

# Un Estudio para Identificar Comportamientos de Riesgo y Necesidades de Prevención de VIH/SIDA en Centros de Tratamiento de Drogadicción en la Ciudad de Guatemala y San Salvador

Erica Shehane, MPH, MSW<sup>1</sup>  
Jerry O. Jacobson, Ph.D.<sup>2</sup>  
Martin Y. Iguchi, Ph.D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Escuela de Salud Pública  
Universidad de California, Los Ángeles (UCLA)

<sup>2</sup>Centros de Estudios en Salud  
Universidad del Valle de Guatemala (CES-UVG)

Proyecto para establecer tratamiento, rehabilitación y red de reinserción social en  
Centroamérica (CAM H90)  
Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD)



Este estudio fue realizado como una colaboración entre los Centros de Estudios de Salud de la Universidad del Valle de Guatemala y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California en Los Ángeles, con apoyo financiero de la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito que tienen el proyecto de establecer un tratamiento, rehabilitación, y una red de reinserción social en Centroamérica (CAM H90).

Los contenidos de este reporte reflejan únicamente la opinión de los autores y no necesariamente reflejan la opinión o políticas de CES-UVG, UCLA, u ONUDD.

## **Reconocimientos**

Agradecemos a las diferentes personas y organizaciones que colaboraron con nosotros y brindaron su dedicación y apoyo a este estudio. La oficina regional para Centroamérica del Programa Global de SIDA de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC-GAP) proporcionó asistencia técnica. El Lic. Manuel de Jesús Ramírez y Dr. Edmundo Guerrero de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID) en Guatemala y el Lic. Hugo Mario Córdova, Lic. Rhina Patricia Ortiz de Iraheta, y Lic. Luis Antonio Torres Sánchez de la Comisión Nacional Antidrogas (CNA) en El Salvador facilitaron interacciones con los centros de tratamiento por drogas y nos proporcionaron los antecedentes históricos sobre programas de tratamiento por drogas y políticas nacionales. Especialmente agradecemos a Rubi Blancas de la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) en México, ya que sin su apoyo este estudio habría sido imposible. Estamos endeudados a Licda. Andrea Patricia Almeida, Licda. Brenda Gutiérrez Morales, y Lic. Manuel Antonio Mojica por su valiosa asistencia para la realización de las entrevistas. Nuestra gratitud se extiende también a los numerosos clientes y personal de los centros de tratamiento por drogas, quienes fueron extremadamente generosos con su tiempo y abiertos sobre sus experiencias.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>RECONOCIMIENTOS</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>4</b>
Relación entre VIH y Uso de Drogas	6
Estudio Racional	7
Proporcionando Prevención en VIH en Centros de Tratamiento por Drogas	8
La Epidemia de VIH en Centroamérica	8
Uso Ilícito de Drogas en Centroamérica	9
Política de Drogas y Tratamiento en Guatemala y El Salvador	10
<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>11</b>
<b>MÉTODOS</b>	<b>12</b>
Selección de Ciudades y Lugares de Estudio	12
Selección de Centros de Tratamiento	12
Reclutamiento del Participante	13
Encuesta del Cliente	13
Entrevista a Profundidad	14
Análisis de Encuesta e Información de la Entrevista	14
<b>RESULTADOS</b>	<b>15</b>
Características de Centros de Tratamiento por Droga	14
Características del Personal y Clientes Entrevistados	17
Resultados de Encuesta: Pruebas de VIH Uso de Inyección entre Clientes del Tratamiento	18
Resultados de las Entrevistas	19
Mecanismos de Referencia para Tratamiento por Drogas	19
Uso de Drogas	20
Uso de Drogas en Inyección	21
Parejas Sexuales y Uso del Condón	21
Conocimiento y Actitudes relacionadas con el VIH/SIDA	22
Prevención de VIH en Centros de Tratamiento	22
<b>LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>25</b>
Prevención de VIH en Centros de Tratamiento	25
Factores Individuales de Riesgo	25
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>26</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>28</b>

## Resumen Ejecutivo

Los consumidores de droga han jugado un papel importante en la epidemia del VIH a nivel mundial, tanto por la transmisión de VIH por compartir agujas como por la transmisión sexual a sus parejas. Sin embargo, no está clara la relación entre los que usan drogas y la epidemia del VIH en Centroamérica. A pesar del papel crucial de la región en tráfico de narcóticos y la asociación entre las rutas comerciales de droga y comportamientos riesgosos, en ninguna nación centroamericana se han realizado estudios en la población de usuarios de drogas acerca de prevalencias de VIH, el uso de drogas por inyección o prácticas sexuales de riesgo. Además, las entidades nacionales de VIH/SIDA y ministerios de salud en Centroamérica actualmente no reconocen a los consumidores de drogas como un grupo de riesgo o prioridad para prevención o vigilancia por VIH. Los sistemas de vigilancia por VIH en la región normalmente no buscan monitorear tendencias en usuarios de drogas en términos de infecciones transmitidas sexualmente, conductas de uso de drogas de alto riesgo o comportamientos sexuales que podrían aumentar la extensión del VIH.

Los individuos que reciben tratamiento por abuso de sustancias son una población accesible que puede ayudar a comprender el contexto del uso de drogas, ambientes de riesgo, y comportamientos de riesgo entre consumidores de droga en la región. Más allá de facilitar acceso a numerosos individuos de alto riesgo, los centros de tratamiento por drogas también proporcionan un marco institucional establecido, a través del cual se podría lanzar actividades de vigilancia y prevención de VIH, incluyendo información, educación y reducción de comportamientos de riesgo. La evidencia en la literatura científica apoya la efectividad potencial de tratamiento por drogas en reducir el riesgo de la infección del VIH.

En el contexto del proyecto de UNODC CAM/H90 para establecer y fortalecer una red de centros de tratamiento por drogas a lo largo de México y Centroamérica, este estudio inicial evaluó factores individuales e institucionales que contribuyen al riesgo de VIH en la población que usa drogas. Específicamente, el estudio tenía como objetivo estimar la prevalencia de uso de drogas por inyección en usuarios que se encuentran en centros de tratamiento por drogas, evaluar niveles de conocimiento y actitudes de clientes y personal de los centros acerca de VIH, averiguar como el tema de VIH actualmente se maneja en los centros de tratamiento e identificar cómo se podría incorporar la prevención de VIH de la manera más adecuada a los tratamientos por drogas en Ciudad de Guatemala y San Salvador, El Salvador. Las comisiones nacionales anti-drogas de ambos países, SECCATID y CNA, proporcionaron información valiosa sobre centros de tratamiento de drogas, ayudaron con la selección de los centros incluidos en el estudio y facilitaron contacto con los directores de los centros. Por su parte, los directores de los centros ayudaron con el reclutamiento de personal y clientes.

Seguido de un resumen breve sobre el uso de drogas y la epidemia de VIH en Centroamérica, se describe la metodología del estudio y los resultados obtenidos de una encuesta y entrevistas a profundidad realizadas con personal y clientes en los centros de tratamiento por drogas seleccionados. Siete de los centros de tratamiento más grandes en Ciudad de Guatemala y San Salvador fueron seleccionados según criterios específicos. Los centros elegibles para inclusión en el estudio fueron aquellos que atienden a clientes adultos con problemas relacionados con el uso de drogas ilícitas, a pesar de que los centros que también atienden clientes jóvenes o

consumidores de alcohol no fueron excluidos. Los resultados de la encuesta de 454 clientes por tratamiento de drogas, muestran que el 45% de clientes en los centros de tratamiento participantes se había hecho una prueba de VIH alguna vez, el 10% se había inyectado droga alguna vez, 2% se había inyectado droga en los 30 últimos días, y 52% de las personas que se habían inyectado había hecho la prueba de VIH. Entrevistas a profundidad con 59 miembros del personal y clientes en los mismos centros revelaron lo siguiente:

- Ningún centro de tratamiento por drogas participando en el estudio proporciona educación o prevención de VIH de manera sistemática;
- La mayoría de centros no evalúa en sus clientes conductas de riesgo relacionados con el VIH;
- Las drogas consumidas por clientes de tratamiento incluyen cocaína, crack, metanfetamina, y heroína, todas las cuales se inyectan comúnmente en otras partes del mundo;
- Se identificaron prácticas de compartir agujas;
- Se identificaron prácticas de uso de drogas en lugares públicos (*puntos*) en donde se compran drogas y jeringas;
- El uso de condón entre clientes es inconsistente;
- Muchos clientes de tratamientos de drogas tienen ideas equivocadas sobre la transmisión del VIH, por ejemplo creen que las jeringas contaminadas con VIH son seguras después de esperar 30 minutos y que el SIDA se puede curar por intervención divina; y
- Muchos clientes de centros tratamiento por drogas tienen actitudes despectivas hacia el VIH y acceso mínimo a prevención e información sobre la prueba de VIH.

Los hallazgos de este estudio indican la necesidad de intervenciones de prevención de VIH orientadas a usuarios de drogas en Guatemala y El Salvador. Con base en la información recolectada, se considera que los centros de tratamiento necesitan capacitación para su personal, para mejorar su capacidad y confianza para educar sus clientes en el tema VIH y cómo reducir los riesgos relacionados con el consumo de drogas y relaciones sexuales. Considerando los riesgos sexuales asociados con el consumo de drogas, cada cliente que se encuentra en un centro de tratamiento por drogas debería recibir educación sexual sobre ITS y VIH, la importancia del uso consistente del condón, y cómo acceder a recursos de otras organizaciones, como condones y pruebas de VIH que puedan reducir su riesgo de adquirir VIH y otras infecciones de ITS mientras que protejan a sus parejas sexuales. Se recomienda que investigaciones al futuro busquen estimar la prevalencia de UDI y otros factores de riesgo de VIH en usuarios de drogas en Centroamérica a través del uso de métodos de muestreo representativos, tales como muestreo orientado por el entrevistado (RDS por sus siglas en inglés), para lograr mejor comprensión sobre las redes sociales de consumidores de drogas y sus contextos de riesgo.

## Introducción

Este reporte describe un estudio exploratorio en usuarios de drogas y personal de siete centros de tratamiento por drogas en Guatemala y El Salvador para evaluar los riesgos del VIH e identificar oportunidades para prevención de VIH en consumidores de droga. El estudio se realizó a solicitud del proyecto de la Oficina contra las Drogas y el Crimen de las Naciones Unidas (ONUDD) CAM H90, como parte de su esfuerzo para establecer y fortalecer una red de centros de tratamiento por drogas en Centroamérica. Este reporte incluye una breve introducción a la literatura científica sobre la relación entre el uso de drogas y la propagación del VIH. Como parte de esta introducción, se discute la eficacia de tratamiento de drogas como un método de prevención de VIH y se examina el contexto de uso de drogas y VIH en Centroamérica. Es preocupante el hecho de que la mayor parte de investigación y programas sobre VIH/SIDA en la región han sido enfocados principalmente en poblaciones que tienen conductas sexuales de alto riesgo, ignorando las conductas potenciales de riesgo relacionadas con drogas. Sin embargo, teniendo en cuenta el importante papel de Centroamérica en tráfico y producción de drogas y su relación con la migración persistente hacia México y Los Estados Unidos, en donde el uso de drogas por inyección conformaba de 1% y 28% respectivamente de los casos nuevos de SIDA en 2002,<sup>1,2</sup> parecería natural investigar acerca de la magnitud del problema de consumo de drogas y su contribución a la epidemia del VIH. En otras partes del mundo, estar ubicado en el camino del comercio de droga ha sido asociado con infecciones de transmisión sanguínea de alto riesgo<sup>1,3</sup> y algunas UDI asociadas con epidemias de VIH han sido ligadas por proximidad a rutas de tráfico de narcóticos.<sup>4,5</sup> Quizás como un resultado de la carencia de evidencia científica acerca de como el uso de drogas puede contribuir a la extensión de la infección del VIH en Centroamérica, los ejercicios de planificación nacional y los esfuerzos internacionales de asistencia no han tratado el problema de qué medidas de prevención y control del VIH podrían estar disponibles para las poblaciones usuarios de drogas en la región.

