

**PROGRAMA DE FORMACIÓN
DE FORMADORES
PARA LA PREVENCIÓN
DE LOS PROBLEMAS DE SALUD
ASOCIADOS AL CONSUMO
DE DROGAS**

**MANUAL DE EDUCACIÓN
SANITARIA:**

- Recursos para Diseñar
Talleres de Prevención
con Usuarios de Drogas

DIRECCIÓN DEL PROYECTO: PATRICIA INSÚA

MANUAL DE EDUCACIÓN SANITARIA

Recursos para diseñar Talleres de Prevención con usuarios de drogas

DIRECCIÓN: PATRICIA INSÚA

COORDINACIÓN: EMILIANO MARTÍN Y PATRICIA INSÚA

SUPERVISIÓN: SONIA MONCADA Y MARÍA JOSÉ BRAVO

AUTORES:

PARTE I: SILVIA UBILLOS, PATRICIA INSÚA Y MIGUEL DE ANDRÉS

PARTE II: PATRICIA INSÚA Y SILVIA UBILLOS

PARTE III: MIGUEL DE ANDRÉS Y COLS.*

ISBN: 84-8150-203-0

NIPO: 126-99-025-1

D.L.: SS-560/99

MAQUETA E IMPRESIÓN: ITXAROPENA, S.A.
Araba kalea, 45
20800 ZARAUTZ

* Los autores que han colaborado en esta parte son: Isabel Alonso, Sonia Cebrian, Jordi Delás, Miguel del Río, Marta García, Enrique Ilundain, Anna Rodés, Oriol Romaní y Martí Vall.

La utilización de sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha ocurrido en todas las culturas a lo largo de la historia. Sin embargo, en los últimos años los daños asociados a este uso han aumentado de forma importante, fundamentalmente por la alarmante difusión que la utilización de la vía parenteral tuvo a finales de los años setenta y principios de los ochenta. Las condiciones que se dieron en aquel momento fueron decisivas para la extensión que la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana adquirió en España. Actualmente, en nuestro país, como en otros de nuestro entorno, numerosos consumidores de drogas por vía parenteral todavía siguen compartiendo el material de inyección y manteniendo actividades sexuales de riesgo.

En los foros científicos internacionales se acepta de forma unánime que la implementación de medidas dirigidas a modificar estas prácticas es un elemento imprescindible para paliar los daños asociados a una epidemia contra la que todavía no se conoce un tratamiento eficaz.

En la actualidad, en España son ya muchos los programas que desde distintos ángulos pretenden acercarse a estos colectivos y promover un cambio positivo en sus conductas de riesgo para la difusión del VIH y otras patologías que comparten las mismas vías de transmisión. Así, diversas ONGs, han puesto en marcha Programas de Intercambio de Jeringuillas y los propios dispositivos públicos de salud (Centros de Salud, Centros de Atención a las Drogodependencias, etc.) recientemente han comenzado a proporcionar también este tipo de servicios. La oferta de modalidades de tratamiento de la dependencia se ha diversificado, aumentando de forma muy importante la disponibilidad de plazas para tratamientos con diversos sustitutivos opiáceos. También se han incrementado aquellos programas “de acercamiento” cuyo objetivo es alcanzar a los consumidores de drogas que no accedan a los dispositivos de atención. Todo este esfuerzo por diversificar las opciones pretende que todos los usuarios de drogas puedan disponer de servicios ajustados a sus necesidades, facilitando que cada vez sea mayor el número de ellos que contactan con algún tipo de dispositivo.

Todos sabemos que cambiar las conductas de riesgo de inyección y sexuales es un objetivo difícil que no se consigue si no se implementan acciones dirigidas específicamente a trabajar los determinantes de las mismas. Las instituciones que trabajan en este ámbito lo saben, así como los profesionales que desde los dispositivos de atención contactan diariamente con estas poblaciones. Sin embargo, aunque existe esta conciencia, los profesionales no siempre disponen de formación específica para ello, ni de materiales de apoyo elaborados con ese fin. Por ello, la

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración de la Secretaría del Plan Nacional del Sida, los Planes Autonómicos sobre Drogas y algunas importantes ONGs, iniciaron en 1998 un programa de formación de profesionales.

En este proceso ha desempeñado un papel muy relevante el Departamento de Procesos Psicológicos Básicos, de la Universidad del País Vasco, especialmente la Dra. Patricia Insúa, directora del Proyecto, quien ha movilizado a un nutrido grupo de especialistas en estas materias. A todos ellos quiero mostrarles mi más sincero agradecimiento.

Este manual, complementado con materiales audiovisuales, pretende proporcionar a dichos profesionales unos instrumentos que puedan facilitar un trabajo en profundidad con los consumidores de drogas de cara a la modificación de sus prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH y otras patologías de transmisión parenteral.

Esperamos que sean herramientas útiles para cuantos profesionales afrontan esta grave problemática y redunden en una prevención más eficaz de los daños asociados a las drogodependencias.

Gonzalo Robles Orozco

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Frente al uso de drogas, la puesta en marcha de intervenciones comunitarias innovadoras que contemplen distintos objetivos (desde la abstinencia hasta la reducción de los daños asociados al consumo) es un reto y la meta a conseguir. En este trabajo, son varios los agentes sociales que deben implicarse y la Universidad no puede quedar al margen.

El Programa de Formación de Formadores para la Prevención de los Problemas de Salud Asociados al Consumo de Drogas (del que este Manual de Educación Sanitaria forma parte), realizado en el marco del convenio firmado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y por nuestra Universidad, abre las puertas a una línea de intervención comunitaria frente al problema de las drogodependencias.

Esta nueva línea de intervención, tiene como objetivo la formación específica de los profesionales sanitarios de los Centros de Atención a Drogodependientes de las distintas Comunidades Autónomas y de las ONGs que trabajan con estas poblaciones en el diseño, implementación y evaluación de los Programas que han demostrado ser más útiles para reducir los daños a la salud asociados al consumo de drogas.

Pero además, al estar diseñada como un proyecto en redes, permite llegar a un número mucho mayor de profesionales, facilitando el abordaje de este tipo de Programas en todas las CC.AA. con un marco teórico unificado.

La colaboración entre la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, posibilita la puesta en común de saberes teóricos y prácticos y la coordinación entre distintos profesionales, haciendo realidad el puente de investigación-acción que debe guiar nuestro quehacer si queremos tener una sólida presencia social.

José Luis de la Cuesta Arzamendi

Catedrático de Derecho Penal

Vicerrector de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

COLABORADORES

Los autores agradecen sinceramente las inestimables aportaciones de los colaboradores, participantes en el Programa de Formación de Formadores del que este Manual forma parte, quienes han supervisado el borrador y han posibilitado la redacción final de este documento:

Maite Azkona: Psicóloga-Enfermera. Centro de Salud Mental del Antiguo. San Sebastián. Comunidad Autónoma Vasca.

Carmen Barangúan: Diplomada en Trabajo Social. Unidad Provincial de Drogodependencias de Zaragoza. Comunidad Autónoma de Aragón.

Carmen Bujanda: Auxiliar de Enfermería. Hospital de la Rioja. Unidad de Salud mental Extrahospitalaria. Atención de Drogodependencias. Comunidad Autónoma de la Rioja.

Carmen Conca: Psicóloga. Unidad Provincial de Drogodependencias de Zaragoza. Comunidad Autónoma de Aragón.

Alicia Cordente: Psicóloga. Plan sobre Drogas de Ceuta. Ciudad Autónoma de Ceuta.

Miguel Angel de Castro: Educador Social. Àmbit Prevenció. Comunidad Autónoma de Cataluña.

Mª Teresa de la Iglesia: Psicóloga. Cruz Roja Española. Salamanca.

Mª Jesús de los Hoyos: Médico. CAD Cruz Roja de Valladolid. Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Gema Escobar: Enfermera. Proyecto Hombre. Comunidad Autónoma de Madrid.

Margarita Fiol: Psicóloga. CAT. Consellería de Sanitat i Consum. Baleares.

Marta Franco: Psicóloga. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

José Mª García Janeiro: Psicólogo. Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Pontevedra. Comunidad Autónoma de Galicia.

Carmen Gimeno: Médico generalista. Unidad de Conductas Adictivas de Denia. Comunidad de Valencia.

Mª José González: Médico. ONG Punto Omega. Asistencia y Programas de Inserción. Comunidad de Madrid.

Angeloi Goya: Diplomada en Trabajo Social. Servicio Navarro de Salud. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Navarra.

Eduardo Gutiérrez: Médico Generalista. Unidad de Tratamientos de Toxicomanías de Mieres. Comunidad Autónoma de Asturias.

Teresa Hernández: Médico. Agencia Antidrogas de la Comunidad de Madrid.

Mohand Kaddur: Farmacéutico. Consejería de Bienestar Social y Sanidad. Ciudad Autónoma de Melilla.

Carlos López: Educador Social. Generalitat de Catalunya. Department de Sanitat i Seguretat Social. Comunidad Autónoma de Cataluña.

Manuel López: Médico Generalista. Diplomado en Sanidad y especialista en Medicina del Trabajo, Ergonomía y Psicología Aplicada. CAD de Ceuta. Ciudad Autónoma de Ceuta.

Henar Marcos: Especilista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Consejería de Sanidad y Binestar Social de Valladolid. Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Silvia Mendieta: Psicóloga. Terapeuta de Familia. Plan Regional de Drogas. Comunidad Autónoma de Cantabria.

Marsina Mérida: Trabajadora Social. Proyecto Hombre. Comunidad Autónoma de Madrid.

Asunción Modino: Diplomada en Trabajo Social. Oficina de Información y Ayuda al Drogodependiente. Viceconsejería de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de Asturias.

Carlos Mora: Enfermero. Ayuntamiento de Madrid. Dpto. del Plan Municipal contra las Drogas. Área de Servicios Sociales. Comunidad Autónoma de Madrid.

Mayte Muñoz: Enfermera. Técnico en Salud Pública. Centro Regional de Salud Pública. Sección de Epidemiología. Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha.

Susana Ojeda: Psicóloga. Hospital de la Rioja. Unidad de Salud Mental Extrahospitalaria Atención en Drogodependencias. Comunidad Autónoma de la Rioja.

Ángela Prieto: Médico. Ayuntamiento de Madrid. Dpto. del Plan Municipal contra las Drogas. Área de Servicios Sociales. Comunidad Autónoma de Madrid.

Flor Roche: Farmacéutica. Consejería de Bienestar Social y Sanidad. Ciudad Autónoma de Melilla.

Juan Ángel Rodríguez: Psicólogo. Ayuntamiento de Madrid. Dpto. del Plan Municipal contra las Drogas. Área de Servicios Sociales. Comunidad Autónoma de Madrid.

Tomás Rodríguez: Médico. Junta de Extremadura. Comunidad Autónoma de Extremadura.

Pedro Ruiz: Médico. ACLAD. Valladolid. Comunidad de Castilla y León.

Magdalena Sánchez: Enfermera. Junta de Extremadura. Comunidad Autónoma de Extremadura.

Eva Sentís: Enfermera. Institut Municipal de Serveis Socials. Comunidad Autónoma de Cataluña.

Marta Serrano: Psicóloga. Centro de Salud Mental IB. Comunidad Autónoma de Navarra.

Elena Tejera: Médico. CAT Consellería de Sanitat i Consum. Baleares.

José Antonio Vallejo: Médico. Centro de Asistencia de Drogodependencias de Cantabria. Comunidad Autónoma de Cantabria.

Pilar Ventas: Diplomada en Trabajo Social. Plan Regional de Drogas de Castilla la Mancha. Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha.

Cristina Zamorano: Enfermera. Unidad de Conductas Adictivas de Xátiva. Comunidad de Valencia.

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
Presentación	21
Objetivos y Contenidos del Manual	25

PARTE I:

ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LOS TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO Y DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

Capítulo 1. Educación para la Salud y Reducción de Daños	33
1.1.- Educación para la Salud	33
1.2.- Reducción de Daños	34
1.2.1.- Premisas del Modelo de “Reducción de Daños”	34
1.2.2.- Tipos de Programas de Reducción de Daños	37
1.2.3.- Eficacia de los Programas de Reducción de Daños	39
1.3.- Educación para la Salud y Programas de Reducción de Daños: Cambio de Comportamiento	40
Capítulo 2. Características Generales de los Talleres	43
2.1.- Recursos, duración, difusión y normativa de los Talleres	43
2.1.1.- Locales	43
2.1.2.- Recursos Materiales	43
2.1.3.- Recursos Económicos	44
2.1.4.- Duración	44
2.1.5.- Difusión del Taller	45
2.1.6.- Normativa del Taller	46
2.2.- Características de los Usuarios de Drogas participantes en los Talleres .	47
2.2.1.- Talleres de Sexo Más Seguro (TSMS)	48
2.2.2.- Talleres de Consumo de Menos Riesgo (TCMR)	52
2.3.- Características del Formador en un Taller	53
2.3.1.- Funciones del Formador	54
2.3.2.- Habilidades del Formador	56
Capítulo 3. Metodología de los Talleres: Técnicas Grupales	57
3.1.- Subgrupos	59
3.2.- Brainstorming o “Tormenta de Ideas”	60
3.3.- Brainwriting	61
3.4.- Grupo Nominal	62

3.5.- Discusión Dirigida	63	4.5.5.- Role-Playing	115
3.6.- Panel de Expertos	66	4.5.6.- Otras técnicas o actividades evaluativas	116
3.7.- Panel de Discusión	67	4.6.- Escalas de Evaluación de los Talleres de Sexo Más Seguro	116
3.8.- Panel Integrado	67	4.6.1.- Escala de costes y beneficios del preservativo	117
3.9.- Confrontación	68	4.6.2.- Escala de conocimientos	120
3.10.- Barómetro de Valores	69	4.6.3.- Escala de conducta sexual	124
3.11.- Entrevista Colectiva	70	4.7.- Escalas de Evaluación de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo ..	128
3.12.- Clarificación de Valores	71	4.7.1.- Escala de conocimiento de situaciones de inyección de riesgo ..	128
3.13.- Estudio de los Factores implicados en una Conducta	76	4.7.2.- Escala de medidas de los hábitos de compartir equipo de	
3.14.- Estudio de las Consecuencias de una Conducta	77	inyección y del uso de drogas en general	133
3.15.- Viñetas Situacionales	77	4.8.- Escala de Evaluación de Proceso de los Talleres	139
3.16.- Tarjetas Interactivas de Prevención	78	Capítulo 5. Programación de los Talleres	143
3.17.- Entrenamiento en Toma de Decisiones	79	5.1.- Identificar el grupo, sus intereses y necesidades	143
3.18.- Modelaje	81	5.1.1.- Identificación del grupo	143
3.19.- Role-Playing	83	5.1.2.- Identificación de intereses y necesidades	145
3.20.- Otras Técnicas	87	5.2.- Enumerar los objetivos a lograr	146
Capítulo 4. Evaluación de los Talleres	89	5.3.- Delimitar los aspectos a trabajar en el taller	147
4.1.- Tipos de Evaluación	89	5.4.- Delimitar la metodología	148
4.2.- Normas Básicas para evaluar Talleres: Evaluación de Proceso y		5.5.- Identificar los recursos materiales y humanos	150
de Resultados	91	5.6.- Identificar los recursos socio-sanitarios de la zona	151
4.3.- Evaluación de Proceso: Procedimiento	93	5.7.- Diseñar el Taller	152
4.3.1.- Evaluar si el Taller se ha implementado como se había		5.8.- Establecer el diseño de la evaluación	153
programado	94	5.9.- Realizar el taller y evaluarlo	154
4.3.2.- Evaluar la opinión de los participantes sobre el taller	95	5.10.- Sesiones de los TSMS y de los TCMR	155
4.4.- Evaluación de Resultados: Procedimiento	97	Referencias Bibliográficas	161
4.4.1.- Identificar los objetivos generales del Taller	97		
4.4.2.- Transformar los objetivos generales en variables observables ..	98		
4.4.3.- Identificar los procesos mediadores	98		
4.4.4.- Transformar los procesos mediadores en variables observables ..	99		
4.4.5.- Describir los instrumentos de medida	99		
4.4.6.- Seleccionar el diseño de evaluación	100		
4.4.7.- Recoger datos empíricos relativos a las variables	104		
4.4.8.- Evaluar el impacto del Taller	104		
4.4.9.- Evaluar si los procesos mediadores que explican el impacto			
han actuado	106		
4.5.- Técnicas de Evaluación	106		
4.5.1.- Cuestionarios: Autoinformes	107		
4.5.2.- Entrevistas	109		
4.5.3.- Grupos de Discusión	111		
4.5.4.- Observación	114		

PARTE II: TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO

Capítulo 6. Objetivos de los Talleres de Sexo Más Seguro	169
6.1.- Objetivos generales	169
6.2.- Objetivos concretos	169
6.3.- Objetivos instrumentales	174
Capítulo 7. Usuarios de Drogas y Conductas Sexuales de Riesgo	175
7.1.- Relaciones sexuales con usuarios de drogas y transmisión heterosexual	
del VIH	175
7.2.- Porcentaje de usuarios de drogas que tienen pareja sexual NO usuario .	176
7.3.- Relaciones heterosexuales con una persona seropositiva	176
7.4.- Utilización de preservativos en el caso de los usuarios de drogas	177
7.5.- Enfermedades de Transmisión Sexual como indicadores de las relaciones	
sexuales desprotegidas y prostitución entre usuarios de drogas	179

Capítulo 8. Contenidos de los Talleres de Sexo Más Seguro:	
Aspectos Psicosociales asociados a la Prevención	183
8.1.- Información	188
8.1.1.- ¿Qué se sabe hoy en día en relación al nivel de información sexual de los usuarios de drogas (UDs)?	188
8.1.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la información en los TSMS dirigidos a UDIs?	190
8.2.- Estilo de vida: Preocupación por la Salud	192
8.2.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la preocupación que muestran los UDIs por su salud?	192
8.2.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la baja preocupación que muestran los UDIs por su salud, y en particular por las relaciones sexuales desprotegidas?	193
8.3.- Erotofobia-Erotofilia	194
8.3.1.- ¿Qué se sabe hoy en día en relación a la erotofobia-erotofilia?	194
8.3.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la erotofobia-erotofilia en los TSMS?	195
8.4.- Percepción de Riesgo	196
8.4.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la percepción de riesgo de los UDIs en las situaciones de intimidad sexual?	196
8.4.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la percepción de riesgo de los UDIs en los TSMS?	200
8.5.- Percepción de Consecuencias de las Conductas	201
8.5.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la percepción que tienen los UDIs de las consecuencias graves de las conductas sexuales de riesgo y las positivas de una conducta preventiva?	201
8.5.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la percepción de las consecuencias negativas y positivas derivadas de la adopción de conductas sexuales de riesgo y preventivas?	203
8.6.- Anticipación de la Conducta Sexual	204
8.6.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la anticipación y planificación de la conducta sexual de los UDIs?	205
8.6.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la anticipación y planificación de las conductas sexuales de los UDIs?	205
8.7.- Percepción de Control	206
8.7.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la percepción de control de los UDIs en situaciones de intimidad sexual?	206
8.7.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la percepción de control de los UDIs en situaciones de intimidad sexual?	207
8.8.- Autoeficacia, asertividad y habilidades de comunicación	209

8.8.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la autoeficacia, asertividad y las habilidades de relación y negociación en las relaciones sexuales de los UDIs?	209
8.8.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la autoeficacia, las habilidades de negociación en situaciones de intimidad sexual?	212
8.9.- Norma Subjetiva y Norma Social: Influencia de los otros significativos	215
8.9.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la influencia que tienen las personas significativas en la adopción de conductas sexuales preventivas entre los UDIs?	215
8.9.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar la influencia de las normas sociales en la adopción de conductas sexuales de riesgo o preventivas en el caso de los UDIs?	222
8.10.- Actitud hacia las medidas preventivas: Costes y Beneficios	225
8.10.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la actitud de los UDIs ante la adopción de conductas sexuales preventivas?	225
8.10.2.- Por tanto, ¿cómo se deben abordar las actitudes de los UDIs hacia la utilización del preservativo en los TSMS?	226
8.11.- Accesibilidad a los recursos asistenciales	227
8.11.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre el acceso de los UDIs a los recursos asistenciales de la comunidad?	227
8.11.2.- Por tanto, ¿cómo se debe abordar el acceso de los UDIs a los servicios sanitarios y asistenciales en los TSMS?	229
8.12.- Uso de alcohol y otras drogas	229
8.12.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre el efecto de las drogas y el alcohol en la adopción de conductas sexuales preventivas en el caso de los UDIs?	229
8.12.2.- Por tanto, ¿cómo se deben abordar los efectos nocivos del consumo de alcohol y otras drogas sobre la adopción de conductas sexuales preventivas en el caso de los UDIs	231
8.13.- Comportamientos Sexuales Preventivos	233
8.13.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la adopción de comportamientos sexuales preventivos entre los UDIs?	233
8.13.2.- Métodos Preventivos de Barrera	234
8.13.3.- Comportamientos sexuales sin riesgo	241
8.13.4.- Abstinencia y/o Postergación de la relación sexual	242
8.13.5.- Monogamia	244
8.13.6.- No son Métodos Preventivos	247
Capítulo 9. Contenidos específicos de Sexualidad	249
9.1.- Concepto y funciones de la Sexualidad	249
9.2.- Anatomía y Fisiología	251
9.2.1.- Órganos Sexuales Femeninos	251

9.2.2.- Órganos Sexuales Masculinos	253
9.3.- Orientación del deseo sexual	254
9.4.- Comportamientos o Conductas Sexuales	258
9.4.1.- Masturbación o Autoerotismo	258
9.4.2.- Petting	261
9.4.3.- Coito vaginal	265
9.4.4.- Coito anal	266
9.4.5.- Variaciones en la conducta sexual	267
9.5.- Respuesta Sexual Humana	269
9.6.- Riesgo de las Conductas Sexuales para el SIDA y las ETS	274
9.7.- Enfermedades de Transmisión Sexual	279
Referencias Bibliográficas	283

PARTE III: TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

Capítulo 10. Objetivos de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo ...	297
10.1.- Objetivos generales	297
10.2.- Objetivos específicos	298
Capítulo 11. Daños a la Salud ocasionados por el Consumo de Drogas	
Endovenosas	301
11.1.- Infecciones localizadas: infecciones cutáneas y de partes blandas	302
11.2.- Infecciones generalizadas y a distancia	302
11.3.- Hepatitis por virus	303
11.4.- VIH/SIDA	306
11.5.- Tuberculosis	308
Capítulo 12. Revisión de los Comportamientos y Determinantes:	
Influencias en las Prácticas de Consumo de los UDVP	311
12.1.- Determinantes individuales	311
12.2.- Determinantes contextuales	312
12.3.- Niveles de intervención	313
12.3.1.- Nivel individual	313
12.3.2.- Nivel dual	314
12.3.3.- Nivel contextual	314
12.4.- Revisión bibliográfica sobre determinantes de riesgo en UDVP	315
Capítulo 13. Revisión de las estrategias de Salud Pública y	
Consumo Inyectado de Drogas	323
13.1.- Programas de Intercambio de Jeringuillas	326
13.2.- Programas de Mantenimiento con Metadona	327

13.3.- Intervenciones Comunitarias de Acercamiento para la Reducción de Riesgos (ICA-RR) e Intervenciones de Red	328
13.4.- Conclusión	331
Capítulo 14. Contenidos de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo ...	339
14.1.- Conocimientos de las prácticas de consumo	340
14.1.1.- Vías de consumo	340
14.2.- Principios generales de la inyección higiénica	341
14.3.- El equipo de inyección	343
14.4.- Hacerse un chino	358
14.5.- Sobredosis	359
14.6.- Favorecer la Colaboración de los Usuarios en las Estrategias de Prevención	360
14.6.1.- Asamblea	362
14.6.2.- Recogida de material de inyección	363
14.6.3.- Elaboración de material de prevención	364
14.6.4.- Taller breve y carnet de colaborador	365
14.6.5.- Poster “Si te metes...no te mates”	368
14.6.6.- Trivial del riesgo	369
14.6.7.- Bola de nieve	370
14.6.8.- Organizaciones de usuarios y experiencias de colaboración entre usuarios y técnicos	372
Capítulo 15. Etnografía y Consumo de Drogas	375
15.1.- Registrar hechos: Instrumentos “Etnográficos”	375
15.2.- Herramientas para la recogida de información cualitativa	376
15.3.- Vida en la calle	379
15.4.- Transacciones en algunos “Poblados de la Droga”	380
15.5.- Comentario	384
Referencias Bibliográficas	385
Glosario de Términos	397
Glosario de Abreviaturas	399

PRESENTACIÓN

Las infecciones de transmisión sanguínea y sexual, especialmente por el virus de la inmunodeficiencia humana, la hepatitis B y la hepatitis C, constituyen, junto a la sobredosis, las fuentes más importantes de morbilidad y mortalidad de los inyectores de drogas ilegales.

En la segunda mitad de los años 80, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se había extendido ya ampliamente entre las personas que se inyectaban drogas en España. La prevalencia de infección oscilaba entre el 40 y el 75% según el lugar de reclutamiento de la muestra, con diferencias geográficas importantes y una evolución temporal ascendente. La gravedad de la epidemia lo confirma el hecho de que entre 1983 y 1990 la mortalidad por todas las causas se incrementó de forma muy importante entre los hombres y mujeres entre 15 y 39 años, fundamentalmente a expensas del SIDA y la reacción aguda al consumo de heroína y cocaína. A estos problemas de salud habría que añadirle la morbimortalidad por hepatitis C y hepatitis B en estas poblaciones.

Probablemente varios factores contribuyeron a que se llegase a esa situación: fundamentalmente, la epidemia de uso inyectado de heroína a finales de los años 70 cuando la gran mayoría de los inyectores de drogas no eran conscientes del riesgo que corrían de infectarse o transmitir agentes infecciosos al compartir material de inyección o mantener relaciones sexuales de riesgo. A ello se añadieron otras circunstancias, como por ejemplo la introducción muy precoz del VIH en ciertos grupos de personas que se inyectaban, la existencia de mecanismos eficientes de contacto entre inyectores de distintas zonas y el retraso en el desarrollo de medidas preventivas.

También en otros lugares del mundo se dieron circunstancias parecidas que facilitaron la diseminación del virus entre los inyectores. En Nueva York, Bangkok, Río de Janeiro se observaron prevalencias de infección del 79%, 92% y 59% respectivamente. En Europa sólo se alcanzaron porcentajes comparables con los de España, en Italia, sur de Francia y en lugares muy localizados como Edimburgo. El resto de los países mostraba una gran variabilidad geográfica, con cifras entre el 30% en Amsterdam, el 20% en Alemania y el 5-16% en Londres.

Ante esta situación y la inexistencia de un tratamiento eficaz frente al VIH/SIDA las acciones se centraron en la prevención. La intensidad y extensión de las medidas preventivas fue muy desigual en todo el mundo, con una tendencia general hacia el abandono de los objetivos de abstinencia y una priorización de objetivos intermedios como recibir tratamiento con sustitutivos opiáceos, mantener niveles aceptables de salud y un estilo de vida con menores prácticas de riesgo. El abanico de acciones preventivas ha incluido los programas de mantenimiento con heroína, metadona u otros opiáceos, los programas de intercambio de jeringuillas y los programas “outreach” o de acercamiento entre otros. Por otra parte, el ofrecimiento del test VIH, el consejo sobre prácticas de menor riesgo e intervenciones de tipo psicosocial complementaban en algunos casos las citadas acciones.

Aunque con diferencias territoriales importantes, en España los programas de mantenimiento con metadona no se desarrollaron de forma masiva hasta los primeros años de la presente década y el primer intercambio de jeringuillas se puso en marcha en el País Vasco en 1989. La información disponible sobre los programas de acercamiento o las intervenciones psicosociales es más escasa, aunque existen estudios que demuestran que este tipo de intervenciones son necesarias con las poblaciones de usuarios de drogas.

Los estudios realizados en diversos lugares del mundo han constatado la efectividad de dichas acciones y el hecho de que los inyectores de drogas pueden modificar sus prácticas de riesgo. Los datos también son concluyentes en relación con la existencia de mayores dificultades para modificar las prácticas de riesgo sexuales e incrementar el uso del preservativo que para disminuir el uso compartido de jeringuillas. Las reducciones observadas en las prácticas de riesgo pueden haber sido suficientes para frenar la evolución de la epidemia de infección por VIH en los lugares con prevalencias bajas de infección, donde el porcentaje de individuos altamente virémicos es mucho menor (la viremia por VIH es muy alta inmediatamente después de la infección). Para revertir el curso de la epidemia cuando la prevalencia de infección es muy elevada, son necesarias reducciones mucho más importantes en dichas conductas.

En España se confirma en los últimos años una discreta tendencia descendente de las prevalencias de infección por VIH en muestras de inyectores de distintas procedencias y áreas geográficas. Estos datos procedentes de estudios seriados de prevalencia están sujetos a limitaciones metodológicas que no permiten afirmar con rotundidad que la incidencia de nuevas infecciones haya descendido. Desafortunadamente los estudios de incidencia realizados en España son escasísimos. Por otra parte, las cifras publicadas recientemente siguen mostrando prevalencias de infección comparativamente muy elevadas que todavía alcanzan el 48.6% en Madrid y 51% en Barcelona. En un medio con estas prevalencias de infección, el riesgo de inyectarse con el material usado por otra persona, aunque los inyectores seleccionen, por ejemplo, a quién le prestan la jeringa en función de su estado serológico, es muy alto. El objetivo debe ser reducir al máximo la práctica de inyectarse con jeringas usadas por otros o de tener relaciones sexuales de riesgo.

