



Consumo de drogas y VIH/SIDA en Centroamérica: una revisión de los modelos y teorías

Drug Use and HIV/AIDS in Central America: a review of models and theories

Alma de los Ángeles Cruz Juárez¹, Gastón Rafael Coronel Martín del Campo²,
Patricia Pavón-León³, Ma. del Carmen Gogeoascoechea-Trejo³
Xóchitl Ma. del Carmen De San Jorge Cárdenas³, Ma. Sobeida L. Blázquez-Morales³
Paulina Beverido Sustaeta³, Alma Ramírez Cruz

Recibido: 08/10/2010 - Aceptado: 25/11/2010

RESUMEN

El análisis de la relación del VIH/SIDA en consumidores de drogas, así como de contextos de vulnerabilidad, obliga a considerar múltiples factores que le han dado un curso específico a la epidemia en cada país, entre los que podemos enlistar las condiciones económicas, sociales, históricas, culturales y políticas. Llevar a cabo una revisión sobre este tema permite contextualizar el problema, lo que supone analizar los modelos, teorías, investigaciones y antecedentes en general. La presente revisión de los modelos y teorías en este campo es parte de una investigación más amplia que será realizada simultáneamente en un conjunto de países para analizar la **prevalencia del VIH/SIDA e identificación de factores de riesgo en consumidores de drogas en Centroamérica: evidencias para enfocar estrategias de intervención**. Se trata de un esfuerzo diseñado y dirigido por un grupo de investigadoras de la Universidad Veracruzana que participan en el Cuerpo Académico "Drogas y Adicciones: un enfoque multidisciplinario", en colaboración con un especialista en VIH que trabaja en la Secretaría de Salud de Veracruz. El proyecto está siendo financiado por la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) para México y Centroamérica --en el marco del proyecto AD/CAM/04/H90 para el "Establecimiento de una red de tratamiento, rehabilitación, inserción social y laboral en Centroamérica"--, como producto de un convenio de colaboración suscrito en 2007 con la Universidad Veracruzana. Se trata de un trabajo con el que arrancan las labores conjuntas de la Red Centroamericana de Investigación en Adicciones (RECIA), uno de los frutos más importantes del proyecto H90.

Palabras clave: modelos, teorías, droga, VIH, investigaciones.

ABSTRACT

The analysis of the relationship of HIV/AIDS in drug users and contexts of vulnerability, requires consideration of many factors that have given a specific course of the epidemic in each country and among them we can list the economic, social, historical, cultural and political. Carrying out a review on this issue in context the problem, which involves analyzing the models, theories, research and general background. This review of models and theories in this field, is part of a wider investigation to be conducted simultaneously in a number of countries to discuss "HIV prevalence and identification of risk factors in drug users in Central America: evidence for focus on intervention strategies". This is an initiative designed and managed by a group of researchers from the Universidad Veracruzana participating in the Academic "Drugs and Addictions: a multidisciplinary approach", in collaboration with an HIV specialist who works in the Ministry of Health of Veracruz. The project is being funded by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) for Mexico and Central America under the AD/CAM/04/H90 project for "Establishment of a network of Treatment, Rehabilitation, Reintegration Social and Labour in Central America", as a result of a collaboration agreement signed in 2007 with the University of Veracruz, it is a work that marks the joint efforts of the Central American Network for Addictions Research (RECIA), one of the fruits H90 project's most important.

Keywords: Models, theories, drugs, HIV, research

⁽¹⁾ Dirección General de Investigaciones, Universidad Veracruzana.

⁽²⁾ Servicios de Salud del Estado de Veracruz.

⁽³⁾ Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana.

ANTECEDENTES

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas¹, refiere que desde el comienzo de la pandemia del VIH/SIDA --hace más de 25 años-- el comportamiento asociado con el abuso de drogas ha sido uno de los factores centrales para su propagación. En esta categoría se incluye el uso compartido de agujas para inyectarse las drogas y el comportamiento sexual de riesgo que puede ocurrir después de la intoxicación con drogas, sea con equipo de inyección o no.

