

La Metanfetamina (Cristal Met) y el Riesgo de VIH entre los HSH Latinos

El incremento en el uso de metanfetaminas entre subgrupos poblacionales en los Estados Unidos genera preocupación. La metanfetamina es un estimulante altamente adictivo que afecta el sistema nervioso, con un alto potencial de abuso y dependencia física y psicológica.¹⁷ La droga puede ser ingerida oralmente, por inhalación, por medio de inyección o fumando.¹⁸ Entre aquellos que se inyectan la droga, el VIH u otras infecciones transmitidas sexualmente pueden expandirse por medio del uso de agujas contaminadas, jeringas u otro equipo de inyección compartido. Sin embargo, la droga también tiene un efecto peligroso de alteración del comportamiento, juicio e inhibición, haciendo a los usuarios de drogas no-inyectadas de metanfetaminas más inclinados a tomar comportamientos de alto riesgo

para la transmisión del VIH. Los HSM usuarios de metanfetaminas reportan un incremento en el número de parejas sexuales, baja en el uso de condones, actividades sexuales con múltiples parejas, práctica de sexo con parejas casuales y anónimas, práctica de sexo anal receptivo y de penetración con parejas casuales y el incremento en la posibilidad de ser infectado con VIH o con una enfermedad de transmisión sexual, y el incremento en la posibilidad de contraer una infección de hepatitis A, B o C.¹⁹ Estudios sobre los usuarios de metanfetamina que son VIH positivos demuestran que existe una fuerte asociación entre el uso de metanfetaminas y el comportamiento sexual riesgoso para la contracción de VIH y otras ETS.²⁰ Un estudio reciente de 19,000 hombres en Los Ángeles mostró que las nuevas infecciones de VIH eran tres veces mayores entre los usuarios de metanfetaminas que entre los no-usuarios.²¹

En los Estados Unidos, el uso de metanfetaminas es un problema significativo entre los HSH urbanos. Las metanfetaminas y otras drogas “de fiesta” (tal como el éxtasis) son utilizadas por los HSH como un medio para disminuir las inhibiciones sociales y mejorar las experiencias sexuales.²² Estas drogas, junto al alcohol han sido fuertemente asociadas con prácticas sexuales riesgo-

6. Centers for Disease Control. “Surveillance Report 2006”. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2006. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2006report/pdf/2006SurveillanceReport.pdf>
7. Centers for Disease Control. “CDC HIV/AIDS Surveillance Report, 2005”. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2005. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2005report/>
8. National Institute of Drug Abuse (NIDA). “Infofacts: Drug Abuse and AIDS”. <http://www.nida.nih.gov/Infofacts/DrugAbuse.html>
9. Shier, LA et al. “Temporal associations between depressive symptoms and self-reported sexually transmitted disease among adolescents”. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156:599-606. 2002.
10. Mitchell, CM et al. “Alcohol use, outcome expectancies, and HIV risk status among American Indian Youth: A Latent Growth Curve Model with Parallel Processes”. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 35(5), p. 726-737, 2006.
11. Centers for Disease Control. “Youth risk behavior surveillance—United States, 2005”. *MMWR* 55(SS-5); 1-108, 2006.
12. Centers for Disease Control. “Fact Sheet: Drug-Associated HIV Transmission Continues in the United States”. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2002. <http://www.cdc.gov/hiv/resources/Factsheets/idu.htm>
13. Centers for Disease Control. “Access to sterile syringes”. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention, 2005. http://www.cdc.gov/idu/facts/aed_idu_acc.htm
14. Kral AH, Bluthenthal RN, Lorvick J, et al. “Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&opt=Abstract&list_uids=11356437&query=hl=25&itool=pubmed_docsum>”. *Lancet*. 2001; Vol. 357, pp1397-1401.
15. Centers for Disease Control. “Fact Sheet: Drug-Associated HIV Transmission Continues in the United States”. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2002.
16. 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 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12066991&query=hl=27&itool=pubmed_docsum>”. *Journal of Homosexuality*. 2002;42:31-51.
17. Centers for Disease Control. “Factsheet: Methamphetamine Use and Risk for HIV/AIDS”. 2007.
18. National Institute on Drug Abuse. “NIDA: InfoFacts”. National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
19. UCLA Integrated Substance Abuse Programs. “Special Populations: Men who have sex with men”. 2006. <http://www.methamphetamine.org/html/special-pops-MSM.html>
20. Molitor, F. et al. “Association of Methamphetamine Use During Sex with Risky Sexual Behaviors and HIV Infection Among Non-Injection Drug Users”. *West J Med*: 1998, Vol 168 (2), pp 93-7.
21. Sherry, L. “HIV Risk Behaviors Among Gay Male Methamphetamine Users: Before and After Treatment”. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*: 2006, Vol 10 (3/4).
22. Mansergh G, Colfax GN, Marks G, et al. The Circuit Party Men’s Health Survey: findings and implications for gay and bisexual men. *American Journal of Public Health* 2001;91:953-958.