Los datos disponibles en España sobre evolución de las prácticas de riesgo son todavía más escasos que los de la evolución de la prevalencia de infección por VIH, sin embargo distintos estudios parecen mostrar una tendencia decreciente del uso compartido de jeringuillas. No existen datos publicados sobre la evolución de compartir tapones, filtros o cargar la jeringuilla con droga disuelta en otra previamente usada, aunque parece que en España esta práctica se encuentra muy extendida. Los datos sobre la evolución del uso del preservativo por los inyectores de drogas, son muy limitados. Otros estudios sugieren que también los inyectores en España tienen dificultades para adoptar conductas sexuales de menor riesgo y usar el preservativo con más frecuencia, especialmente con la pareja habitual.

La situación epidemiológica en España con respecto a la infección por VIH/SIDA, VHB y VHC y las prácticas de riesgo para su transmisión hace necesario que las intervenciones en estas poblaciones sean lo más extensas e intensivas posibles; sólo de esta forma se podrán modificar sus prácticas de riesgo lo suficiente para reducir su morbimortalidad. Éste es el objetivo del programa de formación para profesionales de los servicios

de atención a consumidores de drogas que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida en colaboración con la Universidad del País Vasco y con los planes autonómicos de drogas iniciaron en 1998.

Los profesionales de los equipos de atención de los centros de tratamiento de las dependencias y en general de todos los servicios que contactan con consumidores de drogas (programas de intercambio de jeringuillas, programas de acercamiento, centros de realización del test frente al VIH, etc.) conocen la trascendencia de realizar actividades de educación para la salud con estas poblaciones. Sin embargo, no siempre disponen de la formación específica para ello, ni de los materiales de apoyo necesarios. Este manual es parte del material elaborado en el marco del programa arriba mencionado. Ofrece tanto un modelo teórico como las herramientas para poner en marcha “Talleres de Sexo Más Seguro” y “Talleres de Consumo de Menos Riesgo” con la intención de que ello contribuya a modificar positivamente las conductas de riesgo para la salud y consecuentemente la morbimortalidad de los consumidores de drogas.

OBJETIVOS Y CONTENIDO DEL MANUAL

En este manual se describen aspectos relacionados con la educación para la salud (EPS), los programas de reducción de daños (PRD) y la prevención de los comportamientos de riesgo de los usuarios de drogas (UDs), y de forma particular aquellos relacionados con las prácticas sexuales y de consumo de drogas directamente asociadas con la transmisión de enfermedades infecciosas y con otros problemas de salud.

Ha sido concebido como un instrumento de apoyo para los equipos que están en contacto habitual con los consumidores de drogas (CDs), es decir los profesionales de los servicios de atención a las drogodependencias y de las ONGs que trabajen con estas poblaciones. Estos son los que, desde su privilegiado contacto regular con los usuarios, pueden implementar actividades e intervenciones de educación para la salud destinadas a prevenir la propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), del virus de la hepatitis B (VHB), del virus de la hepatitis C (VHC) y las sobredosis en este colectivo.

Los **objetivos básicos de este manual** son:

.- Proporcionar líneas generales de actuación en Programas de Prevención de la Transmisión del VIH, VHB y VHC dirigidos a UD.

.- Incrementar los conocimientos y habilidades de los profesionales de los centros de drogodependencias y de las personas que trabajan o colaboran con las ONGs, dirigidos a la modificación de las prácticas de riesgo para la transmisión del VIH, VHB y VHC entre los CDs.

.- Aportar recursos teóricos y técnicos para diseñar e implementar tanto “Talleres de Sexo Más Seguro” (TSMS) como “Talleres de Consumo de Menos Riesgo” (TCMR) dirigidos a UD.

.- Ofrecer los recursos teóricos que permitan la evaluación de las actividades dirigidas a la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en las poblaciones con las que se trabajen.

Este manual recoge los elementos claves para diseñar, impartir y evaluar tanto “Talleres de Sexo Más Seguro” como “Talleres de Consumo de Menos Riesgo” dirigidos a UD: características de los Talleres, situación epidemiológica de los consumidores de drogas respecto a las conductas de riesgo sexuales y parenterales para la transmisión del VIH, VHB y VHC, contenidos teóricos a trabajar, objetivos, metodología y evaluación. Para ello, la información que se presenta se ha distribuido en **tres partes**:

Parte I: Aspectos teóricos y prácticos de los “Talleres de Sexo Más Seguro y de Consumo de Menos Riesgo”. Como su nombre indica, esta parte aporta los aspectos teóricos y prácticos necesarios para diseñar un TSMS o un TCMR:

- En el primer capítulo, “*Educación para la Salud y Reducción de Daños*”, y debido a que los TCMR y los TSMS constituyen una de las estrategias básicas de estos dos modelos teóricos, se describen las premisas, los objetivos, los tipos de programas del “Modelo de Reducción de Daños”, así como algunos datos sobre su efectividad. Por último, se hace hincapié en el cambio de conducta como objetivo común y prioritario de la Educación para la Salud y de los Programas de Reducción de Daños.

- En el segundo capítulo, “*Características Generales de los Talleres*”, se sugieren las ideas más importantes que hay que tener en cuenta a la hora de organizar un “Taller de Sexo Más Seguro o de Consumo de Menos Riesgo”. Con este fin, se indican las características básicas de los Talleres en relación al local, duración, recursos materiales y económicos, difusión y normativa. Por otra parte, se describen tanto las características de los usuarios de drogas como las de los formadores que vayan a participar en una intervención de este tipo. Se mencionan las funciones y habilidades que deben caracterizar a los formadores.

- A lo largo del tercer capítulo, “*Metodología de los Talleres: Técnicas Grupales*”, se describen detalladamente un amplio abanico de técnicas que se han mostrado eficaces para el cambio de actitudes, creencias y conductas de riesgo.

- El cuarto capítulo, “*Evaluación de los Talleres*”, está dividido en dos apartados: uno de ellos constituye una síntesis de las normas básicas de la evaluación de proceso y de resultados dirigido especialmente a profesionales que no tengan conocimientos sobre este tema; a lo largo del segundo apartado, se describen pormenorizadamente cada una de las fases que conlleva cualquier proceso de evaluación. Por último, se hace referencia a las técnicas de evaluación más importantes y se ofrecen distintas escalas de evaluación específicas para los Talleres.

- El quinto capítulo, “*Programación de los Talleres*”, constituye un compendio estructurado de todos los elementos aportados por el manual en los distintos capítulos y que son los que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar un taller. En este capítulo se describen los pasos necesarios para poder diseñar o programar un “Taller de Sexo Más Seguro o de Consumo de Menos Riesgo”.

Parte II: “Talleres de Sexo Más Seguro”. En esta parte se describen los recursos teóricos y metodológicos específicos para diseñar TSMS:

- En el sexto capítulo, “*Objetivos de los Talleres de Sexo Más Seguro*”, se incluye una larga lista de objetivos generales, concretos e instrumentales de este tipo de talleres que se han clasificado en función de los contenidos que deben ser abordados en un TSMS y que son ampliamente desarrollados en el capítulo de “Aspectos Psicosociales asociados a la Prevención” (ver capítulo 8).

- En el séptimo capítulo, “*Los Usuarios de Drogas y las Conductas Sexuales de Riesgo*”, se aportan numerosos datos sobre las conductas sexuales de riesgo de los consumidores de drogas que son básicos a la hora de diseñar un “Taller de Sexo Más Seguro”, ya que el objetivo final de estas intervenciones es modificar estas conductas.

- El octavo capítulo, “*Contenidos de los Talleres de Sexo Más Seguro: Aspectos Psicosociales asociados a la Prevención*”, recoge todos los aspectos que están relacionados con las conductas sexuales de riesgo según ha mostrado la literatura sobre el tema. Estos aspectos constituyen los contenidos informativos, actitudinales y conductuales que deben ser abordados en este tipo de talleres. Tras una breve revisión de los principales modelos teóricos que tratan de predecir las diversas conductas, se define cada uno de estos aspectos, se describen los resultados obtenidos en investigaciones realizadas con usuarios de drogas y se señalan las líneas de actuación que se deben seguir en el abordaje de estos aspectos.

- En el noveno capítulo, “*Contenidos específicos de Sexualidad*”, se presentan los contenidos específicos de sexualidad, que se consideran imprescindibles para la realización adecuada de los “Talleres de Sexo Más Seguro”, como son: concepto y funciones de la sexualidad, orientación del deseo, comportamientos sexuales, respuesta sexual humana y conductas sexuales de riesgo. Se ha observado que aportar en los talleres la información que se aborda en este capítulo es importante ya que incrementa de forma indirecta la probabilidad de adoptar conductas sexuales preventivas gratificantes, además de ser temas cuyo abordaje refuerza la permanencia de los participantes en los talleres.

Parte III: “Talleres de Consumo de Menos Riesgo”. En esta parte se presentan los aspectos teóricos y metodológicos necesarios para diseñar TCMR:

- En el décimo capítulo, “*Objetivos de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo*”, se mencionan los objetivos generales y específicos que pueden ser abordados en estos talleres, estando estructurados a diferentes niveles de intervención: individual, dual y contextual (comunitario y estructural). Se subraya como elemento clave que las intervenciones que se deriven de estos objetivos sean tanteadas, consensuadas y organizadas con personas representativas de los grupos a los que se dirige la intervención.

- En el undécimo capítulo, “*Daños a la Salud Ocasionados por el Consumo de Drogas*”, se enumeran los diferentes tipos de daños que se asocian con el consumo inyectado de drogas y los conocimientos de base sobre las formas de intervenir ante ellos.

- En el capítulo doce, “*Revisión de los Comportamientos y Determinantes: Influencias en las Prácticas de Consumo de los usuarios de drogas inyectadas (UDIs)*”, se revisan los determinantes de los comportamientos de riesgo que ocasionan problemas de salud derivados del consumo inyectado de drogas. Se analizan las influencias de diferentes aspectos y circunstancias que favorecen o dificultan la aparición de dichos comportamientos.

- En el capítulo trece, “*Revisión de las Estrategias de Salud Pública y Consumo Inyectado de Drogas*”, se desarrolla una aproximación de salud pública dirigida al control de las enfermedades de transmisión sanguínea entre los inyectores. Se abordan de manera más específica los Programas de Intercambio de Jeringas (PIJ), los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) y las Intervenciones Comunitarias de Acercamiento para la Reducción de Riesgos (ICARR).

- El capítulo catorce, “*Contenido de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo*”, recoge los conocimientos sobre las prácticas de consumo en relación a la inyección higiénica.

nica, vías de consumo, componentes del equipo de inyección, sustancias, consumo por vía inhalada y sobredosis que deben poseer tanto los profesionales (de cara a realizar un TCMR) como los usuarios (de cara a la prevención de los daños asociados al consumo).

Asimismo, en él se señala la necesidad de colaboración con los usuarios de drogas en las estrategias de prevención.

- En el capítulo quince, “*Etnografía y Consumo de Drogas*”, se reseñan aspectos básicos de la metodología etnográfica que permitirían ajustar el diseño de los TCMR con UD's en base a informaciones cualitativas sobre las realidades cotidianas de los usuarios. Asimismo se describe un ejemplo concreto de observación de dinámicas de vida en un poblado de consumo y venta de drogas.

Finalmente, en el manual se presenta un glosario de definiciones y de acrónimos para facilitar su lectura e interpretación.

RECOMENDACIONES CLAVE ANTES DE INICIAR LA LECTURA DEL MANUAL:

1.- En primer lugar, este manual puede servir para consultar aspectos puntuales de los contenidos, metodología, evaluación, programación, etc.

2.- Si el objetivo es elaborar una sesión, actividad puntual o un taller más extenso, se recomienda tener en cuenta lo siguiente:

- Para adecuar el diseño del Taller al grupo al que va dirigido, es importante consultar primero el capítulo 2 sobre características generales de los talleres.

- Aunque el manual, tanto en el capítulo 6 (Objetivos de los Talleres de Sexo Más Seguro) como en el capítulo 10 (Objetivos de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo), plantea una larga lista de objetivos, un único objetivo puede ser suficiente para trabajar con un grupo de usuarios de drogas. Esta decisión la debe tomar el formador en función de sus posibilidades.

- A continuación, para seleccionar los contenidos se debe consultar los capítulos 7, 8 y 9, en los que se recogen todos los aspectos que pueden ser abordados en los TSMS y los capítulos 13, 14 y 15, en los que se presentan los contenidos que deben ser trabajados en los TCMR.

- Dependiendo del grupo, así como de los objetivos y contenidos planteados, se eligen la/s técnica/s grupal/es más idóneas que se presentan en el capítulo 3 del presente manual. En relación con las estrategias metodológicas utilizada en los talleres se presenta información que puede ser de gran utilidad en los capítulos 12 y 16.

- Se aconseja que los profesionales diseñen evaluaciones de las intervenciones que realicen, ya que es la única manera de mejorarlas y de conocer sus posibilidades. No obstante, para los profesionales que no cuenten con colaboradores y/o que sean legos en la materia se aconseja que comiencen diseñando evaluaciones sencillas y de los aspectos que son más fáciles de valorar, aunque el capítulo que versa sobre este tema (capítulo 4) ofrezca la posibilidad de elaborar evaluaciones más rigurosas.

- Una vez diseñados los elementos del taller y de su evaluación, las pautas descritas en el capítulo 5 facilitan la tarea de programación de los talleres.

- Es importante que el manual sea utilizado como un recurso más, ya que en algunos casos el diseño de una sesión, actividad o taller puede ser complementado con otros manuales. Para ello, al final de cada parte se indica una extensa bibliografía correspondiente a cada uno de los capítulos que lo constituyen.

PARTE I

ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO

Y

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

CAPÍTULO 1

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

1.1.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Educación para la Salud (EPS) es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo¹. En todas las definiciones de la EPS se establece un objetivo común, la búsqueda de la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos componentes de la comunidad, en sentido de una salud positiva². Y, la mayoría de ellas coinciden en señalar que se trata de procesos y experiencias de aprendizaje con la finalidad de influir positivamente en la salud³.

Una de las definiciones de la Educación para la Salud que se considera más completa es la propuesta en 1975 por el IV Grupo de Trabajo de la “National Conference on Preventive Medicine”, en Estados Unidos, liderado por Anne Sommers, que establece que la EPS debe ser “un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos”².

La Educación para la Salud tiene la finalidad global de influir positivamente en el bienestar físico y psíquico de la persona. Este propósito ha orientado los objetivos de prevención de la enfermedad primero y de capacitación y promoción de la salud después. Por tanto, la EPS es una de las herramientas clave de las políticas sanitarias, pues su acción va dirigida tanto a los diferentes sectores de la salud (promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento) como a los diferentes colectivos (responsables políticos, técnicos y población)⁴.

En lo que respecta a los UD^s, la OMS⁵ ha indicado que *las intervenciones eficaces de salud pública deben tener un enfoque escalonado, jerárquico y pragmático*. Una intervención de salud pública enfatiza la necesidad de que las intervenciones se centren en la reducción y prevención de los factores de riesgo, especialmente entre las poblaciones que más están “en riesgo”. La difusión del uso inyectado de drogas y de enfermedades de transmisión sanguínea y sexual ha propiciado que en muchos países se abandonaran como prioritarios los objetivos maximalistas de la abstinencia y se promoviesen las propuestas con objetivos intermedios o priorizados.

La vertiente de la promoción de la salud que implica la potenciación de los recursos personales de la población, para tomar decisiones y afrontar con éxito las demandas y proble-

mas de su entorno, se ha convertido en una estrategia de enorme potencial para la prevención. Desde esta perspectiva, los objetivos de la EPS se orientarían a que los individuos puedan: a) definir sus propios problemas y necesidades; b) comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos y apoyos externos y, c) promover las acciones más apropiadas para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad.

1.2.- REDUCCIÓN DE DAÑOS

El concepto “**Reducción de Daños**” como estrategia de intervención ante los problemas derivados del abuso de drogas comenzó a finales de los años 80. Tiene su origen en la provincia de Merseyside (Inglaterra), una de las zonas británicas que sufría una fuerte epidemia de consumo de heroína y una alta prevalencia de infección por el VHB. Como consecuencia de observar que el modelo represivo tradicional adoptado para luchar contra esta situación había servido más para agravar la situación que para minimizar el problema, se decidieron por intentar un nuevo enfoque del fenómeno de la drogodependencia: la reducción de daños⁶⁻⁷. La elaboración de intervenciones eficaces sobre la realidad derivadas de esta nueva filosofía de trabajo ha promovido el reconocimiento internacional del “*Mersey Model of Harm Reduction*”⁸. Por tanto, los Programas de Reducción de Daños (PRDs) basados en este modelo tienen como metas los siguientes **objetivos generales**:

- 1.- Aumentar la calidad de vida de los consumidores de drogas, es decir, mejorar el estado de salud y la situación social de este colectivo.
- 2.- Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia los usuarios de drogas.
- 3.- Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.
- 4.- Disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de drogas.
- 5.- Fomentar y favorecer la aparición de conductas exentas de riesgo frente a la infección por VIH, VHB y VHC.

Como sostiene Marlatt⁶, estos programas pretenden no tanto la abstinencia en el consumo de drogas, sino que admitiendo la dificultad de alcanzar este objetivo para algunas personas, y puesto que existe un importante número de usuarios de drogas, tratar de reducir los daños o consecuencias que provocan. No pretende reemplazar los servicios dirigidos a la abstinencia, sino que son un complemento indispensable. Clásicamente se ha definido a la reducción de daños como “aquellas estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas sin necesariamente reducir o eliminar éste”.

1.2.1.- Premisas del modelo de “Reducción de Daños”

Algunas **premisas básicas de este modelo** son^{6,9}:

- 1.- Se acepta la evidencia de que las personas continuarán consumiendo drogas, de que no todos los consumidores de drogas están en condiciones de realizar un tratamiento de

desintoxicación y de que muchos de los que consumen no se acercan ni contactan con los servicios sanitarios existentes. Las políticas y programas no pueden basarse en ideales utópicos sobre una “sociedad libre de drogas” o una sociedad en la cual todas las personas siempre consumen las drogas de forma segura. En esta línea, habría que definir el uso de drogas como un fenómeno complejo y multicausal, que supone un “continuum” desde la dependencia severa hasta la abstinencia; lo que conlleva ampliar las intervenciones a todos de los momentos del proceso.

2.- Estos programas, evidentemente, no pueden resolver todos los problemas asociados al consumo de drogas debiendo, por lo tanto, ser considerados como programas integrados en el marco de una política global de actuación más amplia frente al consumo de drogas (que incluye también los tratamientos destinados a obtener la abstinencia de los usuarios, la atención a las familias, etc.).

3.- Debe tenerse en cuenta que el potencial de riesgo derivado del consumo de drogas depende del tipo de droga consumida, la frecuencia y la cantidad, cómo se administra, y las circunstancias físicas y sociales de este consumo. Es importante señalar que en algunos casos las políticas para reducir este consumo pueden aumentar el riesgo asociado con el uso de drogas, como cuando los usuarios de drogas no son informados sobre los servicios sanitarios disponibles o cuando sólo se ofrecen servicios dirigidos a la abstinencia.

4.- Las intervenciones de reducción de daños abarcan diferentes niveles: individual, comunitario y sociopolítico. Desde este modelo, se proponen intervenciones que repercuten en cada uno de los niveles dirigidas a modificar las normas y percepciones sociales, los conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas, identificando y salvando los obstáculos existentes.

5.- Muchos de los riesgos relacionados con las drogas pueden ser eliminados sin reducir necesariamente el consumo de éstas. Un ejemplo obvio es el consumo intravenoso con equipo de inyección estéril frente a este tipo de consumo con un equipo contaminado con el VIH.

6.- Los daños asociados al consumo de drogas son multidimensionales. El receptor del daño puede ser el propio individuo, su contexto social próximo (familia, amigos, vecinos) o la sociedad en general.

7.- Estos programas se caracterizan por una actitud de acercamiento a los consumidores de drogas por parte de los trabajadores de estas intervenciones, que permita la implicación de los usuarios en los mismos. Sólo de este modo puede esperarse de estos programas un contacto adecuado con una parte importante de la población “oculta” de usuarios, pudiendo convertirse en programas “puente” hacia otros servicios socio-sanitarios. Los CDs deberían ser tratados con respeto, y deberían ser integrados en la sociedad en lugar de ser excluidos de ella. Muchos de los riesgos derivados del consumo de drogas son el resultado de la estigmatización social de los usuarios de drogas mas que del propio consumo.

8.- Se promueve la competencia y responsabilidad de los propios consumidores de drogas, incluyendo, pero no limitándose al consumo de estas sustancias. Para ello se solicita la opinión de los propios consumidores en el diseño de las políticas y programas creados para responder a sus necesidades y su participación activa en los mismos.

9.- Al mismo tiempo, se reconoce que las situaciones de precariedad social, el aislamiento, la marginación y la pobreza afectan a la autonomía de las personas y a sus capacidades para disminuir los daños y actuar de manera saludable.

10.- La reducción de daños es compatible con la creencia de que cada uno tiene el derecho de consumir drogas si él o ella lo quiere. Sin embargo, la reducción de daños sí reconoce la posibilidad de que el consumo de drogas puede perjudicar el juicio, y que muchas drogas pueden producir dependencia fisiológica y psicológica.

Por tanto y atendiendo a la OMS⁵, **los programas de Reducción de Daños deben orientar sus intervenciones hacia el:**

1.- *Cambio de conducta individual* que se manifiesta muchas veces en un contexto interpersonal y que se ve influido por una serie de variables que van más allá de la mera información; por ejemplo, la conciencia y las creencias del individuo sobre los riesgos de una determinada conducta para su salud, las intenciones y motivaciones para cambiar dicha conducta, y la capacidad que tienen para efectuar dicho cambio^{10,11}.

2.- *Cambio a nivel grupal*. Los intentos individuales por cambiar la conducta se ven influidos por las opiniones y acciones de los grupos sociales a los cuáles pertenecen los individuos y por los ambientes sociales en los cuáles ocurren el uso de sustancias y las conductas sexuales. Es lo que se llama “norma subjetiva o de pares”. Las normas del grupo de pares influyen en la manera en que las personas se conducen. Las normas entre iguales son importantes ya que determinan si un comportamiento es aceptable o normal para el individuo y el grupo. Por ejemplo, está muy extendido en algunas comunidades de usuarios de drogas inyectadas (UDIs), la falsa creencia de que tener antes la jeringuilla que la droga les trae mala suerte, con lo cual siempre se procuran ésta antes que la jeringuilla, haciendo más fácil el uso compartido de una jeringuilla que esté “a mano”. Por lo tanto, el cambio individual se ve facilitado por el cambio en las normas de los iguales. El trabajo con los iguales hace evolucionar las normas de éstos en materia de conducta sexual y uso de drogas, y contempla tanto los cambios de comportamiento en el grupo como los individuales^{4,12}.

3.- Por otro lado, la eficacia de estas intervenciones se ve influida evidentemente, por el más amplio *contexto político, legal y estructural*. Donde existan leyes que castiguen las drogas o se exija la abstinencia del uso de drogas, o donde haya farmacias que se niegan a vender preservativos, podría ser difícil, por ejemplo, desarrollar intervenciones de salud pública en este sentido (intervenciones de reducción de los riesgos asociados al consumo de sustancias y a las relaciones sexuales). Para realizar intervenciones eficaces de salud pública es necesaria la colaboración de los que pueden influir en las políticas públicas, favoreciendo las intervenciones que priorizan tanto la reducción de los riesgos asociados al consumo y a las relaciones sexuales, como el cambio de conductas^{12,13}. Las evidencias a escala internacional vinculan la prevención de las consecuencias adversas asociadas con el uso de sustancias a desarrollos políticos pragmáticos orientados a la preservación de la salud pública. Por ejemplo, en Francia, para poder vender jeringuillas en las farmacias sin prescripción médica, hizo falta cambiar la ley que lo penalizaba; otro ejemplo más cercano, lo tenemos en el Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) que se ha puesto en

marcha en la prisión de Basauri en Bizkaia, donde, en este momento, tener una jeringuilla del programa no es ilegal.

1.2.2.- Tipos de programas de Reducción de Daños

Para evitar las prácticas de riesgo elevado frente a la transmisión del VIH, VHB y VHC, dentro de una estrategia de Reducción de Daños se han desarrollado varios **tipos de programas:**

1.- *Programas de consumo de menos riesgo*. Entre ellos se encuentran:

- Los programas de intercambio y distribución de jeringuillas que se pueden realizar desde diferentes lugares (farmacias, equipos móviles con educadores y “agentes de salud” en la calle, centros de atención primaria, servicios de urgencia de hospitales, centros específicos, etc.).

- Los “Talleres de Consumo de Menos Riesgo” (TCMR) dirigidos a proporcionar educación sanitaria que se pueden llevar a cabo tanto en los centros de atención a usuarios de drogas, como en los locales de las ONGs que trabajan con estas poblaciones.

- Los programas que suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo (zonas de venta de drogas, discotecas, etc.) y que suelen ofertar materiales preventivos (jeringuillas, agua destilada, alcohol para desinfección, preservativos, etc.).

2.- *Programas con sustitutivos opiáceos* como los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) de bajo y alto umbral, fijos y móviles, los Programas de Mantenimiento con LAAM o los programas de dispensación controlada de heroína.

3.- *Programas de promoción de sexo más seguro* como los “Talleres de Sexo Más Seguro” (TSMS) que proporcionan educación sanitaria sobre sexualidad y prevención, así como los programas o campañas que favorecen el acceso a los preservativos.

Aunque en la mayoría de países los programas de Reducción de Daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a cualquier tipo de usuario de drogas y a diversos tipos de daños. Además, las potenciales **poblaciones diana** para el desarrollo de intervenciones que potencien la disminución de las conductas de riesgo son¹³:

1.- Los usuarios de drogas y sus parejas sexuales que necesitan los conocimientos y los medios para evitar los riesgos de salud, pero no solamente ellos, sino también:

2.- Los profesionales sanitarios que necesitan los conocimientos y medios para poder ofrecer intervenciones eficaces de prevención y ayuda a los consumidores de drogas.

3.- La comunidad en general que necesita los conocimientos y medios para crear un ambiente favorable a las iniciativas de prevención y cuidados de salud para los consumidores de estas sustancias.

En algunas ocasiones, estas intervenciones se han incorporado en los propios servicios de atención a drogodependientes que han adaptado sus estructuras, técnicas o campos de acción. Otras, ante la necesidad de que las medidas preventivas lleguen al máximo número de consumidores de drogas, se han desarrollado sobre el terreno en el que se encuentran los consumidores con equipos que se desplazan a pie o en vehículos y que realizan intervenciones orientadas a las necesidades de la comunidad. El acercamiento es un

método inspirado en la educación sanitaria y en los servicios de salud y sociales dirigidos a poblaciones marginales, fundamentado en las intervenciones comunitarias y etnográficas. En esencia, los trabajadores de acercamiento difieren de otros más “tradicionales” en que realizan su trabajo en el terreno de otros. Estos terrenos pueden ser aquellos en los que se suelen mover los usuarios, los de sus amigos y familiares o los de otras instituciones o servicios. Se trata pues de una estrategia de búsqueda, a diferencia de los modelos de espera más clásicos.

Por tanto, desde un punto de vista teórico se consideran el contexto institucional y el medio abierto como claramente diferenciados. Sin embargo, el trabajo cotidiano de muchos equipos hace ver que esta diferenciación de contextos no tiene una traducción práctica tan delimitada. Así, centros de atención a drogodependientes extienden su acción a la calle para contactar con consumidores y conocer sus “realidades” y algunas asociaciones que intervienen en barrios complementan los contactos en medio abierto con algunas actividades en el local que les sirve de sede y en el que propician el encuentro con profesionales de diferentes áreas, ajustándose al interés y necesidades de los consumidores.

Se entiende por medio abierto los escenarios o espacios comunitarios frecuentados por las poblaciones diana y en los que se dan las condiciones adecuadas para el contacto y la prestación de servicios. Se delimita el escenario en función del colectivo con el que se pretende contactar y de la oportunidad y aceptación de la intervención en el mismo. Los poblados o zonas de venta de drogas, los puntos en los que se reúnen para consumir o “chutaderos”, bares o locales, las zonas donde viven y deambulan, las zonas de prostitución callejera en grandes ciudades, las discotecas, los conciertos, las tiendas con una estética determinada de música o de ropa, etc., son algunos de estos espacios.

Pertenecen al medio institucional las actividades de acercamiento a usuarios de drogas que se han venido implementando en hospitales, prisiones, albergues, centros de tratamiento de drogodependientes, servicios de intercambio de material de inyección (en centros fijos o en farmacias), comisarías, juzgados, colegios, etc.¹². La OMS⁵ ha señalado como uno de los principios que deberían guiar el desarrollo de intervenciones eficaces, la mejora en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud. Los estudios realizados con usuarios de drogas por vía parenteral (UDVPs) en distintos países, demuestran que las intervenciones de salud pública eficaces, necesitan que los servicios estén disponibles y sean accesibles a los UDVPs, que ofrezcan servicios amigables, que trabajen con personas que continúan utilizando sustancias ilegales, que desarrollen vínculos estrechos con los grupos de usuarios de sustancias, que involucren a éstos en la planificación y desarrollo de los distintos servicios y que combinen los enfoques de reducción de los riesgos, prevención y tratamiento. Un estudio sobre satisfacción con el servicio y valoración de la ayuda percibida que se hizo con todos los usuarios del Centro de Salud Mental (CSM) de Uribe (Bizkaia) entre 1992 y 1993 (n=749), señaló que más valorada aún que el profesional que le trataba, estaba la accesibilidad y disponibilidad del servicio¹⁴.

Además, los servicios deben tener capacidad de establecer relaciones con las poblaciones diana, de conservar dichas relaciones (porque son relaciones a largo plazo), y deben estar orientados hacia las necesidades de salud de dichas poblaciones diana^{13,15}.