Este reporte brinda descripciones narrativas basadas en información de entrevistas sobre la filosofía de tratamiento y tipos de servicios disponibles en siete de los centros de tratamiento más grandes en Guatemala y El Salvador. Estas son seguidas de resultados sobre prevalencia de uso de drogas por inyección y tasas experiencia con la prueba de VIH en clientes de los centros de tratamiento participantes. Con base en la información de entrevistas a profundidad con clientes en tratamiento y personal de los centros, también se caracteriza el comportamiento de uso de drogas, conductas sexuales de riesgo, conocimiento y actitudes sobre VIH, y percepción de recursos disponibles para prevención de VIH. Los métodos de estudio y resultados son descritos en detalle. Se ofrecen recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio, incluyendo sugerencias para investigaciones al futuro acerca de la relación entre el uso de drogas y VIH en Centroamérica.

## Relación entre VIH y Uso de Drogas

Se estima que el uso de droga por inyección (UDI) tiene un 10% de casos de VIH/SIDA alrededor del mundo<sup>6</sup> y es responsable por cerca de un tercio de nuevas infecciones de VIH fuera de África Sub-sahariana.<sup>7</sup> En muchas regiones del mundo económicamente abatidas, la epidemia del VIH comenzó con brotes entre consumidores de drogas y trabajadores comerciales del sexo.<sup>8</sup> La infección del VIH se expandió a otros grupos de alto riesgo y finalmente a la población en general. El riesgo de transmisión del VIH a través de uso de drogas por inyección es determinado por factores epidemiológicos (por ejemplo, compartir agujas), factores psicológicos, (ejemplo,

búsqueda compulsiva de droga, intoxicación), y factores ambientales (ejemplo, acceso a jeringas estériles, uso apresurado en lugares públicos).<sup>9</sup> Se estima que el riesgo infección de VIH por episodio de inyección de uso de drogas es del 0.67%, lo cual la ubica entre el riesgo por exposición heterosexual (0.1-0.2%) y exposición anal (3.0%).<sup>10</sup> La tendencia de UDIs de tener más de un comportamiento de alto riesgo, como el comercio del sexo, multiplica la probabilidad de infección. La evidencia indica que la transmisión sexual tanto entre inyección como no inyección de consumidores de droga juega un papel importante en la propagación del VIH a nivel mundial.<sup>11</sup> Así, los consumidores de droga, a pesar de su conducta de inyectar droga, funcionan como una población puente y facilitan la propagación de enfermedades transmitidas por sangre más allá de la población que consume drogas.

## Lógica del Estudio

A pesar de la falta de evidencia científica, tiende a existir una creencia entre oficiales de salud pública en Centroamérica de que el uso de drogas no es importante para la epidemia de VIH en la región, haciendo parecer innecesarios los programas para abordar la transmisión de VIH en estas poblaciones.<sup>12,13</sup> Esto quizás proviene del pequeño número de infecciones—normalmente menos del 2%—reportado a través de sistemas de notificación de casos pasivos que indican UDI como una categoría de exposición. Sin embargo, la exactitud de reportes de casos pasivos es cuestionable, debido a los altos niveles de subregistro, así como la ilegalidad y estigma de conducta de drogas por inyección.<sup>12,13</sup> Los investigadores que estudian abuso de sustancias en El Salvador también han reportado poca información sobre los comportamientos de riesgo de los consumidores de droga y los recursos que tienen para protegerse de enfermedades transmitidas por sangre, y han reportado que conductas de inyección encontradas durante estudios cualitativos fue poco común.<sup>14</sup> Como resultado, se conoce poco acerca del grado en el cual contribuyen los consumidores y especialmente los usuarios de drogas por inyección con la epidemia del VIH en Centroamérica. Por lo tanto, este estudio formativo buscó determinar si una investigación adicional era garantizada para buscar la presencia o ausencia de uso de inyección de drogas y explorar los factores de riesgo del VIH entre consumidores.

Varias estrategias pueden ser efectivas al monitorear y controlar la propagación del VIH entre la población que consume drogas, incluyendo vigilancia de tasas de infección y comportamiento de riesgo, tratamiento de abuso de sustancias, información de VIH, educación y comunicación, pruebas de VIH y tratamiento de VIH/SIDA.<sup>7,15,16</sup> En particular, hay mucha evidencia para apoyar la efectividad de reducir conductas de alto riesgo relacionadas con drogas, a través de proporcionar sustitución de opiáceos y equipo de inyección estériles.<sup>17-20</sup>

El tratamiento de drogas, en particular tiene el potencial de prevenir transmisión de VIH entre consumidores de drogas reduciendo el uso de drogas por inyección, disminuir el compartir equipo de inyección contaminado, y conductas sexuales de alto riesgo y proporcionar oportunidades para educación de VIH, atención médica y otros servicios sociales.<sup>9</sup> Además, los centros de tratamiento son un importante recurso institucional para vigilancia de VIH y servicios de prevención porque proporcionan acceso a individuos en alto riesgo y ofrecen una infraestructura para recolectar información sobre esta población.<sup>11,15</sup> Por lo tanto un segundo objetivo clave de este estudio era comprender cómo estos centros pueden ser usados como un

vehículo para la divulgación de educación de VIH para usuarios de drogas en Guatemala y El Salvador.

## **Prevención de VIH en Centros de Tratamiento por Drogas**

Hay un consenso de que proporcionar una línea completa de servicios de tratamiento por drogas es exitoso al reducir o contener la propagación de VIH entre consumidores de drogas.<sup>9, 17</sup> Los programas enfocados a consumidores de drogas que han demostrado efectividad incluyen acceso a jeringas, alcance, educación en reducción de riesgo, pruebas voluntarias de VIH y consejería, distribución de condones y referencias a tratamiento por abuso de sustancias y otros servicios de salud.<sup>17</sup> Dentro de contextos de tratamiento por drogas, las intervenciones de reducción de riesgo deben ser un componente de todos los servicios de tratamiento por drogas, y deben ser proporcionadas lo suficientemente temprano como para captar clientes que se salgan antes de completar el tratamiento.<sup>20</sup> Varios programas de prevención dirigidos a UDI también han demostrado efectividad en reducir riesgos relacionados con el VIH. La terapia de sustitución de opiato (por ejemplo, mantenimiento con metadona) ha demostrado reducir la frecuencia de inyección y así el riesgo de transmisión de VIH y otras infecciones.<sup>17</sup>

Para que el tratamiento de abuso de sustancias tenga un impacto significativo en controlar la transmisión del VIH debe ser capaz de atraer y mantener grandes números de individuos dependientes de drogas, efectivamente reduce el uso de drogas y las conductas relacionadas con drogas y de riesgo por sexo.<sup>17</sup> Sin embargo, implementar tratamiento y prevención de VIH dentro de lugares de tratamiento requiere una investigación cualitativa que describe el contexto específico dentro del cual se proporcionan los servicios de tratamiento por drogas para determinar los posibles efectos de tratamiento en la población meta. Esta investigación formativa ayuda a identificar características o componentes de tratamiento que están asociados a resultados deseables y pueden proporcionar información acerca de por qué ciertos subgrupos de clientes pueden responder bien a tratamiento estándar y por qué otros pueden requerir enfoques alternativos o tratamiento adicional.<sup>17</sup> Para que los servicios de prevención de VIH sean exitosos en el tratamiento de drogas, deben estar basados en una comprensión completa del entorno que incluye percepciones del personal y clientes, conocimiento y conductas.<sup>21</sup>

## **La Epidemia de VIH en Centroamérica**

Información de vigilancia disponible indica que la infección del VIH en Centroamérica permanece altamente concentrada entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras del sexo (TS).<sup>22</sup> A pesar de que han sido reportados algunos casos documentados atribuidos a uso de drogas, el grado al cual los riesgos relacionados con drogas facilitan la propagación de la epidemia del VIH en la región aún no ha sido investigado y no es comprendido.<sup>4</sup> Regionalmente, los esfuerzos de vigilancia son limitados y el subregistro es una preocupación grande;<sup>23</sup> estimados recientes de El Salvador indican que hasta un 60% de casos de SIDA no son reportados.<sup>24</sup>

En Guatemala, la nación más grande de Centroamérica con 12.7 millones de habitantes, 47.1% que viven en áreas urbanas,<sup>25</sup> la prevalencia de VIH/SIDA en 2003 entre adultos de 15-49 años estaba estimada entre 0.6-1.8%.<sup>25</sup> Entre la población de HSH, 12% resultaron VIH positivos y cerca de la mitad se identificó como heretosexual o bisexual.<sup>22</sup> Los reportes de los sistemas nacionales de vigilancia pasiva muestran que 75% de las infecciones ocurren entre



heterosexuales<sup>25</sup> puede estar relacionado con esto, a pesar de que se cree que el estigma y la discriminación resultan en sub-registro de HSM como un factor de riesgo. Menos conocida es la epidemia entre poblaciones fuera de la ciudad capital, especialmente entre la mayoría de la población indígena. Sin embargo, los casos de infección de VIH en comunidades indígenas han sido documentados en cada departamento del país.<sup>22</sup> Esto es preocupante, ya que poblaciones indígenas enfrentan altas tasas de pobreza y experimentan muchas barreras de acceso a atención médica, la cual los puede hacer más vulnerables a la exposición del VIH y menos probable a ser captados por esfuerzos de prevención.<sup>23</sup>

La meta de proporcionar acceso universal a terapia antirretroviral (ARV) ha sido obstaculizada por escaseces temporales y disponibilidad limitada de medicamento antirretroviral, una débil infraestructura de servicios de salud y la necesidad de profesionales capacitados.<sup>25</sup> En 2005, la OMS/ONUSIDA calculó que 13,000 personas necesitaban tratamiento ARV.<sup>25</sup>

Más del 60% de los 6.6 millones de habitantes de El Salvador residen en áreas urbanas.<sup>24</sup> La tasa estimada de prevalencia de VIH/SIDA en adultos de 15-49 años del 2003 fue de 0.3-1.1%, con alrededor del 60% de los casos encontrados en el área metropolitana de San Salvador.<sup>24</sup> El estudio más reciente de prevalencia disponible demostró que la prevalencia de VIH en una muestra de hombres que tienen sexo con hombres fue del 15%. Uno de cinco HSM en el estudio también reportó haber tenido relaciones sexuales recientemente con una mujer.<sup>22</sup> El Ministerio de Salud comenzó a proporcionar tratamiento antirretroviral en 2002 y es el principal proveedor de medicamento ARV en el país. Sin embargo, en 2005, se estimaba que 4,900 personas necesitaban terapia ARV.<sup>24</sup>