Si bien todos los grupos poblacionales son afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), no todos son dañados por igual: los primeros grupos afectados fueron principalmente los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (HSH) y los usuarios de drogas intravenosas (UDI). Desde el inicio de la epidemia, el uso de drogas inyectables ha estado asociado directa o indirectamente (transmisión madre a hijo, tener relaciones sexuales con un UDI) con más de un tercio de los casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en los Estados Unidos, mientras que el uso de drogas intravenosas es bien conocido en este sentido. El papel que usualmente juega el abuso de otras drogas en la propagación del VIH, al aumentar la probabilidad de tener relaciones sexuales con parejas infectadas, no es tan reconocido ni ha sido suficientemente estudiado. Esto ocurre debido a los efectos adictivos e intoxicantes de muchas drogas, que pueden alterar el juicio y la inhibición haciendo que los usuarios se involucren en comportamientos impulsivos de riesgo.

En Estados Unidos, los jóvenes, sobre todo los pertenecientes a minorías étnicas, tienen un riesgo particularmente alto de desarrollar el VIH/SIDA, debido a sus comportamientos de riesgo --experimentación sexual y abuso de drogas, entre otros-- que, a menudo, son el resultado de una fuerte presión por parte de compañeros y amigos del grupo. No obstante, es necesario realizar más estudios que caractericen claramente los factores de riesgo en el consumo de drogas para la adquisición del VIH, con el fin de contar con la información necesaria para poder desarrollar intervenciones preventivas que sean culturalmente apropiadas, dirigidas a reducir la infección por el VIH y a disminuir las consecuencias asociadas con la salud.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)², en su informe anual, refiere que la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe representa uno de los desafíos más importantes tanto para los gobiernos y sus sistemas sanitarios como para los investigadores, la sociedad civil y los organismos internacionales. Como se ha documentado, la prevalencia y las poblaciones vulnerables han ido cambiando desde que apareció la epidemia del VIH/SIDA; el grupo de usuarios de drogas inyectables, que en un inicio era una población vulnerable en

el Cono Sur, ahora lo es también en la frontera norte de México. Honduras, Guatemala, El Salvador y Panamá están llegando a niveles de prevalencia correspondientes a una epidemia generalizada y Haití se ha convertido en uno de los países más afectados por la epidemia, con una prevalencia semejante a los países de África (3.8% en población adulta). La migración, el incremento de la población privada de libertad por conductas delictivas, la disputa por el mercado interno de drogas en Centroamérica y en México --asociadas con la apertura de nuevas rutas de tráfico de sustancias y con la proliferación de bandas armadas--, son nuevas situaciones que afectan en la actualidad el proceso de la epidemia del VIH/SIDA.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)³ estima que, en el mundo, hay 33,4 millones de personas con VIH; 2,7 millones de ellas se localizan en América Latina; hay 170 000 nuevos infectados; 63 000 fallecidos cada año y la mayor prevalencia (0.5%) se registra en personas de 15 a 49 años. En el caso de América Central, las estadísticas regionales registran que la prevalencia en Honduras es de 1.6%; en Guatemala de 1.0%; en Panamá de 0.9%; en Costa Rica de 0.6%; en El Salvador de 0.6%; en Nicaragua de 0.2% y en Belice de 1.5%.

Diferentes estudios han tratado el entorno social y han señalado que se trata de una variable importante de considerar, ya que la propagación del VIH/SIDA está fuertemente influida por las condiciones sociales, económicas y políticas; de acuerdo con el informe referido en el párrafo anterior, menos del 20% de las personas con riesgo de contraer el virus tiene acceso a los servicios básicos de prevención.

En el caso de América Latina y el Caribe, la situación sigue la tendencia mundial. Sin embargo, en muchos países de la región la epidemia de VIH/SIDA tiende a concentrarse en algunas poblaciones con comportamientos de riesgo que pueden estar ocultando escenarios extremadamente graves como el binomio VIH/SIDA-consumo de drogas. Es por esto que no puede hablarse de una sola epidemia en la región, ya que contextos diferentes exigen tratamientos particulares.

En América Central, el virus se propaga principalmente entre los grupos vulnerables: usuarios de drogas intravenosas y no intravenosas, poblaciones carcelarias, adolescentes, habitantes de la calle, y se concentra principalmente en las zonas urbanas y las rutas de transporte. Honduras es el país más afectado de Centroamérica; el 85% de las personas infectadas se encuentran entre los 15 y los 49 años de edad, es decir, dentro del grupo de edad económicamente productiva, principalmente los sexoservidores de ambos sexos y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

La prevalencia del VIH/SIDA entre sexoservidoras varía desde menos de 1% en Nicaragua, 2% en Panamá, 4% en El