sas entre HSH.²³ Los HSH usuarios de metanfetamina reportan un incremento en el número de parejas sexuales, baja en el uso de condones, actividades sexuales con múltiples parejas, práctica de sexo con parejas casuales y anónimas, práctica de sexo anal receptivo y de penetración con parejas casuales y el incremento en la posibilidad de ser infectado con VIH o con una enfermedad de transmisión sexual, y el incremento en la posibilidad de contraer una infección de hepatitis A, B o C.²⁴

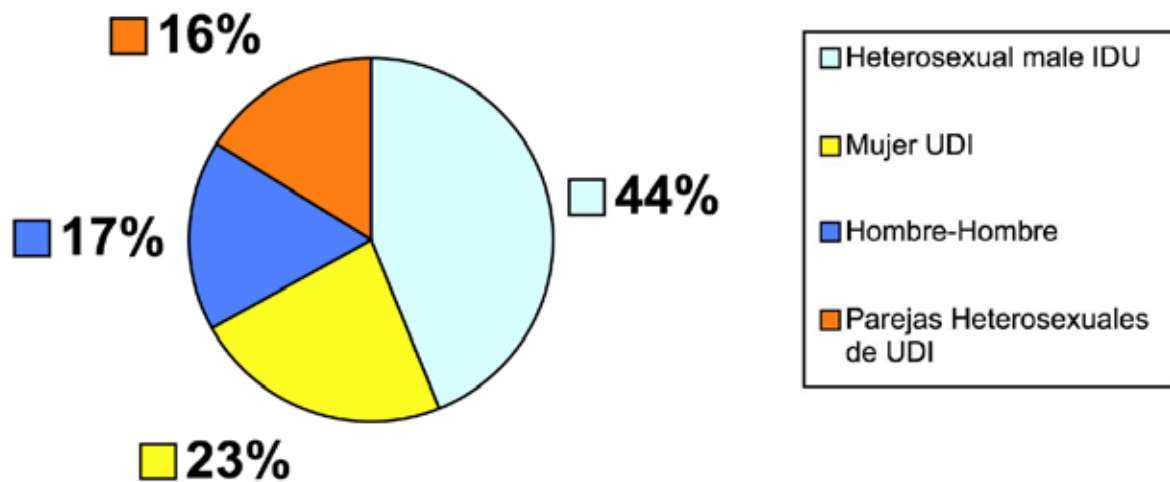
Hasta hace poco las metanfetaminas eran percibidas como un problema de la comunidad HSH Blancos y no de los HSH Latinos. Sin embargo, estudios recientes indican que el uso de metanfetaminas entre los hombres Latinos gay es similar al de los hombres Blancos gay.²⁵ De acuerdo a una investigación realizada por el Instituto César Chávez en California, la cual estudió a hombres Latinos gays en San Francisco (N=300), el cristal met. fue la droga más frecuentemente usada.²⁶ Fue utilizada mensualmente o más frecuentemente entre el 50% de la población estudiada. En una encuesta de 2005 de un grupo más grande de hombres gay Latinos (N=2,000+) en San Francisco, el 15% de estos hombres Latinos gay reportaron usar metanfetaminas.²⁷