Un estudio de vigilancia realizado por Soto et al. en 2001 en cinco países centroamericanos de HSH y TS encontró tasas de prevalencia notablemente altas en esas poblaciones que estimados simultáneos en la población general.<sup>26</sup> En este estudio, la prevalencia de VIH en HSH fue 10 veces más alta en Guatemala y 21.8 veces más alta en El Salvador, comparado con la población general.<sup>26</sup> En ambos países, la tasa entre TS fue 4-5 veces mayor que los estimados de la población general. Los participantes de Guatemala y El Salvador también reportaron exposición limitada a intervenciones de conducta con el objetivo de prevenir enfermedades transmitidas sexualmente.<sup>26</sup>

## Uso ilícito de Drogas en Centroamérica

Históricamente, los patrones en la pureza, producción y tráfico de narcóticos han influenciado conductas de consumo de drogas y riesgos de enfermedades por contaminación sanguínea.<sup>1,3</sup> Las drogas son por lo regular disponibles ampliamente y a precios cómodos en comunidades cercanas a rutas de tráfico, lo cual crea con frecuencia un fuerte mercado local. En Tijuana, un punto mayor de tránsito para cocaína y heroína de Sur América con rumbo al norte, los adultos reportan haber usado una sustancia ilegal a una tasa tres veces mayor al promedio nacional.<sup>1</sup> En otras partes de México, los carteles de la droga abrieron sus mercados a las comunidades locales, provocando un aumento en la adicción en el país.<sup>27</sup> La relación entre tráfico y VIH ha sido establecida en otras partes del mundo. Por ejemplo la epidemia de VIH –UDI en Brasil estaba estrechamente ligada a las rutas transbordo.<sup>4</sup> En Asia, el VIH y el uso de drogas por inyección han sido relacionados con rutas de tráfico de heroína.<sup>5</sup>

Los países de Centroamérica forman un corredor que es crucial para el tráfico de cocaína con destino al norte desde Sur América. Globalmente, los opiáceos son traficados desde tres distintos centros de producción a tres mercados distintos. Los centros latinoamericanos de producción de opio en Guatemala, México, Colombia y Perú suplen el mercado de heroína norteamericano.<sup>28</sup> En Guatemala, cuarenta y siete y cuarenta y ocho hectáreas de opio fueron erradicadas en 2005 y 2006, respectivamente.<sup>28</sup> Los países centroamericanos, especialmente Guatemala, son lugares ideales para poner combustible, tránsito y zonas de acumulación, debido a puertos en el Pacífico y Golfo de México, extensiones de selva y limitada aplicación de la ley.<sup>28</sup> Cálculos de 2004 indican que cerca del 80% de narcóticos que fluyen a través de la región son transportados por barco.<sup>28</sup> Las comunidades de los puertos en Guatemala y El Salvador son impactadas significativamente por tráfico de drogas marítimo.<sup>29,30</sup>

Similar a las tendencias en otras partes de Latinoamérica y el Caribe, la cocaína tiende a ser el principal problema de droga en Centroamérica y la demanda por tratamiento por drogas en la región está ligado principalmente al abuso de cocaína o crack.<sup>28</sup> El uso de cocaína está estrechamente ligado a riesgos sexuales de transmisión de VIH. La cocaína y el crack son usados comúnmente en el comercio sexual y aumentan el riesgo de encuentros sexuales sin protección.<sup>4</sup> De hecho, trabajos recientes han demostrado que los consumidores de crack en algunos contextos tienen tasas más altas de conductas sexuales riesgosas que usuarios que se inyectan cocaína, lo cual fortalece la discusión por prevención de VIH tanto a usuarios que se inyectan droga como los que no lo hacen.<sup>31</sup> Segundo, cocaína inyectada, en vez de opiáceos, contribuyó a las epidemias de VIH en Brasil y Argentina.<sup>4</sup> Estudios de Brasil encontraron que transiciones en el uso de cocaína pueden variar de prácticas seguras, como fumar, métodos riesgosos como inyección y viceversa.<sup>4</sup> Esto indica que en áreas en las que el consumo de cocaína es alto el riesgo de infección de VIH puede aumentar.

## **Política de Drogas y Tratamiento en Guatemala y El Salvador**

Como en otras partes de Latinoamérica y muchos lugares de Norte América, el control de tráfico de narcóticos y la erradicación de cultivos de droga han dado colorido a gran parte de las políticas de drogas de Guatemala y El Salvador. Recientemente sus gobiernos desarrollaron estrategias nacionales de drogas que incorporan prevención de abuso de drogas y tratamiento.

La ONUDD y las comisiones nacionales anti-drogas en Guatemala y El Salvador han determinado a través de evaluaciones nacionales<sup>32,33</sup> que los centros de tratamiento por drogas y grupos de auto-ayuda, como alcohólicos anónimos, han sido los principales proveedores de servicios de abuso de sustancias por varias décadas. Sin embargo, debido a la falta de regulaciones, estos servicios inicialmente fueron establecidos y operados informalmente. Durante los años 90, Guatemala y El Salvador pasaron legislaciones para consolidar recursos y para formalizar prevención por abuso de sustancias y servicios de tratamiento. Sin embargo, se cree que la mayoría de estos servicios fueron antes no estaban regulados. Basado en directorios desarrollados en 2004 como parte de CAM H90, hay un estimado de 90 centros de tratamiento por drogas en Guatemala, 60 de los cuales están localizados en el área metropolitana de la ciudad de Guatemala.<sup>33</sup> Hay 39 centros de tratamiento en el área metropolitana de San Salvador.<sup>32</sup>

En respuesta a una ley nacional pasada en 1992, la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (CCATID) de Guatemala fue creada con la tarea de desarrollar estrategias y

políticas dirigidas a reducir la oferta y la demanda de la reducción de narcóticos en el país. Desde 1996 hubo un movimiento por consolidar los esfuerzos nacionales de prevención y tratamiento, la Secretaria Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Trafico Ilícito de Drogas (SECCATID) ha sido la entidad del gobierno responsable por la reducción de la demanda.<sup>34</sup> En noviembre de 2006, la SECCATID desarrolló las Normas Mínimas de Atención, las cuales establecen los requerimientos mínimos para operar un centro de tratamiento por drogas.<sup>35</sup> En teoría, los centros que no cumplan con estas normas, reciben dos advertencias antes que SECCATID ordene el cierre del centro. Sin embargo es un programa Nuevo y aún debe realizarse un reforzamiento estricto de las Normas.<sup>13</sup>

Similar a Guatemala, El Salvador pasó una ley nacional en 1990 que creó el Comité Antinarcóticos (COAN) para prevenir y reducir el uso de drogas.<sup>32</sup> Después de modificaciones a la ley en 2003, se creó la Comisión Nacional Antidrogas (CNA). Actualmente la CNA supervisa la planeación, coordinación y evaluación de políticas del gobierno y estrategias para prevenir tráfico de drogas, la venta y su uso y para rehabilitar a personas adictas.<sup>32</sup> En 2004, fueron establecidas las Normas de Atención a Personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas bajo un acuerdo ejecutivo.<sup>32</sup> En 2006, se aprobó una legislación regulatoria (Reglamento de Funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos que brindan atención a personas afectas a drogas) que dio a la CNA más autoridad para evaluar la calidad de tratamiento de drogas y reforzar el cumplimiento de Normas.<sup>36</sup> Actualmente el CAN está en el proceso de verificar información incluida en el directorio nacional de tratamiento, el cual fue desarrollado por FUNDASALVA, y está evaluando el cumplimiento de las normas en los centros de tratamiento.

Tanto Guatemala como El Salvador citan reducción en la demanda a través de prevención de tratamiento de adicción de drogas como una meta en sus planes nacionales anti-drogas.<sup>34, 37</sup> Los tipos de tratamiento encontrados en Guatemala y El Salvador, en los directorios de SECCATID y la CNA, incluyen centros para refugiados (*refugios o albergues*), atención para casos graves / desintoxicación, instalaciones de diagnóstico dual (*manejo de comorbilidad*), *intervención temprana, tratamiento ambulatorio, casas de hogar o comunidades terapéuticas*, y grupos de auto-ayuda como alcohólicos anónimos.<sup>32, 33</sup> Hasta la fecha, no ha habido coordinación entre programas o políticas de tratamiento y programas nacionales de SIDA dentro del Ministerio de Salud de ninguno de estos países. Actualmente, los consumidores de droga no son una población meta para las respuestas nacionales a VIH/SIDA.<sup>12, 13</sup>

## Objetivos del Estudio

De acuerdo con el modelo descrito anteriormente en donde el primer paso de planeación de estrategias de prevención de VIH es una situación de evaluación de condiciones legales sobre uso de drogas e infección de VIH,<sup>38</sup> la meta fundamental de este estudio era evaluar ampliamente factores individuales e institucionales que contribuyen al riesgo por VIH y describir los servicios de prevención de VIH disponibles actualmente para los consumidores de drogas quienes reciben tratamiento en las ciudades de Guatemala y San Salvador. También consideramos necesario mejorar el entendimiento de la población que usa drogas sobre los servicios de tratamientos por drogas, y oportunidades para prevención de VIH. El estudio fue guiado por los siguientes objetivos específicos:

1. Calcular la prevalencia de uso de droga por inyección entre clientes de tratamiento por drogas
2. Evaluar conocimiento y actitudes sobre VIH en los clientes del tratamiento y personal
3. Evaluar cómo los centros de tratamiento de drogas integran actualmente los temas de prevención dentro del tratamiento por drogas
4. Evaluar las percepciones del cliente y el personal en relación al acceso a pruebas de VIH y otros recursos de prevención en el centro de tratamiento y en la comunidad
5. Identificar formas en que se puede incorporar la prevención de VIH dentro de programas existentes de tratamiento por drogas.

## **Métodos**

Esta investigación extrae información de un cuestionario de tres preguntas y entrevistas a profundidad realizadas entre Julio de 2007 y diciembre de 2008 con personal y clientes de siete de los centros de tratamiento por drogas más grandes a través de una línea de modalidades de tratamiento en las ciudades de Guatemala y San Salvador. A todos los clientes que recibieron tratamiento en los centros seleccionados por un período de cuatro semanas se les preguntó 1) si alguna se habían hecho la prueba de VIH, 2) si alguna vez se habían inyectado drogas, 3) si se habían inyectado drogas en los 30 días anteriores. Además, los entrevistadores reclutaron 59 clientes y miembros del personal de los mismos centros de tratamiento para participar en entrevistas a profundidad y abiertas. El estudio fue realizado primero en la ciudad de Guatemala. Los métodos fueron replicados en San Salvador, a pesar de ello, se hicieron pequeñas modificaciones para adaptar a las diferencias entre los lugares de estudio. Los protocolos de estudio fueron aprobados antes del inicio de la recolección de datos realizada por el Comité Étnico de la Universidad del Valle de Guatemala y el Comité de Protección de Asuntos Humanos de RAND.