En este tipo de programas es importante involucrar a miembros claves del grupo de consumidores de drogas en las iniciativas e intervenciones específicas^{12,16}. Es decir, estimular un sistema de trabajo de “abajo a arriba” (de los usuarios a los técnicos); y de apoyo y participación de los pares, como es, por ejemplo, en la “educación de pares por extensión”, ya que se ha demostrado que los programas que utilizan pares tienen mayor impacto que aquellos que no los utilizan, tanto en poblaciones “normalizadas” (por ejemplo, jóvenes escolarizados) como en poblaciones ocultas¹⁷, siendo éste el caso de muchos de los usuarios de drogas. Esto está relacionado con la importancia que tiene promover la formación de los propios CDs como “agentes de salud”. Además, se sabe que muchas personas afectadas por las consecuencias adversas del uso de sustancias, tienen contactos limitados con las organizaciones de salud existentes. Para llegar a las poblaciones más afectadas por el uso de sustancias, se requieren este tipo de métodos innovadores. El estar “basada en el grupo” es un componente necesario para aquellas intervenciones que tengan como meta a las poblaciones “ocultas”^{4,12}.

1.2.3.- Eficacia de los Programas de Reducción de Daños

Numerosos estudios ya han mostrado que los UDIs son capaces de modificar sus conductas para reducir los riesgos relacionados con su consumo^{18,19}. De hecho, la introducción de los Programas de Reducción de Daños ha conseguido la estabilización de la prevalencia del VIH y otras infecciones sanguíneas entre los consumidores de drogas en aquellos lugares en los que se han implantado. El estudio realizado en el Reino Unido por Stimson²⁰ aporta evidencias de que las intervenciones de salud pública han contribuido a fomentar el cambio de conductas por parte de los UDIs, y esto a su vez ha ayudado a mantener los niveles de infección por VIH entre estos usuarios relativamente bajos en comparación con los niveles de otros países.

De hecho, la evaluación de estos PRDs indica que no han producido los efectos negativos que algunos presagiaban y, en general, entre los consumidores asistidos por este tipo de intervenciones se ha evidenciado una reducción de la prevalencia de factores de riesgo (consumo de drogas ilegales, inyección, compartir jeringuillas o prácticas sexuales con riesgo) y del riesgo de muerte o de infección por VIH^{9,21-24}. Igualmente estos programas han permitido contactar con muchos consumidores y en algunos casos mantener ese contacto de forma prolongada; así, por ejemplo en Barcelona se ha observado que, a los dos años de seguimiento, la retención de los PMMs era superior al 70%²⁵ mientras que las de los programas libres de drogas no superaba el 10%²⁶. En general, la reducción en los riesgos asociados a los modos de administración de las sustancias han sido muy notorios, mientras que los cambios en las conductas sexuales en base a la mayor disponibilidad de preservativos han sido más modestos.

Actualmente, las evidencias sobre la efectividad de los PMMs son tan contundentes que, en general, los científicos y profesionales bien informados no discuten ya su efectividad sino la mejor manera de implementarlos²¹.

Asimismo, con respecto a los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJs), las discusiones se centran en aspectos organizativos y de coste-efectividad. En España, inicial-

mente ha habido una mayor y más rápida expansión de los PMMs que de los PIJs. Los datos aportados por reclusos usuarios, reclusos no usuarios y funcionarios en la evaluación cuantitativa y cualitativa del primer PIJ puesto en marcha en una prisión (Basauri) han confirmado que este tipo de intervenciones son realizables sin provocar conflictos institucionales²⁷. Los resultados de dicha evaluación confirman que los PIJs son factibles en prisiones, que su implementación mejora la valoración del programa de intercambio, de sus ventajas y del personal que lo aplica, asimismo disminuye las desventajas percibidas y los problemas anticipados. Estos resultados también confirman lo encontrado en la bibliografía internacional: los PIJs no aumentan el consumo de drogas, sino que en todo caso lo disminuyen ligeramente^{19,28-31}. Por último, en la Prisión de Basauri, también se detectaron modificaciones positivas tras la implementación del PIJ sobre la conducta de compartir, tanto a través de la disminución de su frecuencia como del cambio que supone el hecho de que las jeringuillas que se compartían eran limpias o no utilizadas. También, los UD's percibían que este programa favorece la derivación a otros servicios sanitarios, como se pone de manifiesto en los estudios internacionales, aunque esto no se reflejó en indicadores conductuales²⁷.

En relación a la prevención sexual de la transmisión del VIH, como ya se ha indicado, sus efectos en la conducta han sido menores. No obstante, la mayoría de las intervenciones se han dirigido a facilitar la disponibilidad de los preservativos, condición necesaria pero insuficiente para lograr cambios en las conductas sexuales de riesgo. Esto implica la necesidad de implementar otro tipo de estrategias como son los “Talleres de Sexo Más Seguro” que se han mostrado más eficaces en relación a la adopción de conductas preventivas^{12,16,32}. Se estima que el impacto de estos talleres sobre el cambio de las conductas sexuales de riesgo se sitúa entre el 10-20%³³.

Como indica Menoyo et al.³⁴, se reconoce la importancia de la minimización de los daños asociados a la administración intravenosa de drogas como una estrategia en la prevención de la infección por el VIH, y se demuestra que la reducción de riesgos es compatible con la prevención primaria del uso de drogas^{35,36}. Los programas de Reducción de Daños constituyen una alternativa eficaz para prevenir la infección y transmisión del VIH, así como del VHB y del VHC aparte de ser en sí mismos un modelo de acercamiento y tratamiento de los problemas ocasionados por el uso de drogas.

1.3.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS: CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

La EPS y los PRDs, así como los “Talleres de Sexo Más Seguro” y de “Consumo de Menos Riesgo” persiguen el mismo tipo de objetivo: proporcionar educación sanitaria para modificar conductas de riesgo. Se pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar los servicios sanitarios que tienen a su disposición, y que estén capacitados a la hora de tomar decisiones (de modo individual o colectivo en su comunidad) dirigidas a la mejora de su estado de salud y al saneamiento del medio en el que viven. En base a la filosofía de trabajo de los programas de Reducción de Daños, la eficacia de los talleres se estima teniendo en cuenta cualquier disminución de

las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas y las relaciones sexuales, aunque éstas no se eliminen totalmente.

Existe una amplia literatura que muestra el papel decisivo de los comportamientos en la salud, la enfermedad y la muerte. Asimismo informes realizados en España reiteran el papel central de los factores de riesgo y de protección vinculados a los comportamientos y estilos de vida³⁷⁻³⁹.

Las prácticas de salud y/o de riesgo no son conductas aisladas, ni aparecen sin orden y sin concierto. Por el contrario, entrañan verdaderas constelaciones de comportamientos más o menos organizados, más o menos complejos y coherentes, más o menos estables y duraderos, todos ellos influenciados por el ambiente o entorno en el que se vive. Algunos autores denominan a estas constelaciones de comportamientos *estilos de vida*.

La mayor o menor complejidad de un estilo de vida se mide por el número de comportamientos que lo definen y por la mayor riqueza de transacciones que mantienen entre ellos y entre ellos y su entorno. Los comportamientos están organizados según secuencias o cadenas más o menos complejas en las que unos pueden servir de antecedentes o condiciones preparatorias de otros. Y de este modo, la mayor o menor dificultad para asumir determinadas prácticas depende de la menor o mayor existencia de cadenas previas de comportamientos. Por ejemplo, como señalan Costa y López¹, los mensajes de la EPS que recomiendan el uso del preservativo como método preventivo de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), son tanto más efectivos cuantas más secuencias de comportamientos se contemplen: la capacidad para adquirirlo, la capacidad para proponer su uso a la pareja, la asertividad para defenderse de los reproches por proponerlo, la habilidad para hacerlo sin interferir negativamente en el clima de excitación, la empatía y el sentido del humor para hacer frente a las dificultades, etc. En este sentido, la identificación de la conducta principal de dicha cadena de comportamientos viene a ser una tarea crucial en la planificación para hacer más viables los cambios. Por conducta principal se entiende aquella que resulta más relevante, por mantener un mayor número de relaciones y transacciones con otras, y por estar más vinculada con los procesos mórbidos o de bienestar.

Debido a que la mayoría de los comportamientos de salud se desarrollan en escenarios interpersonales y afrontando problemas que surgen en la vida diaria, la comunicación interpersonal y la habilidad para resolver problemas y tomar decisiones son componentes esenciales de los estilos de vida y por lo tanto suelen ser objeto de actuación preferente de la EPS⁴.

Para que la EPS y los PRDs no incurran en el fenómeno de culpabilización de la víctima (“si haces el amor tendrás SIDA”) no han de limitarse a proporcionar sólo información y solicitar a los individuos que cambien sus comportamientos, sino que deben ofrecer los medios necesarios para proporcionar este cambio (condones, agujas, jeringas y tratamiento por problemas de drogas), así como ayudar a que los individuos desarrollen destrezas o habilidades personales que les permitan efectuar cambios conductuales (por ejemplo, tener la capacidad para negociar el uso del preservativo en una relación sexual o a negarse a compartir una jeringuilla). Por tanto, este tipo de intervenciones deben: a) aumentar la conciencia sobre los riesgos de salud y los métodos eficaces para reducir los

riesgos; b) incentivar el que los individuos deseen estar sanos; c) fomentar actitudes, creencias e intenciones positivas hacia las conductas saludables; d) proporcionar recursos, habilidades personales y entrenamiento para que el individuo tome decisiones informadas y de este modo facilitar la reducción de los riesgos y el cambio conductual; e) ofrecer alternativas a las conductas de riesgo que sean plausibles y satisfactorias; f) facilitar cambios en el entorno para que al individuo le resulte fácil actuar saludablemente; g) fomentar el respeto a las opciones individuales que asumen prácticas de riesgos individuales, es decir, prácticas de riesgo que no conllevan, a su vez, riesgo para los demás¹².

Los TSMS y TCMR se apoyan en distintos modelos de la adopción y cambio del comportamiento que tratan de explicar la influencia de diferentes aspectos personales y sociales en la adopción de conductas saludables o de riesgo. Es evidente, como ocurre en otras disciplinas, que existen múltiples marcos teóricos, pero un análisis de la literatura existente sobre la eficacia mostrada por estos modelos y teorías en el cambio de actitudes, creencias y conductas de riesgo así como de sus limitaciones nos lleva a seleccionar aquellas más útiles y eficaces. De este análisis se desprende que la Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Sociocognitiva⁴⁰⁻⁴², la Teoría del Conductismo Social⁴³, el Modelo Interconductual⁴⁴⁻⁴⁶, el Modelo de Creencias de Salud^{47,48}, el Modelo de la Acción Razonada^{49,50}, del Comportamiento Planeado^{51,52}, el Modelo Precede^{53,54}, etc. han resultado un marco de referencia óptimo para diseñar e implementar intervenciones en EPS. En el capítulo 8 del presente manual se describen brevemente algunos de estos modelos.

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TALLERES

2.1. - RECURSOS, DURACIÓN, DIFUSIÓN Y NORMATIVA DE LOS TALLERES

2.1.1.- Locales

El espacio en el que se realizarán los talleres es fundamental para su desarrollo adecuado y además, puede ser determinante en la asistencia o no de las personas convocadas pudiendo incidir en que se sientan o no cómodas. Algunas *recomendaciones* son:

1.- Preferiblemente tiene que ser un lugar conocido por ellos, cerca de donde viven o se mueven (accesibilidad psicológica), sin dificultades de acceso.

2.- Además, hay que tener en cuenta la opinión positiva o negativa del usuario sobre la utilización habitual de ese espacio.

3.- Conviene que el espacio sea de usos múltiples, es decir que se pueda mover el mobiliario y que sea lo suficientemente amplio como para poder llevar a cabo las dinámicas más activas.

4.- Es importante preparar el ambiente, ya que facilitará el desarrollo óptimo de la sesión. Preparar las mesas y sillas, colocar el material distribuido de forma que todos los participantes lo puedan ver y tocar, ambientar la sala (luz, aire acondicionado, calefacción, etc.), garantizar una libre circulación de los participantes del taller (guardar o cerrar aquello que no interesa ser visto o alcanzado), evitar ruidos (llamadas telefónicas, fax, interfonos. etc.).

Es importante señalar que la realización de los talleres en los centros sanitarios y comunitarios puede facilitar el acceso de los participantes a estos recursos.

En el caso de personas que colaboran con ONGs o en otros servicios no sanitarios, cuando las sesiones se realizan en un espacio desconocido para los participantes, se puede quedar previamente en un lugar conocido, tomar un café y hacer una primera aproximación acerca de los contenidos y dinámica del taller que se va a realizar.

2.1.2. - Recursos Materiales

Es necesario disponer de diferentes materiales de soporte atractivos que faciliten la dinámica del taller, haciéndolo más ameno. También se debe disponer de material que puedan ver, manipular y se lo puedan quedar. El lenguaje de dicho material tendrá que estar adaptado al grupo (idioma, argot, etc.).

Entre los materiales de prevención se pueden mencionar: trípticos, cómics, posters, vídeo, condones, penes sintéticos, material de inyección, maniquí con el que poder realizar prácticas, etc

También es importante disponer de papel en blanco para tomar notas, bolígrafos, lápices y gomas, una pizarra donde poder escribir y que sea visible para todos. Asimismo, estos talleres pueden enriquecerse con la utilización de material audiovisual apropiado como es la televisión, video, retroproyector, diapositivas, etc.

En los talleres, se debe prever la posibilidad de que participen personas que no sepan leer ni escribir y/o que hablan otros idiomas. En este caso, se pueden utilizar fotos o dibujos para facilitar la discusión.

2.1.3.- Recursos Económicos

El presupuesto destinado para realizar el taller puede determinar la actividad. Es importante contemplar la posibilidad de que si hay usuarios de drogas que actúan como colaboradores se les remunere. Esta remuneración permite garantizar la continuidad de las sesiones y puede ser visto como un reconocimiento a los consumidores de drogas como trabajadores y agentes de salud competentes en su campo.

Hay diferentes opciones de pago: dinero en metálico, vales de comida, noches de pensión, entradas al cine, a conciertos o al fútbol, tarjetas de metro, de tren, de autobús, de teléfono, sellos, etc.

Algunos expertos proponen remunerar a los UD's que participen en el taller, pero como en general no hay posibilidades de remuneración, el incentivo para atraer a la población diana tendrá que ser otro, como por ejemplo, aprender algo útil para ellos, invitarles a tomar un café, merendar, disponer de un título, una acreditación de su asistencia al taller, etc. El valor de su tiempo es algo a tener en cuenta. En otras ocasiones un pequeño detalle (pin, gorra, mechero, etc.) permite reconocer simbólicamente su esfuerzo y dedicación.

Este tipo de beneficios, muchas veces, hacen plausibles las sesiones de seguimiento que permiten una evaluación a medio plazo y que suelen ser muy difíciles, salvo para los que siguen algún tratamiento y/o están en contacto con el centro. Además, pueden fomentar la participación de los CD's en talleres de "refuerzo" o sobre otros temas.

No hay que olvidar que para todas las personas, los beneficios que se derivan de la conducta son muy importantes, y este refuerzo es la principal manera de que dicha conducta se instaure. Todas las personas tienen necesidad de refuerzos y más aún las personas que por su situación particular encuentran menos motivaciones para la realización de una conducta determinada.

La existencia de partidas económicas específicas para actividades con usuarios en las instituciones facilita la realización de este tipo de intervenciones educativas.

2.1.4.- Duración

En condiciones idóneas deberían realizarse talleres de 12 horas repartidos en 3-4 días, pero se han de tener en cuenta por ejemplo, las necesidades de consumo de las personas dependientes de drogas y la falta de hábito de los participantes. Las combinaciones serían múltiples y de manera general una sesión debe durar entre 2 y 3 horas, con un espacio de

descanso negociado con los participantes de unos 30 minutos que suele propiciar un ambiente más distendido, favoreciendo que las sesiones se aprovechen mejor.

Por tanto, el número de sesiones es variable, puede realizarse una única sesión o varias, en función de los objetivos marcados, los contenidos y aspectos que se pretendan abordar, el número de participantes, que se realice como una actividad aislada o se incorpore como una actividad regular del servicio. Debe fluctuar entre 1 y 4, teniendo en cuenta que es mejor organizar un taller de tres sesiones que de una sola (un día entero)

Se puede organizar con una periodicidad fija (una vez por mes o una vez por semana), incorporándolo como una actividad regular del servicio, o se puede hacer de forma puntual.

Sería importante negociar con los participantes los días y el tiempo de duración de las sesiones, pero con cierta directividad. Lo más práctico es fijar una serie de sesiones y negociarlas con el grupo durante la primera sesión del taller. También, es aconsejable que los participantes se comprometan en "cumplir este acuerdo".

La experiencia indica que la realización de las sesiones cercana en el tiempo facilita la asistencia de todos los participantes, debido a las dificultades no previsibles de su forma de vida (entrada en prisión, detenciones, quitarse el "mono", haber satisfecho necesidades básicas, etc.).

Una propuesta para los **Talleres de Sexo Más Seguro** es realizar 5 sesiones de 2 horas cada una con un descanso de 30 minutos, distribuidas en 2 sesiones por semana y, la propuesta para los **Talleres de Consumo de Menos Riesgo** es impartir 3 sesiones de 3 horas cada una con un descanso de 30 minutos y distribuidas a lo largo de una semana en días alternos.

2.1.5.- Difusión del taller

Aspectos a tener en cuenta para la difusión serían: desde dónde se difunde y buscar canales conocidos y utilizados por los posibles participantes.

Una vez establecida la fecha y horario (adaptados al estilo de vida y costumbres de los consumidores) es importante anunciar en un cartel o tríptico la realización del taller, especificando la temática, que debe ser del interés de los usuarios. De manera general se puede realizar una primera divulgación en forma de póster o cartel anunciando la actividad. Un cartel atractivo favorece que las personas se interesen por el contenido de la actividad.

Otras formas de captación que pueden ser utilizadas son: la derivación de otras consultas o programas (psicológicas, médicas, psiquiátricas, programas de mantenimiento con metadona, programas de intercambio de jeringuillas, etc.) y la derivación de otros servicios de atención (ayuntamientos, pisos de acogida, centros de día, talleres ocupacionales, etc.).

Asimismo, para favorecer el desarrollo de una metodología participativa es útil que los propios usuarios del servicio colaboren en la captación y seguimiento de otros participantes¹².

A medida que se acerca la fecha señalada es necesario ir citando a las personas interesadas o seleccionadas dándoles un papel (que puedan guardar en la cartera o bolsillo) donde queden registradas las fechas, horario, lugar y normativa básica. Es importante pedirles su confirmación, siendo práctico tener un listado en el que se registre el número de personas informadas e interesadas.

La adscripción al proyecto tiene que pasar por la explicación individual de lo que se va a realizar, remarcando lo que el usuario puede sacar de positivo asistiendo y participando en la actividad.

Se ha de contemplar la posibilidad de realizar una difusión orientada a la búsqueda de aquellos CDs que no acuden a los recursos sanitarios.

2.1.6.- Normativa del Taller

Al comienzo de la actividad sería interesante implicar a los usuarios en cuanto a la normativa, organización del tiempo, recogida de información. Aparte de la normativa básica que predeterminen los formadores, hay una serie de reglas que deben ser consensuadas por los participantes: puntualidad (margen de tiempo), consumo de sustancias durante la actividad, salidas a telefonar o comprar tabaco, discusiones o peleas, quedarse dormido, merendar antes, durante o después (a veces los participantes todavía no han comido y así es más difícil concentrarse). A título de ejemplo, se indican una serie de **normas genéricas a tener en cuenta en el desarrollo de un taller**:

1.- Los formadores deben llegar los primeros al lugar de la reunión, sobre todo el primer día (al menos 1/2 hora antes), adecuar el local, verificar que todo está en orden, ir dando la bienvenida a los participantes y aprender sus nombres (los apellidos no son necesarios), garantizar que no habrá interrupciones (ojo al teléfono) y mostrarse interesado en que los participantes se sientan cómodos.

2.- Siempre que sea posible es mejor que los participantes del grupo y el formador se sienten en círculo.

3.- Inicialmente el formador debe mostrarse animado y hablador. Tras agradecer la presencia de los participantes debe presentarse y explicar que su rol no es el de dar una charla educativa, sino el de conocer sus conocimientos, opiniones y como se comportan en diferentes situaciones.

4.- Se debe señalar que son muy importantes las opiniones de todos los participantes y que todos deben sentirse libres de expresarlas. Las reglas de la reunión son las de respeto a los demás y que hable solamente una persona a la vez. Es importante pactar y definir con todos los participantes que cualquier persona que no sepa o no pueda respetar estas reglas (sea cual sea la razón) será cordialmente invitada a separarse del grupo. De manera general vale la pena gastar tiempo en dejar bien claras las reglas del grupo, ya que ahorra tiempo.

5.- Iniciar la reunión con una dinámica que sirva para recabar información relacionada con el tema que se haya escogido (prevención del VIH, utilización de preservativos, abscesos, fumar en plata, etc.). Por ejemplo, se pueden utilizar preguntas abiertas del tipo: ¿qué sabéis?, ¿cómo se previene uno?, ¿cómo se hace?, ¿qué obstáculos?, ¿qué importancia tiene para cada uno de vosotros?, etc.

6.- Es también importante el no centrarse exclusivamente o dar una conferencia magistral sobre el SIDA, sino saber hacer preguntas, escuchar y valorizar los conocimientos e informaciones que el usuario nos aporta. Se debe pues organizar un taller participativo en el que el formador escuche y canalice más que hable, sin perder en ningún momento de vista la experiencia y conocimientos de los consumidores.

7.- Hay que trabajar desde la realidad del usuario y para ello es necesario poder identificarse con las situaciones que éste plantea y con los obstáculos con que se encuentra. El formador de un taller siempre debe respetar las opciones que toma el usuario y ofrecer información sobre el abanico de posibilidades con que éste cuenta para abordar un cambio positivo. Es necesario trabajar con los aspectos que los usuarios desean modificar y sus motivaciones y posibilidades. Una vez identificados los obstáculos, debe animarse al grupo a definir las opciones y acciones de que disponen para superarlos. No hay que olvidar que son los propios UD's los únicos que pueden disminuir sus riesgos y cualquier cambio que se consiga hacia conductas de menos riesgo, es un cambio positivo. Además, debe recordarse que cambiar los comportamientos no es una tarea fácil y que las dificultades que puede ocasionar al usuario cometer dicho cambio, no son banales.

En los **Talleres de Consumo de Menos Riesgo**, algunas situaciones pueden estar relacionadas con las sustancias que consume: son distintas las prácticas de riesgo que pueden presentar los consumidores de cocaína o crack que las de los consumidores de heroína o benzodiazepinas. Es pues importante identificar que tipo de sustancias consumen y como influyen en sus prácticas de riesgo. Asimismo, en los **Talleres de Sexo Más Seguro**, son distintas las prácticas de riesgo que presentan los usuarios de drogas que tienen relaciones sexuales con la pareja estable, de los que tienen relaciones sexuales esporádicas o de los consumidores que recurren a la prostitución, etc. Además, en ambos casos es importante diferenciar los contextos en los que ocurren las prácticas de riesgo, ya que no es lo mismo la conducta de riesgo realizada en la prisión, que la realizada en la calle o en la propia vivienda; y, en cada caso habrá que especificar la reducción posible del daño.

Una vez establecidos los objetivos o comportamientos a modificar, el formador ayuda a través de las diversas dinámicas a clarificar lo que cada una de las personas del grupo busca, los obstáculos para ese cambio y los recursos conductuales de que disponen.

Puede optarse por tomar notas (anotador) durante o después de cada sesión, pero es más aconsejable hacerlo después de la sesión. Puede anotarse el número de participantes y algunas características de los mismos, sexo, edad aproximada y otras informaciones sobre consumo, dinámica del grupo en general, nivel de participación, si hay un participante dominante, nivel de interés, opiniones de los participantes, vocabulario general, etc.

Cuando esté finalizando la sesión, el formador debe explicar que se está terminando, preguntar si tienen otro comentario a añadir. También, es importante agradecer su participación, su colaboración y lo valioso de sus aportaciones, así como recordar la próxima cita (si la hay) y escuchar comentarios adicionales durante el refrigerio (si lo hay).

Tras la sesión, el formador debe revisar las notas y aspectos clave de la reunión, con el fin de tener todos los datos disponibles para una adecuada valoración del taller.

2.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE DROGAS PARTICIPANTES EN LOS TALLERES

El número ideal de consumidores de drogas para participar en un "Taller de Sexo Más Seguro" o en un "Taller de Consumo de Menos Riesgo" debe oscilar entre un mínimo de 6 personas y un máximo de 12. Con un número menor de 6 las dinámicas pierden consistencia y con un número mayor de 15 personas las dinámicas se enlentecen demasiado.

Se recomienda convocar a más personas de las que podrían participar en el taller ya que en todos los grupos puede darse la posibilidad de que alguno de los miembros a última hora no participe.

2.2.1.- Talleres de Sexo Más Seguro

2.2.1.1.- Voluntariedad

Es importante que los talleres sean de asistencia voluntaria. El nivel de implicación de la gente cuando elige libremente una u otra actividad, es siempre mayor. No obstante, hay que pactar la asistencia a todo el taller, salvo caso de fuerza mayor. Puede ser necesario clarificar las dificultades y trastornos que supone al grupo, el que un día vayan unos y otro día otros.

Sin embargo, a menudo una de las dificultades es la captación de los usuarios, así, existen distintas posibilidades para “promocionar” los talleres en los centros de tratamiento, (ver capítulo 2, difusión del taller, pág. 45).

Una cuestión importante es la posibilidad de reforzar la participación de las personas en los talleres con determinados beneficios (vales o entradas para determinados espectáculos, discos, etc.). Se sabe que el refuerzo de la conducta es necesario para que ésta continúe, y muchas veces dicha posibilidad nos asegura la asistencia a los talleres y, sobre todo, los seguimientos (ver capítulo 2, recursos económicos, pág. 44).

2.2.1.2.- Sexo

Al ser un Taller de Sexo Más Seguro, en el que se van a trabajar fundamentalmente los distintos roles sexuales que van a influenciar los distintos comportamientos sexuales, es conveniente que haya participantes de ambos sexos.

Un número parejo de hombres y mujeres, permite trabajar libremente en las distintas dinámicas (sobre todo en los role-playings) sin tener que recurrir a la “imitación” del otro sexo. Permite además poner en común creencias, actitudes y representaciones sociales sobre los comportamientos sexuales que son compartidas entre los distintos sexos y facilita el cambio de las mismas. Sería idóneo, por tanto, incluir en el taller un número equilibrado de hombres y mujeres. No obstante, se puede trabajar sin problemas con un grupo de hombres sólo y/o de mujeres sólo, adaptando las dinámicas grupales al colectivo específico (ver capítulo 3).

Por otro lado, y como ya se ha comentado, el trabajar con consumidores de drogas y sus parejas sexuales facilita el incidir en los procesos de negociación del uso del preservativo, en las habilidades de comunicación y en los beneficios y/o costes inmediatos de la conducta sexual, como por ejemplo la violencia física y/o psíquica por negarse a relaciones sexuales no protegidas, las situaciones de asimetría en que la mujer está permanentemente desfavorecida (mujer UDVP, pareja de usuario de drogas; mujer no usuaria, pareja de UDVP; prostituta/cliente).

2.2.1.3.- Edad

Esta variable es importante de cara a los fenómenos de imitación, identificación y universalización. Si los participantes sienten diferencias insalvables entre ellos (y un criterio fundamental que interviene en la homogeneización grupal es la edad), va a ser más difícil que puedan confrontar creencias y actitudes sexuales respetando mutuamente los criterios ajenos; y así, el aprendizaje vicario se va a ver obstaculizado. Por eso es necesario que el rango de edad de los participantes en estos talleres no sea muy amplio. No sería adecuado que coincidieran adolescentes y adultos, por ejemplo.

2.2.1.4.- Conducta sexual previa

Es importante, en la medida de lo posible, tener en cuenta en estos talleres, la conducta sexual previa de los participantes. Es aconsejable que todos tengan experiencia de relaciones sexuales coitales, ya que así se posibilita el trabajo en un mismo nivel. La conducta sexual no se suele tener en cuenta en las historias clínicas de los UD en tratamiento y puede ser desconocida para el profesional que realiza el taller.

Cuando coexisten distintos niveles de experiencia sexual, siempre es conveniente comenzar por el más bajo que esté presente, y dado que la duración del taller es de aproximadamente 10 horas, si se mezclan niveles diferentes de experiencia sexual es probable que no a todos los participantes les interesen todos los ejercicios. Esto supondría una desconexión del trabajo grupal y podría condicionar el éxito del taller.

Asimismo, en algunos TSMS lo más interesante es convocar por separado a las poblaciones que tienen diferentes experiencias sexuales: p.e., talleres dirigidos a las personas que ejercen la prostitución, a travestís, a población de otros orígenes culturales, etc.

2.2.1.5.- Momento personal de cambio

Los Talleres de Sexo Más Seguro pueden ser llevados a cabo con CDs en distintos momentos de su proceso de cambio^{55,56} y, en la misma línea, con consumidores de drogas en distintos programas de tratamiento, incluso con personas que no estén en tratamiento por consumo de sustancias.

Así, no hay dificultad alguna, en nuestra experiencia, para realizar TSMS con personas en programas de mantenimiento con agonistas opiáceos (programas de mantenimiento con metadona, programas de mantenimiento con LAAM, etc.), programas libres de drogas, programas de naltrexona, etc.

Con respecto a las personas que se encuentran en programas de mantenimiento con agonistas (en nuestro contexto hablaríamos, hoy por hoy, prácticamente de PMM), se cree necesario que se encuentren con la dosis estabilizada, entendiéndose por tal, aquella dosis con la que el paciente se encuentra confortable, sin necesidad de bajarla o subirla en períodos cortos de tiempo (días/semanal).

No existe ningún problema para la realización de TSMS con personas en el mismo programa de tratamiento (grupos homogéneos), pero tampoco es problemático el juntar a los que se encuentran en distintos programas, siempre y cuando la elección del mismo haya sido hecha libremente entre las distintas opciones que se pueden ofertar⁽¹⁾.