Salvador, 5% en Guatemala, 1.5% en Belice y hasta más del 10% en Honduras. Las relaciones sexuales entre los hombres (HSH) son también un factor importante; en Guatemala, los niveles de infección en esta población alcanzan el 12% y --de esta población-- uno de cada cinco tiene relaciones sexuales también con mujeres. En el Salvador, Nicaragua y Panamá la prevalencia es de 18%, 9% y 8% respectivamente, mientras que en Costa Rica constituye más de las dos terceras partes de los casos de SIDA notificados; estos grupos están fuertemente estigmatizados. En síntesis, se encuentran realidades diferentes en el perfil epidemiológico de la región; existen sectores poblacionales más susceptibles que otros a aumentar su vulnerabilidad, debido a determinados factores demográficos, culturales y económicos.

El Banco Mundial⁴ señala que el virus del VIH se transmite a través de las relaciones sexuales sin protección (tanto en relaciones heterosexuales como homosexuales) y del uso de drogas inyectables, principalmente. Recapitulando, los factores que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA son, entre otros:

- Factores sociales: incluyen la pobreza y las relaciones desiguales entre los sexos; las mujeres dependen económicamente de los hombres y tienen menos oportunidades de negociar y tener relaciones sexuales más seguras.
- Inestabilidad política y económica: son elementos generadores de migración y movilidad de las personas, lo que deriva en la separación de la familia y en el establecimiento de nuevas relaciones que facilitan la transmisión del virus. Otra consecuencia de la inestabilidad es la disminución de los recursos disponibles para ejecutar programas para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, así como del consumo de drogas y las adicciones.
- Estigma y discriminación son realidades que enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA, especialmente los homosexuales, sexoservidores de ambos sexos, consumidores de drogas y demás grupos de riesgo.
- La falta de capacidad de ejecución que debilita la efectividad de los programas diseñados para prevenir el contagio del VIH o para brindar tratamiento a quienes viven con la enfermedad.
- La alta rotación de recursos humanos, exacerbado por las crisis políticas y económicas y la epidemia misma, que debilita aún más la capacidad de los países de reaccionar ante la epidemia.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ refiere estudios que dan cuenta de comportamientos que constituyen un factor de riesgo de transmisión del VIH, en un porcentaje que va de 30% a 60% de las personas que padecen enfermedades mentales. Entre estos riesgos se cuentan

las altas tasas de relaciones sexuales con múltiples parejas; el consumo de drogas inyectables; las relaciones sexuales con consumidores de drogas inyectables; el abuso sexual (las mujeres son particularmente vulnerables a la infección por VIH); las relaciones sexuales sin protección entre hombres y el escaso o nulo uso de preservativos. Además de éstos, los trastornos y enfermedades mentales también pueden aumentar la probabilidad de que sobrevengan situaciones que se presten a comportamientos de riesgo y mermar las posibilidades de adquirir y/o utilizar información acerca del VIH/SIDA y de ese modo conducirse de forma segura.

Aunque los consumidores de drogas inyectables adquieren el VIH principalmente por compartir material de inyección, los consumidores de drogas no inyectables --como cocaína, alcohol y estimulantes del tipo de las anfetaminas-- adquieren el virus porque incurren en conductas sexuales de alto riesgo. Diversos estudios documentan que, frecuentemente, los consumidores de drogas mantienen relaciones sexuales de riesgo con múltiples parejas a cambio de drogas o de dinero, con lo que crean un puente para la propagación del VIH de poblaciones con alta prevalencia del virus, a la población general⁶.

Por su lado, el consumo de alcohol está asociado a un mayor riesgo de conducta sexual poco segura. Habida cuenta del consumo nocivo generalizado de alcohol, en muchos países con alta incidencia y prevalencia del VIH/SIDA, los niveles y modelos de consumo de alcohol pueden influir considerablemente en la propagación del virus en la población. Varios estudios, incluidos los realizados en países africanos con alta prevalencia del VIH/SIDA, han revelado una asociación positiva entre el VIH/SIDA y el consumo de alcohol, con una prevalencia de la infección por VIH entre las personas con trastornos debidos al consumo de alcohol, superior a la de la población general.