De acuerdo a los autores: “Se encontró que los hombres Latinos gay dependían de metanfetaminas por razones relacionadas a la potenciación sexual, posiblemente para enfrentar expectativas culturales y normas de capacidad sexual y éxito sexual en la comunidad gay.”²⁸ En el mismo estudio, los autores encontraron que la mayor parte del uso de metanfetaminas se encontró entre hombres Latinos que fueron reclutados en cuartos de Chat del Internet, con dos tercios reportando uso de metanfetaminas en los últimos 6 meses.²⁹ Aproximadamente 72% de los hombres Latinos gay que usan metanfetaminas reportan al menos un evento de sexo anal no protegido durante un periodo de 6 meses.³⁰ Esta es la tasa de riesgo de VIH más alta nunca reportada para cualquier grupo de HSH Latinos estudiado.³¹

A pesar de este hecho alarmante, no existen suficientes campañas que sean culturalmente apropiadas para los usuarios de metanfetaminas Hispanos. Existe una necesidad crucial para programas de prevención y tratamiento de cristal met. diseñados para Latinos en lugar de simplemente traducir programas diseñados para HSH Blancos no-Hispanos.³²

Proporción Estimada de Casos de SIDA Asociados con el Uso de Drogas Inyectadas, por Categoría de Transmisión Diagnosticadas en 2006 – Estados Unidos y Áreas Dependientes³³

NOTA: Las Áreas Dependientes de los EEUU incluyen Samoa Americana, Guam, Las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EEUU



23. Purcell DW, Parsons JT, Halkitis PN, Mizuno Y, Woods WJ. Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *Journal of Substance Abuse* 2001;13:185-200.
 24. UCLA Integrated Substance Abuse Programs. “Special Populations: Men who have sex with men”. 2006. <http://www.methamphetamine.org/html/special-pops-MSM.html>
 25. Accion Mutua. “Methamphetamine Use and HIV Risk Among Latino Gay Men”. http://www.apla.org/accionmutua/resources/other/broadsheet_pdf/MethBroadsheet53106.pdf
 26. Diaz, Rafael et al. “Fabulous Effects/Disastrous Consequences: Stimulant use among Latino gay men in San Francisco” Cesar Chavez Institute Study, 2004.
 27. Diaz, RM et al. “Reasons for Stimulant Use Among Latino Gay Men in San Francisco: A comparison between methamphetamine and cocaine users”. *Journal of Urban Health*, 2005, Vol. 82(1), pp. 71-78.
 28. Diaz, RM et al. “Reasons for Stimulant Use Among Latino Gay Men in San Francisco: A comparison between methamphetamine and cocaine users”. *Journal of Urban Health*, 2005, Vol. 82(1), pp. 71-78.

29. Diaz, RM et al. “Reasons for Stimulant Use Among Latino Gay Men in San Francisco: A comparison between methamphetamine and cocaine users”. *Journal of Urban Health*, 2005, Vol. 82(1), pp. 71-78.
 30. Accion Mutua. “Methamphetamine Use and HIV Risk Among Latino Gay Men”. http://www.apla.org/accionmutua/resources/other/broadsheet_pdf/MethBroadsheet53106.pdf.
 31. Accion Mutua. “Methamphetamine Use and HIV Risk Among Latino Gay Men”. http://www.apla.org/accionmutua/resources/other/broadsheet_pdf/MethBroadsheet53106.pdf
 32. Latino Commission on AIDS. “Crystal Methamphetamine and Latinos in New York City; One Organization’s Perspective”. New York, NY. <http://www.latinoaids.org/crystalmeth/crystalmethreport.pdf>
 33. Centers for Disease Control. “AIDS Surveillance: General Epidemiology: Estimated Number and Proportion of AIDS Cases Associated with Injection Drug Use, by Transmission Category Diagnosed in 2006—United States and Dependent Areas : Slide 17”. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2006. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/epidemiology/index.htm>