Una cuestión a tener en cuenta, es la inclusión de las parejas sexuales de los participantes. Aunque en los diferentes grupos psicoterapéuticos está desaconsejado incluir a los dos miembros de la pareja, en este tipo de trabajo, más psicoeducativo, no se plantean dificultades serias. Por otro lado, como distintos autores han señalado, la conducta sexual es una conducta que ocurre en interacción, por lo tanto, se cambia en interacción. Así, en este tipo de talleres no sólo no causa problema el trabajo con las parejas sexuales sino que es especialmente aconsejable.

Tampoco existe una dificultad especial en la realización de TSMS con personas que no están en tratamiento y que deciden seguir usando drogas³². Sin embargo, va a ser fundamental clarificar las normas básicas de funcionamiento del taller y ser muy claros con respecto a tres cuestiones:

- .- No aceptar consumos de drogas durante el mismo.
- .- No permitir el tráfico de sustancias durante el mismo.
- .- Pactar unas mínimas condiciones de funcionamiento cognitivo durante el taller.

Si alguien ha consumido drogas antes de empezar, pero su estado es adecuado, no se plantearían problemas especiales. Sin embargo, si alguien está en un estado que le impide comprender y seguir la dinámica del taller, no se le permitirá participar en esa sesión. La experiencia nos dice que permitirle participar, ejerce un efecto negativo en el grupo.

Estas consideraciones, obviamente, son válidas para todos los grupos de UD's con los que se trabaje y deben quedar explicitadas al comienzo del taller en la primera sesión.

2.2.1.6.- *Status serológico*

En general los profesionales sanitarios de los servicios públicos de atención a usuarios de drogas conocen la situación de sus pacientes con respecto a la infección por VIH. En esos casos, no hay ningún inconveniente en incluir en el grupo a personas VIH+ y VIH- e incluso personas que no se hayan hecho la prueba de detección de anticuerpos. Es más, es aconsejable que coexistan distintos status serológicos ya que se posibilita la confrontación vivencial con la problemática del VIH, la identificación y la disminución de la distancia social frente al problema.

(1) En nuestro país, hubo un momento (cuando comenzaba la puesta en marcha de los Programas de Mantenimiento con Metadona y estaban desbordados tanto de demanda como pacientes en activo) en el que se hacían indicaciones de tratamiento más en función de la realidad institucional que de la necesidad del sujeto. Cuando por alguna razón coincidían en un Taller de Sexo más Seguro sujetos a Programas de Mantenimiento con Metadona y otros, cuya indicación terapéutica era Metadona, pero por imposibilidad del Servicio se veían obligados a adscribirse a otro Programa (Naltrexona, por ejemplo), el espacio taller se convertía en el espacio de reivindicación de aspectos clínicos y técnicos; y esta dinámica dificultaba el trabajo en un Programa de 10 horas, cuyo objetivo básico era la prevención de la transmisión sexual de VIH.

En esta situación, la puesta en común de ideas, mitos y creencias, así como de situaciones reales o temidas, va a facilitar una verdadera modificación de actitudes y comportamientos en los participantes. Por otro lado, permite también el trabajo del rechazo y el temor ante el mismo en situación real.

Distintos estudios han puesto de manifiesto, que la convivencia de distintos status serológicos en los grupos de trabajo está en relación con una mayor reducción de las conductas sexuales de riesgo. También se ha confirmado que los grupos en los que había mayor discusión sobre SIDA (tanto con sujetos VIH + como VIH -, sean éstos consumidores de drogas inyectadas o no) mostraban niveles mayores de conductas preventivas en los seguimientos que los grupos en los que no se debatía abiertamente el tema⁵⁷.

En aquellos casos en que los talleres sean puestos en marcha desde dispositivos no sanitarios (casas de acogida, etc.) o que los profesionales que los dinamicen desconozcan el status serológico de los participantes, el trabajo se realizará sin preguntar la situación personal frente a la infección por VIH, ya que conocerlo es innecesario.

Una cuestión importante es tener en cuenta el diagnóstico que tiene la persona (en caso de saberlo) a la hora de realizar determinadas dinámicas grupales. Por ejemplo, cuando se realiza un role-playing y se trabaja con diagnósticos de VIH ficticios (ver capítulo 5, pp. 155-157), es importante que a los sujetos seropositivos frente al VIH siempre se les otorgue un diagnóstico VIH positivo. No puede darse una situación en la que a una persona seropositiva se le dé un diagnóstico VIH negativo. Si no se supiera el diagnóstico, en el role-playing concreto se repartirían los diagnósticos ficticios teniendo en cuenta sólo el objetivo que se quiere trabajar y no el diagnóstico de una persona que, bien porque no lo sabe, bien porque prefiere no decirlo, permanece incógnito para el resto del grupo.

2.2.1.7.- *Psicopatología asociada*

Según distintos autores, las principales categorías de trastorno psiquiátrico observadas en adictos a opiáceos, incluyen depresión mayor, trastornos de ansiedad, personalidad antisocial y alcoholismo^{58,59}. No obstante, un grupo importante de CD's no presenta ningún trastorno psiquiátrico añadido.

Creemos que en los "Talleres de Sexo Más Seguro", va a ser importante tener en cuenta la psicopatología asociada que pudieran tener los participantes. Con respecto al consumo de alcohol, la norma que se sigue es la misma que para las otras drogas. Si se ha ingerido antes del taller y no interfiere en el funcionamiento cognitivo de la persona durante el mismo, no se cuestiona. Si no es así, es preferible no permitir a ese sujeto participar en esa sesión.

De los otros trastornos que se asocian más prevalentemente con el consumo de drogas, el que podría plantear más problemas es el trastorno antisocial de la personalidad. Este tipo de pacientes provoca una contratransferencia agresiva y violenta, ya que pone frecuentemente a prueba, durante las intervenciones, las habilidades del profesional con el que interactúa. Con estas personas es fundamental mantener una distancia adecuada que posibilite el trabajo psicoterapéutico.

Ésta va a ser la máxima dificultad para los TSMS. En programas de tan corta duración y que exigen una implicación emocional de los participantes, es posible que este tipo de

personas, transgrediendo permanentemente los límites y provocando a los conductores y/o al resto del grupo, boicotee el mismo. Por esta razón es mejor no incluirlos.

En cualquier caso, hay que valorar cuidadosamente la inclusión de cualquier persona con un trastorno de personalidad en el grupo (trastorno de personalidad del grupo B –anti-social, límite, histriónico, narcisista– en primer lugar, y A –paranoide, esquizoide, esquizotípico–, en segundo lugar, según la clasificación DSM IV); y ésta debería hacerse en función de la capacitación del profesional que dinamice el taller.

La función de un “Taller de Sexo Más Seguro” no es trabajar distintos aspectos de la personalidad, que por otra parte, son salientes en estas personas, sino movilizar, poner en común, confrontar y promover el cambio de creencias, actitudes y conductas con respecto a los comportamientos sexuales de riesgo para la infección por VIH y otras ETS. Si se cree que una persona no va a tolerar este tipo de trabajo movilizador, intensivo y focalizado, es mejor no incluirla.

2.2.2.- Talleres de Consumo de Menos Riesgo

Los TCMR pueden realizarse desde cualquiera de los dispositivos de atención existentes en las redes sociosanitarias, tanto específicas como inespecíficas, de cada una de las comunidades autónomas (CCAA). Es totalmente viable que los talleres se pongan en marcha desde centros de atención primaria, hospitales, centros de acogida, ambulatorios o cualquier otro dispositivo asistencial en el que exista o pueda existir contacto con UD's y que éstos deseen participar. Obviamente desde las estructuras específicas destinadas a los consumidores de drogas como son los centros ambulatorios de drogodependencias, las unidades de desintoxicación hospitalaria, los centros de día, los pisos de reinserción, los PIJs, los PMMs o las comunidades terapéuticas, la situación es aún más factible, dado que ya poseen dicho contacto.

Otra cuestión relacionada es a quién deben ofrecerse los talleres. Un primer nivel es el de los usuarios que ya están en contacto con cada dispositivo. Así, una comunidad terapéutica, un centro de día, un piso de reinserción o una unidad hospitalaria son lugares óptimos para su realización, dado que la población pasa gran parte de su jornada en ellos y dispone de tiempo para participar en los talleres. En el caso de los servicios ambulatorios, PMMs o PIJs, se puede publicitar y difundir la realización del taller. Otro nivel es ofertar los talleres a aquellos consumidores que no están en contacto con los servicios o que están en situación de lista de espera para acceder al recurso, de manera que el propio taller contribuya al contacto con ellos. En todas estas situaciones es de vital importancia sensibilizar a un grupo de usuarios para que se impliquen en el proceso y diseño de los talleres.

Las características de los usuarios que pueden participar en los talleres es amplia, pero requieren que sean personas que se presenten al taller con un funcionamiento cognitivo mínimamente adecuado. Dado el amplio abanico de objetivos (ver capítulo 10) que pueden ser trabajados en los talleres es importante realizar los primeros en torno a temáticas definidas por los participantes. No existe incompatibilidad alguna en que participen consumidores de diversas sustancias por diferentes vías, en tratamiento o no, siempre que el tema les interese. Un número considerable de personas que están en tratamiento de la dependencia consumen (o consumirán) algún tipo de drogas, por lo que están en situación

de posible riesgo y daño a su salud. Un argumento frecuente para no realizar talleres de inyección higiénica con no inyectores es que puede favorecer el paso a la vía inyectada. Desde nuestra experiencia, el paso a la vía inyectada está predeterminado por otros muchos factores y las probabilidades de infectarse por el VIH, VHB y VHC son mucho mayores en las primeras etapas del consumo inyectado. En definitiva, lo más importante es tener sentido común y ofertar un taller que se adapte a las necesidades e intereses de los participantes.

Un taller con el máximo de heterogeneidad posible (consumidores por diferentes vías, hombres y mujeres, jóvenes y antiguos inyectores, parejas sexuales, grupos de amigos o colegas, etc.) aporta una dinámica mucho más fluída, creativa y variada de la que se benefician tanto los participantes como los formadores pero también se pueden realizar buenos talleres con personas de características homogéneas.

Una situación especial se puede plantear con ciertos colectivos con características propias que son más participativos en talleres “grupo específico”. En nuestra experiencia esta dinámica la hemos desarrollado con mujeres o hombres que se prostituyen, travestidos/ travestis y población originaria del Magreb. Puede que a otros equipos en contacto con grupos específicos de consumidores les pueda ser de utilidad esta estrategia de intervención.

No es necesario conocer el estado serológico frente a las diferentes infecciones víricas (VIH, VHB, VHC) para participar en un taller. Algunos usuarios tienden a verbalizarlo durante los talleres; otros prefieren silenciarlo y deben respetarse ambas opciones. Lamentablemente las elevadas tasas de infección que presentan los consumidores para cada uno de estos virus garantizan que en cada taller un elevado porcentaje de ellos presente una u otra serología positiva.

Las reglas explicitadas para los TSMS son válidas para los TCMR. Desde nuestra práctica las verbalizamos bajo el lema: “no consumo, no tráfico...estamos trabajando; cualquier persona que dificulte nuestro trabajo será cordialmente invitada a salir de la sala”, solicitando el acuerdo verbal de todos los participantes antes del inicio del taller.

2.3.- CARACTERÍSTICAS DEL FORMADOR EN UN TALLER

La elaboración de este apartado se apoya fundamentalmente en la revisión realizada por Lucas⁶⁰ y Ubillos⁶¹ sobre el papel del formador como animador. En particular se describen las funciones de un formador, las habilidades que es conveniente que le caractericen, así como las reglas que se deben de respetar cuando se trabaja con un grupo y las características que debe tener un formador.

Es importante que los formadores sean dos, sobre todo si no tienen experiencia, con funciones clarificadas previamente (uno que dirige la sesión y otro que lo apoya en situaciones precisas, da los turnos de palabra, realiza anotaciones, etc.). Aunque no es importante que sean miembros del servicio que organiza el taller sí es de utilidad que conozcan a los consumidores y que su relación terapéutica con ellos no obstaculice la dinámica y los objetivos del taller.

También, en algunas ocasiones es interesante incorporar a usuarios de drogas formados previamente como colaboradores o co-formadores.

Asimismo, puede ser necesario e interesante implicar a colaboradores externos al servicio (epidemiólogos, antropólogos, técnicos de salud pública, etc.) en tareas de apoyo metodológico o evaluativo.

Por tanto, es importante definir quiénes serán las personas del equipo, profesionales, mediadores o voluntarios previamente formados y metodólogos que van a realizar el diseño, implementación y evaluación del taller.

El formador se debe adecuar a la tipología de las personas con las que va a trabajar, por ello se han de tener en cuenta criterios de sexo, cultura, idioma en función de los objetivos que se persiguen.

2.3.1.- Funciones del Formador

El formador tiene una doble función, explicar y conducir al grupo (estimular la participación, dinamizar). De ahí que sean importantes aspectos como la capacidad para acercarse al colectivo diana, el conocimiento de la realidad de los participantes (lenguaje, etc.), las posibles dificultades para los profesionales no formadores más vinculados a otro tipo de roles (curativos, etc.). Entre las **funciones** que debe ejercer un formador se destacan las siguientes:

2.3.1.1.- Moderar

1.- *Facilitar las intervenciones.* En todos los grupos se encuentran personas que intervienen continuamente, dificultando la participación de los demás. También se pueden encontrar con personas que no intervienen nunca o en contadas ocasiones. La función del formador será la de estimular la intervención de los individuos y evitar las intervenciones de las personas que obstaculizan el desarrollo de la actividad. Por ejemplo, ante un participante dominante, se debe solicitar una participación más activa por parte de los demás, también se puede reorientar las preguntas a los demás o evitar el contacto visual con el participante dominante a fin de no estimularlo a tomar la palabra. Si nada funciona puede pedirle de manera cortés que deje hablar a los demás. En el caso de la persona que no participa, el formador puede dirigirse directamente a él, utilizando su nombre y solicitando abiertamente su opinión, promover un contacto visual más frecuente para que se sienta incentivado a opinar o es posible solicitarle que comente algo sobre lo que otra persona dijo. Hay que evitar focalizarse fundamentalmente en hacer preguntas a las personas que estén de acuerdo con el formador.

2.- *Hacer cumplir la metodología prevista.* El formador debe explicar claramente, al comienzo de la reunión, la metodología propuesta en todos sus aspectos, así como recordar algunos de ellos cuando sea necesario.

3.- *Evitar las desviaciones del tema.* La desviación de los objetivos fijados, a través de las desviaciones de los contenidos a tratar, suele ser la causa más frecuente de pérdida de tiempo. La función del formador será evitar las desviaciones poco productivas que tienden a producirse con suma facilidad.

4.- *Administrar el tiempo.* Desde el comienzo de la reunión se debe estipular el tiempo del que se dispone, y la forma en que se va a distribuir.

2.3.1.2.- Dinamizar

1.- *Motivar al grupo.* El formador debe motivar al grupo en las tareas a desarrollar y en los objetivos a conseguir. Las condiciones que favorecen esta función son: estar motivado y saber transmitirlo al grupo.

2.- *Crear un clima de confianza.* Cuando se inicia una reunión, sobre todo si los participantes no se conocen, o si el tema es controvertido, casi todos suelen observarse con recelo. Las técnicas participativas suelen facilitar el acercamiento y la distensión.

3.- *Dinamizar los conflictos.* Las funciones del formador son: evitar el conflicto; si éste se ha producido intentar resolverlo; si éste está presente de forma latente, hacerlo consciente y resolverlo; a veces puede ser utilizado de forma positiva para conseguir los objetivos propuestos.

4.- *Observar, analizar y orientar las tensiones y los sentimientos.* Durante el transcurso de las reuniones los participantes experimentan tensiones y sentimientos que influirán en su comportamiento y que pueden variar a lo largo de la reunión. Los cambios bruscos de actitud, las expresiones faciales, los silencios prolongados, etc., son síntomas de que algo está ocurriendo más allá de la mera tarea a desarrollar. La función del formador es descubrirlo, analizarlo y orientarlo positivamente.

5.- *Controlar sutilmente el tiempo dedicado a cada pregunta y el de la reunión en general,* sin dar la impresión de estar controlando el reloj constantemente. Asimismo, controlar el ritmo de la reunión, revisando los puntos que ya han sido discutidos y los que no.

6.- *Respetar los ritmos del grupo.* La obsesión por controlar todo al mismo tiempo, genera a menudo tensiones en el formador y en el propio grupo. Hay que tener en cuenta el ritmo del grupo, porque, en ocasiones, el ritmo impuesto por el formador, no se adapta a las características del grupo o al momento que está atravesando. Es importante, saber combinar la disciplina y el método con la flexibilidad.

2.3.1.3.- Clarificar y reforzar

1.- *Clarificar y recordar los objetivos.* Al comienzo de la reunión se deben aclarar los objetivos y recordarlos cada vez que se produzcan desviaciones. La exposición debe ser lo más concreta y concisa posible.

2.- *Clarificar la metodología.* El formador debe informar claramente al grupo sobre: el método que se va a seguir, la distribución del tiempo, el papel y la función de los participantes, las normas, y la técnica metodológica que se va a emplear. En general, la metodología de los talleres trata de alejarse del formato pregunta/respuesta y dirigir el taller hacia una discusión más participativa. Se valora como positivo cuando las personas se comunican entre sí olvidándose temporalmente de la presencia del formador.

3.- *Facilitar la comprensión.* Muchos de los conflictos que se producen en los grupos son debidos a los “malos entendidos”, que nadie se preocupa de aclararlos. Algunos de los motivos son: bases semánticas diferentes, mala capacidad para expresarse, escasa capacidad para escuchar y comprender. Asimismo, los “sobre-entendidos” (es decir, lo “no dicho”) también es fuente de conflictos en las relaciones humanas. El formador debe saber detectar el problema para prevenir la incomprensión y facilitar el entendimiento, clarificando y evitando este tipo de “malos entendidos y sobre-entendidos”.

4.- *Sintetizar las intervenciones.* El formador debe: sintetizar las intervenciones demasiado largas o incomprensibles, resumir cada fase de la actividad, extraer las conclusiones fundamentales y hacer una memoria, enumerar los aciertos metodológicos, los detalles que han contribuido a impulsar el desarrollo de la actividad, y hacer una ronda final de las opiniones de los participantes.

5.- *Reforzar los cambios.* El formador debe reforzar positiva e inmediatamente las opiniones o comportamientos que indiquen un cambio hacia la adopción de conductas preventivas.

2.3.2.- Habilidades del Formador

1.- *Conocimientos sobre el Tema.* Evidentemente, es imprescindible que el formador tenga unos conocimientos amplios y correctos sobre los temas que se van a abordar en los talleres, así como de la teoría y metodología de este tipo de intervenciones. La presentación de los contenidos debe realizarse de forma que resulten creíbles, útiles y factibles. Asimismo, es importante el uso de un lenguaje claro, comprensible y adaptado al grupo.

2.- *Capacidad de Observación.* Esta capacidad permite al formador que se de cuenta de todos los fenómenos que ocurren en el grupo. Es importante, observar la comunicación no verbal de los participantes, gestos, movimientos que pueden sugerir impaciencia, cansancio, aburrimiento, etc.

3.- *Capacidad de Análisis.* Una vez observados los fenómenos es necesario saber interpretarlos. Esta capacidad permite al formador prever futuros problemas, anticiparse a las situaciones, y descubrir las motivaciones.

4.- *Capacidad de Reacción.* Ante las diversas situaciones que se generan en un grupo, el formador debe ser capaz de reaccionar a tiempo y adecuadamente.

5.- *Capacidad de Empatía.* El formador debe ser empático con los participantes ya que ésto favorece la cohesión del grupo y a su vez un desarrollo óptimo del taller.

6.- *Capacidad de Respeto.* El formador debe manejar su capacidad de identificación y de toma de distancia con cada uno de los participantes. En general, se debe establecer una relación de cercanía y respeto con el grupo, pero en ocasiones algunas situaciones conflictivas requieren tomar distancia con algunos participantes para su adecuada resolución.

7.- *Seguridad.* La seguridad en sí mismo depende de la propia aceptación, del grado de autoestima, de la experiencia y de los conocimientos.

8.- *Capacidad de Autocrítica.* Es importante que el formador realice una autovaloración de su actuación con el fin de mejorar futuras intervenciones.

9.- *Reglas que debe respetar el formador.* Algunas de éstas son:

- Escuchar activamente.
- Evitar convertirse en el modelo de referencia fundamental.
- Evitar el protagonismo constante.
- Evitar los juicios personales.
- Eludir las preferencias personales.
- Ser flexibles a las sugerencias, cambios, interrupciones y participación negativa.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE LOS TALLERES: TÉCNICAS GRUPALES

La metodología que se aplica en las distintas intervenciones, se basa en múltiples técnicas. En los Talleres de Sexo Más Seguro y en los Talleres de Consumo de Menos Riesgo se utilizan fundamentalmente las técnicas grupales por ser las que han mostrado mayor eficacia para facilitar cambios comportamentales adecuados de cara a la transmisión del VIH, VHB y VHC. La pertenencia de la persona a grupos desde su nacimiento y la permanencia en ellos va conformando la forma de estar en grupo y el esquema conceptual, referencial y operativo que le permite desarrollarse, relacionarse y tomar decisiones. Por tanto, las *técnicas grupales* ofrecen en el área de la salud una serie de *ventajas* frente al abordaje individual¹⁵:

- En los grupos sus miembros aprenden, o adquieren conocimientos, habilidades y actitudes para el mejor manejo de su situación de salud.

- Los grupos permiten definir los temas que les interesan en su propio lenguaje, tal y como lo comprenden sus miembros y según el lugar que ocupan en sus vidas.

- Asimismo, los grupos ponen de relieve las interpretaciones erróneas y mitos que necesitan corregirse.

- El grupo permite darse cuenta de que hay más personas con problemas similares (función de universalidad), ayuda a cambiar el autoconcepto y la autopercepción.

De manera general, un taller debe facilitar el intercambio de informaciones, experiencias y conocimientos entre consumidores de drogas y formadores alrededor de las razones por las que es difícil proteger la salud en diferentes situaciones (obstáculos) y buscar conjuntamente estrategias para evitarlas en base a las motivaciones personales, las ventajas y desventajas de dichos cambios, etc.

Esta metodología participativa permite un carácter interactivo en las sesiones (no sólo los participantes adquieren conocimientos, sino que el formador se enriquece en diferentes aspectos). Se han de transmitir los mensajes tomando como punto de partida los conocimientos, experiencias y expectativas de los participantes. En el desarrollo de las técnicas grupales se han de analizar con los usuarios de drogas los riesgos reales, teniendo en cuenta su contexto y modo de vida, las dificultades con las que se encuentran, comprendiendo su escala de valores y ayudándoles a priorizar la salud y adaptar los mensajes preventivos a su propia realidad.

Durante los últimos años las investigaciones realizadas sobre las técnicas grupales han demostrado su efectividad en el cambio de actitudes y en menor medida en los comportamientos. Las técnicas que se presentarán a continuación no son más que una muestra de

las más importantes y básicas, ya que existen muchas más^{1,60-62}. El formador debe seleccionar aquellas técnicas que contribuyan a la consecución de los objetivos planteados, en función de las características del grupo, el contenido, el momento, los recursos disponibles, el tiempo, etc. Todas las técnicas pueden llevarse a cabo introduciendo variaciones para adaptarlas a las diferentes circunstancias y necesidades. Las tareas a desarrollar requieren en muchas ocasiones de una buena capacidad creativa por parte de la persona que dirige el grupo, para desarrollar nuevas técnicas. Cualquier idea que facilite el trabajo en grupos debe ponerse en práctica, aunque con una actitud crítica que permita su validación posterior¹⁵.

La adecuada aplicación de estas técnicas requiere una formación especializada en este tipo de metodología y la mejor manera de conocerlas es practicarlas con asiduidad y con diferentes tipos de grupos. Si no se tiene experiencia en dinámicas grupales, es aconsejable comenzar aplicando aquellas técnicas que requieren menos habilidades por parte del formador y una menor implicación emocional por parte del grupo (por ejemplo, el *brainstorming*, *brainwriting*, grupo nominal, discusión dirigida, panel de expertos, etc.), para evitar posibles situaciones “conflictivas” de difícil manejo.

Evidentemente todas las técnicas descritas inciden sobre los conocimientos, creencias, actitudes y conductas del grupo al que vayan dirigidas. No obstante, existen algunas técnicas que son más adecuadas para abordar los diferentes aspectos psicosociales asociados a la prevención. Por ejemplo, cuando el objetivo es formar a las personas en determinadas habilidades conductuales, las técnicas más aconsejables son el modelaje, el *role-playing* y el entrenamiento en habilidades sociales. Si el objetivo es abordar la presión del grupo o los costes y beneficios de las medidas preventivas, la técnica más idónea es el entrenamiento en la toma de decisiones. Cuando lo que se quiere trabajar es el estilo de vida de los usuarios de drogas, la percepción de riesgo, la percepción de las consecuencias de las conductas preventivas y de riesgo, las técnicas más adecuadas son la clarificación de valores, el estudio de los factores implicados en una conducta y el análisis de las consecuencias de una conducta. Si el objetivo es abordar la comunicación entre diferentes subgrupos de participantes, la confrontación por sexos es lo más aconsejable.

La experiencia indica que una o dos técnicas son suficientes para ser aplicadas en una única sesión de 2-3 horas. Por ejemplo, la aplicación adecuada de un *role-playing*, del entrenamiento en toma de decisiones o en habilidades sociales requieren como mínimo una única sesión de trabajo. Asimismo, el formador puede diseñar una sesión en la que se combinen la aplicación de varias técnicas, como pueden ser un *brainstorming*, un trabajo en subgrupos y una discusión dirigida con el objetivo de ir profundizando paulatinamente en los contenidos. En este caso, estas técnicas deben estar directamente conectadas y relacionadas, asimismo el tiempo dedicado a cada una de ellas debe ser proporcional a sus logros o aportaciones.

A continuación, se definen las principales dinámicas grupales y se describe de forma pormenorizada el procedimiento que se debe seguir a la hora de aplicarla a un grupo, ya que este manual va dirigido a distintos profesionales, quienes en algunos casos contarán con una gran formación y experiencia en este tipo de técnicas, pero en otros casos tendrán una escasa familiaridad con el tema.

3.1.- SUBGRUPOS

Esta técnica se utiliza para facilitar el trabajo del grupo que por el número excesivo de sus miembros tiene dificultades para el desarrollo de las diferentes tareas. Sirve de complemento para la mayoría de las otras técnicas grupales.

Esta técnica persigue diversos *objetivos*:

- .- Favorecer la operatividad en grupos grandes y/o conflictivos.
- .- Ayudar a romper con ciertas estructuras rígidas informales.
- .- Facilitar la participación.
- .- Fomentar la comunicación entre los miembros del grupo.
- .- Promover la toma de decisiones.

La técnica de subgrupos puede desarrollarse de formas muy variadas, aunque todas tienen una serie de *denominadores comunes*:

1.- El formador expone con claridad el enunciado del tema o tarea sobre el que van a trabajar los subgrupos.

2.- El grupo se divide en varios subgrupos, al azar o de manera dirigida, que no deben superar las 6 personas, aunque en algún caso puede ser mayor:

- Cada subgrupo ha de tener sus propios moderadores, elegidos entre sus miembros.
- Todos los subgrupos deben tener claro desde el comienzo, la metodología con la que van a desarrollar su tarea.
- El tiempo destinado para terminar los trabajos debe ser respetado por todos los subgrupos.
- Cada subgrupo debe nombrar sus portavoces para exponer el trabajo realizado al resto de los subgrupos.

3.- Una vez finalizado el trabajo en cada uno de los subgrupos, cada portavoz comunica al grupo las ideas escritas. Las conclusiones de los subgrupos se pueden escribir en una pizarra, y el formador hace una síntesis de dichas conclusiones.

Existen varias *modalidades de la técnica de grupo en subgrupos*:

1.- *Phillips 66*. Fue ideada por Donald Phillips y consiste en formar subgrupos de 6 personas, que han de elaborar una tarea o discutir una idea en 6 minutos para ponerla en común con todo el grupo.

2.- *6-3-5*. Se forman subgrupos de 6 personas que han de aportar 3 ideas sobre un tema o pregunta cada 5 minutos.

3.- *Subgrupos proporcionales*. Se forman subgrupos en función del número de participantes o en función del tipo de trabajo.

PROCEDIMIENTO DE LOS SUBGRUPOS: 3 FASES

- 1.- El formador expone con claridad el enunciado del tema o tarea sobre el que van a trabajar los subgrupos.
- 2.- El grupo se divide en varios subgrupos que no deben superar las 6 personas para realizar la tarea encomendada por el formador.
- 3.- Una vez finalizado el trabajo en cada uno de los subgrupos, cada portavoz comunica al grupo las conclusiones escritas.

Modalidades de la técnica de subgrupos:

- 1.- Phillips 66.
- 2.- 6-3-5.
- 3.- Subgrupos proporcionales.

3.2.- BRAINSTORMING O “TORMENTA DE IDEAS”

El *objetivo* fundamental de esta técnica, conocida como “tormenta o lluvia de ideas”, es proporcionar un método de trabajo que ayude a la producción de ideas sobre algún tema o problema planteado, primando la cantidad sobre la calidad. Se trata de una expresión informal y libre de todas las ideas en torno a un tema o problema planteado.

Técnica especialmente válida cuando el tema no exige grandes conocimientos previos y se desean tener en cuenta las opiniones e ideas de todos los participantes. También es adecuada para seleccionar temas o aspectos que un grupo desea que sean tratados. En general, esta técnica sirve para iniciar el tratamiento de un tema, favorece la aparición de ideas creativas y la búsqueda de soluciones no convencionales, asimismo ofrece material útil para posteriores discusiones⁶³. De hecho, esta técnica suele ser utilizada junto a otras como son la clasificación de valores, la confrontación por sexos, la discusión dirigida, etc. que permiten una mayor profundización en el tema. El brainstorming o “tormenta de ideas” se desarrolla en *tres fases*:

1.- *Fase de exposición*. Se presenta el problema o tema de forma clara y simple, proporcionando los suficientes elementos de información. Es aconsejable que esta presentación se resuma en una sola pregunta. No tienen cabida los problemas que tienen una única solución ni tratar varios problemas a la vez.