Las drogas no intravenosas también constituyen un factor de riesgo, ya que al desinhibir a los individuos pueden provocar comportamientos de riesgo, tales como las prácticas sexuales sin protección; el uso incorrecto de preservativos debido a la intoxicación por las drogas o a la incapacidad de negociar relaciones sexuales seguras, además del aumento de violencia sexual ya sea por violación o por relaciones sexuales resultantes de algún tipo de coacción. Es indispensable enfatizar que no es necesario que la droga consumida sea ilegal para llegar a estos comportamientos. Cuando una persona abusa del alcohol o ingiere, fuma, inhala o se inyecta alguna droga, puede perder los mecanismos que le permiten percibir y evitar riesgos, dado que se ve afectada su capacidad para evitar alguna situación que implique un riesgo sexual.

A finales de 2008, la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) reportó que el estimado de personas infectadas por el VIH/SIDA en América Latina ascendía a 2 millones y que

más del 70% de esta población residía en los cuatro países más grandes de la región: Argentina, Brasil, Colombia y México⁷. Considerando el total de infecciones en el 2007, México ocupó el segundo lugar con 200.000 personas con VIH, después de Brasil que con 730.000 casos, ocupó el primer sitio entre los países de América Latina y el Caribe. Después, Colombia con 170.000 casos; Argentina con 120.000 y Perú con 76.000, por lo que se destacaron como los países más importantes en la región. Sin embargo, considerando la prevalencia en población adulta --que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales--, México se ubicó en el décimo séptimo lugar de América Latina. De acuerdo con este indicador, los países con mayor prevalencia de VIH fueron Guyana (2.5%), Suriname (2.4%) y Belice (2.1%).

Detrás de éstos, en orden de magnitud, aparecen cuatro países de América Central: Panamá, Guatemala, El Salvador y Honduras, con cifras del 0.7% al 1% de prevalencia en adultos. En contraste, México es un país que registra una prevalencia del VIH en población adulta relativamente baja (0.3%), sobre todo si se le compara con los países que tiene frontera, los cuales registran cifras más elevadas como Belice (2.1%), Guatemala (0.8%) y Estados Unidos (0.6%).

Los organismos internacionales UNESCO y ONUSIDA⁸ enfatizan la importancia que tiene el concepto de vulnerabilidad dentro del contexto del VIH/SIDA, si bien es cierto que toda la población, en diferentes grados y formas, está expuesta al riesgo de infección con el VIH/SIDA. En general se acepta que el nivel de riesgo está circunscrito a la situación de las personas dentro del contexto general del desarrollo del país al que pertenece (ingreso *per capita*, educación, acceso a servicios de salud, índices de violencia y delincuencia, nivel de respeto de derechos humanos, entre otros) y a sus circunstancias locales, personales, familiares y culturales.

En el campo de la investigación sobre el consumo de drogas y las adicciones, en el de la investigación sobre VIH-SIDA y en el de la intersección en que ambos fenómenos se encuentran, los niveles de riesgo están directamente relacionados con los comportamientos de riesgo. Para conocer los distintos modelos y teorías que tratan el problema de los comportamientos y niveles de riesgo, resulta necesaria la siguiente revisión.

MODELOS Y TEORÍAS

Entendemos la teoría como la estructura conceptual desarrollada y aplicada para guiar la investigación y la práctica⁹, y el modelo como figura mental que nos ayuda a entender las cosas que no podemos ver o explicar directamente. El modelo es diferente de la teoría porque el papel de la teoría es la explicación, mientras que el papel del modelo es la representación

--elementos indispensables para definir y responder preguntas de investigación, así como para definir objetivos e identificar grupos poblacionales y factores que pueden ser intervenidos con el fin de mejorar la salud de individuos y de grupos de población diversos.

En el campo de la prevención, la educación y la promoción de la salud, los avances en la formulación teórica que respaldan tanto a las investigaciones como a las intervenciones prácticas, son resultado de la aplicación --directa o indirecta-- de teorías y modelos desarrollados en diversas disciplinas, áreas del conocimiento y campos profesionales, entre las que destaca particularmente la psicología, lo que explica, en cierta medida, el papel destacado de los modelos de cognición social para estudiar e intervenir el cambio de comportamientos relacionados con la salud.

En el estudio de los comportamientos de riesgo --tales como el consumo de drogas y algunas conductas sexuales-- los modelos y teorías desarrollados han permitido obtener información y herramientas teóricas y metodológicas que representan un recurso valioso en la elaboración de programas de intervención, que proporcionan una estructura sólida sobre la que se apoya la planeación, ejecución y evaluación de programas para la atención de consumidores de drogas, de personas infectadas con VIH y para el segmento de población que comparte ambos componentes, es decir para consumidores de drogas con VIH/SIDA.