## **Selección de Ciudades y Lugares de Estudio**

Frente la falta de evidencia sobre el uso de drogas por inyección y prevención de VIH entre consumidores de drogas en cualquier país centroamericano, las dos ciudades incluidas en el estudio fueron seleccionadas por sus relativamente altas tasas de infección de VIH<sup>22</sup> y uso de cocaína<sup>28</sup> así como consideraciones logísticas. El apoyo logístico y técnico fue dado por la Universidad del Valle de Guatemala (UVG), la Oficina Regional para los Centros para Control de Enfermedades y el Programa Global de Prevención de SIDA (CDC-GAP), y SECCATID en la ciudad de Guatemala, la que es también la ciudad más grande de Centroamérica. San Salvador fue escogida como un segundo lugar de estudio debido a su proximidad geográfica a la ciudad de Guatemala y la disponibilidad de colaborar de la CNA.

## **Selección de Centros de Tratamiento**

Inicialmente se buscó priorizar centros conocidos por las comisiones nacionales anti-drogas para proporcionar servicios IDU para adultos. Sin embargo, representantes de las comisiones no sabían sobre los tratamientos que específicamente abordaban IDU en estos dos países. Por lo tanto, se establecieron los siguientes criterios mínimos para centros de tratamiento seleccionados:

- Proporciona servicios a adultos

- Trata a consumidores de sustancias ilícitas en vez de únicamente alcohol
- Localizados en áreas metropolitanas de ciudades seleccionadas
- No se encuentra en un ambiente exclusivamente encerrado
- Su enfoque principal es la adicción en vez de salud mental
- Disposición a participar tanto en la encuesta como en entrevistas a profundidad

En cada ciudad los centros que cumplen con estos criterios, basados en los directorios nacionales de tratamiento,<sup>32, 33</sup> fueron seleccionados en función de su capacidad de clientes. En ambos países, a las comisiones anti-drogas les pidieron verificar la exactitud de la información. Basados en su aporte, algunos centros fueron excluidos porque ya no estaban en funciones o no cumplían con las normas de atención que habían sido desarrolladas recientemente por las comisiones y por lo tanto no tenían la capacidad o disponibilidad de trabajar con el equipo del estudio. Los directores de los centros restantes fueron contactados en orden descendiente de capacidad para preguntarles sobre el conocimiento de UDI entre sus clientes, censos actuales con los clientes y disponibilidad de participar en el estudio. Los recursos del proyecto permitían incluir aproximadamente tres centros en cada ciudad. Un cuarto centro fue añadido en Guatemala para conveniencia logística, debido a su ubicación cerca de los centros seleccionados.

## **Reclutamiento de Participantes**

Personal y clientes participantes en entrevistas a fondo fueron reclutados por los entrevistadores personalmente en los centros de tratamiento de drogas. Los objetivos del reclutamiento eran un mínimo de 4 clientes y dos miembros del personal por centro, llegando a un total de 42 entrevistas entre los siete centros. Se pidió al director de cada centro identificar participantes potenciales que estuvieran dispuestos y que fueran mental y físicamente capaces de completar la entrevista, y que estuvieran disponibles en el momento solicitado. Se hicieron esfuerzos específicos para variar los tipos de los miembros del personal entrevistados (por ejemplo, administradores y consejeros, incluyendo adictos recuperados) y para reclutar clientes femeninas. Los participantes dieron consentimiento oral informado y no se mantuvo un registro escrito de nombre o identificadores personales.

## **Encuesta para el Cliente**

El propósito de la encuesta para el cliente fue estimar el porcentaje de clientes que han hecho la prueba de VIH y quienes tienen experiencia o han experimentado recientemente con drogas en inyección. El director de cada centro identificó a un miembro del personal que era responsable por implementar la encuesta por un período de cuatro semanas. Antes de la implementación, el equipo de investigación capacitó al personal sobre cómo utilizar el formulario de la encuesta, la cual incluía un consentimiento voluntario e informado para participar y enfatizaba la confidencialidad de los clientes. El miembro del personal mencionaba en el formulario el nombre y apellido de todos los clientes que estaban actualmente en tratamiento y quienes fueron admitidos durante este período de tiempo (vea el formulario en el anexo). El miembro del personal leía lo siguiente en español a cada cliente: “Nuestra agencia está participando en una evaluación. Me gustaría hacerle 3 preguntas que ayudarán a mejorar los servicios al cliente. Su nombre será retirado antes de que el formulario sea recolectado y puede responder “Si” o “No”, o “Negarse” a responder. Luego, se preguntó a cada cliente: (1) “¿Alguna vez le han hecho la prueba de VIH?” (2) “¿Alguna vez se ha inyectado drogas?” y (3) “¿En los últimos 30 días, se inyectó drogas al menos una vez? Durante el período de recolección de datos, el miembro del

personal mantuvo el formulario en un lugar seguro y cerrado en el centro de tratamiento. El miembro del personal quitaba la columna con los nombres de los clientes antes de entregar las formas al equipo de investigación.

## **Entrevistas a Fondo**

Se realizaron entrevistas a fondo, abiertas en español con personal y clientes en un lugar privado dentro de los centros de tratamiento de drogas con individuos seleccionados, quienes proporcionaron consentimiento informado voluntario para participar. Las entrevistas fueron realizadas por el primer autor (Shehane) y los voluntarios, quienes eran hispanohablantes y estaban capacitados para entrevistas cualitativas. Las entrevistas fueron grabadas en audio. Cada participante fue entrevistado una vez y las entrevistas duraron cerca de 30 minutos. Los identificadores de los entrevistados no fueron grabados en documentos escritos de estudio o respuestas grabadas. Los participantes no recibieron incentivos financieros por su tiempo. Sin embargo, a todos los participantes y directores de centros de tratamiento se les dio un volante que contenía información sobre VIH, como minimizar riesgos relacionados con sexo y drogas, dónde obtener un examen de VIH y como tener acceso a recursos de prevención y tratamiento de VIH. Una matriz de entrevista ayudó a los entrevistadores a asegurar que se cubrieran todos los temas, incluyendo como eran referidos los clientes para tratamiento por drogas, los tipos de drogas utilizadas, conductas de uso de inyecciones de droga, modalidades de tratamiento usadas en el centro, metas para tratamiento, uso de condón, percepción de riesgo por VIH, conocimiento de formas de transmisión de VIH, recursos de educación y prevención disponibles dentro de los centros de tratamiento, como los centros recopilaban información sobre la conducta de riesgo de los clientes y si los centros refirieron clientes a otras agencias de las comunidades para obtener pruebas de VIH o información.

## **Análisis de la Encuesta e Información de la Entrevista**

Las grabaciones de las entrevistas fueron analizadas y las respuestas fueron clasificadas en una base de datos correspondiente a la matriz original de entrevista. Esta base de datos facilitó la reexaminación de temas recurrentes, la variedad y la frecuencia de las respuestas.

La información de las encuestas para el cliente fue analizada usando la versión 9.0 del software (StataCorp LP, College Station, Tex). Se encontraron inconsistencias en la información, como responder “sí” o “no” a la misma pregunta, las cuales fueron discutidas con las comisiones anti-drogas y los directores del centro de tratamiento. Se descubrió que en un centro de tratamiento El Salvador, los miembros del personal distribuyeron el censo a los clientes para auto-administración. Esta información fue descartada, el director del centro de tratamiento fue capacitado nuevamente sobre cómo implementar la encuesta de acuerdo a metodología establecida y el censo fue re administrado en este centro, siguiendo el protocolo establecido después de tres meses.

Las proporciones para cada punto de la encuesta se calcularon sobre el número total de participantes por centro de tratamiento y para todos los centros de tratamiento en cada ciudad (Tablas 3-5). A pesar de que la información de la encuesta representa un censo de todos los clientes que recibieron tratamiento en los centros seleccionados, estos centros no representan una muestra aleatoria de todos los centros en las ciudades de Guatemala o San Salvador, y los participantes representan una muestra aleatoria de todos los clientes para tratamiento y personal.

Los centros participantes y clientes deben por lo tanto ser considerados como una muestra de conveniencia. Por esta razón, los cálculos en este reporte son proporcionados sin intervalos de confianza, puesto que no hay bases estadísticas para representatividad de los resultados a una población más allá de la muestra del estudio. De los 46 participantes que respondieron alguna vez haberse inyectado drogas en su vida, cuatro participantes no contestaron la pregunta de seguimiento de si se habían inyectado en los 30 días anteriores. La información que hacía falta fue incluida como una respuesta de “no”.

## Resultados

### ***Características de los Centros de Tratamiento por Drogas***

El entorno del tratamiento de drogas influencia altamente los resultados del tratamiento. Principalmente, su habilidad para atraer y mantener clientes determina como muchas personas se pueden beneficiar del tratamiento. El tipo de servicios ofrecidos y la calidad de los mismos juegan un papel importante en las metas del tratamiento. Una comprensión completa del lugar en el que se realiza el tratamiento es necesaria si otros servicios públicos como prevención de VIH van a ser incorporados. Las comisiones anti-drogas en Guatemala y El Salvador han dado pasos iniciales para recolectar información demográfica acerca de los centros de tratamientos existentes. Sin embargo, la mayor parte de información cualitativa sobre tratamiento de drogas tiende a ser comunicada de boca en boca. No hay descripciones profundas sobre la variedad de métodos de tratamiento.

A través de este estudio buscamos ilustrar la línea de opciones de tratamiento por drogas disponibles en estas dos ciudades. Las características encontradas entre los centros seleccionados están resumidas en la Tabla 1. La filosofía del tratamiento y la práctica variaron considerablemente, a pesar de que la religión y la espiritualidad fueron componentes centrales consistentes del tratamiento. Los episodios del tratamiento tendieron a ser más largos que los reportados en literatura de tratamiento y en cada centro fue posible para un cliente permanecer en tratamiento mientras él o ella lo deseara. Un participante reportó haber estado en tratamiento por drogas en el mismo centro por nueve años.

A los siete centros les fueron asignadas letras de la A la G, para propósitos de este reporte. Para describir la variedad de lugares de tratamiento encontrados en el estudio, comenzamos con el Centro C, que era una casa hogar, en la que la mayoría de clientes habían sido "internados" por un miembro de la familia que pagaba al centro una cuota mensual (por lo regular nominal) para detener al cliente involuntariamente para que reciba tratamiento. Los clientes en el Centro C generalmente eran de una clase socio-económica muy baja y el centro tenía un sistema proporcional flexible que permitía a las familias pagar lo que éstas podían costear. El personal estaba formado mayormente por ex adictos. Un médico los visitaba una vez al mes y pastores u otros líderes religiosos daban su tiempo voluntariamente haciendo *charlas*. Personal y clientes entrevistados de este centro reportaron que la mayoría de clientes comenzaron su tratamiento extremadamente desnutridos debido a uso de sustancias y recursos limitados. Por lo tanto, durante la primera fase del tratamiento, que duró de 3-5 días, casi todos los pacientes fueron estabilizados con una solución intravenosa salina y vitaminas así como comidas regulares. Además, la mayoría de los clientes recibieron *traguitos* o pequeños sorbos de alcohol que habían sido titulados durante varios días para prevenir ataques debido a desintoxicación de alcohol o

tranquilizantes. Un cliente entrevistado reportó que él creía que este centro era superior debido a la administración de *traguitos*, porque había visto como gente moría en otros centros durante el proceso de desintoxicación. Una vez que los clientes eran estabilizados, ingresaban a la segunda fase del tratamiento, la cual consistía en grupos religiosos o charlas realizadas de seis a siete horas diariamente. Estos grupos decían cómo combatir la adicción a través de fe religiosa y espiritualidad. Muchos participantes de este centro creían que el internado involuntario era el mejor método para recuperarse de una adicción, sintiendo que si tenían una opción de salir, regresarían a su estilo de vida anterior o a consumir drogas. Por lo general los clientes eran dados de alta cuando la persona que los había internado en el centro autorizaba su salida. La duración del tratamiento requería que se fijara una base individual para cada cliente juntamente con el director del centro y los familiares del cliente. Este centro no proporcionaba un plan formal de seguimiento. Sin embargo, se animaba a los clientes a usar la iglesia como un apoyo una vez que salieran del centro y si un cliente necesitaba ayuda en el futuro, podría regresar al centro.