2.- *Fase de producción de ideas*. Esta fase está regida por una serie de normas:

- Producir la mayor cantidad de ideas en un tiempo mínimo.
- Cualquier idea emitida es válida.
- Debe evitarse todo tipo de crítica y de autocrítica.
- Cada participante puede aportar ideas por asociación con otras ideas.
- Toda idea se debe considerar como propia del equipo y no del que la expone.

El grupo se coloca en círculo o semicírculo y cada uno de los participantes va mencionando, espontáneamente o uno a uno siguiendo un orden preestablecido, las ideas que les surjan mientras se anotan en una pizarra durante un período de tiempo que oscila entre los cinco y los quince minutos aproximadamente. Si surgen ideas que no son entendidas por algunos participantes, la persona que la haya expresado, las clarificará al grupo.

3.- *Fase de selección*. Se analizan las ideas y se extraen las conclusiones más relevantes dependiendo del objetivo que se haya fijado. Se puede realizar una evaluación de las ideas, analizando la viabilidad y utilidad de cada una de ellas (establecer criterios y categorías de clasificación de ideas de las más a las menos importantes), la cantidad producida, la flexibilidad (número de categorías surgidas), la originalidad (número y cantidad de las ideas nuevas y originales), etc.

Existen otras variaciones de esta técnica como el *brainstorming con subgrupos* que, aunque es muy similar, introduce *modificaciones en las dos últimas fases*:

1.- En la fase de producción de ideas existen varios subgrupos que se forman en función del número de participantes. Si el grupo está formado por 9 personas, se podrían formar 3 subgrupos con 3 miembros cada uno. En este caso, un observador de cada subgrupo anotará en una hoja durante el mismo período de tiempo todas las ideas que surjan, sin tener en cuenta el nombre de las personas. Estos observadores guardan silencio absoluto durante esta fase, limitándose a tomar notas.

2.- En la fase de selección, los observadores exponen y clarifican todas las ideas emitidas en sus subgrupos mientras se anotan en la pizarra. Se analizan cada una de las ideas a través de una discusión dirigida. Finalmente, los observadores y productores de ideas seleccionan aquellas ideas que consideran más válidas en función del objetivo establecido.

PROCEDIMIENTO DEL BRAINSTORMING: 3 FASES

- 1.- Fase de exposición del tema o tarea.
- 2.- Fase de producción de ideas.
- 3.- Fase de selección de ideas.

Otras modalidades: el brainstorming con subgrupos, que aunque es muy similar, introduce modificaciones en las dos últimas fases.

3.3.- BRAINWRITING

Los *objetivos y metodología* de esta técnica son muy similares a los del brainstorming, aunque la generación de ideas se debe hacer de forma más reflexiva. La única diferencia es que cada uno de los participantes hace la producción de ideas por escrito, durante un tiempo determinado previamente. Consta de *cuatro fases*:

1.- *Fase de exposición*. Al igual que en la dinámica anterior se debe hacer una presentación concisa y clara del tema que se va a abordar.

2.- *Fase de producción de ideas.* En esta fase cada participante anota durante 2-3 minutos todas las ideas que se asocien al tema expuesto.

3.- *Fase de exposición de ideas.* Mientras que cada uno de los participantes expone y clarifica en el grupo las ideas que ha anotado, éstas se apuntan en una pizarra.

4.- *Fase de selección.* Se analizan las ideas anotadas en la pizarra y se extraen las conclusiones más relevantes dependiendo del objetivo que se haya fijado.

PROCEDIMIENTO DEL BRAINWRITING: 4 FASES

- 1.- Fase de exposición del tema.
- 2.- Fase de producción de ideas.
- 3.- Fase de exposición de las ideas.
- 4.- Fase de selección de las ideas.

3.4.- GRUPO NOMINAL

La técnica del grupo nominal que ha sido desarrollada por Van de Ven y Delbecq^{64,65}, se utiliza en una variedad de situaciones que requieren una toma de decisión grupal. Algunos de los *objetivos* del grupo nominal son:

- .- Obtener información cualitativa de personas relacionadas con el tema que se va a abordar.
- .- Identificar problemas y clasificarlos por orden de importancia.
- .- Determinar prioridades.
- .- Resolución de situaciones complejas.

El grupo nominal se desarrolla en *seis fases*^{64,65}:

- 1.- *Exposición clara y concisa* del problema o tema que se quiere abordar.
- 2.- *Generación silenciosa de ideas.* Los participantes escriben durante 2-3 minutos sus ideas como respuesta a la pregunta.
- 3.- *Lectura de las ideas generadas* que se escriben en la pizarra.
- 4.- *Discusión de las ideas* aportadas (ver en este capítulo discusión dirigida; pág. 63). Uno de los objetivos de esta discusión es reducir la lista de ideas, seleccionando categorías amplias que aglutinen algunas de las ideas presentadas.
- 5.- *Votación.* Se pueden utilizar muchas estrategias para que los participantes voten las ideas discutidas previamente⁶⁷:

- a) Pueden elegir las tres ideas que les parezcan más importantes.
- b) En función del número de ideas, se establece una escala de puntuación (por ejemplo, si hay 8 ideas, del 1 al 8) para que cada participante en un papel asigne una puntuación a cada una de las 8 ideas.

6.- *Elección y priorización de las ideas.* A través de la votación, se elige aquella/as idea/s más importantes y se extraen las conclusiones fundamentales.

Si el grupo es superior a 10 personas y no produce muchas ideas se puede seguir el mismo procedimiento. Pero si el grupo es superior a 10 personas y produce muchas ideas se deben establecer subgrupos de 5 o 6 personas y seguir el mismo procedimiento con cada uno de estos subgrupos. Al finalizar todas las fases del grupo nominal, se reúnen todas las personas de los distintos subgrupos, se anota en una pizarra las ideas principales extraídas en cada uno de los subgrupos, se discuten y se vuelve a votar para seleccionar aquellas finalmente más relevantes para el grupo.

PROCEDIMIENTO DEL GRUPO NOMINAL: 6 FASES

- 1.- Exposición clara y concisa del problema o tema que se quiere abordar.
- 2.- Generación silenciosa de ideas.
- 3.- Lectura de las ideas generadas que se escriben en la pizarra.
- 4.- Discusión de las ideas aportadas.
- 5.- Votación.
- 6.- Elección y priorización de las ideas.

3.5.- DISCUSIÓN DIRIGIDA

Consiste en que un formador en calidad de moderador estimule a los participantes a que examinen, con libertad crítica, un asunto o problema y que expliquen sus ideas y puntos de vista, discutiéndolos sin prejuicios, con honestidad, claridad y corrección. La discusión dirigida es un excelente complemento de cualquier otra técnica de animación de grupos, como por ejemplo el trabajo en subgrupos, el brainstorming, el role-playing, la clarificación de valores, etc.

Esta técnica permite abordar numerosos *objetivos*, entre los que se puede mencionar:

- .- Despertar el interés de los participantes.
- .- Estimular su capacidad de razonamiento.
- .- Fomentar la aptitud de expresar ideas con claridad y exactitud.
- .- Conocer y analizar las distintas opiniones y actitudes.
- .- Respetar las opiniones diferentes y saber defender las propias.
- .- Modificar creencias y actitudes.
- .- Llegar a algún tipo de acuerdo.
- .- Adoptar alguna decisión.
- .- Extraer una serie de conclusiones.

El procedimiento de la discusión dirigida se divide básicamente en *tres fases*:

1.- *Fase de exposición.* Determinar de forma clara y concisa el objetivo a alcanzar y el tema de discusión.

2.- *Fase de desarrollo.* Iniciar la discusión, utilizando cualquiera de las *dos fórmulas básicas* de discusiones dirigidas:

- *Discusión Abierta:* Las intervenciones se producen de manera espontánea, previa petición de la palabra, haciendo alguna señal al moderador para solicitar intervenir. *Ventajas:* Mayor flexibilidad y espontaneidad. *Desventaja:* Se requiere de gran experiencia para controlar las intervenciones y promover la participación de todos.

- *Discusión Escalonada:* Se preestablece un turno de palabra, con tiempos limitados para cada intervención. *Ventaja:* Más ordenado y facilita la intervención de todos los participantes. *Desventaja:* Pierde espontaneidad y el debate adquiere mayor rigidez.

Entre estas dos fórmulas existen formas intermedias, que suelen ser muy eficaces. Es importante que el formador intervenga solamente en determinadas ocasiones.

3.- *Fase de síntesis.* Concluir el debate, animando a los participantes a que enuncien con claridad las conclusiones más relevantes.

Existen una serie de *técnicas fundamentales para moderar la discusión*, es decir para conducir inicialmente la discusión, incitar a participar, estimular a los tímidos y pasivos, moderar a los precipitados y apasionados, interrumpir las disputas estériles, reconducir el debate, etc.

- *Preguntas eco.* Se le devuelve la pregunta al mismo individuo que la ha realizado.

- *Preguntas rebote.* Se devuelve la pregunta a otro miembro del grupo.

- *Preguntas reflector.* Se devuelve la pregunta a todo el grupo.

- *Preguntas indirectas.* Cuando se observa a un participante que interviene poco o no interviene, se puede hacer alguna pregunta al grupo sobre un tema que de antemano se sepa que él conoce bien o en el que es experto.

- *Uso de la mirada.* La mirada puede ser un importante apoyo para el formador si sabe utilizarla adecuadamente.

- *Preguntas personales directas.* Si las preguntas indirectas o las miradas no dan resultado, se puede recurrir a las preguntas personales directas.

- *Preguntas directas al grupo.* Las preguntas directas pueden ser realizadas a todo el grupo.

- *Invitación directa a participar.* En ocasiones hay que pedirle directamente a alguien que participe, cuando se ha visto que todo lo demás que se ha intentado para que lo haga, ha fracasado.

- *Recuerdo de preguntas anteriores.* Volver a preguntas que se habían formulado con anterioridad, puede ayudar a reconducir un tema que se ha desviado.

- *Análisis comentado de la situación.* De vez en cuando es conveniente hacer un análisis de lo que está ocurriendo en el debate y comentarlo brevemente con el grupo.

Es importante, no influir en las respuestas de los participantes, para ello las preguntas que se hagan deben ser neutrales. No se debe cambiar de un tema a otro y es importante profundizar para obtener respuestas detalladas con preguntas del tipo: “¿por qué?”, “¿cómo te sentiste cuando pasó eso?”, “¿qué piensas sobre esa situación?”, etc. No es necesario hablar constantemente, las pausas y silencios facilitan que surjan nuevas ideas o matices. Es importante, utilizar un tono amistoso, el lenguaje local y conocer las costumbres locales.

Algunos *tipos de preguntas* que pueden ser dirigidas al grupo son:

- *Preguntas sobre hechos que son cerradas* y ocasionan respuestas limitadas. Por ejemplo, “¿usas condones con los clientes?”, “¿en alguna ocasión has compartido jeringuillas?”. Son útiles para recabar informaciones sobre las que construir preguntas posteriores.

- *Preguntas de opinión que son abiertas* e invitan a explorar más profundamente los distintos temas. Por ejemplo, “¿qué influye en tu decisión de usar o no usar condones con los clientes?”, “¿qué influye en tu decisión de compartir o no compartir jeringuillas?”.

- *Preguntas que aclaran la representatividad* ya que el formador puede no estar seguro de lo que le han dicho, o pensar que el participante se ha olvidado algo. En este caso se deben hacer preguntas que aclaran la pregunta previa. Se parecen a las de opinión en el sentido de que estimulan que se diga más sobre el tema. Por ejemplo, una UDI dice: “no uso condones porque me dan más dinero si no los uso...”, “¿hay alguna otra razón por la que no uses el condón?”, “sí, cuando voy muy ciega”.

- *Preguntas que valoran la representatividad* para establecer si la conducta o actividades descritas por el participante son típicas de su experiencia o de la de otras personas. Por ejemplo, “¿siempre haces eso cuando vas ciega?”, “¿con qué frecuencia ocurre eso?”, “¿otras también lo hacen cuando van ciegas?”, etc.

- *Preguntas hipotéticas* que se enuncian de la siguiente manera: “¿qué pasaría si?”, “supongamos que...”, “imagínate que...” Son útiles cuando se investiga la viabilidad de implementar intervenciones.

- *Preguntas organizativas y comparativas* sobre hechos, opinión o hipotéticas que permiten valorar la importancia de algo o contrastar y comparar cosas diferentes. Por ejemplo, “¿díme de más a menos qué personas hay que contactar para tener acceso a ese chutadero?” (organizadora) o “¿cuál es la forma más barata de usar heroína: fumada o inyectada?” (comparativa).

- *Preguntas de sondeo* que es una técnica para estimular al usuario a dar más información. Por ejemplo:

Formador: ¿Dónde compras jeringuillas?.

UDI: En la farmacia.

Silencio 5” (sondeo silencioso).

UDI: Es cerca de mi casa...

Formador: Mmmmmh (sondeo vocal).

UDI: Algunas veces también compro plata.

Formador: ¿Para qué? (sondeo específico).

.- Preguntas generadoras para introducir temas, debe hacerse con moderación o en las últimas etapas de la conversación. Por ejemplo:

Formador: “Me puedes explicar algo más sobre... a qué te refieres cuando dices...” (clarificación).

Formador: “Juan dice que primero pilla la chuta... ¿Luisa y tú cómo lo hacéis?” (reorientación).

PROCEDIMIENTO DE LA DISCUSIÓN DIRIGIDA: 3 FASES

- 1.- Determinar de forma clara y concisa el objetivo a alcanzar y el tema de discusión.
- 2.- Iniciar la discusión, utilizando cualquiera de las dos fórmulas básicas de discusiones dirigidas: discusión abierta o discusión escalonada.
- 3.- Concluir el debate, animando a los participantes a que enuncien con claridad las conclusiones más relevantes.

Técnicas para moderar la discusión: preguntas eco, preguntas rebote, pregunta reflector, preguntas indirectas, uso de la mirada, preguntas personales directas, preguntas directas al grupo, invitación directa a participar, recuerdo de preguntas anteriores, análisis comentado de la situación.

Tipos de preguntas: preguntas sobre hechos que son cerradas, preguntas de opinión que son abiertas, preguntas que aclaran la representatividad, preguntas que valoran la representatividad, preguntas hipotéticas, preguntas organizativas y comparativas, preguntas de sondeo, preguntas generadoras.

3.6.- PANEL DE EXPERTOS

Consiste en que varios expertos aborden un tema, con la posibilidad de participación de un grupo que observa y escucha en una primera parte, y luego participa opinando y preguntando.

El panel de expertos se divide básicamente en *dos fases*:

- 1.- *Fase de debate de los miembros del panel.* Los componentes de la mesa debaten sobre el tema previsto.
- 2.- *Fase de participación del grupo.* Los asistentes al panel de discusión pueden realizar preguntas y aportar opiniones.

Existen *variaciones* de esta técnica, quedando el debate abierto desde el comienzo a todos los participantes, o intercalando las intervenciones de los expertos con las de éstos.

PROCEDIMIENTO DEL PANEL DE EXPERTOS: 2 FASES

- 1.- Fase de debate de los miembros del panel.
- 2.- Fase de participación del grupo.

3.7.- PANEL DE DISCUSIÓN

El *objetivo* fundamental es que un grupo de usuarios de drogas, en el papel de expertos, dialogan entre sí, exponiendo sus ideas y puntos de vista ante un auditorio, sobre un tema concreto. El panel de discusión se divide básicamente en *cuatro fases*:

1.- *Preparación.* El formador ordena previamente con el grupo de consumidores de drogas, que adoptará el papel de expertos, la discusión y las partes que se han de tratar.

2.- *Presentación y desarrollo.* Seguidamente presenta el tema y a los usuarios de drogas “expertos”. Durante el diálogo, el formador puede intervenir, preguntando o animando al grupo, pero no debe opinar.

3.- *Resumen de las ideas principales.* Después de un tiempo prudencial de discusión, cada persona “experta” resume su idea principal.

4.- *Conclusiones.* Al final, se resumen las ideas y conclusiones, se favorece la participación del auditorio para que pregunten o expresen su opinión. Antes de este momento, y durante la discusión, el auditorio debe abstenerse de opinar.

PROCEDIMIENTO DEL PANEL DE DISCUSIÓN: 4 FASES

- 1.- Preparación del panel de discusión.
- 2.- Presentación del tema y de los usuarios de drogas “expertos” y exposición del tema.
- 3.- Cada persona “experta” resume su idea principal.
- 4.- Participación del auditorio y resumen de las ideas y conclusiones.

3.8.- PANEL INTEGRADO

Los *objetivos* fundamentales de esta técnica son el estudio y análisis de un tema concreto, a través de la participación activa del grupo, y el intercambio de opiniones.

El procedimiento del panel integrado se divide básicamente en *cinco fases*:

1.- *Formación de subgrupos.* Cada una de las personas del grupo debe participar en dos subgrupos distintos. Para ello reciben una ficha con una figura geométrica y un número. Las figuras geométricas son el distintivo del primer grupo que deben formar y los números del segundo grupo. Se reparten, por tanto, las mismas figuras y los mismos números tantas veces como grupos haya. Los subgrupos deben tener igual número de personas (de 3 a 6).

2.- *Formación de los primeros subgrupos.* Deben estar en el mismo subgrupo las personas que tienen la misma figura geométrica.

3.- *Fase de discusión.* Cada subgrupo discute el tema propuesto. Todos los participantes deben tomar nota de lo dicho por escrito.

4.- *Formación de los segundos subgrupos.* Posteriormente, las personas que tienen el mismo número forman equipos nuevos. En estos equipos, cada uno expone lo dicho en su

grupo y a partir de ello continúan la discusión. Un representante del subgrupo hace de secretario, tomando nota de las conclusiones, ideas o decisiones finales.

5.- *Fase de síntesis.* Finalmente se pone en común lo dicho en los subgrupos formados con números y se extraen conclusiones.

PROCEDIMIENTO DEL PANEL INTEGRADO: 5 FASES

- 1.- Formación de subgrupos con igual número de personas (de 3 a 6) en función de una ficha con una figura geométrica y un número.
- 2.- Se forman subgrupos con personas que tienen la misma figura geométrica.
- 3.- Cada subgrupo discute el tema propuesto.
- 4.- Las personas que tienen el mismo número forman equipos nuevos para exponer lo dicho en su grupo anterior.
- 5.- Se pone en común lo dicho en los subgrupos formados con números y se extraen conclusiones.

3.9.- CONFRONTACIÓN

Confrontación se refiere al hecho de colocar a una o varias personas en presencia de otra u otras, con el objeto de compartir opiniones y creencias sobre un determinado tema que serán analizadas en función de los objetivos. Existen distintos tipos de confrontaciones por sexos, por edades, por ideas, etc. Esta técnica es muy válida para fomentar la comunicación entre los distintos grupos de personas. En particular, consiste en el estudio de los distintos puntos de vista y acuerdos que existen a la hora de relacionarse las personas y en la búsqueda de posibles soluciones. La confrontación conlleva 8 fases:

1.- *Dividir el grupo.* El grupo se divide en dos subgrupos según el sexo (hombres-mujeres), la edad (jóvenes-adultos) o determinada opinión sobre un tema (unos están de acuerdo con la utilización del preservativo mientras otros rechazan esta idea).

2.- *Dar las instrucciones en cada grupo.* Determinar de forma clara y concisa el objetivo a alcanzar y el tema de la confrontación.

3.- *Elaborar preguntas.* En cada subgrupo se elaboran preguntas orientadas a las personas del otro grupo.

4.- *Intercambiar preguntas.* Los dos subgrupos se colocan uno enfrente del otro y un portavoz de uno de ellos expone la primera pregunta para que sea respondida verbalmente por los participantes del otro subgrupo y viceversa, hasta que se realice todo el intercambio de preguntas. Inicialmente, las preguntas se responden espontáneamente, aunque en algunos casos se pedirá explícitamente que todos los participantes aporten alguna opinión. Si se detectaran dificultades para ser contestadas, los subgrupos pueden responderlas de forma escrita.

5.- *Analizar las dificultades y puntos de acuerdo.* Cada uno de los subgrupos analiza las dificultades que tienen para comunicarse con el otro grupo o aquellos aspectos de la comunicación que merecen ser analizados.

6.- *Intercambiar opiniones.* Se realiza la puesta en común a través de los portavoces y se establece un intercambio de opiniones entre ambos grupos, mientras se anotan en la pizarra aquellos elementos que, según cada grupo, dificultan la comunicación entre ellos.

7.- *Elaborar alternativas.* De nuevo se reúne cada subgrupo y buscan alternativas que faciliten la resolución de estos problemas.

8.- *Extraer conclusiones.* A continuación, se pone en común las alternativas planteadas en cada subgrupo y se extraen conclusiones.

PROCEDIMIENTO DE LA CONFRONTACIÓN: 8 FASES

- 1.- Se divide el grupo en función del sexo, la edad o la opinión sobre un tema, etc.
- 2.- El formador da las instrucciones en cada subgrupo.
- 3.- Cada subgrupo elabora preguntas orientadas a las personas del otro subgrupo.
- 4.- Se realiza el intercambio de preguntas entre los dos subgrupos.
- 5.- Se analizan en cada subgrupo los puntos de acuerdo y las dificultades que han tenido para comunicarse.
- 6.- Se establece un intercambio de opiniones entre todos los participantes del grupo.
- 7.- De nuevo, cada subgrupo elabora una lista de alternativas ante dichas dificultades.
- 8.- A continuación, se pone en común y se extraen conclusiones.

3.10.- BARÓMETRO DE VALORES

Los participantes han de definirse ante una proposición dada, que conlleva un juicio de valor. Las posturas deben ser “a favor” o “en contra”, excluyéndose la neutralidad.

El barómetro de valores se desarrolla en 5 fases:

1.- *Fase de exposición.* Primeramente se enuncian las proposiciones que van a ser debatidas, teniéndose que posicionar cada uno de los participantes a favor o en contra.

2.- *Fase de elaboración de argumentos.* El subgrupo de participantes que estén “a favor” elaborarán razones por las que han adoptado esta postura y el subgrupo que esté “en contra” elaborará razones correspondientes a su postura.

3.- *Fase de exposición de los argumentos.* A través de los portavoces se enunciarán las razones elaboradas por cada uno de los subgrupos.

4.- *Fase de discusión.* Ambos grupos discutirán cada una de estas razones, dándose la posibilidad de cambiar de posición, así como de realizar propuestas de reformulación, que posibiliten un mayor consenso.

5.- *Fase de síntesis.* El grupo extrae las conclusiones más relevantes y el formador realiza la síntesis de la dinámica.

PROCEDIMIENTO DEL BARÓMETRO DE VALORES: 5 FASES

- 1.- Fase de exposición de las proposiciones que van a ser debatidas, teniéndose que posicionar cada uno de los participantes a favor o en contra.
- 2.- Fase de elaboración de argumentos en cada subgrupo.
- 3.- Fase de exposición de los argumentos.
- 4.- Fase de discusión.
- 5.- Fase de síntesis.

3.11.- ENTREVISTA COLECTIVA

Consiste en que varios consumidores de drogas entrevistan a una persona experta, en presencia del grupo, que actúa como observador.

La entrevista colectiva se desarrolla en 6 fases:

- 1.- *Fase de preparación.* El grupo prepara la entrevista, es decir prepara una lista de preguntas sobre el tema elegido, a través de una tormenta de ideas.
- 2.- *Fase de selección.* Se eligen los usuarios de drogas para realizar la entrevista. Estas personas preparan su papel con la ayuda del formador.
- 3.- *Fase de presentación de la entrevista:*
 - A la hora de hacer la entrevista, la persona experta, el formador, y las personas entrevistadoras se colocarán frente a la clase.
 - El formador presenta tanto a la persona experta como el tema que se va a tratar.
- 4.- *Fase de formulación de preguntas.* A continuación, los consumidores de drogas harán las preguntas elaboradas a la persona experta para que las conteste, mientras que el resto del grupo debe ir tomando notas a lo largo de la entrevista.
- 5.- *Fase de síntesis.* Se termina la entrevista haciendo un breve resumen.
- 6.- *Fase de coloquio.* Finalmente, se extenderá el dialogo al público, entablando un coloquio.

PROCEDIMIENTO DE LA ENTREVISTA COLECTIVA: 6 FASES

- 1.- Fase de preparación. El grupo prepara la entrevista.
- 2.- Fase de selección. Se eligen los usuarios de drogas para realizar la entrevista.
- 3.- Fase de presentación de la entrevista.
- 4.- Fase de formulación de preguntas.
- 5.- Fase de síntesis.
- 6.- Fase de coloquio final.

3.12.- CLARIFICACIÓN DE VALORES

La decisión de introducir cambios en los estilos de vida requiere a menudo un proceso de clarificación de valores que lleva implícito reflexión y clarificación.

La clarificación de valores es un método educativo creado por Raths, Harmin y Simons⁶⁸ destinado a ayudar a los formadores a clarificar, identificar y examinar los valores significativos inherentes a sus decisiones en relación a sus prácticas o hábitos relacionados con la salud o la enfermedad.

Siguiendo la descripción de Costa y López¹, la clarificación de valores conlleva la consecución de diversos *objetivos*, cada uno de los cuales implica una serie de *fases*:

A) *Tomar conciencia del propio sistema de valores con relación a una serie de prácticas relacionadas con la salud: Parrilla de valores.*

1.- Identificar elecciones específicas relacionadas con la salud. En el caso de la salud sexual: hacer el amor sin preservativo, utilizar el preservativo en las relaciones sexuales, si no hay preservativo demorar la relación a otro momento, tener relaciones sexuales absteniéndose del coito, etc. En el caso del consumo de drogas inyectables: inyectarse con una jeringuilla prestada por un amigo, con una jeringuilla prestada y lavada previamente, con una nueva, si no hay ningún tipo de jeringuilla demorar el consumo a otro momento, fumar la droga, etc.

2.- Responder a cada una de las siguientes preguntas que corresponden a los pasos de un proceso de clarificación de valores: 1. ¿Estás de acuerdo con esa actividad?. 2. ¿Has tenido ocasión de practicarla o has pensado en practicarla?. 3. ¿Has adoptado esa práctica repetidamente y con consistencia?. 4. ¿Has comentado a alguien que la practicas o que piensas hacerlo?. 5. ¿A cuántas personas se lo has comentado?. 6. ¿La has elegido entre otras alternativas que tenías presente?. 7. ¿Mantienes esa posición después de una consideración meditada de los pros y contras y de las consecuencias que puede tener en tu vida?. 8. ¿Has elegido esa actividad libremente?. Si las respuestas son afirmativas pueden marcarse en la columna correspondiente. La red individual resultante puede compartirse y cumplimentarse de nuevo en períodos posteriores, con el objetivo de valorar los cambios de la misma.

Los valores son más firmes respecto a determinadas prácticas si las personas: a) están de acuerdo con dicha práctica de salud; b) si está dispuesto a comunicarlo a otros con firmeza; c) si las elecciones han sido firmes, seleccionadas de entre otras alternativas y fruto de una meditación cuidadosa; d) si es consistente y coherente con su práctica y repetición; e) si todas las columnas correspondientes a la práctica están cumplimentadas positivamente. No obstante, pueden existir contradicciones de un valor que pueden ser objeto de discusión y clarificación.

FIGURA: RED DE VALORES

Elecciones de conducta	1	2	3	4	5	6	7	8
Hacer el amor sin preservativo								
Utilizar el preservativo								
Abstenerse o demorar la relación a otro momento								
Mantener relaciones sexuales, absteniéndose del coito								

B) Elegir una opción de entre otras alternativas posibles: Red de alternativas.

1.- Se presenta a los participantes una situación y se les invita a pensar individualmente y escribir brevemente qué harían en esa situación. Por ejemplo: “estoy muy excitado, a punto de tener una relación sexual y no tengo ningún preservativo a mano”, “soy seropositivo y tengo posibilidades de mantener relaciones sexuales con una persona”, “tengo heroína y sólo tengo una jeringuilla que me la ha prestado un amigo”. La columna de las alternativas más realistas sólo debe ser cumplimentada únicamente después de la discusión en grupo.

2.- En el grupo o en los subgrupos se puede desarrollar una lista de alternativas combinando sus listas individuales y añadiendo cualquier otra alternativa generada en el marco del grupo, a través de un brainstorming.

3.- Finalmente, se deben elegir las dos o tres alternativas mejores. No es necesario que lleguen a estar todos de acuerdo.

FIGURA: RED DE ALTERNATIVAS

Alternativas	Las más deseables	Las más realistas	Merecen considerarse	Son rechazables	Las mejores

C) Anticipar y valorar las consecuencias que siguen a determinadas elecciones de conducta: Parrilla de consecuencias.

1.- Se presentan situaciones-problema en las que se plantean diferentes alternativas u opciones de respuesta. La presentación de estas situaciones puede hacerse por escrito, con ayuda de filmaciones o a través de viñetas gráficas. Por ejemplo, una pareja que está a punto de tener relaciones sexuales o una pareja que está a punto de compartir una jeringuilla.

2.- Se cumplimenta individualmente o por grupos la parrilla de consecuencias de las diferentes alternativas siguiendo el método denominado brainstorming.

3.- Reevaluación, individualmente o en grupo, de las alternativas, una vez consideradas y valoradas las consecuencias.

FIGURA: PARRILLA DE CONSECUENCIAS

ALTERNATIVAS	CONSECUENCIAS
1ª: Hacer el amor sin preservativo.	
2ª: Hablar de la necesidad de protección y si se dispone de preservativo, utilizarlo.	
3ª: Hablar de la necesidad de protección y si no se dispone de preservativo, abstenerse del coito y demorar la relación a otro momento.	
4ª: Hablar de la necesidad de protección y si no se dispone de preservativo, adoptar conductas sexuales de no riesgo.	