El primero de los modelos, denominado *Modelo de Creencias en Salud (MCS)*¹⁰ es uno de los marcos teóricos más utilizados por la Psicología de la Salud para comprender los comportamientos de riesgo para la salud en general y para la salud sexual en particular. Se trata de un modelo de inspiración cognitiva como factor que predispone la adopción de hábitos y que considera el comportamiento como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. En principio, el MCS se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerándolo como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias de las personas. Posteriormente, su aplicación se extendió a las respuestas que las personas presentan ante las manifestaciones de alguna enfermedad o ante las enfermedades diagnosticadas, estudiando la adhesión a tratamientos médicos.

La hipótesis original es que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vea a sí mismo como potencialmente vulnerable y perciba la condición (las enfermedades en cuestión) como amenazante, esté convencido de la eficacia de la intervención

y encuentre pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud¹⁰. De acuerdo con lo anterior, es más probable que las personas tomen medidas para prevenir o controlar un trastorno de salud bajo las siguientes circunstancias: si piensan que el trastorno tiene consecuencias potencialmente graves o si los costos de las medidas preventivas son inferiores a sus beneficios.

Los conceptos fundamentales de este modelo son: 1) la vulnerabilidad percibida, es decir, la percepción del significado de un problema de salud; 2) la gravedad advertida: las opiniones acerca de cuán graves son las consecuencias; y 3) los beneficios observados, es decir, la eficacia de la medida recomendada (la abstinencia, uso del condón) para reducir los riesgos para la salud.

Otras variables del modelo se refieren a los factores demográficos, sociopsicológicos y estructurales que pueden afectar la percepción de un individuo, y así indirectamente influir sus comportamientos en relación con su salud. De manera específica, los factores sociodemográficos y, en particular el vínculo educacional, tienen un efecto indirecto en la conducta, debido a la influencia de la percepción en la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras. Se trata de un modelo teórico que se utiliza frecuentemente para estudiar, entre otros aspectos: la percepción de riesgo de la población (general o en grupos específicos) respecto de determinada enfermedad y de las prácticas de riesgo que pueden derivar en: consumo de drogas, conductas sexuales promiscuas o sin protección.

Otro modelo es el llamado *Modelo de Reducción del Riesgo del VIH/SIDA (MRRS)*¹¹, que incorpora algunas variables de otras teorías de cambio de comportamiento, varias extraídas del Modelo de Creencias en Salud, tales como la eficacia personal y el conocimiento teórico de los procesos interpersonales. Como el marco de las etapas del cambio, *MRRS* postula una secuencia de tres etapas de cambio: 1) el reconocimiento y la caracterización del principio del comportamiento como de alto riesgo; 2) el compromiso de reducir los contactos sexuales de alto riesgo y de aumentar actividades de bajo riesgo; y 3) la acción, que se subdivide en la búsqueda de información y la obtención de remedios y la puesta en práctica de soluciones.

Las variables que influyen en el avance de estas etapas, incluyen: el conocimiento de actividades sexuales asociadas con la transmisión del VIH; las creencias en la vulnerabilidad personal y la opinión de que el SIDA es indeseable; los costos y los beneficios de la acción; la eficiencia personal, en relación con el conocimiento y la conveniencia de la buena salud y el placer de una práctica sexual; las redes sociales y la ayuda para resolver problemas; la autoestima; y la comunicación verbal de la persona con su pareja.

El *Modelo Psicológico de la Salud Biológica*¹², propuesto

por Emilio Ribes, constituye un modelo alternativo en la forma de tratar la dimensión psicológica en los problemas de salud. Construido desde una perspectiva interconductual, el modelo se muestra como un puente entre dos modelos usados para tratar el binomio salud-enfermedad y cubren la dimensión biomédica y la dimensión sociocultural. De acuerdo con este modelo, la salud biológica o la enfermedad será el resultado de la forma en que el comportamiento media los efectos del ambiente sobre el organismo; se trata de una afirmación que se funda en cuatro supuestos teóricos:

1. La descripción psicológica del binomio salud-enfermedad obedece a la dimensión individualizada que tiene lugar entre la interacción de factores biológicos del organismo y las relaciones socioculturales.
2. Los factores biológicos y sociales, analizados desde un modelo psicológico de la salud, no tienen correspondencia alguna con las formas propuestas desde sus disciplinas originales.
3. Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia y las funciones biológicas que integran la actividad.
4. Los factores socioculturales son representados como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interacción con las situaciones de su medio y con base en una historia personal.