En contraste, en el centro G, en otra casa hogar operada por una ONG internacional, los clientes participaban en tratamiento voluntario y podían salir en cualquier momento. Los miembros del personal incluían psicólogos, doctores, consejeros y antiguos clientes que se habían graduado del programa. A los clientes se les pedía que pagaran cuotas basadas en sus ingresos para su tratamiento. Un programa de *padrinos* solicitaba fondos de miembros de la comunidad para apoyar el tratamiento para aquellos que no podían costearlo. Durante la primera fase del tratamiento, los clientes eran estabilizados y se les hacían exámenes médicos, incluyendo una prueba de VIH. La segunda y tercera fase del tratamiento duraba dos años y consistía en catorce modalidades de tratamiento que estaban basadas en teorías psicológicas, como el modelo de desarrollo de Erikson<sup>39</sup> y Prochaska las etapas del modelo de cambio de DiClemente.<sup>40</sup> Se animó a las familias a que se involucraran activamente en la recuperación de sus familiares y fueron invitadas a visitar el centro de forma regular y a participar en terapia. La cuarta fase duró cinco años y se enfocó en asistir a clientes para su reintegración en sus comunidades. Durante esta fase, los clientes vivían y trabajaban en la comunidad y realizaban un seguimiento con sus consejeros como pacientes externos.

Basado en múltiples discusiones con el personal, los clientes y las comisiones nacionales anti-drogas, es posible que los Centros C y G representen los extremos de un espectro en el que caen la mayoría de opciones de tratamiento por drogas en Guatemala y El Salvador. Los centros restantes en la muestra tendían a caer en algún lugar entre estos polos. El Centro A era el único centro de tratamiento por drogas para pacientes externos en Guatemala. No era poco común para clientes de otras casas hogar recibir servicios a pacientes externos en este centro para aumentar su tratamiento residencial. El tratamiento en el Centro B consistía mayormente de desintoxicación médica y estabilización, operando similar a una unidad hospitalaria para pacientes internos con personal médico 24 horas. El Centro D era parte de una organización no gubernamental internacional más grande, la cual tenía una red de centros de tratamiento en Guatemala.

En El Salvador, el Centro E era un hospital operado por el gobierno, el cual proporcionaba tanto tratamiento para pacientes internos como externos. Se creía que era el principal proveedor de desintoxicación médica en el área metropolitana de San Salvador. El Centro F era parte de una red de casas hogar ubicado en el país, operado por una ONG internacional.



**Tabla 1. Características de los Centros de Tratamientos por Drogas en la Muestra<sup>1</sup>**

Centro de Tratamiento	Guatemala				El Salvador		
	A	B	C	D	E	F	G
No. promedio de pacientes en cualquier momento	30/ semana	15-20	85-90	80	Pacientes ingresados: 20 Pacientes externos: 150	150	60
Duración promedio del tratamiento	8 meses	5-7 días	6-12 meses	12 meses	Pacientes ingresados: 30 días Pacientes externos: 24 meses	12 meses	21 meses
<b>Institución</b>							
Pública (gobierno)	x	x			x		
Privada (religiosa)			x	x		x	x
<b>Modalidad de Tratamiento</b>							
Paciente externo	x				x		
Paciente ingresado		x	x <sup>2</sup>	x	x	x	x
Desintoxicación		x	x <sup>3</sup>		x		
<b>Componentes del Tratamiento</b>							
Sesiones familiares	x				x		x
Sesiones individuales	x		x	x	x	x	x
Grupos o Charlas	x		x	x	x	x	x
Capacitación Vocacional	x			x		x	x
Atención Médica en el lugar		x	x	x	x	x	x
Atención Psicológica /Psiquiátrica	x			x	x		x
<b>Personal</b>							
Profesionales capacitados formalmente	x	x		x	x	x	x
Adictos recuperados			x	x		x	x
<b>Método de Pago</b>							
Financiado por el Gobierno (Gratuito para el paciente)	x	x			x		
Financiado privadamente (Gratuito para el paciente)				x		x	
Cuotas basadas en el ingreso			x				x

<sup>1</sup> Según reportado por directores de los centros<sup>2</sup> Los pacientes no tienen permitido salir sin autorización<sup>3</sup> La desintoxicación no es monitoreada por personal médico

### **Características de Personal y Clientes Entrevistados**

En los siete centros de tratamiento, 454 clientes respondieron a la encuesta, 267 y 187 en Guatemala y El Salvador, respectivamente. Los entrevistadores reclutaron 59 clientes y miembros del personal de los mismos centros de tratamiento para participar en entrevistas a fondo. Las descripciones de los participantes son presentadas en la Tabla 2. En la ciudad de Guatemala, 16 clientes hombres, 3 clientes mujeres y 14 miembros del personal fueron entrevistados. En San Salvador, las entrevistas fueron realizadas con 12 clientes hombres, 1 cliente mujer y 10 miembros del personal. La escasez de personal provocó que no hubiera disponibilidad de todos los miembros del staff para entrevistas en el Centro B al momento de que el equipo para el estudio estaba en el lugar.

**Tabla 2. Características de Participantes Entrevistados  
(N = 59)**

Centro	Participantes		
	Personal	Cientes Hombres	Cientes Mujeres
<u>Guatemala</u>			
A	4	3	1
B	0	2	1
C	3	6	1
D	7	5	0
<u>El Salvador</u>			
E	3	3	0
F	3	4	0
G	4	8	1
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>4</b>

### **Resultados de la Encuesta: Pruebas de VIH y Uso de Drogas por inyección entre Clientes en Tratamiento**

Los resultados de la encuesta del cliente se encuentran resumidos en las tablas 3-5. Diez por ciento de los clientes que respondieron en Guatemala y en El Salvador alguna vez se habían inyectado drogas. El porcentaje de clientes en Guatemala que alguna vez se habían hecho una prueba de VIH, 26%, relativamente bajo. La tasa de pruebas de VIH en El Salvador, 71%, refleja el hecho de que el Centro G requería que se hiciera la prueba a todos los pacientes al ser ingresados. Además, una campaña nacional que había ofrecido pruebas gratuitas de VIH se llevó a cabo el 27 de julio de 2007, cinco días antes de la recolección de datos. De todos los que participaron en las encuestas en ambos países, siete clientes (2%) reportaron haberse inyectado droga durante los 30 días anteriores.

**Tabla 3. Resultados de Encuesta a Clientes: Ciudad de Guatemala**

Centro	Alguna vez ha hecho la prueba de VIH		Alguna vez se inyectó droga (UDI)		UDI en los últimos 30 días		De los UDI, los que hicieron la prueba de VIH	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%*
A (n = 37)	8	22	13	35	3	8	2	15
B (n = 45)	17	38	1	2	0	0	1	100
C (n = 91)	36	40	6	7	0	0	5	83
D (n = 94)	10	11	7	7	0	0	3	43
<b>Total (n = 267)</b>	<b>71</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>41</b>

Nota: Resultados representativos únicamente de centros seleccionados.

\*El denominador es el número de personas que reportaron alguna vez haberse inyectado droga.

**Tabla 4. Resultados de Encuesta del Cliente: El Salvador**

	Alguna vez se hizo prueba de VIH		Alguna vez se inyectó droga (UDI)		UDI en los últimos 30 días		De los UDI, los que hicieron la prueba de VIH	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%*
Centro								
E (n = 84)	65	77	15	18	3	4	12	8
F (n = 59)	24	41	3	5	1	2	0	0
G (n = 44)	44	100†	1	2	0	0	1	100
<b>Total (n = 187)</b>	<b>133</b>	<b>71</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>68</b>

Nota: Resultados representativos únicamente de centros seleccionados; todos los clientes en el Centro G reciben una prueba de VIH durante el proceso de admisión.

\* El denominador es el número de personas que alguna vez han reportado inyectarse drogas.

† Una campaña nacional de SIDA el 27 de julio de 2007, 5 días antes de la recolección de datos, proporcionaba pruebas gratuitas de VIH en el país.

**Tabla 5. Resultados de Encuesta al Cliente: Guatemala y El Salvador**

	Alguna vez se ha hecho una prueba de VIH		Alguna vez se inyectó droga (UDI)		UDI en los últimos 30 días		De los UDI, los que hicieron la prueba de VIH	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%*
Guatemala (n = 267)	71	26	27	10	3	1	11	41
El Salvador (n = 187)	133	71	19	10	4	7	13	68
<b>Total (n = 454)</b>	<b>204</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>52</b>

Nota: Resultados representativos únicamente de centros seleccionados.

\* El denominador es el número de personas que reportó haberse inyectado drogas alguna vez.

## Resultados de Entrevistas

### Mecanismos de Referencia para Tratamiento por Drogas

La gran mayoría de participantes entrevistados reportó que un miembro de la familia fue responsable de traer la mayoría de los clientes al centro. A pesar de que el tratamiento era voluntario, casi todos los que respondieron dijeron que un familiar había encontrado el centro de tratamiento y había persuadido al entrevistado a buscar tratamiento. La información sobre los centros se difundió de gran forma a través de boca a boca. Los centros de tratamiento reportaron que recibieron algunas referencias de otras agencias, como escuelas u hospitales, pero confirmaron que la mayoría de los pacientes fueron referidos por sus familias. En muchas ocasiones, los pacientes nunca habían estado en cualquier otro centro de tratamiento, sin embargo indicaron conocer otras opciones.