D) Establecer un patrón consistente, elegido libremente, de prácticas saludables: Parrilla de actividades.

1.- Se seleccionan varias actividades que habitualmente los participantes hagan en su vida cotidiana. En el caso de la salud sexual: tener relaciones sexuales con la pareja estable sin preservativo, tener relaciones sexuales esporádicas con preservativo, tener relaciones sexuales con un amigo sin preservativo, etc.

2.- Cada uno de los participantes deberá consignar si cada una de las actividades es valorada de riesgo o saludable, si se realiza por obligación, si es una rutina o un hábito adquirido sin que haya mediado una decisión libre por su parte o si es una actividad elegida libremente por él, y si desea persistir en esa actividad o desea introducir un cambio.

3.- Una vez que se ha cumplimentado la “parrilla de actividades”, se discute en el grupo o en pequeños grupos y se debe elegir aquellas actividades de riesgo que desean cambiar porque se sienten especialmente insatisfechos, y aquellas otras actividades, sean o no de su repertorio personal, que desean adquirir y desarrollar. Si este trabajo se realiza en subgrupos, las conclusiones se llevan al grupo global.

FIGURA: PARRILLA DE ACTIVIDADES

Actividades	De Riesgo	De Salud	Se hace por			Objetivos	
			Obligación	Hábito	Libre	Persiste	Cambio

E) Facilitar la toma de decisiones en relación con las prácticas de salud:

- 1.- Recoger información.
- 2.- Clarificar los propios valores: Red de valores (pág. 72).
- 3.- Explorar alternativas: Red de alternativas (pág. 72).
- 4.- Explorar consecuencias: Parrilla de consecuencias (pág. 73).
- 5.- Explorar sentimientos y elección: Parrilla de actividades (pág. 74).
- 6.- Eliminar obstáculos. Para ello se confecciona una lista de todas las barreras reales o percibidas, así como de los pasos que se podrían dar y que les ayudarían a eliminar los obstáculos. Esta tarea puede ser realizada individualmente o en grupos.

F) Sensibilizar con respecto a la responsabilidad que se asume por el hecho de comportarse de una determinada manera:

1.- Se selecciona una narración o descripción de una situación en la que existe un conflicto de valor y se ha de elegir entre dos alternativas con implicaciones éticas. “Pedro y Ana son dos personas que se conocen desde hace un año, mantienen relaciones sexuales esporádicamente. Pedro supo que estaba infectado por el virus VIH, pero continuó manteniendo relaciones sexuales con Ana, algunas de las cuales eran sin protección. No comenta nada a Ana por temor a que ella le rechace. Dado que las relaciones eran esporádicas piensa que es improbable que ella se infecte. Ana al final quedó infectada”.

2.- Se realiza una discusión en el grupo con preguntas tales como si alguno de los protagonistas de esta historia cometió algún error, cuál, a quién es imputable, cuál es la responsabilidad que contraen, etc. para extraer las conclusiones en relación con los valores implicados y la responsabilidad individual y colectiva.

PROCEDIMIENTO DE LA CLARIFICACIÓN DE VALORES: 6 OBJETIVOS

A) Tomar conciencia del propio sistema de valores con relación a una serie de prácticas relacionadas con la salud: Parrilla de valores.

- 1.- Identificar elecciones específicas relacionadas con la salud sexual.
- 2.- Responder a una serie de preguntas para facilitar la clarificación de valores y con las respuestas afirmativas se construye la parrilla de valores.

B) Elegir una opción de entre otras alternativas posibles: Red de alternativas.

- 1.- Se presenta a los participantes una situación y se les invita a pensar individualmente y escribir brevemente qué harían en esta situación dada.
- 2.- En el grupo o en subgrupos se desarrolla una lista de alternativas combinando las listas individuales y añadiendo las alternativas generadas en el marco del grupo
- 3.- Finalmente, se deben elegir las tres alternativas mejores.

C) Anticipar y valorar las consecuencias que siguen a determinadas elecciones de conducta: Parrilla de consecuencias.

- 1.- Se presentan situaciones-problema en las que se plantean diferentes alternativas u opciones de respuesta.
- 2.- Se cumplimenta individualmente o por grupos la parrilla de consecuencias de las diferentes alternativas siguiendo el método denominado brainstorming.
- 3.- Reevaluación, individualmente o en grupo, de las alternativas, una vez consideradas y valoradas las consecuencias.

D) Establecer un patrón consistente, elegido libremente, de prácticas saludables: Parrilla de actividades.

- 1.- Se seleccionan varias actividades que habitualmente los participantes hagan en su vida cotidiana.
- 2.- Cada uno de los participantes deberá contestar a cada una de las preguntas de la parrilla de actividades.
- 3.- Se discute en el grupo o en subgrupos y se deben elegir las actividades de riesgo que desean cambiar porque se sienten especialmente insatisfechos, y aquellas otras actividades, sean o no de su repertorio personal, que desean adquirir y desarrollar.

E) Facilitar la toma de decisiones en relación con las prácticas de salud.

- 1.- Recoger información.
- 2.- Clarificar los propios valores: Red de valores.
- 3.- Explorar alternativas: Red de alternativas.
- 4.- Explorar consecuencias: Parrilla de consecuencias.
- 5.- Explorar sentimientos y elección: Parrilla de actividades.
- 6.- Eliminar obstáculos.

F) *Sensibilizar con respecto a la responsabilidad que se asume por el hecho de comportarse de una determinada manera.*

- 1.- Se selecciona una narración o descripción de una situación en la que existe un conflicto de valor y se ha de elegir entre dos alternativas con implicaciones éticas.
- 2.- Se discute en el grupo la actuación de los protagonistas de la historia.

A continuación, se van a describir algunas técnicas que siguen un procedimiento muy similar al de la clarificación de valores y que son muy útiles en el área de la salud.

3.13.- ESTUDIO DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN UNA CONDUCTA

Consiste en analizar los factores que nos conducen a adoptar una decisión determinada. Esta técnica se utiliza para incidir en el desarrollo de habilidades que permiten a la población de usuarios de drogas a ser más reflexiva con sus conductas de consumo y sexuales.

Cuatro fases se deben tener en cuenta en esta técnica:

- 1.- *Fase de exposición.* Se presenta una situación concreta. Por ejemplo, una pareja estable que mantiene relaciones sexuales sin preservativo o que comparte jeringuillas.
- 2.- *Fase de análisis de los factores.* En subgrupos deben analizar todos los factores que hay que tener en cuenta ante esa situación o conducta.
- 3.- *Fase de exposición y discusión de ideas.* A través de los portavoces de los grupos se exponen las ideas elaboradas en los subgrupos, se anotan en la pizarra y se discuten.
- 4.- *Fase de síntesis.* Se extraen conclusiones, recalando, por parte del formador la necesidad de tener en cuenta todos los factores implicados en la toma de decisiones.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN UNA CONDUCTA: 4 FASES

- 1.- Fase de exposición de una situación concreta.
- 2.- Fase de análisis de los factores implicados en la situación o conducta.
- 3.- Fase de exposición y discusión de las ideas.
- 4.- Fase de síntesis.

3.14.- ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS DE UNA CONDUCTA

Consiste en analizar las consecuencias derivadas de una conducta, tanto de forma inmediata como a largo plazo.

Esta técnica se divide en 4 fases:

- 1.- *Fase de exposición.* Se presenta al grupo una situación o conducta dada.
- 2.- *Fase de análisis de las consecuencias.* Se forman 4 subgrupos. Un grupo se encarga de estudiar las consecuencias inmediatas a las que dará lugar la situación o conducta presentada, otro las de a corto plazo, otro las de a medio plazo y, el último, las de a largo plazo.
- 3.- *Fase de exposición de las ideas.* A través de los portavoces de los grupos se exponen las ideas elaboradas en cada uno de los subgrupos, mientras se anotan en la pizarra.
- 4.- *Fase de discusión y síntesis.* Se realiza una puesta en común con preguntas tales como: “¿es fácil ver las consecuencias de esta acción?”, “¿quiénes deben preocuparse por sus consecuencias?”, “¿sobre quiénes tiene consecuencias este acto?”, “¿son importantes las consecuencias a largo plazo?”, “¿las de a medio?”, “¿las de a corto?”, “¿y las inmediatas?”. El formador termina haciendo una síntesis de lo expuesto a lo largo de la dinámica.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO DE LAS CONSECUENCIAS DE UNA CONDUCTA: 4 FASES

- 1.- Fase de exposición de una situación o conducta dada.
- 2.- Fase de análisis de las consecuencias inmediatas, a corto, a medio y a largo plazo de la situación o conducta presentada en cada uno de los subgrupos.
- 3.- Fase de exposición de las ideas.
- 4.- Fase de discusión y síntesis.

3.15.- VIÑETAS SITUACIONALES (OBSTÁCULOS-ALTERNATIVAS)

A partir de múltiples enunciados sobre situaciones concretas, útiles y realistas creados por los participantes (por ejemplo, tener una dosis de heroína para dos personas y una sola jeringa, la farmacia está lejos y uno de ellos se encuentra de “mono”), el ejercicio consiste en identificar todos los pasos relacionados con la situación que se plantea, los obstáculos que se pueden encontrar y las alternativas posibles para reducir riesgos.

Se aconseja, con esta metodología, crear un “banco” de situaciones de manera que puedan ser aprovechadas en otros talleres.

La experiencia en los TCMR es trabajar con tres viñetas situacionales (tres situaciones diferentes) con subgrupos de tres o cuatro personas. También puede ser un mismo enunciado para todos los subgrupos. El tiempo aproximado para realizar el ejercicio es de 20 minutos.

Una vez terminado, es importante revisar conjuntamente los pasos seguidos en cada situación e iniciar un diálogo sobre los obstáculos que pueden aparecer y terminar consensuando las posibles alternativas.

PROCEDIMIENTO DE LAS VIÑETAS SITUACIONALES: 4 FASES

- 1.- Selección de las viñetas situacionales y repartición en subgrupos.
- 2.- Realización del ejercicio.
- 3.- Revisar conjuntamente los pasos de la situación planteada.
- 4.- Iniciar un diálogo sobre los obstáculos y consensuar posibles alternativas.

3.16.- TARJETAS INTERACTIVAS DE PREVENCIÓN

Tras la realización de algunos “Talleres de Consumo de Menos Riesgo” donde se trabajaba con preguntas con respuesta múltiple que representaban situaciones de riesgo, definidas por los usuarios, nos dimos cuenta que la lectura para algunos de los participantes era muy difícil (idiomas diferentes, analfabetismo), lo que provocaba un entecimiento de la actividad. Decidimos sustituir el texto por dibujos (también es posible hacerlo con fotos).

La dinámica consiste en dividir al grupo en 2-3 subgrupos y repartir a cada uno de ellos varias tarjetas con dibujos que simulan acciones en relación al consumo de drogas (coger agua de un charco, prestar la jeringa, pincharse en el cuello, etc.). El número de tarjetas entregadas depende del número de participantes (mínimo una por persona).

Cada subgrupo debe relacionar las tarjetas con cada uno de los paneles que se colocarán a la vista de todos los participantes. En estos paneles existen diferentes enunciados: mayor riesgo, menor riesgo, sin riesgo y no se sabe.

Cada miembro del subgrupo o el portavoz del mismo deberá colocar cada tarjeta en uno de los paneles argumentando el por qué de su decisión. A continuación, se inicia una discusión de todo el grupo con el objetivo de clarificar la situación.

PROCEDIMIENTO DE LAS TARJETAS INTERACTIVAS DE PREVENCIÓN: 4 FASES

- 1.- Repartir las tarjetas entre los participantes.
- 2.- Discusión en subgrupos sobre su colocación en los paneles.
- 3.- Colocación de la tarjeta en cada panel y su argumentación.
- 4.- Discusión en grupo sobre la colocación de la tarjeta hasta llegar a un consenso.

3.17.- ENTRENAMIENTO EN TOMA DE DECISIONES

El entrenamiento en la toma de decisiones es una estrategia que permite a las personas contrarrestar la presión del grupo cuando ésta constituye un factor de riesgo para la salud¹. Esta técnica trata de clarificar cuál es la naturaleza real de muchas de las decisiones que se adoptan en relación con las prácticas de salud y de riesgo, y cuál es la influencia que corresponde, en esas decisiones, a la presión social y del grupo de iguales y cuál a los criterios personales. Esta técnica también ayuda a los individuos a reorientar sus estilos de vida y a tomar decisiones consistentes sobre bases y criterios sólidos y personales.

Este entrenamiento en toma de decisiones conlleva *tres objetivos*:

A) Comprender la naturaleza de la toma de decisiones:

1.- Identificación de situaciones críticas para la toma de decisiones, a través del brainstorming o Phillips 66. Por ejemplo, qué situaciones son problemáticas a la hora de utilizar el preservativo o a la hora de compartir jeringuillas.

2.- Clarificación de la naturaleza de la toma de decisiones. Para ello se elaborará un guión con una de las situaciones problemáticas descritas, se simula o representa la situación, se entabla un debate con el grupo y se extraen las conclusiones pertinentes.

B) Tomar una decisión personal:

1.- Conocer qué alternativas tenemos a nuestra disposición. Se trata de determinar, por ejemplo a través de la estrategia de “investigación de alternativas” descrita anteriormente, qué opciones diferentes existen frente a la de adaptarse al grupo sin más también pueden estudiarse formas diferentes de adaptarse al grupo.

2.- Valorar costes y beneficios de cada alternativa. Una decisión racional debe tener en cuenta las consecuencias de la decisión misma, sopesando los costes y beneficios que se derivan de la elección de una determinada alternativa. Para ello: a) discriminar cuándo está bien hacer lo que dice el grupo y cuándo no; b) recoger información y conocer los datos sobre posibles efectos o resultados de la elección.

3.- Analizar las consecuencias de cada opción según costes/beneficios.

4.- A través de una discusión dirigida sobre lo descrito en la parrilla de análisis de consecuencias se puede ayudar a tomar una decisión.

FIGURA: PARRILLA DE ANÁLISIS DE CONSECUENCIAS

Consecuencias de mantener relaciones sexuales sin preservativo	Costes		Beneficios	
	Inmediatos	Diferidos	Inmediatos	Diferidos
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

C) Defender la propia decisión y llevarla a la práctica. Para ello es necesario:

1.- Disponer de cierta capacidad de ir contracorriente cuando es necesario. Ir en contra de una norma social en una situación requiere un nivel elevado de competencia social. El quid de la cuestión es ser capaces de decir que no, si se considera justo, pero sin necesidad de ofender, y seguir siendo aceptados por el grupo.

2.- Se seleccionan situaciones críticas de presión de grupo y en las que la opción alternativa que se plantea es decir no.

3.- A fin de poder graduar la dificultad de la presión de grupo es conveniente que cada situación vaya acompañada de una lista de frases o ayudas para la persuasión.

4.- Dramatización de situaciones en las que se trata de ensayar la habilidad de decir no de forma adecuada a determinadas proposiciones.

5.- Debate. Una vez terminada la dramatización conviene pasar a debatir la importancia e implicaciones de la habilidad aprendida preguntando cómo se sintieron y si encontraron modos útiles de decir no sin ofender.

6.- Ensayos en la vida real. El formador anima a los participantes a que ensayen en situaciones de la vida real.

7.- Seguimiento. El formador mantiene periódicamente controles para animar la práctica y el mantenimiento del aprendizaje.

PROCEDIMIENTO DEL ENTRENAMIENTO EN TOMA DE DECISIONES: 3 FASES

A) Comprender la naturaleza de la toma de decisiones:

- 1.- Identificación de situaciones críticas para la toma de decisiones.
- 2.- Clarificación de la naturaleza de la toma de decisiones.

B) Tomar una decisión personal:

- 1.- Conocer qué alternativas tenemos a nuestra disposición.
- 2.- Valorar costes y beneficios de cada alternativa.
- 3.- Analizar las consecuencias de cada opción según costes/beneficios.
- 4.- Tomar una decisión.

C) Defender la propia decisión y llevarla a la práctica:

- 1.- Disponer de cierta capacidad de ir contracorriente cuando es necesario: ser capaces de decir no.
- 2.- Se seleccionan situaciones críticas de presión de grupo y en las que la opción alternativa que se plantea es decir no.
- 3.- Es conveniente que cada situación vaya acompañada de una lista de frases o ayudas para la persuasión.
- 4.- Dramatización para ensayar la habilidad de decir no a determinadas proposiciones.
- 5.- Debate.
- 6.- Ensayos en la vida real.
- 7.- Seguimientos.

3.18.- MODELAJE

Es uno de los procedimientos más utilizados para la capacitación y para la enseñanza de habilidades¹. A través del modelaje se ofrecen ejemplos prácticos de cómo hacer algo o cómo practicar una habilidad. A través de las demostraciones, por medio de películas o simulaciones reales se intenta facilitar determinadas acciones.

Por tanto, en los talleres, este método suele implicar el aprendizaje en una situación simulada o con simuladores. El simulador es un aparato o un dispositivo que permite reproducir de forma sencilla y fácil los efectos o condiciones de funcionamiento de algo. El entorno debe parecerse a una situación real donde el usuario aprende al realizar actividades o al manipular instrumentos que podría encontrarse en la vida real.

A través de esta técnica se puede aprender a poner un torniquete con una goma, a remontar una sobredosis con un maniquí concebido para realizar ejercicios de resucitación

cardiopulmonar, a meterse un pico con un brazo de inyección con venas donde circula agua con colorante, a poner un condón con objetos con forma fálica, etc. En los TSMS, los participantes entrenan la utilización correcta del preservativo en diversas situaciones que van desde las más sencillas hasta las que requieren mayor complejidad:

- 1.- Cada uno de los participantes en su propio asiento coloca el preservativo en un objeto similar al pene.
- 2.- Cada uno de los participantes se sienta en el centro del grupo para entrenar la colocación del preservativo.
- 3.- Se divide al grupo en parejas, que se van sentando en el centro del grupo, uno enfrente del otro, y mientras que uno de los miembros de la pareja sostiene el objeto similar al pene entre las piernas o con las manos, el otro miembro de la pareja coloca el preservativo.
- 4.- Estos diversos ejercicios se pueden realizar con los ojos vendados, con control del tiempo, etc.

La enseñanza de habilidades a través de las demostraciones sigue una secuencia de *cinco pasos* que puede ampliarse o abreviarse en función de la dificultad y complejidad de la habilidad que se va a enseñar y en función de la capacitación del grupo:

- 1.- *Preparación* que requiere la selección de las habilidades que van a ser objeto del modelaje y el condicionamiento de la puesta en escena. Conviene recordar que una demostración debe ser realista y debe ajustarse a los valores y cultura de la audiencia, a fin de que ésta pueda identificarse con la misma, dado que la técnica del modelaje se basa en el aprendizaje vicario.
- 2.- *Demostración* de la habilidad que debe ser correcta, visible y debe permitir explicar qué se está haciendo.
- 3.- *Repetición o ensayo de la demostración* por parte de algunos o de todos los participantes.
- 4.- *Provisión de feedback de la ejecución* que permite incentivar la práctica, subrayar las ejecuciones correctas, corregir errores y matizar aún más algunos pasos de la habilidad.
- 5.- *Sesiones prácticas de seguimiento* en las que se use la habilidad mostrada.

PROCEDIMIENTO DEL MODELAJE: 5 FASES

- 1.- Selección de las habilidades que van a ser objeto del modelaje y el condicionamiento de la puesta en escena.
- 2.- Demostración de la habilidad seleccionada.
- 3.- Repetición o ensayo de la demostración por parte de los participantes.
- 4.- Provisión de feedback de la ejecución.
- 5.- Sesiones prácticas de seguimiento en las que se use la habilidad mostrada.

3.19.- ROLE-PLAYING

Consiste en representar escenas de la vida real, adoptando cada participante alguno de los papeles que será analizado y evaluado. Esta técnica es dirigida por un formador que orienta la actuación, el análisis y la discusión.

Los *objetivos* de esta técnicas son:

- .- Desarrollar formas del saber hacer, habilidades de comunicación y negociación sobre todo a nivel de relación con otras personas.
- .- Modificar las creencias, actitudes y comportamientos que tienen las personas ante determinadas personas, grupos sociales o situaciones de la vida.
- .- Evaluar los posibles cambios actitudinales y comportamentales derivados de la aplicación de programas o tratamientos (ver capítulo 4, evaluación).

Algunas *ventajas* que se le asignan a esta técnica son¹:

- .- Una experiencia personal, aunque sea simulada y ensayada, puede afectar al cambio y al aprendizaje en mayor medida que otras técnicas como conferencias, brainstorming, panel integrado, grupo nominal, confrontación por sexos, etc.
- .- Permite dar y recibir información de una manera activa.
- .- Permite hablar, discutir y reflexionar sobre situaciones concretas, comportamientos, emociones, creencias que los miembros que ensayan y simulan las situaciones pueden experimentar en su vida diaria.
- .- Somete a comprobación determinadas alternativas de solución a un problema de salud.
- .- Aumenta la motivación.
- .- Facilita la comprensión de puntos de vista y comportamientos distintos a los que uno mismo defiende.
- .- Ayuda a clarificar los valores que existen en torno a las diferentes prácticas.

Hamilton⁶⁹ ha identificado *varias formas de utilizar el role-playing*:

En primer lugar, establece la diferencia en términos de *pasivo-activo*. Un individuo puede desempeñar un rol sólo al leer una descripción de un episodio social y cumplimentar un cuestionario sobre el tema expuesto; por otra parte, un persona puede desempeñar un rol al improvisar una caracterización y realizarla en frente de una audiencia. Según Hamilton, en relación a la forma, y teniendo en cuenta este *continuo de pasivo-activo* se pueden establecer *3 distinciones* analíticas importantes:

- 1.- *Role-playing imaginario o llevado a la práctica*. El individuo puede ser invitado simplemente a imaginar una situación o a realizarla.
- 2.- *Role-playing establecido bajo un guión o improvisado*. El individuo puede ser invitado a representar un papel bajo un guión que ha sido previamente elaborado o en otras ocasiones debe improvisar su actuación.

3.- *Role-playing comportamental o verbal*. Las actividades de los participantes pueden consistir en respuestas verbales o comportamentales que implican una actuación en toda regla.

Según las indicaciones de Cirigliano-Villaverde⁷⁰, Van Ments⁷¹ y Ubillos⁶¹, esta técnica se desarrolla en *tres fases*:

1.- Fase de preparación

Los formadores deben comenzar por cuestionarse cuáles son sus intenciones al utilizar el role-playing. Es importante definir claramente el objetivo de la representación, el momento que ha de representarse, la situación concreta que interesa ver para aclarar o comprender el problema del caso que se plantea. De acuerdo con ello se decidirá qué personajes se necesitan y el rol que jugará cada uno. Asimismo se deben tener en cuenta las posibles limitaciones exteriores que nos puedan condicionar el desarrollo de la sesión, como son:

- .- Habitación o espacio adecuado (tamaño, distribución, muebles, etc.).
- .- Tiempo insuficiente para el calentamiento, desarrollo del role-playing y el informe.
- .- Disponibilidad de ayudantes para que le ayuden a lo largo de la sesión.
- .- Colaboración inadecuada por parte de los participantes.

Después de esta preparación, el formador debe presentar el tema o problema, de forma limitada o extensa, dependiendo del grado de espontaneidad asignado al role-playing, y debe describir de forma detallada la técnica que se va a seguir.

Se divide al grupo en subgrupos para que elaboren escenas y elijan los personajes a representar. Entre los miembros del grupo se eligen de forma voluntaria los actores que se harán cargo de los papeles. Cada personaje puede recibir un nombre ficticio, lo cual reduce la implicación personal del intérprete. En algunos casos, la implicación personal es imprescindible para una adecuada realización del role-playing. No obstante, los papeles impopulares o inferiorizantes deben darse a personas seguras de sí, apreciadas, que no puedan verse eventualmente afectadas por el rol. Tampoco deben darse papeles semejantes a lo que el individuo es en la realidad (por ejemplo, no debe elegirse a un tímido para hacer el papel de tímido).

Los miembros aportan todos los datos posibles para describir y enriquecer la escena por representar, imaginando la situación, el momento, la conducta de los personajes, etc. Esto ayudará al encuadre de la escena y servirá como material para que los intérpretes improvisen un contexto significativo y lo más aproximado posible a la realidad.

De acuerdo con las necesidades se prepara el escenario de la acción, utilizando sólo los elementos indispensables, por lo común una mesa y sillas. Todo lo demás puede ser imaginado con una breve descripción. Desde nuestro punto de vista es más aconsejable, en relación a lo que se disponga en ese momento, enriquecer lo máximo posible la escena porque ayuda a la implicación de los observadores, a la interpretación y al análisis posterior.

El grupo y el formador pueden designar entre los participantes del grupo observadores especiales para determinados aspectos: actuación de cada personaje, ilación del tema, con-

tradiciones, fidelidad a la situación, etc. El espacio se distribuye en una zona de representación y una zona de auditorio.

Conviene dar a los intérpretes unos minutos para colocarse en la situación mental, ponerse en su papel, lograr un clima, y si lo desean explicar someramente cómo proyectan actuar. El grupo y el formador deben colaborar positivamente en la creación de una atmósfera emocional favorable, alentando a los actores, participando en sus ideas y evitando toda actitud enervante o intimidatoria.

2.- Fase de representación

Van Ments⁷¹ considera que el role-playing sigue la siguiente secuencia: a) introducción, b) calentamiento, c) desarrollo, y d) término.

Los intérpretes dan comienzo y desarrollan la escena con la mayor naturalidad posible. Tomarán posesión de su personaje con espontaneidad, pero sin perder de vista la objetividad indispensable para reproducir la situación tal como se la ha definido.

Si se ha optado por planificar la escena dándoles una estructura determinada, definiendo a los personajes con cierto detalle (edad, profesión, carácter, hábitos, etc.), los intérpretes se ajustarán a estas características y por lo tanto la representación resultará más objetiva. En cambio, si se ha preferido establecer sólo la situación básica y el rol-tipo de los personajes, es decir, una escena con mayor libertad a la improvisación de los intérpretes, éstos deberán hacer un mayor esfuerzo para crear a sus personajes y dar estructura a la situación, la cual resultará así más subjetiva por la inevitable proyección individual. Entre ambos extremos de estructuración de la escena existen, evidentemente, muchas posibilidades intermedias.

El desarrollo de la acción no debe ser interferido, salvo por motivos de fuerza mayor. El grupo mantendrá una atmósfera propicia siguiendo con interés y participando en ella pero sólo de forma emocional sin palabras. La actitud de los espectadores es captada siempre por los intérpretes, por lo que debe exigirse respeto.

El formador corta la acción cuando considera que se ha logrado suficiente información o material ilustrativo para proceder a la discusión del problema. Este es el objetivo de la representación y para lograrlo no es preciso llegar casi nunca a un final como en las obras teatrales. Bastará con que lo escenificado sea significativo para facilitar la comprensión de la situación propuesta. La representación escénica suele durar entre 5 a 15 minutos.

Al finalizar la representación, el grupo deberá aplaudir para reforzar el esfuerzo realizado y se debe esperar un breve período de tiempo para que los intérpretes salgan del papel representado.

3.- Fase de análisis y discusión

De inmediato se procede al comentario y discusión de la representación. En primer término, se permite a los intérpretes dar sus impresiones, explicar su desempeño, describir su estado de ánimo en la acción, decir qué sintieron al interpretar su rol. De esta manera, aparte de lograrse una información valiosa, se da oportunidad a los actores para justificar su desempeño y prevenir posibles críticas de los espectadores.

Luego, si se ha asignado a algunos participantes el rol de observadores, éstos expondrán sus impresiones y, posteriormente todo el grupo expone sus impresiones, interroga a los intérpretes, discute el desarrollo, propone otras formas de jugar la escena, sugiere distintas reacciones, etc. El problema básico es analizado así a través de una realidad concreta en la cual todos han participado. En ciertos casos convendrá repetir la escenificación de acuerdo con las críticas, sugerencias o nuevos enfoques propuestos. Los intérpretes pueden invertir sus papeles (quien rechazaba el uso del preservativo, ahora no se niega a utilizarlo y viceversa), o nuevos actores pueden hacerse cargo de los personajes. Finalmente, se extraen las conclusiones de los personajes sobre el problema en discusión y el formador hace una síntesis.

Esta etapa es la más importante del role-playing, pues la primera, la escenificación, con ser la más atractiva, sólo tiene por objeto motivar al grupo, proporcionarle datos concretos, situaciones visibles significativas para introducirlo espiritualmente en el meollo del problema en discusión. Debe darse a esta etapa todo el tiempo necesario, que no será menor de media hora. La duración total del role-playing puede oscilar entre una hora y dos horas. Con el fin de analizar la representación de forma más precisa y fiable, es muy práctico, siempre que sea posible y aceptado por todos los participantes, grabar los ejercicios y visualizarlos posteriormente.

PROCEDIMIENTO DEL ROLE-PLAYING: 3 FASES

- 1.- Fase de preparación.
- 2.- Fase de representación.
- 3.- Fase de análisis y discusión.

Algunos *criterios prácticos* para el Role-Playing son:

- 1.- Es una de las técnicas que requiere una mayor formación y manejo.
- 2.- Aunque normalmente a los grupos les gusta mucho más esta forma de aprendizaje que cualquier otra, es importante introducirla de una manera gradual porque al principio puede provocar inhibición, estrés y nerviosismo.
- 3.- En algunos casos, puede ser necesario que el formador adquiriera un papel más activo e incluso actúe y tome parte en la representación para hacer de modelo y para animar al grupo.
- 4.- La participación es voluntaria y nadie se debe sentir obligado a hacerlo.
- 5.- Las representaciones de larga duración pueden o bien llegar a ser aburridas o bien alejarse del tema.
- 6.- Es conveniente que el formador distribuya en diferentes grupos a las personas que tienen más probabilidades de representar una determinada escena sin inhibiciones.
- 7.- Asimismo, el formador procurará que las primeras personas que salgan a representar sean aquéllas que se encuentran más desinhibidas.