Este modelo se presenta como una guía de prevención para la adquisición del VIH, así como de la prevención secundaria; se trata de una propuesta que destaca el papel del psicólogo, como responsable de:

1. Establecer en el individuo las habilidades necesarias para poder enfrentar de modo efectivo las circunstancias que conllevan el riesgo de la infección del VIH, por medio del desarrollo de estilos interactivos que favorezcan la salud; el propósito es evitar la infección del VIH.
2. Desarrollar conductas instrumentales preventivas, mediante la promoción de hábitos sexuales seguros y eficaces, ya sea tener relaciones con una pareja, usar condón de manera consistente, conocer sobre la transmisión del VIH y llevar prácticas sexuales alternativas al coito.
3. El desarrollo de competencias efectivas que puedan pronosticar un comportamiento preventivo eficaz. Esto se logra haciendo que el individuo reconozca las señales o condiciones de estímulo que indican la cercanía de una situación de riesgo y por ende la oportunidad de practicar algún comportamiento preventivo alternativo.
4. Enseñar al sujeto a identificar las consecuencias a corto y largo plazo que se pueden derivar de una conducta preventiva y de una de riesgo.

5. Entrenar al individuo en el reconocimiento de los comportamientos preventivos eficaces.
6. Modificar, en la medida de lo posible, las creencias que influyen en la ejecución de comportamientos de riesgo. Esto se logra, por ejemplo, eliminando la concepción de que el uso del condón representa una falta de hombría o que el coito vaginal es bueno, pero no la masturbación; o bien un cambio de creencias sobre la propia vulnerabilidad del sujeto con respeto a la típica frase “a mi no me va a pasar”.

El modelo propone la evaluación de las competencias individuales para el mantenimiento, pérdida o recuperación de la salud, como mecanismos para identificar cuáles son las competencias efectivas y el nivel en que dichas competencias se desempeñan en los comportamientos de riesgo y de prevención.

El cuarto modelo es el denominado *Modelo de Educación para la Salud*¹³, construido desde una perspectiva que contempla el consumo de drogas como un problema que afecta la salud física, psíquica y racional de las personas y que puede ser reducido mediante procedimientos educativos. La educación para la salud es la disciplina que se encarga de transmitir conocimientos acerca de los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud y sobre aquellos otros que, por el contrario, favorecen y protegen la salud, por lo cual puede ser utilizada para investigar sobre el consumo de drogas, las conductas sexuales de riesgo y la intersección en donde ambos fenómenos se relacionan.

El modelo destaca los aspectos educativos y comunicativos implicados en este proceso de transmisión de información, y no lo plantea como una simple divulgación de información sino como una intervención, por lo tanto, se trata de un planteamiento más participativo que descriptivo o conceptualizador, así como más orientado a la salud integral que a la patología.

Las intervenciones educativas e informativas se dirigen a cuatro ámbitos: 1) el ámbito educativo propiamente dicho; 2) el ámbito mediático, entendido como el de las campañas que se realizan en los medios de comunicación con el fin de destacar los riesgos asociados al consumo de drogas; 3) el ámbito comunitario, incluye actuaciones en servicios sociales, puntos de información, programas con educadores de calle y centros de tratamiento, entre otros; y 4) el ámbito sanitario, para transmitir conocimiento sobre el tema.

Respecto del modelo conocido como *Modelo de Factores Socioculturales*¹⁴, Pons establece que se asume que el consumo de drogas forma parte de los estilos de vida de una persona, y éstos, a su vez, están íntimamente vinculados a los estilos de vida de sus grupos de referencia. Los estilos de vida saludables suponen elecciones personales, aunque condicionadas por

determinados factores socioculturales que están ligados al estilo de vida del grupo social, es decir, vinculadas a un tipo de vida colectivo. Así, el consumo de diferentes drogas variará en grupos sociales distintos en función del sexo, edad, profesión, grado de educación, el lugar de residencia o procedencia y el momento histórico, entre otros factores. De acuerdo con este modelo, las dinámicas de funcionamiento grupal determinan el papel que debe desempeñar cada individuo y los patrones o pautas de comportamiento a que debe ajustarse; se trata de una perspectiva donde el sujeto queda vinculado a su entorno y a la realidad social en que vive y desarrolla su actividad, en función del lugar que ocupa en el grupo.