## Uso de Drogas

Había un consenso general entre el personal y clientes participantes de ambos países acerca de que la cocaína y especialmente el crack eran las drogas de las que más se abusan y las más problemáticas. Las siguientes sustancias más usadas frecuentemente reportadas por clientes fueron alcohol, marihuana, y tranquilizantes. Los participantes también mencionaron el uso de inhalantes (por ejemplo, pegamento y diluyente de pintura), metanfetamina, heroína, PCP, hongos psilocybin, éxtasi y otros alucinógenos y tranquilizantes animales. Fue agregado a la entrevista un punto que preguntaba específicamente acerca de fármacos, debido a que algunos entrevistados tenían la tendencia de no mencionar el uso de pastillas recetadas cuando se les preguntaba sobre uso de drogas. Esto puede indicar la percepción de que las pastillas no son tan “fuertes” como las drogas ilícitas. Este sentimiento es también expresado en un artículo reciente en un periódico guatemalteco local, el cual mencionaba que la juventud regularmente usa pastillas encontradas en su casa y más tarde cambia a drogas ilícitas, como marihuana.<sup>41</sup> Un par de miembros del personal creían que el nivel de uso de barbitúricos y benzodiazepina era más alto entre mujeres que en hombres, una creencia que es consistente con los hallazgos de una encuesta nacional en El Salvador.<sup>42</sup>

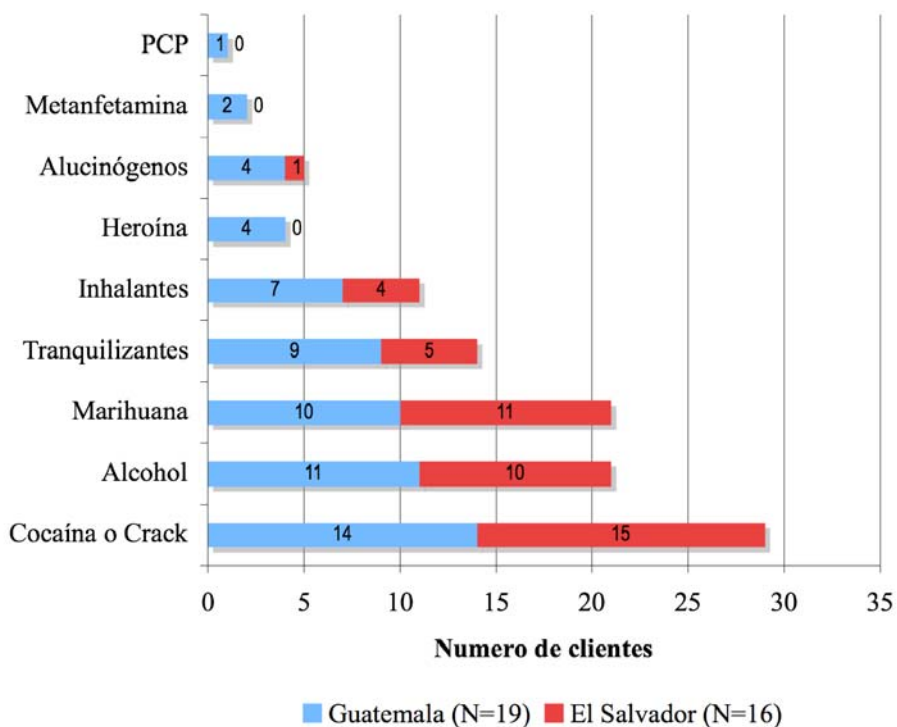


Figura 1. Tipos de drogas que los clientes reportaron haber consumido.

La mayoría de participantes habló sobre una transición de consumir drogas a volverse adicto a ellas. Algunos creían que ciertas drogas como alcoholo marihuana, llevaban al uso de sustancias “más fuertes” como crack. Generalmente, los participantes reportaron usar en su propia casa, la casa de un conocido en las calles. Muchos también usaron en *puntos*—una casa o habitación de hotel rentado para ese propósito, o un edificio abandonado—en donde se venden, compran y consumen drogas.

### Uso de Drogas Inyectadas

Cinco entrevistados en Guatemala se inyectaron cocaína y/o heroína en Guatemala. En Salvador, el único participante entrevistado con experiencia en inyectarse droga se había inyectado cocaína en 1978. Además, un miembro del personal reportó conocer clientes que se habían inyectado tranquilizantes, como benzodiazepina y sedantes animales. Estos participantes reportaron que obtuvieron jeringas en farmacias, de amigos que les prestaron una jeringa usada, y algunas veces en puntos. Un ex adicto que trabajaba en uno de los centros explicó que si una persona iba a un punto con la intención de comprar e inyectarse drogas, las jeringas serían muy probablemente compartidas.

*En el punto de droga solo llega droga, no llega jeringa ni nada. Entonces yo voy, llego y compro. Y yo no tengo jeringa. ¿Pero quiere inyectarme? Y la van a prestar.*

### Parejas Sexuales y Uso del Condón

Entre los 35 clientes entrevistados, únicamente dos reportaron siempre usar un condón y quince reportaron nunca usar uno. Otros reportaron uso inconsistente del condón.

Tabla 6. Uso de Condón Reportado Durante Entrevistas con Clientes del Tratamiento

<u>Frecuencia de uso de condón</u>	<u>Conducta de clientes reportada</u>
Siempre	2
Nunca	15
Uso inconsistente	18
Total	35

Las razones reportadas para no utilizar condón incluyeron indiferencia, familiaridad o confianza en parejas sexuales (*mujeres conocidas o de confianza*), a la pareja masculina no le gustan, solo tenía relaciones sexuales con su esposa, no le gustaba la sensación o experimentaba menos placer con condones, porque no tenía ninguno a la mano (“en el momento”), porque no pensaba en condones mientras estaba bajo la influencia. Por ejemplo, cuando se le preguntó a un participante hombre con qué frecuencia usaba condones, dijo:

*50% de veces sí (he usado condón) y un 50% de veces no. Es porque las cosas suceden espontáneamente. Uno no piensa que puede suceder.*

Como muchos entrevistados, uno, nos dijo que el solo usaba condones cuando tenía relaciones con trabajadoras comerciales del sexo.

### **Conocimiento y Actitudes hacía el VIH/SIDA**

La mayoría de las personas entrevistadas sabía sobre el VIH y sabía que puede ser transmitido a través de sangre. Sin embargo, se reportaron varias creencias comprensibles y falsas sobre la transmisión de la enfermedad. Un participante explicó:

*Todos somos portadores de VIH pero no lo tenemos activo. Tú lo tienes, yo lo tengo, todos. Cuando se junta con otro virus, entonces lo hace despertar.*

Algunos participantes que expresaron confianza en sus conocimientos sobre VIH debido a participaciones en talleres o clases también evidenciaron tener ideas equivocadas:

*Sí me dijeron en esos cursos que me han dado que este virus en el aire no soporta ni un minuto, un segundo y se muere, se va. Si alguien se inyecta y deja la jeringa unos 30 minutos ya no transmite eso, sólo es al momento.*

Algunos participantes despreciaron la amenaza del VIH, a pesar de saber que el SIDA es una enfermedad terminal. Cuando le preguntaron a un paciente si alguna vez había hablado con alguien acerca del VIH, él respondió:

*Nunca. No es que no crea en esa enfermedad, porque sí es cierto. Es el virus que le ataca a uno. Pero no le he puesto importancia*

Otro participante reconoció estar en riesgo de VIH, pero ignoró el riesgo basado en sus creencias religiosas:

*Sí me preocupa porque bueno, yo sé que se pierde la vida por esa enfermedad. Sé que si me arrepiento yo sé que Dios lo cura a uno.*

## **Prevención de VIH en Centros de Tratamiento**

### **Monitoreo de la Prevalencia de VIH y Conducta de Riesgo en Centros de Tratamiento**

Se preguntó al personal de centros de tratamiento si había algún sistema, como un formulario de ingesta, a través del cual se podría recopilar información sobre los riesgos bajo los cuales están los clientes. A pesar de que un centro de tratamiento regularmente proporcionó la prueba de VIH a cada cliente, ningún centro preguntó sistemáticamente a los clientes si habían tenido conductas potencialmente de riesgo antes de entrar en tratamiento, como una historia del uso de drogas por inyección o sexo sin protección. De hecho un tema común entre los centros de tratamiento fue la tendencia de no preguntar a los clientes sobre sus vidas antes de ingresar al centro. Muchos centros tenían una filosofía de recuperación "aquí y ahora". La mayoría de los miembros del personal no querían preguntar a los clientes sobre conductas pasadas, pensando

que este tipo de preguntas no permitía seguir adelante y dejar atrás una vida de consumo de droga. Los miembros del personal reportaron que no estaban conscientes de los riesgos que los clientes pudieran haber corrido antes de comenzar el tratamiento. Además, muchos trabajadores de las casas hogar dijeron que sus políticas de abstenerse de sexo y drogas durante el tratamiento, juntamente con la estancia prolongada del tratamiento (de un año) hacían que dar información sobre reducción de riesgo por VIH o prevención pareciera irrelevante, una prioridad baja.

### **Prevención Actual de VIH en Centros de Tratamiento**

Ningún centro de tratamiento en la muestra proporcionó a los clientes información sobre VIH, así como formas de protegerse o a donde acudir para un examen de VIH. Incluso en un centro que regularmente hace pruebas a clientes, no proporcionaban información sobre métodos de prevención y riesgos por VIH. Había varias percepciones entre los miembros del personal y clientes acerca de si la información sobre VIH estaba disponible en el centro, indicando que los métodos para difundir información sobre VIH eran en su mayoría informales e inconsistentes..

Cuando se preguntó a los miembros del personal cómo se manejaban los temas de VIH en tratamiento de drogas, éstos frecuentemente no discutían el asunto directamente, pero en vez expresaron su preocupación de que el centro no sería capaz de atender médicamente a los clientes que fueran VIH positivos. Esta conceptualización común de prevención como tratamiento médico refleja un malentendido general acerca de las clases de actividades de prevención de VIH—incluyendo educación, pruebas voluntarias, consejería y reducción de riesgo, que potencialmente podría ser puesta a la disposición de clientes de tratamiento de drogas. Varios miembros del personal reportaron sentirse incompetentes para discutir VIH con clientes; dijeron que el VIH es muy técnico. A pesar de que la mayoría de los miembros del personal sabían sobre VIH, muchos dijeron que necesitarían más capacitación para sentirse más seguros al discutir el tema con clientes.

Varios clientes expresaron que el VIH es un tabú en el centro, incluso más que en la sociedad. Un cliente explicó,

*En este centro no dan educación acerca de estos temas, no dan. Es mínima, es mínima cuando hablan de esto. Es más en grupo (que se habla), pero es raro tocar ese tema. Ese tema es tabú en la sociedad, no se habla, pues aquí menos.*

Algunos entrevistados conocían lugares específicos fuera del centro de tratamiento en donde podían obtener información de VIH, como clínicas, hospitales y líneas telefónicas de atención. Sin embargo, muchos sintieron que era difícil obtener este tipo de información en la comunidad. Cuando les preguntaron a donde podrían ir a obtener educación sobre VIH, un entrevistado contestó,

*No es realmente difícil, pero no cualquiera quiere hablar de esas cosas. A nadie le interesa mucho. Sí le interesa pero querer dar una información así, no. De hecho mi forma de ver la campaña de SIDA [27 de julio, 2007 en El Salvador] fue inesperada, muy sorprendente.*

### **Percepciones acerca del Acceso a la Prueba del VIH**

Muchos participantes creían que podían hacerse una prueba de VIH en un hospital o clínica pública. El Centro G en El Salvador pedía que cada cliente se hiciera la prueba de VIH a su ingreso. El Centro E tenía las instalaciones para hacer pruebas a los pacientes en el lugar. A pesar de ello los pacientes tenían que solicitar la prueba. Las percepciones sobre el acceso a pruebas de VIH en la comunidad variaban. De los once entrevistados en Guatemala que se hicieron la prueba de VIH, tres reportaron no haber recibido los resultados nunca. En ambos países había una confusión sobre si algunos participantes se habían hecho la prueba o no. Por ejemplo, un entrevistado asumió que no estaba infectado de VIH cuando un doctor no dijo nada después de un examen médico de rutina y haberse sacado sangre, a pesar de no saber si esta sangre había sido específicamente examinada por VIH. Dos clientes entrevistados en El Salvador reportaron haberse hecho pruebas de SIDA como parte de la campaña nacional el 27 de julio de 2007. Uno de ellos indicó que no sabía a donde ir a hacerse otra prueba de VIH.