8.- Algunos autores recomiendan que al principio los participantes lleven por escrito el papel que van a representar, sin embargo nuestra experiencia nos dicta que son mucho más realistas y susceptibles de análisis, los role-playings cuyos diálogos son improvisados.

9.- La consigna que el formador da al grupo debe ser clara, concreta y precisa.

10.- Los participantes deben ser realistas en cuanto a la creación de relatos para representar. Es importante que el que actúa de antagonista en una situación no vaya a “piñón fijo”, es decir, que no asuma su papel con independencia de las señales que le muestre su interlocutor.

11.- Suele ser muy instructivo hacer *playback*, es decir, repetir las representaciones más de una vez para hacer comentarios, corregir el ensayo o cambiar actores.

12.- Interrumpir la representación en el momento en que alguien actúe fuera de lugar, se lo tome a chanza o exista un ambiente muy negativo.

13.- Dar el feedback por sistema a todos, felicitando y poniendo de manifiesto aquello que se ha hecho bien y dando pistas de cómo mejorar en el futuro.

3.20.- OTRAS TÉCNICAS

.- *Técnicas de presentación*: la presentación informal, la presentación recíproca, aprender los nombres de los demás, fotopalabra o montaje en “O”, presentación de expectativas y motivaciones, juegos de cohesión y cooperación, etc.⁶³.

.- *Técnicas para tratar un tema*:

- Pasatiempos: adivinanzas, crucigramas, sopas de letras, correspondencias, frases incompletas, mensajes secretos, trivial del juego, etc.
- Búsqueda de información, a partir de un guión, en libros, folletos, etc.
- Elaboración de material de prevención: diagramas, murales, poster preventivo, carteles, frases, folletos, dibujos, cómics, cartas, diapositivas, transparencias, fotonovelas, etc.
- Elaboración y realización de encuestas a familiares, enseñantes, personas del barrio, etc.
- Realización de un comentario de texto, un vídeo-forum, programas de radio, un análisis de la publicidad, campañas de sensibilización en el barrio, etc.
- Juegos de preguntas y respuestas: preguntas anónimas, respuestas por parte de los participantes a determinadas preguntas, preguntas múltiples, etc.
- Estudio de casos implica la presentación de un caso que es discutido y se sacan conclusiones. Es necesario seleccionar bien el caso y elaborar claves para el análisis.
- Psicodrama o sociodrama son esencialmente terapéuticos, aunque se hayan utilizado también en formación. Aunque se utilicen desde un punto de vista pedagógico, su puesta en marcha requiere mucha formación y habilidades por parte del profesional.

.- *Técnicas corporales*: sesiones de expresión corporal, técnicas respiratorias y de relajación, etc.⁶³.

.- *Técnicas para desarrollar habilidades sociales*: Podríamos describirlas como Role-Playings dirigidos específicamente a desarrollar habilidades de comunicación y negociación⁷².

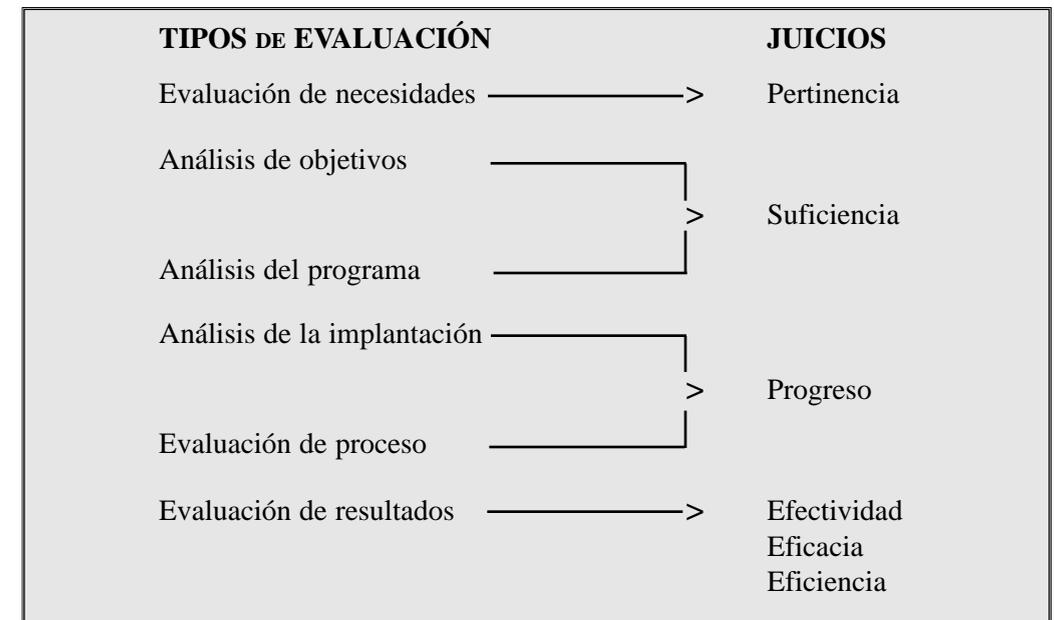
CAPÍTULO 4

EVALUACIÓN DE LOS TALLERES

En este capítulo, y para los profesionales que no posean conocimientos previos sobre este tema se presentan una serie de normas básicas de fácil aplicación para evaluar talleres (ver apartado 4.2, pp. 91-93). Por otra parte, para las personas que tengan conocimientos o deseen profundizar en el tema se describen una serie de normas avanzadas (ver apartados 4.3 y 4.4, pp. 93-106).

4.1.- TIPOS DE EVALUACIÓN

Fernández-Ballesteros⁷³ distingue distintos tipos de evaluación de las que se derivan distintos juicios valorativos:



Fuente: Ciclo de intervención, formas de evaluación y juicios valorativos⁷⁴.

La *evaluación de necesidades* trata de analizar los problemas existentes y las necesidades derivadas de éstos que la intervención quiere solucionar. Supone un proceso sistemático que permite establecer prioridades y tomas de decisiones sobre la aplicación y el establecimiento de metas y objetivos. Este tipo de evaluación está relacionado con la pertinencia, es decir, la medida en la cual un programa responde a unas necesidades concretas de la población atendida.

Tanto el **análisis de objetivos** como el **del programa** pretenden establecer los objetivos que respondan a las necesidades existentes y conocer cuáles son los medios más idóneos para conseguir tales objetivos y su debida especificación. Se tratará de cuestionarse sobre la suficiencia o adecuación del programa, es decir hasta qué punto las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen. El analizar, a priori, el valor o éxito del programa no implica la obtención y utilización de datos empíricos sobre los resultados que prueban tal valor.

La **evaluación de proceso** permite asegurarse de que el programa funciona como se quiere y al nivel que se quería, antes de atribuir efectos o consecuencias a un programa. Sus objetivos básicos son: a) averiguar y describir cómo funciona el programa y, b) analizar hasta qué punto hay diferencias entre el funcionamiento real y el previsto. Esta evaluación permite mejorar el programa sobre la marcha y establecer hasta qué punto los distintos elementos constituyentes del programa se están dispensando correctamente. Se tratará de analizar el progreso del programa, y es una medida que se realiza durante la implantación del mismo o nada más finalizarlo, pretendiendo determinar cómo éste está actuando.

Evaluación de resultados es sinónimo de evaluación de la efectividad, eficacia o eficiencia de un programa:

a) **Eficacia.** La evaluación de la eficacia trata de establecer si tras la implantación del programa, los objetivos establecidos han sido alcanzados. En este caso se considera que el programa es eficaz y es el aspecto en el que se va a incidir a lo largo del capítulo.

b) **Efectividad.** La evaluación de la efectividad tiene por objetivo establecer si independientemente de los objetivos establecidos por el planificador de la intervención, el programa ha conseguido otros determinados efectos. Cuando los efectos son positivos se puede considerar que el programa evaluado ha sido efectivo.

c) **Eficiencia.** La evaluación de la eficiencia trata de indagar si los resultados obtenidos están en relación con los recursos y/o medios utilizados para conseguir unos determinados objetivos. Por tanto, implica su relación con los recursos invertidos y un análisis de costes-beneficios.

Este capítulo se centra principalmente en la **evaluación de resultados** ya que sigue siendo el tipo de evaluación clave de los programas. Si no se logra aportar evidencia empírica de que el programa tiene unos efectos determinados los otros tipos de análisis se quedan vacíos. En particular, se describe el procedimiento de la evaluación de resultados desde el punto de vista de su eficacia.

No obstante, también se hace referencia a la **evaluación de proceso** tanto para comprender mejor por qué sí o por qué no se logran los objetivos esperados como para poder mejorar la propia intervención. Algunos autores como King, Morris y Fitz-Gibbon⁷⁵ consideran que este tipo de evaluación es una precondition de la evaluación de resultados, ya que no se puede proceder a evaluar algo cuando se ignora qué aspectos del programa y cómo han sido implementados.

4.2.- NORMAS BÁSICAS PARA EVALUAR TALLERES: EVALUACIÓN DE PROCESO Y DE RESULTADOS

Es indiscutible que la evaluación es esencial para conocer objetivamente si los talleres implementados están siendo eficaces, es decir están logrando los objetivos propuestos. Además, la evaluación permite averiguar qué aspectos de los que se abordan en el taller son los que están incidiendo en la consecución de los objetivos. Muchas veces, en los talleres se dedica un tiempo excesivo a cuestiones que posteriormente la evaluación mostrará que no tienen ninguna influencia en qué el taller sea eficaz. La evaluación es uno de los pilares de la investigación, única herramienta que permite la adecuada implementación y diseño de intervenciones dirigidas a incrementar la salud de los consumidores de drogas.

No obstante, el tema de la evaluación para profesionales que posean pocos conocimientos sobre ella puede resultar inicialmente árido y complejo. Pensando en ello, como se ha señalado en la introducción de este capítulo, a continuación se presentan de forma sencilla las normas básicas para comenzar a realizar evaluaciones de resultados y de proceso en los talleres que se vayan implementando.

EVALUACIÓN DE PROCESO: NORMAS BÁSICAS

Evaluación de Proceso implica tanto establecer si el taller se está realizando tal y como se había programado como evaluar la opinión de los usuarios de drogas sobre los distintos aspectos estructurales del taller. Ambas valoraciones permiten mejorar la planificación de talleres consecutivos. Es relativamente sencilla de aplicar y tiene una gran importancia de cara a mejorar el diseño e implementación de los talleres.

A) Establecer si el taller se ha implementado como se había planificado

1.- Describir los aspectos esenciales, es decir el conjunto de rasgos y actividades que constituyen el taller. Por ejemplo, contenidos, metodología, dinámicas, material, tiempo, dificultades, ejecución de los formadores, etc.

2.- Seleccionar las técnicas de recogida de datos que nos van a permitir describir adecuadamente el taller. Por ejemplo, registros sistemáticos del horario, la asistencia, la participación, la metodología, las dinámicas, los contenidos, etc. Se recogen datos de cada uno de estos aspectos sobre su ocurrencia o no, forma en que ocurren, la frecuencia, la duración, etc.

3.- Comprobar a través de los datos registrados si el taller se está desarrollando conforme a lo que fue planificado y analizar las diferencias existentes entre el funcionamiento real y el previsto. Por tanto, este tipo de evaluación permite detectar desajustes con lo previsto, analizarlos y solventarlos, es decir, adecuar el taller al contexto en el que se está impartiendo.

B) Evaluar la opinión de los usuarios de drogas sobre los distintos aspectos estructurales del taller

1.- Seleccionar los aspectos estructurales del taller más relevantes. Por ejemplo, utilidad, información, metodología, dinámicas, material, tiempo, formadores, etc.

2.- Diseñar o seleccionar el/los instrumentos de medida que permitan conocer la opinión de los participantes sobre los distintos aspectos listados. En este manual se propone una escala de evaluación de proceso que evalúa el grado de satisfacción de los usuarios con el taller (ver pp. 139-142).

3.- Aplicar los instrumentos de medida seleccionados al finalizar la implementación del taller, asegurando el anonimato y confidencialidad de las personas. Es recomendable que estas escalas sean administradas en forma de entrevista colectiva, es decir, mientras el profesional clarifica a todo el grupo cada una de las preguntas, cada uno de los usuarios va seleccionando su respuesta y señalándola en el cuestionario.

4.- Analizar las respuestas dadas por los usuarios a través de los estadísticos descriptivos (media, moda, mediana, etc.). La interpretación de los datos permiten evaluar la opinión de los consumidores sobre cómo se ha llevado a cabo el taller.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS: NORMAS BÁSICAS

1.- Realizar una lista de todos los aspectos que se van a abordar en el taller, por ejemplo:

a) Conductas sexuales y conductas relacionadas con el consumo de drogas ya que son las que se quieren modificar, es decir que los usuarios que no utilizan conductas preventivas comiencen a utilizarlas.

b) Conocimientos, actitudes y habilidades conductuales que se vayan a abordar en el taller con el fin de dotar a los consumidores de recursos que les permitan modificar sus conductas de riesgo sexuales o asociadas al consumo de drogas.

2.- Seleccionar instrumentos de medida en función de los aspectos listados, por ejemplo:

“*Taller de Sexo Más Seguro*”: Escala de conducta sexual de riesgo y preventiva de los usuarios (ver pp. 124-126), escala de conocimientos (ver pp. 121-124) y escala de costes y beneficios del preservativo (ver pp. 118-120).

“*Taller de Consumo de Menos Riesgo*”: Escala de medida de los hábitos de compartir el equipo de inyección y de uso de drogas (ver pp. 133-137) y escala de conocimientos de situaciones de inyección de riesgo (ver pp. 129-132).

3.- Pasar todos los instrumentos de medida seleccionados (por ejemplo, escalas mencionadas) antes (pre-test) y después (post-test) de la implementación de cada taller. Algunas recomendaciones básicas son:

a) En algunos grupos suelen aparecer problemas de comprensibilidad, por lo que su administración debe realizarse realice en forma de entrevista estructurada (“cara a cara”) (ver este capítulo, pág. 110).

b) Los cuestionarios deben cumplimentarse de forma anónima y voluntaria. Por lo tanto, para poder asociar el pre-test y post-test de cada usuario se debe utilizar un código de identificación que sea el mismo para ambos cuestionarios.

c) Es importante que la metodología empleada para pasar estos instrumentos de medida sea la misma en el pre-test y post-test. Por ejemplo, si las escalas las hemos administrado en forma de entrevista estructurada en el pre-test, se deberá realizar de esta misma manera en el post-test.

4.- Aplicar los análisis estadísticos básicos correspondientes para poder comparar las puntuaciones obtenidas por el grupo o por cada sujeto en estos dos momentos (pre-test y post-test). Esto permite evaluar el impacto del taller en la conducta sexual o de consumo de drogas, así como en los conocimientos y actitudes. En caso de que no se tenga ninguna información sobre este tema se puede pedir la colaboración de expertos para que analicen los datos y ayuden en la tarea de interpretar los resultados.

A continuación, para los profesionales que tengan amplios conocimientos sobre el tema y deseen realizar evaluaciones más rigurosas *se describen detalladamente una serie de normas avanzadas que se deben seguir en la evaluación de resultados y de proceso*⁶¹. Además de definir cada una de las etapas y especificar las características propias de cada fase, se citan ejemplos correspondientes a la evaluación de un “Taller de Sexo Más Seguro” y a un “Taller de Consumo de Menos Riesgo”, para clarificarlas.

No obstante, con el fin de facilitar esta tarea, existe la posibilidad, como ya se ha mencionado, de coordinarse, previamente a diseñar e implementar el taller, con expertos en el tema de evaluación que trabajan en distintas instituciones.

4.3.- EVALUACIÓN DE PROCESO: PROCEDIMIENTO

Como ya se ha indicado, la evaluación de proceso, que pretende conocer si el taller se está dispensando convenientemente, implica **dos objetivos**:

A) Establecer hasta qué punto los distintos elementos constituyentes del taller se han implementado como se había previsto.

B) Evaluar la opinión de los participantes sobre los distintos aspectos estructurales del taller.

Aunque esta evaluación no implica si el taller está logrando los objetivos planteados o no (por ejemplo, cambios en la conducta), su inadecuada implementación puede influir en que éstos se consigan.

4.3.1.- Evaluar si el Taller ha sido implementado como se había programado

PROCEDIMIENTO: 5 FASES

- 1.- Describir los aspectos esenciales.
- 2.- Seleccionar las técnicas de recogida de datos.
- 3.- Recoger los datos empíricos de los aspectos seleccionados.
- 4.- Analizar:
 - .- Si los aspectos esenciales se han dispensado tal y como se había previsto.
 - .- Las diferencias entre la aplicación real y programada.
 - .- Las causas de estas diferencias.
- 5.- Adecuar el taller al contexto en el que se aplica.

En primer lugar, se debe realizar una descripción de qué es lo esencial del taller. Para ello, se elabora una lista del conjunto de rasgos y actividades que lo definen y constituyen. Por ejemplo, el horario, la asistencia y participación, los contenidos, la metodología y las dinámicas que se aplican, el material utilizado, la actuación de los formadores, las dificultades encontradas, etc.

En este caso, la evaluación de proceso permite responder a diversas preguntas: ¿funciona el taller de la manera que se desea?, ¿cuáles son sus aspectos más fuertes y débiles?, ¿existe algún tipo de barrera para implementar con éxito el taller?, ¿qué aspectos facilitaron el proceso de implementación?, ¿se ha entrenado al personal de la manera adecuada para aplicar el taller?, etc.

Existen distintos instrumentos de medida que nos permiten recoger datos sobre los aspectos esenciales seleccionados. Se suele recurrir a registros sistemáticos, observación participante y sistemática, entrevistas o encuestas. Todos estas técnicas de medición deben recoger información sobre los distintos aspectos mencionados, en relación a su ocurrencia o no, la forma en que se producen, su frecuencia, duración, etc.

Si no se dispone de evaluador externo, es aconsejable que para esta tarea se pueda contar con un colaborador que haga de observador y registre de forma sistemática todos los aspectos esenciales de la realización del taller. Asimismo, los datos se deben anotar en “hojas de registro” que deben estar cuidadosamente elaboradas para que se rellenen de forma adecuada y su interpretación sea sencilla, fiable y válida.

Si la evaluación la realiza una persona ajena al taller, se suelen realizar entrevistas o encuestas a los profesionales que han planificado y realizado el taller. En otras ocasiones, se introducen observadores participantes.

Una vez que se han recogido todos los datos, se debe comprobar si los aspectos esenciales se han abordado tal y como se había previsto, valorar las diferencias entre la aplicación real y programada, analizar las causas de estas diferencias y adecuar el taller al contexto en el que se aplica.

4.3.2.- Evaluar la opinión de los participantes sobre el taller

PROCEDIMIENTO: 6 FASES

1. Identificar los aspectos estructurales del taller.
2. Transformar estos aspectos en variables observables.
3. Describir los instrumentos de medida.
4. Recoger datos empíricos de las variables.
5. Evaluar como se llevó a cabo o se realizó el taller.
6. Evaluar si estos aspectos han tenido alguna influencia en el impacto del Taller, examinar la relación entre estos procesos y los resultados.

En este caso, la evaluación de proceso se orienta a examinar en qué medida los participantes consideran que el taller se ha llevado a cabo satisfactoriamente y cuáles son los aspectos que requieren mejora o se pueden mantener. Diferenciar estos aspectos es muy importante porque en ocasiones la ausencia de impacto es consecuencia de que la aplicación del taller ha sido deficitaria, o el contenido no ha sido considerado útil, aplicable y comprensible por los participantes, o la asistencia, la satisfacción e implicación de los mismos pueden haber sido bajas, lo que sugiere que el taller no motiva suficientemente a la población diana, o la actuación del formador puede haber sido inferior a lo esperado por motivos institucionales o psicológicos (como la fatiga, etc.).

TSMS Y TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE PROCESO

Aspectos para evaluar: Satisfacción, utilidad, participación, interés, tiempo, información, metodología, material, local, formador, etc.

A continuación, se deben transformar los aspectos listados en variables observables y que puedan medirse cuantitativa y/o cualitativamente. En este ejemplo, los aspectos esenciales del taller se medirán a través de las puntuaciones medias obtenidas por cada uno de los grupos de participantes.

TSMS Y TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE PROCESO

Medición de los aspectos: Puntuación media en satisfacción, utilidad, suficiencia, comprensibilidad, participación, interés, tiempo, metodología, material, formador.

En nuestro caso, para recoger los datos se seleccionará o diseñará un cuestionario donde se pregunte sobre el contenido del taller (utilidad, importancia, comprensión), la metodología (grado de adecuación al tema), actuación del grupo (interés, implicación, participación) y de los profesionales, duración de cada sesión y del taller completo (ver escala de evaluación de proceso, pp. 139-142).

Evidentemente, se pueden utilizar otros instrumentos de medida para averiguar la opinión de los participantes sobre estos aspectos del taller como son las entrevistas en profundidad, los grupos de discusión, la observación, etc., que son descritas más adelante (ver apartado 4.5, pág. 106).

TSMS Y TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE PROCESO

Instrumentos de Medida: Cuestionario de satisfacción con el taller que evalúa cada uno de los elementos claves del taller en una escala tipo likert de 6 puntos (1=puntuación más negativa a 6=puntuación más positiva) y Grupo de discusión.

La aplicación de estos instrumentos de medida se puede realizar durante la realización del taller o después. Debido a que este tipo de talleres suele tener una duración relativamente breve, se propone que se apliquen al finalizar la intervención. En general, se administran junto con las escalas de la evaluación de resultados, en el post-test. Como ya se ha indicado, en algunos grupos su aplicación debería ser en forma de entrevista individual o colectiva (ver pág. 109) y garantizando la confidencialidad y anonimato de las respuestas.

Una vez recogidos los datos, se trata de examinar el grado de satisfacción de los participantes con los distintos aspectos implicados en el proceso del taller. La aplicación de los estadísticos descriptivos de tendencia central (media, moda, mediana) y los estadísticos de dispersión (como la desviación típica), la distribución de frecuencias y el rango mínimo y máximo permite detectar la valoración que hacen los usuarios de drogas de las características propias del taller.

TSMS Y TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE PROCESO

Análisis de los datos: Aplicar los análisis estadísticos descriptivos (media, moda, mediana y rango) para comprobar el grado de satisfacción de los participantes con los distintos aspectos del proceso del taller: satisfacción, utilidad, participación, interés, tiempo, información, metodología, material, formadores aplicando los estadísticos.

A veces es aconsejable evaluar si estos procesos o elementos claves del Taller han influido o han mediado en los posibles cambios producidos –o no– como consecuencia de la intervención. Con el fin de contrastar estos procesos mediadores se pueden utilizar los análisis multivariados: análisis factorial, análisis múltiple de la varianza, análisis de regresión y análisis discriminante. En este caso, los datos obtenidos deben ser tratados estadísticamente como los datos de los aspectos psicosociológicos o procesos mediadores que influyen en el cambio de comportamiento (ver evaluación de resultados: apdo. 4.4.9, pág. 106).

TSMS Y TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE PROCESO

Análisis de los datos: Aplicar los análisis multivariados para comprobar si hay asociación entre las puntuaciones obtenidas en la escala de grado de satisfacción con el taller y los cambios obtenidos.

4.4.- EVALUACIÓN DE RESULTADOS: PROCEDIMIENTO

La evaluación de resultados permite determinar si la aplicación del taller ha logrado los objetivos que pretendía, es decir, si ha logrado cambios positivos en las conductas de los usuarios.

ESTE PROCESO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS IMPLICA NUEVE ACTIVIDADES BÁSICAS⁶¹:

1. Identificar los objetivos generales del taller.
2. Transformar los objetivos en variables observables, medibles y empíricamente detectables.
3. Identificar los procesos mediadores, aspectos del taller que pueden afectar a los resultados o variables psicosociológicas que explican el cambio de las conductas objetivo.
4. Transformar los procesos mediadores en variables observables.
5. Describir los instrumentos de medida.
6. Seleccionar el diseño de evaluación.
7. Recoger datos empíricos de las variables.
8. Evaluar el impacto del taller, comprobando los objetivos logrados con los datos empíricos obtenidos y valorar estadísticamente el éxito o fracaso.
9. Evaluar si las variables mediadoras de la conducta que explican el impacto han actuado, es decir, examinar la relación entre los procesos mediadores y los resultados.

4.4.1.- Identificar los objetivos generales del Taller

De modo general, en la evaluación de resultados resulta ventajoso mencionar los objetivos utilizando verbos que describen un comportamiento observable o medible (p.e. incrementar). Además, el objetivo debe establecer un único propósito (lo que se hará) y un único resultado (la evidencia de lo que se ha hecho).

TSMS: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Objetivo general: Disminuir las conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en el colectivo de usuarios de drogas que asisten al taller.

TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Objetivo general: Disminuir las conductas de riesgo derivadas de la inyección de drogas para la transmisión sanguínea de patógenos entre los UD del taller.

4.4.2.- Transformar los objetivos generales en variables observables

Para poder transformar los objetivos en variables observables y medibles es imprescindible que el objetivo sea asimismo observable y medible. Es decir, muchas veces se describen objetivos demasiado ambiguos y/o demasiado amplios (p.e. aumentar la capacidad crítica frente a los estímulos sexuales), y por tanto la posibilidad de medirlos se reduce de forma considerable o simplemente no existe.

Al transformar los objetivos se obtienen las *variables dependientes*, es decir aquellos aspectos que se trata de modificar, las *conductas-problema que se quiere cambiar*.

TSMS: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Variable dependiente: Relaciones sexuales sin protección.

Medición: Porcentaje o número de usuarios de drogas asistentes al taller que mantienen relaciones sexuales sin protección.

TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Variable dependiente: Utilización de jeringas usadas por otros y desinfección incorrecta del equipo de inyección.

Medición: Porcentaje o número de usuarios asistentes al taller que se inyectan con una jeringa usada por otros y que desinfectan incorrectamente el equipo de inyección.

4.4.3.- Identificar los procesos mediadores

Cuando se habla de *procesos mediadores* se hace referencia tanto a los cambios psicosociológicos, es decir, cada uno de los *aspectos psicosociales asociados a la prevención*, que explican el cambio de conductas objetivo, como a *aspectos del propio taller* que pueden haber influido en los resultados y que han sido descritos previamente en la evaluación de proceso. En este caso, la evaluación de resultados es la que requiere la identificación de los procesos psicosociológicos.

TSMS: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Procesos mediadores: Conocimientos sobre el preservativo y SIDA, percepción de riesgo y control ante el SIDA, costes y beneficios del preservativo.

TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Procesos mediadores: Conocimientos sobre situaciones de riesgo relacionadas con el consumo inyectado de drogas, la sobredosis, hepatitis B, hepatitis C y SIDA, toma de iniciativas y soluciones.

4.4.4.- Transformar los procesos mediadores en variables observables

En la evaluación de resultados, se transformarán cada uno de los aspectos psicosociales identificados como procesos mediadores en variables objetivas y cuantificables. Éstas son las *variables independientes*, es decir aquellas que son relevantes para producir el cambio en la conducta-problema o variable dependiente.

TSMS: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Variables independientes: Conocimientos, percepción de riesgo, autoeficacia, costes y beneficios del preservativo.

Medición: Puntuación media del grupo en las escalas de conocimientos, percepción de riesgo, autoeficacia, costes y beneficios del preservativo.

TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Variable independiente: Conocimientos de las situaciones de riesgo, toma de iniciativas y soluciones.

Medición: Puntuación media del grupo en las escalas de conocimientos de las situaciones de riesgo, toma de iniciativas y soluciones.

4.4.5.- Describir los instrumentos de medida

Se seleccionarán y describirán los instrumentos de medida necesarios para evaluar tanto las variables dependientes como independientes. Por ejemplo, escalas que pregunten sobre el contenido de los distintos aspectos y conductas que se abordan en el taller.

Evidentemente, en este tipo de evaluación también se pueden utilizar otros instrumentos como son las entrevistas, los grupos de discusión, la observación, etc., que se describen más adelante.

TSMS: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Instrumentos de medida: Escalas sobre conocimientos, percepción de riesgo, autoeficacia, costes y beneficios del preservativo y escala de conducta sexual.

TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Instrumento de medida: Escalas de conocimientos sobre las situaciones de riesgo, toma de iniciativas y soluciones y escala de medidas de los hábitos de compartir equipo de inyección y del uso de droga en general.

4.4.6.- Seleccionar el diseño de evaluación

Esta fase es fundamental en la *evaluación de resultados*. Permite recoger información concluyente sobre si el taller está o no consiguiendo los resultados esperados. La pregunta es doble: ¿se están consiguiendo los resultados esperados? y ¿estos resultados son achacables al taller con un grado de certidumbre razonable?.

La *validez interna* es clave en la evaluación de resultados puesto que ésta pretende demostrar de un modo inequívoco que existen – o no existen – efectos específicos debidos a una intervención determinada. El problema de la validez interna es un problema de *control de posibles explicaciones alternativas* a una relación entre variables con el fin de establecer que el taller causó o provocó un efecto⁷⁶.

El primer paso es identificar estas posibles explicaciones alternativas. Aunque no se puede lograr una lista de todas las posibles explicaciones para cualquier estudio, sí se puede establecer una clasificación de las mismas, de modo que en cada estudio específico ésta clasificación sirva de guía para identificarlas.

En evaluación de resultados el *modelo básico de intervención* sería:

Resultados del taller = Efectos netos del taller + Efectos del diseño de evaluación + Otras variables perturbadoras. Los dos últimos términos corresponden a las explicaciones o fuentes de error.

Entre las *variables perturbadoras que pueden amenazar la validez interna*, destacan⁷⁷:

.- *La maduración*. Los procesos internos de cambio a los que se ven expuestos los sujetos (edad, cansancio, etc.) pueden confundir los resultados. La utilización de un grupo control es una forma de paliar la maduración.