Otro modelo, al que se refiere Romaní¹⁵ como el *Modelo de Reducción del Daño*, busca disminuir las consecuencias adversas que sobre la salud, lo social o lo económico tiene el consumo de drogas. La reducción de daños puede ser vista como un objetivo de un programa de tratamiento –por ejemplo, los programas de mantenimiento con metadona– pero también como un acercamiento ético y pragmático a la problemática social de las drogas, que hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en promover la abstinencia. Tanto en este modelo como en el anterior, el consumo de drogas en cada persona concreta es aceptado como un hecho que surge de su decisión particular pero, en éste, el objetivo será que el consumo de drogas tenga los mínimos efectos negativos posibles para las personas y para la sociedad. Las premisas básicas de esta perspectiva pueden resumirse en:

- La persona tiene derecho a consumir drogas. A los profesionales y a la administración les compete disponer las condiciones que reduzcan los daños físicos, psicológicos y sociales que a la persona le puede reportar su consumo, así como reducir la incidencia negativa sobre el resto de individuos.
- El consumo de drogas en la sociedad en general es inevitable, a pesar de todos los esfuerzos que se han podido realizar para evitarlo; el consumo reporta gratificaciones para la persona y la sociedad no tiene derecho a reprimirlo.
- El daño es lo importante, no el consumo en sí mismo.
- El ejercicio de las actividades terapéuticas es más fácil y menos costoso, pues se interviene para reducir el daño y no para dar tratamiento que modifique el comportamiento, el carácter o las actitudes de la persona.
- No se rechaza la abstinencia como meta para quien la desee o le convenga. Lo que ocurre es que la intensidad de la intervención se dirigirá hacia la protección a corto plazo para la comunidad –del

eventual riesgo producido por el consumidor– y para el propio consumidor.

Las intervenciones propuestas para la reducción del daño incluyen la puesta en marcha de acciones diversas, tales como las siguientes:

- Programas basados en el suministro de metadona y otros opiáceos sintéticos a las personas adictas a heroína, con la finalidad de evitar el consumo adulterado de esta droga, obtenida en el mercado negro, y reducir la incidencia del riesgo de contagio vírico.
- Programas basados en la provisión de jeringuillas y agujas estériles a los consumidores de drogas por vía parenteral, con el propósito de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, especialmente del VIH/SIDA.
- Disposición de “áreas de tolerancia”, lugares específicamente habilitados para que los consumidores puedan obtener instrumental de inyección limpio, preservativos, información y atención médica.
- Programas educativos basados en la reducción de daños; se trata de materiales y estrategias educativas que informan a los consumidores acerca de cómo reducir los riesgos asociados al uso recreativo de drogas, insistiendo en el conocimiento exhaustivo de las características y los efectos de las drogas de uso más común.
- Trabajo de campo dirigido a contactar con consumidores, generalmente jóvenes, para informarles acerca de las características de los productos que consumen, por lo que se recurre a análisis químicos de las sustancias y a la difusión de los resultados en material informativo que les es distribuido.

En lo que toca a las distintas teorías, encontramos la *Teoría de Acción Razonada*¹⁶, que sostiene que un determinante inmediato del comportamiento es la intención de las personas para realizar dicha conducta. Las intenciones de comportamiento están en función de 1) las actitudes de las personas hacia el comportamiento, determinadas por la creencia de que el comportamiento produce resultados positivos o negativos; y 2) la norma subjetiva, modelada por la percepción acerca del valor que otras personas, significativas o importantes para el individuo, otorgan al comportamiento, y por su motivación en el cumplimiento de dicha norma. Esta teoría establece que la actitud hacia la experimentación se determina por cada una de las creencias que la persona posee respecto a éstas y la evaluación positiva/negativa realizada hacia cada una de esas creencias. De acuerdo con algunos estudios, la prohibición legal

del consumo de drogas es un factor protector para muchos jóvenes, que reportan no estar interesados en ser rechazados por sus familias, amigos o grupos a los que pertenecen al infringir una norma, conclusión que parece apoyarse en esta Teoría de Acción Razonada.