### **Limitaciones del Estudio**

Al seleccionar los centros de tratamiento en las áreas metropolitanas de las ciudades de Guatemala y San Salvador, este estudio buscaba capturar las experiencias de tratamientos por drogas en estos países. Mientras esta muestra puede no ser representativa de áreas no metropolitanas, es probable que el conocimiento de VIH sea mejor en los centros incluidos en el estudio, dada la centralización de la mayoría de los servicios de salud en las ciudades capitales. De la misma forma, las experiencias de centros de tratamiento de drogas puede no estar lo suficientemente representado aquí. Es más probable que centros más grandes tengan acceso a recursos para dar educación a su personal y a clientes que programas más pequeños. Los representantes de SECCATID y CNA apoyaron esta creencia y sintieron que había poca prevención en VIH más allá de lo encontrado en este estudio.<sup>12, 13</sup>

En Guatemala y El Salvador existe estigma alrededor del uso de drogas por inyección, indicando una alta probabilidad de que el UDI no haya sido reportado en su totalidad en este estudio. Por ejemplo, en un taller regional realizado en la ciudad de Guatemala en octubre de 2007, los investigadores responsables de organizar la Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil tanto para Guatemala como El Salvador manifestaron su resistencia a incluir puntos sobre UDI por esta razón.<sup>43</sup>

El método de muestreo no aleatorio para reclutar participantes para entrevista podría haber estado sesgado. En algunos de los resultados 'una auto presentación sesgada puede existir como resultado de la tendencia de auto-presentarse (o la agencia de uno) de forma socialmente deseable.<sup>44</sup> Las principales formas en que este tipo de sesgo podría haber ocurrido eran la selección de únicamente los participantes más colaboradores por los directores de los centros de tratamiento y la retención de información percibida por los entrevistados como socialmente inaceptable, como inyección o conducta sexual de riesgo. Sin embargo, en nuestra visión, es probable que este sesgo haya traído como resultado la desestimación de comportamientos de alto riesgo—debidos a estigma y sobreestimar las actividades de prevención de VIH en centros, puesto que los participantes fueron escogidos directamente por directores de los centros. A pesar de este sesgo, los participantes de la entrevista reportaron considerable conducta de riesgo relacionada con uso de drogas y esfuerzos mínimos de prevención de VIH en los centros de tratamiento.



## Conclusiones

Este estudio evaluó los factores individuales e institucionales que contribuyen al riesgo de VIH entre clientes en una selección de centros de tratamiento por drogas en las áreas metropolitanas de las ciudades de Guatemala y San Salvador. Un objetivo principal era determinar la presencia o ausencia de uso de drogas por inyección. Los resultados de la encuesta con más de 450 clientes en siete centros de tratamiento por drogas indicaron que un 10 de los clientes habían inyectado con drogas alguna vez en su vida.. Otros resultados importantes de este estudio, como ideas equivocadas sobre la enfermedad del SIDA y transmisión de VIH, son consistentes con resultados de estudios recientes entre consumidores de sustancias en Norte América<sup>45</sup> y encuestas de vigilancia de conductas de poblaciones de alto riesgo en Centroamérica, como trabajadoras del sexo y hombres que tienen sexo con hombres.<sup>26</sup> La alta tasa de uso de cocaína y crack reportada entre participantes del estudio es también consistente con los resultados de las encuestas nacionales sobre uso de drogas realizadas en Guatemala.<sup>42</sup>

## Prevención de VIH en Centros de Tratamiento

Ningún centro de tratamiento en nuestra muestra proporciona regularmente información o educación sobre VIH, las prácticas de uso de drogas que aumentan el riesgo de la exposición de VIH o métodos que consumidores de drogas pueden adoptar para reducir su riesgo de infección. La mayoría de los centros no busca reducir o evaluar activamente los riesgos de VIH en sus clientes. Muchos centros no enseñan a sus clientes cómo evitar el abuso de sustancias después del tratamiento o reducir la probabilidad de adquirir una infección de VIH. Un centro en El Salvador, manejado por una ONG internacional, hace pruebas de VIH a todos sus clientes al ingresar. Sin embargo, hasta este centro no proporciona de manera sistemática a sus clientes información sobre la prevención de VIH o educación sobre reducción de riesgos. En la mayoría de centros, el personal no tiene la suficiente información disponible para referir a los clientes con alto riesgo (uso de drogas por inyección, múltiples parejas sexuales) a otras organizaciones para obtener pruebas o información acerca de VIH. En resumen, el personal de los centros de tratamiento desconoce en gran manera cómo se puede incorporar el VIH como un componente estándar de tratamiento de drogas. Las barreras para realizar esto incluyen preocupaciones acerca de dar atención médica a personas infectadas y la percepción que el tema es muy técnico y que carecen de la capacitación adecuada para tratarlo con los clientes..

## Factores Individuales de Riesgo

Los participantes reportaron consumir una variedad de drogas, incluyendo cocaína, metanfetamina y heroína, las que son comúnmente inyectadas en el mundo. Casi todos los clientes entrevistados reportaron el uso de cocaína o crack, lo cual es importante considerando la asociación entre uso de cocaína/crack y tasas elevadas de actividades sexuales de alto riesgo.<sup>4, 31</sup> Cinco participantes reportaron inyectarse con cocaína o heroína en Guatemala y también había reportes de clientes que se inyectaban tranquilizantes. Por lo tanto, las preocupaciones sobre UDI no deberían estar limitadas a heroína u otras drogas.

Habían muchos reportes de uso de drogas en áreas públicas o semi-públicas, actividades que, en otros contextos, han sido asociados con conductas de riesgo con respecto al VIH.<sup>46</sup> Las descripciones de los participantes sobre consumir en *puntos* por lo regular involucraban consumir en grupos. El personal y clientes confirmaron anécdotas de compartir agujas en puntos

y otros lugares. Cabe destacar que hay un mercado para la venta de jeringas en puntos, la cual implica una demanda por agujas y evidenciando la existencia de una población de personas que se inyecta drogas.

La mayoría de los entrevistados también reportó uso de condón inconsistente. Las razones incluían estar bajo la influencia en el momento de tener relaciones o sentir que la protección era innecesaria, aún en situaciones cuando no se sabía el estado de VIH de la pareja. De hecho, muchos mencionaron que el VIH es un tema tabú, lo que actúa como una barrera para abordar el tema con parejas sexuales y compañeros. Dentro de los centros de tratamiento, la discusión sobre riesgos relacionados con drogas o sexo frecuentemente se perciben como tabú, debido a que estas conductas se ven como contrarias a las filosofías de recuperación de los centros.

Se encontraron ideas equivocadas sobre la transmisión del VIH. Entre estas había creencias de que todos tienen una forma latente de VIH, de que agujas contaminadas con VIH se vuelven seguras después de esperar 30 minutos, y que el SIDA puede ser curado espontáneamente por intervención divina. Esto indica que la información sobre VIH que actualmente está disponible para consumidores de droga—incluso para aquellos que se encuentran en tratamiento—puede no ser entregada de forma útil o convencedora para esta población, o que no sea efectiva debido a otros factores importantes, como las influencias del entorno en las conductas de riesgo. Entre la juventud en los Estados Unidos, la desesperanza sobre la situación social de uno, y la exposición a violencia, han sido asociados con conductas de riesgo.<sup>47, 48</sup> De igual manera, un estudio de usuarios de droga en Colombia encontró que había menos preocupación sobre el uso de drogas en términos de riesgos sexuales y de salud, que la violencia relacionada con el mercado para drogas o acoso policial.<sup>49</sup> En este sentido, la planeación de intervenciones para consumidores de drogas debería tomar en cuenta que la amenaza percibida de VIH puede ser minimizada en países como Guatemala y El Salvador, en donde la violencia o pobreza son percibidas como amenazas mucho más inmediatas, a pesar de que ambos países actualmente experimentan epidemias significativas de VIH.

El porcentaje de clientes que se hicieron la prueba de VIH (45%) es preocupante, considerando las creencias erróneas sobre transmisión de VIH y conductas de riesgo reportadas anteriormente.

## Recomendaciones

Estos resultados indican la necesidad para el desarrollo inmediato de intervenciones que busquen prevenir y reducir la infección del VIH en consumidores de droga, tanto en los que inyectan como los que no reportan ser UDI. Actualmente, la evidencia disponible indica que el tratamiento de drogas es una valiosa herramienta para prevención de VIH.<sup>9, 17</sup>

Los centros de tratamiento por drogas están en contacto con grandes números de consumidores de drogas en las áreas metropolitanas de las ciudades de Guatemala y San Salvador, y tienen la posibilidad de difundir información sobre VIH a muchos individuos en alto riesgo. Es necesaria actividades de capacitación para mejorar las habilidades y confianza del personal para proporcionar información sobre VIH y estrategias de prevención a sus clientes. Estas capacitaciones deberían incluir: 1) instrucción y materiales dirigidos a consumidores de drogas sobre la transmisión de VIH y cómo acceder a recursos de otras organizaciones en la comunidad tales como la prueba de VIH con consejería, información sobre VIH, diagnóstico de ITS y

tratamiento y tratamiento de VIH/SIDA; 2) métodos de tratamiento por drogas que enseñen a los clientes técnicas para manejar situaciones difíciles, de alto riesgo, como técnicas para garantizar sexo seguro al estar intoxicado, 3) técnicas basadas en evidencias para prevenir la recaída y reducir los riesgos de salud relacionados con drogas, como VIH, hepatitis y otras infecciones adquiridas por vía sanguínea.

Además, incorporar métodos específicos de prevención a tratamiento por drogas puede reducir altamente el riesgo de infección en los clientes. Cada cliente debe recibir educación de salud sexual que enfatice la importancia del uso al 100% del condón, pruebas regulares de ITS y prácticas que reduzcan los riesgos relacionados con VIH. Los condones deben ser disponibles sin costo a los clientes, ya sea a través de distribución en los centros de tratamiento o por referencias a agencias que lo distribuyen. Todos los clientes deberían tener acceso a pruebas voluntarias de VIH y consejería gratuita o a un precio dentro de su alcance. Necesitan hacerse esfuerzos específicos para asegurar que los clientes que hacen la prueba de VIH reciban sus resultados.

Se recomienda que los puntos—lugares donde se usan y venden drogas—sean incorporados en los programas de alcance de las comunidades que buscan comprometerse y educar a los consumidores de drogas acerca de las conductas de riesgo. Estos lugares tienen el potencial de proporcionar información valiosa sobre los contextos de riesgo de usuarios de drogas fuertes. Sin embargo debe tenerse un gran cuidado para que los esfuerzos de vigilancia y prevención no criminalicen a los individuos que frecuentan estos lugares, de ese modo conduciendo a una población escondida a algo más clandestino.