Otra teoría, denominada *Teoría Social Cognitiva*¹⁷, afirma que el entorno causa nuestro comportamiento, por lo que el proceso de aprendizaje es concebido como un proceso social, influido por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva, el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que determinan la conducta, por lo que un cambio en alguno de estos tres componentes --conductual, físico o social--, influye en los otros dos. El ambiente causa el comportamiento, cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también; este concepto es definido como determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se influyen mutuamente. Bandura, uno de los autores de esta teoría, sostiene que la personalidad es una interacción entre tres principios: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona, y consideró a la autoeficacia como un componente esencial de la teoría, que consiste en que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión.

CONCLUSIONES

Después de revisar los contenidos de los modelos y teorías que estudian los comportamientos de riesgo relacionados con el consumo de drogas, con el VIH/SIDA y con la intersección de ambos fenómenos, resulta claro que todos aportan elementos valiosos para entender la relación del VIH/SIDA en consumidores de drogas, así como de contextos de vulnerabilidad y los diversos factores que explican las dimensiones y características que ha tomado la epidemia en cada uno de los países de la región.

Los equipos de cada país que participan en el proyecto de investigación “**Prevalencia del VIH/SIDA e identificación de factores de riesgo en consumidores de drogas en Centroamérica: evidencias para enfocar estrategias de intervención**” deberán valorar cuál de los modelos y teorías es más útil para analizar la información sobre situaciones y características específicas, que resulte de la aplicación de los instrumentos que han sido validados para conocer los distintos componentes de la investigación, independientemente de que exista un marco teórico común a todos los países.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Serie de Reportes de Investigación. El VIH/SIDA: NIH Publicación N° 6-5760; [serial on line] 2006 [cited 2010]; 1 (1): [24 screens]. Disponible en: URL: <http://>

- www.nida.nih.gov/researchreports/VIH/html
2. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Informe Anual <http://www.incb.org/incb/es/index.html>
 3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Epidemiología Mundial del VIH/SIDA. ONUSIDA; [serial on line] 2009 [cited 2010]; 1 (1): [24 screens]. Disponible en: URL: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/2009_epidemic_update_es.pdf
 4. El Banco Mundial. El VIH/SIDA en América Latina y el Caribe; [serial on line] 2007 [cited 2010]; 1 (1): [24 screens]. Disponible en: URL: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS>
 5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe del VIH/SIDA y Salud Mental; [serial on line] 2008 [cited 2010]; 1 (1): [24 screens]. Disponible en: URL: http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf
 7. Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional, Ministerio de Salud y Consumo de España. Manual de infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas. Washington D. C.; 2004.
 8. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS). Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS. México; 2010.
 9. UNESCO/ONUSIDA. Un Enfoque Cultural de la Prevención y la Atención del VIH/SIDA. Proyecto de Investigación. Colección especial de manuales metodológicos, No. 1 UNESCO; [serial on line] 2003 [cited 2010]; 1 (1): [24 screens]. Disponible en: URL: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589s.pdf>
 10. Earp J, Ennett S. Conceptual models for health education research and practice. *Health Education Research* 1991; 6: 163-171.
 11. Glanz K, Lewis FM y Rimer BK. "Linking Theory, Research, and Practice." En: Glanz K, Lewis FM y Rimer BK, editores. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
 12. Catania JA, Kegeles S, Coates T. Métodos Cualitativos. Publicación científica y tecnológica 1990; 614.
 13. Bayéz R, Ribes E. Un Modelo Psicológico de la Prevención de la Enfermedad y su Aplicación en el Caso del SIDA. En: Piña JA. Compilador. *Psicología y Salud: aportes del análisis de la Conducta*. México: Editorial Unison; 1980.
 14. Greene WH, Simons-M. Modelo de Educación para la Salud. En: Educación para la Salud. México: Editorial McGraw Hill; 1988.
 15. Pons X. Modelos Interpretativos del Consumo de Drogas. *Revista Polis-Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*. [serial on line] 2008 [cited 2010]; 1 (1): [24 screens]. Disponible en: URL: http://www.uv.es/lisis/xavier/xp_art1.pdf
 16. Romani O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Revista: Salud Colectiva*. [serial on line] 2008 [cited 2010]; 1 (1): [24 screens]. Disponible en: URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/731/73140304.pdf>
 17. Ajzen y Fishbein. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. Citado por Brannon JFL. en *Psicología de la Salud*. Ed. Paraninfo. Madrid, España; 1980.
 18. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Citado en: Brannon JFL. *Psicología de la Salud*. Madrid: Ed. Paraninfo.; 1986.