Para determinar los riesgos de los usuarios de drogas que no buscan tratamiento, existe una necesidad de búsqueda que va más allá de las muestras de clientes que se encuentran en centros de tratamiento. Los métodos como muestro orientado por el entrevistado (*RDS* por sus siglas en inglés) pueden ser efectivos al alcanzar poblaciones de acceso difícil como consumidores de drogas y UDI y también pueden proporcionar información valiosa sobre la configuración de redes sociales de consumidores de drogas y como esas relaciones influyen en las conductas de riesgo. Se requieren de investigaciones que aplican métodos de muestreo representativo, como *RDS*, para llegar a estimaciones fidedignas de la prevalencia de UDI en la región.

Para fines de políticas públicas, es importante priorizar las intervenciones dirigidas a usuarios de drogas en el contexto de la planificación nacional para la prevención de VIH/SIDA. Se ha probado que estrategias que buscan reducir la demanda de drogas a través de métodos de tratamiento efectivos, son costo-efectivos al margen, en comparación a la intensificación de otras políticas existentes que actualmente reciben mayor inversión, tales como encarcelamiento, sentencias criminales prolongadas por uso de drogas y control de la producción de droga.<sup>50</sup> Se recomienda que la prevención de VIH y vigilancia en poblaciones usuarios de drogas, sean incorporados como parte de agendas nacionales para el control de VIH en Guatemala y El Salvador.

## Referencias

1. Bucardo J, Brouwer KC, Magis-Rodriguez C, et al. Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections. *Drug and Alcohol Dependence* 2005 Sep 1;79(3):281-293.
2. Center for Disease Control and Prevention. Drug-Associated HIV Transmission Continues in the United States. Rockville MD: Centers for Disease Control and Prevention; 2002 May.
3. Ciccarone D, Bourgois P. Explaining the geographical variation of HIV among injection drug users in the United States. *Subst Use Misuse* 2003 Dec;38(14):2049-2063.
4. Hacker MA, Malta M, Enriquez M, Bastos FI. Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(4/5):303-313.
5. Beyrer C, Razak MH, Lisam K, Chen J, Lui W, Yu XF. Overland heroin trafficking routes and HIV-1 spread in south and south-east Asia. *Aids* 2000 Jan 7;14(1):75-83.
6. Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *Aids* 2004 Nov 19;18(17):2295-2303.
7. UNAIDS. People who use injection drugs. 2007 [cited 2007 7 Oct]; Available from: [http://www.unaids.org/en/Policies/Affected\\_communities/idu.asp](http://www.unaids.org/en/Policies/Affected_communities/idu.asp)
8. Barnett T, Whiteside A. AIDS in the Twenty-First Century-- Disease and Globalization. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan; 2006.
9. World Health Organization. Evidence for Action: Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injection Drug Users. Geneva, Switzerland: WHO; 2005.
10. Center for Disease Control and Prevention. Management of Possible Sexual, Injecting-Drug-Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV, Including Considerations Related to Antiretroviral Therapy Public Health Service Statement Morbidity and Mortality Weekly Report 1998 Sept 25;47(RR17):1-14.
11. Metzger DS, Navaline H. Human immunodeficiency virus prevention and the potential of drug abuse treatment. *Clinical Infectious Diseases* 2003 Dec 15;37 Suppl 5:S451-456.
12. de J. Ramírez M. Subsecretario Ejecutivo Guatemala City, Guatemala: SECCATID; 2007.
13. Córdova HM. Director Ejecutivo. San Salvador: Comisión Nacional Antidrogas; 2007.
14. Dickson-Gomez J. PhD. New Haven, CT: Yale University; 2007.
15. Des Jarlais DC, Dehne K, Casabona J. HIV surveillance among injecting drug users. *Aids* 2001 Apr;15 Suppl 3:S13-22.
16. Des Jarlais DC, Friedmann P, Hagan H, Friedman SR. The protective effect of AIDS-related behavioral change among injection drug users: a cross-national study. WHO Multi-Centre Study of AIDS and Injecting Drug Use. *Am J Public Health* 1996 Dec;86(12):1780-1785.
17. Institute of Medicine. Preventing HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries: An Assessment of the Evidence. Washington DC: Institute of Medicine, Board on Global Health; 2007.
18. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug and Alcohol Dependence* 2000 Apr 1;59(1):17-31.

19. Braine N, Des Jarlais DC, Ahmad S, Purchase D, Turner C. Long-Term Effects of Syringe Exchange on Risk Behavior and HIV Prevention. *AIDS Education and Prevention* 2004 Jun;16(3):264-275.
20. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care* 2002 Feb;14(1):77-93.
21. Rothman J, Rudnick D, Slifer M, Agins B, Heiner K, Birkhead G. Co-located substance use treatment and HIV prevention and primary care services, New York State, 1990-2002: a model for effective service delivery to a high-risk population. *J Urban Health* 2007 Mar;84(2):226-242.
22. UNAIDS/ WHO. *AIDS Epidemic Update*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO); Dec 2006.
23. Cohen J. HIV/AIDS: Latin America & Caribbean. Guatemala: struggling to deliver on promises and assess HIV's spread. *Science* 2006 Jul 28;313(5786):480-481.
24. World Health Organization. *Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-up: El Salvador*. Geneva; 2005 Dec.
25. World Health Organization. *Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up: Guatemala*. Geneva; 2005 Dec.
26. Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2007 Sep 1;46(1):101-111.
27. Mckinley Jr. JC. Drug Trade, Once Passing By, Takes Root in Mexico. *The New York Times*. 2007 3 Oct.
28. United Nations Office on Drugs and Crime. *2007 World Drug Report*. Vienna, Austria; 2007.
29. Marroquín D, Ávalos HS. El tráfico y consumo de drogas ha crecido: 10 toneladas de cocaína pasan por El Salvador cada año. *La Prensa Gráfica*. 2000 19 Aug.
30. Castellanos A. San Marcos, ruta del narcotráfico: Lanchas rápidas llegan a Ocosingo desde Colombia *Prensa Libre*. 2005 7 November.
31. Azevedo R, Botega N, Guimaraes L. Crack users, sexual behavior and HIV infection. *Revista Brasilia Psiquiatria* 2007;29(1):26-30.
32. United Nations Office on Drugs and Crime. *Diagnostico Nacional: El Salvador*. San Salvador: Establecimiento de una Red de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social en Centroamérica AD/CAM/04/H90; 2004 Dec.
33. Prado CAE. *Directorio de Centros que Prestan Atención a Drogodependientes*: Departamento de Guatemala. Guatemala City: SECCATID, ONUDD, MSPAS; 2004 Sep-Dec.
34. Comisión Contra Las Adicciones y Tráfico Ilícito de Drogas. *Plan Nacional Antidrogas*, Guatemala: 1999-2003. Guatemala City: CCATID; 2004.
35. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Normas Mínimas de Atención para centros que dan servicios a personas con problemas derivados del consumo de sustancias adictivas*. In: SECCATID, ed. Acuerdo Ministerial SP-M-1152-2006 ed; 26 April 2006.
36. Comisión Nacional Antidrogas. *Informe de Avances y Cumplimiento de Metas en el Marco del Plan Nacional Antidrogas 2002-2008*. San Salvador: CNA; 2006 November.

37. Plan Nacional Antidrogas: 2002-2008. El Salvador: Comisión Salvadoreña Antidrogas (COSA); 2001.
38. Ball AL, Rana S, Dehne KL. HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries. *Public Health Rep* 1998 Jun;113 Suppl 1:170-181.
39. Erikson EH. *Identity and the Life Cycle*. New York: Norton; 1980.
40. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983 Jun;51(3):390-395.
41. González P. En Guatemala el mercado prefiere la mariguana. *El Periódico*. 2007.
42. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud. *Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones: Reporte sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la Región Mesoamerica*. Mexico City; 2005-2006.
43. Hidalgo E. Universidad del Valle de Guatemala. In: *Taller Centroamericano para la Estandarización de Variables de VIH en Encuestas Demográficas*, ed. Guatemala City; 2007.
44. Catania JA, Gibson DR, Chitwood DD, Coates TJ. Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. *Psychological Bulletin* 1990 Nov;108(3):339-362.
45. Mitchell CG, Oltean A. Integrating HIV prevention into substance user treatment: current practices and challenges. *Substance Use & Misuse* 2007;42(14):2173-2182.
46. Rhodes T, Kimber J, Small W, et al. Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction* 2006 Oct;101(10):1384-1393.
47. Valdez-Meltzer A, Silber TJ, Meltzer AA, D'Angelo LJ. Will I be alive in 2005? Adolescent level of involvement of risk behaviors and belief in near-future death. *Pediatrics* 2005;116(1):24-31.
48. Joseph NP, Augustyn M, Cabral H, Frank DA. Preadolescents' report of exposure to violence: Association with friends' and own substance use. *Journal of Adolescent Health* 2006;38:669-674.
49. Ross T. Using and dealing on *Calle 19*: a high risk community in central Bogotá. *International Journal of Drug Policy* 2002;13:45-56.
50. Caulkins J, Reuter P, Iguchi M, Chiesa J. *How Goes the War on Drugs? An Assessment of US Drug Problems and Policy*. Santa Monica, CA: RAND; 2005.

## **Anexo**

### ***Formulario de Encuesta para el Cliente***

**¡OJO!**

Antes de entregar, por favor corte por esta línea y elimine Columna A.



### Censo para Usuarios de Drogas

Nombre del Centro: \_\_\_\_\_ Fechas: (de) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (a) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Instrucciones**

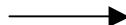
1. En la columna A, escriba los nombres de todos los usuarios que están en tratamiento ahora. Cuando un nuevo usuario ingresa, agregue su nombre a la lista y hágale el cuestionario.
2. En la columna B, escriba la fecha cuando las preguntas fueron realizadas.
3. Lea detenidamente la información de la letra C. a cada usuario. Haga las preguntas de las columnas D, E y F al usuario. Si un usuario se niega a contestar, marque 'Rehusar'.
4. Una vez terminado el censo a todos los usuarios, corte por la línea punteada (columna A) para eliminar los nombres de los usuarios antes de entregar.

C. Este centro está participando en un estudio. Quisiera preguntarle 2 preguntas que nos ayudarán a mejorar los servicios para usuarios en centros de tratamientos de drogas. Usted podrá responder 'Sí', o 'No', o 'Rehusar' si no desea responder. Su nombre será omitido del formulario antes de pasarlo al equipo de estudio.

A. El Primer Nombre y La Inicial del Apellido del Usuario	B. Fecha		D. ¿Se ha hecho usted la prueba o el examen de SIDA alguna vez?			E. ¿Se ha inyectado usted con drogas alguna vez en su vida?			F. Si el usuario contesta "Sí" en columna E, pregúntele: ¿En los últimos 30 días, se ha inyectado usted con drogas?		
			SI	NO	REHUSAR	SI	NO	REHUSAR	SI	NO	REHUSAR
	1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¡OJO!**

Elimine Columna A



Haga las preguntas a cada usuario en su próxima visita.
---