.- *La "historia"*. Las personas pueden estar sometidas al taller y a otros avatares paralelos. La evaluación del contexto será una forma de paliar este tipo de amenaza.

.- *La instrumentación*. Los cambios a los que pudieran verse expuestos los instrumentos de evaluación, los observadores o puntuadores introducirán sesgos en los resultados del diseño. La utilización de instrumentos fiables paliará esta condición indeseable.

.- *La regresión estadística*. Cuando los sujetos puntúan de forma extrema los resultados se verán afectados por la regresión estadística. Por ejemplo, en las escalas tipo likert de 7 puntos, los sujetos que elijen en la primera administración del test puntuaciones extremas, tienden a responder eligiendo puntuaciones más intermedias en la segunda administración (los que puntúan 1 tenderán a puntuar 3 y los que puntúan 7 tenderán a puntuar 5).

.- *La selección diferencial de los participantes*, como por ejemplo la autoselección o voluntariado, introducirá, lógicamente, sesgos importantes en los resultados del diseño. La utilización de procedimientos aleatorios y estratificados en la selección de los sujetos paliará esta condición potencial de invalidez.

.- *La mortalidad experimental o estadística*. La pérdida de personas a lo largo del proceso de implantación del taller y/o del proceso de evaluación introducirá serias desviaciones en los resultados del diseño. Controlar este hecho mediante amplios muestreos o a través de exámenes de las variables fundamentales en observaciones intermedias son formas de combatir tal amenaza.

Entre los *efectos del diseño que también pueden amenazar a la validez interna*, se pueden mencionar⁷⁶:

.- *Los errores que surgen al no seleccionar muestras representativas* y que se resuelve utilizando las técnicas de muestreo.

.- *La baja fiabilidad en la medición* que puede llegar a oscurecer la existencia de ciertos efectos puesto que la fiabilidad es el techo de la validez. La fiabilidad de una técnica de medida se define como la precisión con la que mide, es decir que siempre que se aplica en una determinada muestra se obtienen resultados similares.

.- *Problemas de validez que surgen por no medir adecuadamente el resultado del taller*. Los resultados pueden variar en función de la medida que se utilice para evaluar el efecto del taller. Por ejemplo, el resultado de un TSMS puede medirse por:

- Porcentaje de consumidores de drogas asistentes al taller que adoptan medidas preventivas.
- Número de nuevos casos de transmisión sexual del VIH entre los usuarios de drogas que asisten al taller.

Por otra parte, la *validez externa* implica que los resultados obtenidos pueden ser generalizados a otros sujetos o situaciones. Existen también una serie de *amenazas* a este tipo de validez, entre ellas se mencionan⁷³:

.- *Los efectos de interacción de los sesgos de selección y la variable experimental*. A veces la selección de los sujetos interactúa con el taller de forma que involucra los resultados del diseño. Una adecuada selección de los sujetos suele paliar estos efectos indeseables.

.- *Las interferencias múltiples*. Los sujetos pueden estar implicados en distintos talleres y confundir los efectos de cada uno de ellos. A través de la exploración de estas posibles interferencias en la evaluación se puede controlar este efecto.

Una vez que se conocen las posibles explicaciones alternativas que pueden interferir en la evaluación, se trata de controlarlas. En cuanto a los efectos del diseño, la única manera de controlarlos es diseñar una buena evaluación. En lo que respecta a los factores extraños, el método básico es mediante el control de las hipótesis alternativas, que se logra⁷⁶: utilizando grupos de comparación/control y, repitiendo las mediciones.

Aunque la recomendación básica para lograr un buen *diseño* es utilizar tanto el control a priori como el control a posteriori, a no ser que el taller a evaluar indique que un tipo de control es suficiente, nos centraremos fundamentalmente en la *perspectiva experimental y cuasi-experimental*.

En la *perspectiva experimental* se deben respetar *dos condiciones*⁷⁶:

.- Un grupo de comparación o control.

.- Procedimiento aleatorio para formar el grupo de intervención y el de control de modo que ambos sean equivalentes.

Este es el proceso de aleatorización que hace equivalente a los dos grupos de forma que las diferencias observadas después del taller de intervención sólo pueden ser atribuidas al mismo.

Se denomina **grupo experimental** al que se va a dirigir la intervención para procurar los cambios previstos. Por ejemplo, el grupo de usuarios de drogas que participan en el TSMS o en el TCMR.

El **grupo control** deberá ser creado de forma aleatoria. En los ejemplos propuestos lo constituye el grupo de consumidores de drogas que no participa en el TSMS o en el TCMR. Como estos grupos participan de la evaluación pero no obtienen ningún beneficio del taller a evaluar, se les suele ofrecer la posibilidad de ser incluidos en una lista de espera para que cuando finalice todo el proceso de evaluación reciban el taller.

El grupo control no tiene por qué ser un grupo de no intervención, podría ser un grupo que tuviera una intervención alternativa y puede haber varios grupos de intervención y no de control. Por ejemplo, el grupo experimental formado por personas que participan en un TSMS frente al grupo control formado por personas que acuden a la consulta médica tradicional.

DISEÑO DE EVALUACIÓN EXPERIMENTAL					
	Pre-Test	Taller	Post	Segui. I	Segui. II
Grupo Experimental	O ₁	X	O ₂	O ₃	O ₄
Grupo Control aleatorio	O ₁ '		O ₂ '	O ₃ '	O ₄ '

No obstante, estos diseños experimentales se enfrentan con múltiples dificultades a la hora de aplicarlos fuera de la situación del laboratorio. Las exigencias de este tipo de diseños ha hecho que su aplicación prácticamente sea imposible en muchos contextos. Por ello, existen otra serie de **diseños cuasi-experimentales** que pueden ser seleccionados a la hora de evaluar los talleres, como son:

1.- *Diseños con grupos de control no equivalentes.* Si no es posible formar los grupos de control e intervención aleatoriamente, en la medida en que hay pre-test y posttest, los grupos van a estar igualados a priori en las variables relevantes que más problemas de validez pueden causar. Para ello, a la hora de aplicar los análisis estadísticos se debe realizar bien un ajuste mediante análisis de regresión, o bien utilizar las diferencias de puntuaciones entre la medida antes y después. De esta manera se logra un diseño de evaluación con alta validez interna. Se trata de comparar la media post-test del grupo experimental con la media post-test del grupo control, controlando las diferencias entre ambos grupos antes de la intervención, comparando la media pre-test del grupo experimental con la media pre-test del grupo control. Al igual que en el experimental, el taller se asigna aleatoriamente a los grupos. A diferencia de un diseño experimental, los grupos no se crean aleatoriamente, se trata de grupos naturales ya establecidos, y por ende, no son iguales en variables extrañas. Por ejemplo, aplicar el taller en un grupo de usuarios de drogas ya establecido y utilizar otro grupo de consumidores de drogas con características similares en relación a las variables principales de la evaluación como grupo control.

2.- *Diseños de sujeto o grupo único.* La estrategia se reduce a tomar una serie de medidas del grupo antes y después de la implantación del taller. Estos diseños carecen de grupo control y de selección aleatoria. El posible efecto de las variables independientes y dependientes puede ser estimado en función de la discontinuidad que presentan las medidas tomadas antes y después de su aplicación, ya que las medidas previas y posteriores al taller deberían presentar una tendencia regular si el taller no afectase a la conducta estudiada. Lo más aconsejable es que se realicen repetidas mediciones antes y después de la intervención, ya que incrementa la fiabilidad de los resultados.

En caso de encontrar muchas dificultades a la hora de conseguir un adecuado grupo control y/o de administrar varias veces consecutivas las escalas o entrevistas a los grupos de UD's, se podría recurrir al diseño de grupo único, en el que se realiza sólo una medición antes y otra después del taller, aunque no presenta todas las garantías científicas necesarias.

3.- *Diseño de línea base no causal construída*^{33,78}. Este diseño se ha desarrollado para solventar la dificultad con la que los profesionales se encuentran a la hora de conseguir grupos control apropiados. En primer lugar, se trataría de sustituir el grupo control por el pre-test de todas las personas que participan en la investigación o acumulando pre-test de una muestra normativa para poder establecer dos grupos de comparación: a) un grupo de usuarios de drogas funcionales, es decir que mantengan relaciones sexuales coitales protegidas y, b) un grupo de usuarios de drogas disfuncionales, es decir que mantengan relaciones sexuales coitales desprotegidas. Este diseño cuasi-experimental se apoya en la comparación del cambio de medias de los grupos de intervención antes y después de ésta, en relación a una norma (generalmente los percentiles o deciles de una población comparable). Este procedimiento nos permite tres constataciones:

- a) El nivel de funcionamiento posterior al taller debería situarse fuera del rango de la población disfuncional, cuando el rango abarca dos desviaciones estándar más allá (en la dirección de la funcionalidad) de la media para esa población.
 - b) El nivel de funcionamiento después del taller debería situarse dentro del rango de la población normal o funcional, cuando el rango es definido dentro de las dos desviaciones estándar de la media de esa población.
 - c) El nivel de funcionamiento consecuente al taller sitúa al grupo de tratamiento más próximo a la media de la población funcional que de la media de la población disfuncional.
 - d) Igualmente, se puede estimar si cada sujeto ha cambiado de forma significativa o no⁷⁹.
- Por último, al establecer el diseño de la evaluación, es importante especificar el tiempo que se emplea para realizar las distintas pasaciones.

TSMS Y TCMR: EJEMPLO DE DISEÑO DE EVALUACIÓN CUASI-EXPERIMENTAL					
	Pre-Test	Taller	Post	Segui. I	Segui. II
Grupo Experimental	O ₁	X	O ₂	O ₃	O ₄
Grupo Control no aleatorio	O ₁ '		O ₂ '	O ₃ '	O ₄ '

Tiempo para aplicar este diseño: 4 horas en cada grupo.

4.4.7.- Recoger datos empíricos relativos a las variables

En la *evaluación de resultados*, la aplicación de las escalas y del test de detección del VIH se efectuará en función del diseño de evaluación seleccionado. En los ejemplos propuestos, tanto en el caso de los TSMS como en el de los TCMR se trata de administrar las escalas tanto en los grupos experimentales como en los grupos control en los siguientes momentos:

- .- Pre-test: Antes de implementar el taller.
- .- Post-test: Al finalizar el taller.
- .- Seguimiento I: Al mes de finalizar el taller.
- .- Seguimiento II: A los tres meses de finalizar el taller.

4.4.8.- Evaluar el impacto del Taller

La *evaluación de impacto* se refiere al grado en que las conductas e indicadores diana (aquellas que se han propuesto modificar) han cambiado. En los ejemplos que se han planteado, si han disminuido las conductas sexuales de riesgo (relaciones sexuales sin utilizar medidas preventivas) o las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas (utilizar jeringuillas usadas) para la transmisión del VIH.

Como se ha descrito previamente, para poder conocer si el taller ha producido cambios, es necesario recoger información de los consumidores de drogas, en relación a la/s conducta/s-objetivo, antes y después de realizar el taller (es lo que se llama hacer un pre-test y un post-test). Esta información se puede lograr a través de los diferentes instrumentos de recogida de datos; además sería aconsejable, disponer de los mismos datos sobre un grupo de usuarios de drogas que no haya recibido el taller (grupo control). Esto es lo que se llama un diseño cuasi-experimental. A este grupo se le ofrecerá la posibilidad de realizar la intervención una vez finalizada la evaluación (grupo control en lista de espera).

Por último, para conocer si el efecto del taller se mantiene a largo plazo o por el contrario va disminuyendo o desaparece, se recomienda realizar un seguimiento de los sujetos, por ejemplo un y/o tres meses después de haber finalizado el taller se vuelve a pasar a los sujetos el instrumento de evaluación que se utilizó en el pre-test y en el post-test.

Para evaluar el impacto del taller el evaluador deberá aplicar los análisis estadísticos necesarios para detectar cambios en la conducta-problema o en la variable dependiente. Por un lado, se utilizarán los estadísticos descriptivos de tendencia central (medias, modas, medianas), estadísticos de la dispersión de los datos (amplitud, desviación típica, varianza) y la distribución de frecuencias.

Por otra parte, los análisis estadísticos inferenciales denominados análisis univariados como son: análisis de medias t-test, chi-cuadrado, análisis de la varianza y análisis de correlación. Algunos análisis comparan los cambios de varias variables dependientes producidas por una o más variables independientes, son los llamados análisis multivariados: análisis factorial, análisis múltiple de la varianza, análisis de regresión y análisis discriminante.

TSMS: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de datos: Aplicar los análisis estadísticos necesarios para comparar el número de relaciones sexuales sin prevención llevadas a cabo por el grupo que ha recibido el taller (grupo experimental) antes, después y al mes y/o tres meses de haberlo realizado, con el número de relaciones sexuales sin protección llevadas a cabo por el grupo que no lo ha recibido (grupo control).

TSMS: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de datos: Si no se dispone de grupo control, aplicar los análisis estadísticos para comparar el número de relaciones sexuales sin prevención llevadas a cabo por el grupo antes de haber recibido el taller (pre-test), con el número de relaciones sin protección después de haberlo recibido (post-test) y con el número de relaciones sin protección al mes y/o a los tres meses de haber realizado el taller (seguimiento).

TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de datos: Aplicar los análisis estadísticos para comparar el número de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas (utilizar jeringuillas usadas) llevadas a cabo por el grupo que ha recibido el taller (grupo experimental) antes, después y al mes y/o tres meses de haberlo realizado, con el número de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas llevadas a cabo por el grupo que no ha recibido el taller (grupo control).

TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de datos: Si no se dispone de grupo control, aplicar los análisis estadísticos para comparar el número de conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas y llevadas a cabo por el grupo de usuarios de drogas inyectadas antes de haber recibido el taller (pre-test), con el número de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas después de haberlo recibido (post-test) y con el número de conductas de riesgo al mes y/o a los tres meses de que el grupo de UDIs haya realizado el taller (seguimiento).

4.4.9.- Evaluar si los procesos mediadores que explican el impacto han actuado

La evaluación de los procesos mediadores se refiere a si los cambios en las conductas objetivas se asocian con las variables explicativas. Por ejemplo, si las personas que han aumentado su actividad sexual planificada y protegida, han mejorado de actitud ante la sexualidad y los métodos preventivos, han disminuido la percepción de los costes de uso del preservativo y aumentado la de los beneficios de éstos, han percibido de forma más realista el control de sus relaciones íntimas y el riesgo de infección respecto al VIH (ver capítulo 8). Pero un cambio se puede dar, sin que los procesos explicativos postulados funcionen (p.e. se mejoran las conductas de prevención en un grupo de consumidores de drogas pero no hay cambio ni de actitudes ni de las conductas asociadas a ellas, sino que el cambio se asocia a una percepción reforzada de que es normativo realizar esas conductas en su grupo). Esto es importante, ya que permite evaluar la base que orienta la educación y evaluar qué aspectos son los que se han modificado y cuáles no, o qué variables mediadoras han intervenido en la mejora de la conducta. Ésta es la manera de mejorar los modelos explicativos, que a su vez, estarán en la base de nuevos talleres. Para esta tarea se aplicarán los mismo estadísticos que los utilizados en la evaluación del impacto del taller. Con el fin de contrastar estos procesos mediadores, los análisis más aconsejables son los multivariados: análisis factorial, análisis múltiple de la varianza, análisis de regresión y análisis discriminante.

TSMS: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de datos: Aplicar los análisis estadísticos específicos para comprobar si hay asociación entre los cambios producidos en el nivel de conocimientos, en la percepción de riesgo ante el SIDA, en la autoeficacia en situaciones de intimidad sexual y en los costes y beneficios del preservativo entre los usuarios de drogas y el aumento de relaciones sexuales utilizando una medida preventiva.

TCMR: EJEMPLO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de datos: Aplicar los análisis estadísticos para comprobar si hay asociación entre los cambios producidos en el nivel de conocimientos de las situaciones de riesgo en el consumo de droga y en la toma de iniciativas con el aumento de conductas de consumo de menor riesgo.

4.5.- TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

En este apartado se describen algunas técnicas comunes de evaluación tanto cuantitativas como cualitativas. Dentro de las técnicas cuantitativas se pueden mencionar el cuestionario (también llamado autoinforme) y la entrevista estructurada, entre otras. Dentro de las técnicas cualitativas, están la entrevista abierta, la discusión grupal, la observación, el role-playing, etc. Las técnicas cuantitativas proporcionan datos numéricos mientras que las técnicas cualitativas proporcionan información más amplia y detallada sobre aquellos aspectos que se desean evaluar. No obstante, los datos obtenidos de las técnicas cualitativas también pueden ser analizados cuantitativamente.

4.5.1.- Cuestionarios: Autoinformes

En el cuestionario o autoinforme se confía, en gran medida, en la información escrita que proporcionan las personas sobre las que se quiere obtener información. Es decir, la información que se obtiene se limita a las respuestas escritas de los sujetos ante preguntas ya preparadas.

Entre las *ventajas* del cuestionario se pueden citar que aporta información objetiva y fiable, no es caro, no requiere gran habilidad para administrarlos, puede pasarse colectivamente, es anónimo y no se obliga al sujeto a la respuesta inmediata.

Los autoinformes pueden referirse tanto a manifestaciones externas como internas, es decir pueden referirse a conductas motoras, respuestas fisiológicas, cogniciones, experiencias subjetivas, atribuciones, expectativas futuras de bienestar, cómo llegar a resolver un problema o cómo se percibe una situación. No obstante, el autoinforme referido a comportamientos motores o respuestas fisiológicas será más fácilmente contrastable que el autoinforme relativo a eventos internos. En este sentido, las *fuentes de distorsión de respuesta* más frecuentes son⁸⁰:

1.- *La simulación* es la tendencia a falsear las respuestas que procede de un deseo deliberado por parte del sujeto. El procedimiento que se puede utilizar para aminorar esta distorsión es apelar a la cooperación y honestidad del sujeto, tanto a través de las instrucciones de la prueba como a través del contacto personal con el sujeto. Otro procedimiento más sofisticado es la utilización de autoinformes que permiten la detección de los mentirosos como la escala L del MMPI o la Si del EPI, de Eysenck.

2.- *La deseabilidad social* es el afán por dar una imagen de sí mismo socialmente deseable. A pesar de la existencia de este factor, parece que la varianza explicada por la deseabilidad social es sustancialmente inferior a la explicada por el contenido del cuestionario.

3.- *La tendencia de respuesta* que puede ser de dos tipos:

* *Aquiescencia o asentimiento*: es la tendencia que lleva a un sujeto a responder “sí” o “verdadero” en todos los autoinformes de respuesta dicotómica, con independencia del contenido de la pregunta que se formule. Para evitar esta distorsión se suele invertir la formulación de las preguntas.

* *Errores escalares*: tanto la tendencia a contestar en las puntuaciones intermedias de la escala de respuesta como la tendencia a contestar en las puntuaciones extremas de la escala. Estos errores suelen surgir, en opinión de Saal, Downey y Lahey⁸¹, cuando el formato de respuesta se ajusta a una escala con un número impar de categorías (5 o 7 elementos).

Por tanto, la utilización de formatos de respuesta con opciones pares obliga a decantarse por alguno de los polos y controla la tendencia a dar respuestas sistemáticas centrales pero, no evita las respuestas sistemáticas hacia los extremos. Ya que el empleo de autoinformes referidos a la evaluación de programas suele implicar la consideración del grupo y no de los casos individuales se pueden utilizar procedimientos estadísticos para controlar este tipo de sesgos sistemáticos⁸².

En evaluación de programas, son los dos últimos sesgos sobre los que se debe prestar una mayor atención.

Se ha observado que los sujetos tienden a informar con un sesgo positivo hacia el programa con dos finalidades distintas pero complementarias: “no dejar en mal lugar” a los implantadores y/o “evitar posibles represalias” (p.e., expulsión del taller). Ante la primera finalidad se deberá hacer hincapié en las ventajas que tiene ejercer críticas positivas para mejorar las actuaciones. Con respecto a la segunda, es la garantía de confidencialidad y anonimato su salvaguarda.

La principal *limitación* del cuestionario se suele dar con grupos de personas que tienen déficits culturales. La solución es administrarlo en forma de entrevista estructurada heteroaplicada.

Por otro lado, entre los cuestionarios se pueden diferenciar *tres tipos de preguntas*:

1.- *Preguntas de alternativa cerrada* (p.e.: el sujeto sólo puede responder verdadero o falso).

2.- *Preguntas de final abierto*, permiten una respuesta libre al sujeto (p.e.: ¿cuál es tu opinión sobre el taller?).

3.- *Combinación de preguntas abiertas y cerradas*.

En relación a los *tipos de respuesta*⁸⁰:

1.- *Respuesta abierta*. Se utilizan preferentemente en las entrevistas más que en los autoinformes porque dificulta el análisis estadístico de los datos y su correcta interpretación.

2.- *Respuestas dicotómicas*. El sujeto elegirá entre alternativas como sí-no, verdadero-falso, apropiado-no apropiado.

3.- *Respuestas escalares*. Por ejemplo, las escalas de apreciación en las que el sujeto debe puntuar en una escala (de 3 o más puntos) si una determinada frase le es aplicable y en qué medida esto ocurre. La intensidad o frecuencia con la que la afirmación es aplicable al sujeto es expresada según distintos procedimientos: escala numérica (por ejemplo, de 0 a 5), escala gráfica, escala adjetivada o adverbial (nada, algo, bastante, mucho, totalmente, nunca, a veces, frecuentemente, habitualmente, siempre).

4.- *Alternativas ipsativas*: El sujeto debe asignar un orden de preferencia a tres o más elementos según el grado en el que le son aplicables o los prefiere.

Si lo que se pretende es obtener una puntuación normativa y llegar a predecir el comportamiento del sujeto, se tendrá que utilizar los tipos de respuesta forzados presentes en los cuestionarios estándar, y no los de respuesta abierta.

En la técnica del cuestionario existen aquellos que forman *escalas* cuyo interés está en la puntuación total que se obtiene de la combinación de todas las respuestas que la persona ha dado (ver apartado 4.6, pág. 116 y apartado 4.7, pág. 128).

En resumen, parece necesario recurrir a medidas de autoinforme para obtener información, principalmente proveniente de los usuarios, que es difícil de conseguir con otro tipo de técnicas. Ahora bien, una vez más, el rigor con el que se construya el cuestionario específico, el formato de respuesta y el sistema de codificación y análisis de tales respuestas así como la garantía continua de anonimato y confidencialidad, ayudará a obtener una información más contrastable y, por tanto, más segura y útil.

4.5.2.- Entrevistas

Las entrevistas recaban tanto información verbal como no verbal a tres niveles: motor, paralingüístico y relaciones espaciales entre el sujeto y el entrevistador. Existen *6 tipos de relación entre los canales de comunicación verbal y no verbal*⁸⁰:

1.- *Repetición*. En este caso, la comunicación expresada a nivel verbal se ve corroborada o repetida y confirmada por algún mensaje no verbal.

2.- *Contradicción*. La relación entre ambos canales puede ser contradictoria.

3.- *Sustitución*. A veces ocurre que la comunicación o los mensajes no verbales sustituyen a los mensajes verbales.

4.- *Complementación*. Existen ocasiones en que los mensajes no verbales no sólo son una repetición de los verbales, sino que los complementan (es decir, agregan información).

5.- *Acentuación*. En otras, el mensaje no verbal puede acentuar lo expresado a nivel verbal.

6.- *Regulación*. A veces, los mensajes emitidos a nivel no verbal tienen la finalidad de regular el flujo de la conversación entre dos personas.

En la entrevista se confía, en gran medida, en la información verbal/escrita que proporcionan las personas sobre las que se quiere obtener información. Según Sellitz et al.⁸³, en una entrevista existe la posibilidad de poner un mayor cuidado al formular las preguntas y al conseguir información; además, el entrevistador tiene la oportunidad de observar al sujeto y al conjunto de la situación en que la entrevista tiene lugar.

Por tanto, en el caso de la entrevista se pueden mencionar como *ventajas* que:

- Tiene en cuenta tanto información verbal como no verbal aportada por el sujeto (emociones, sentimientos, vacilaciones, etc.).

- Es una técnica flexible que puede adaptarse a las peculiaridades del entrevistado.

- Posibilita observar el comportamiento de la persona entrevistada.

- Es idóneo para la población “analfabeta”.

- Más fácil y cómodo para el entrevistado ya que no tiene que escribir.

- Posibilita el asegurarse de que las preguntas han sido entendidas.

Y como *desventajas* ligadas a las entrevistas se pueden señalar que:

- Son caras.

- Requieren mucho tiempo para su administración.

- Requieren habilidades especiales por parte del entrevistador para asegurar que no aparezcan sesgos en la recogida de información.

- Pueden producir reactividad en el sujeto entrevistado.

Existen diferentes tipos de entrevista, desde las estandarizadas, aquellas que siguen el mismo orden de preguntas, a las no estandarizadas, donde las preguntas no están previamente determinadas. Por tanto, las entrevistas pueden ser diferenciadas en *tres tipos*⁸⁰:

1.- *Entrevista no estructurada*. Es un concepto límite. Es difícil que un entrevistador actúe sin esquemas, al menos implícitos, y sobre todo cuando se trata de tareas de evaluación. La expresión se utiliza en la entrevista, cuando se intenta ir al hilo de la exposición del cliente, limitándose el entrevistador a reflejar sus verbalizaciones.

2.- *Entrevista semiestructurada*. Algunos autores hablan de entrevista semiestructurada cuando se trabaja con preguntas abiertas y en una secuencia prefijada; otros, cuando ni el texto ni la secuencia de las preguntas están prefijados, pero se trabaja con ayuda de esquemas o pautas de entrevista que deben ser cumplimentadas, y otros, cuando se trata de un sondeo complementario en torno a una información ya lograda.

3.- *Entrevista estructurada*. El grado de mayor o menor estructuración de las entrevistas no afecta sólo al tipo de preguntas (cerradas o abiertas o combinación de ambas) a realizar, sino también, y como sostienen Haynes⁸⁴ y Fisseni⁸⁵ entre otros, al tipo de respuesta, a la secuencia fija de las preguntas, al registro y a la interpretación de la información. El grado máximo de estructuración se alcanza si además de estar determinadas las preguntas, lo están también las posibles respuestas, el modo de realizar la entrevista, el registro, la información y la interpretación de ésta.

4.5.2.1.- Entrevistas no estructuradas

La entrevista no estructurada o abierta se diferencia de la entrevista estructurada en que se deja mayor libertad al entrevistado sin constreñirle a las preguntas y respuestas de un cuestionario. Esto implica que el entrevistador debe intentar captar toda la información de utilidad y reconducir el sentido de la entrevista en función de las respuestas escuchadas⁸⁶. Las entrevistas menos estructuradas se utilizan para realizar un estudio más intensivo de percepciones, actitudes y motivaciones.

Siguiendo a Fernández-Ballesteros⁷³, el procedimiento normalmente utilizado es el análisis de contenido que pretende tanto describir los resultados de una interacción comunicativa como formular inferencias que posibiliten llegar a conclusiones a partir de los elementos de tal comunicación⁸⁷⁻⁸⁸. Desde un punto de vista técnico las inferencias a realizar, están guiadas por el marco teórico del que parta el entrevistador. Además, este marco teórico limita los contenidos (por tanto, las preguntas a realizar) y el desarrollo (es decir, el aspecto formal) de la entrevista.

Pero no sólo es relevante el análisis del contenido del discurso del individuo, sino todos los elementos que fuera de él están influyendo en su emisión⁸⁹. Se refiere a información adicional sobre el entrevistado, contexto en el que se produce la comunicación y características formales de la interacción. Todo ello, lo textual y lo extratextual, forma las unidades de registro que pueden ser definidas, siguiendo a López-Aranguren⁸⁸ como todo aquel elemento que pueda ser analizable de forma separada del conjunto por contener referencias que el evaluador considera relevantes.

4.5.2.2.- Entrevistas estructuradas

La entrevista estructurada se refiere fundamentalmente a una entrevista con preguntas cerradas, con respuestas ajustables a categorías definidas “a priori” y con registro “mecánico” de la información que aporte información relevante, fiable y válida. Ésto, se apro-

xima a lo que sería un cuestionario aplicado de forma oral¹². Pero no se es siempre tan exigente para hablar de entrevista estructurada, bastando para ello, algunas veces, con actuar tanto a partir de un texto de preguntas como de una secuencia prefijada de las mismas. Sin embargo, se aconseja un diseño de respuesta cerrada que haga posible la codificación y la ulterior elaboración cuantitativa de la información que es mucho más difícil con preguntas de final abierto.

Por tanto, las entrevistas altamente estructuradas marcan, por un lado, la especificidad en las respuestas (evitando que el entrevistado “se vaya por las nubes”) y, por otro, la facilidad de codificación y posterior análisis de la información obtenida.

Como señala Fernández-Ballesteros⁷³, en relación a la duración de la entrevista, pudiera existir la creencia de que las entrevistas que emplean un mayor período de tiempo obtendrán una mayor cantidad de información relevante. Sin embargo, ésta no es una relación lineal, de hecho con aquellas entrevistas, supuestamente más breves, en las que el grado de estructuración es máximo e, incluso, el entrevistado dispone de un listado con las categorías de respuesta a cada pregunta, se obtiene un monto mayor de información aprovechable que en otras en las que se permite extenderse en la respuesta sin dirección alguna. La economía del tiempo, además, suele ser un aspecto que el entrevistado agradece. Para conseguir el objetivo de máxima información en mínimo tiempo, es necesario el conocimiento preciso del contenido global de la entrevista de tal forma que el entrevistador pueda detectar si en la respuesta a una pregunta, el entrevistado da respuesta a una pregunta posterior. Este reconocimiento permitirá no incidir en reiteraciones y utilizar la posterior cuestión como medio de contrastación de la información.

El tratamiento estadístico de los datos obtenidos en las entrevistas estructuradas es similar al aplicado a los cuestionarios. Aunque, en este caso se dispondrá también de información cualitativa sobre los indicadores no verbales presentes a lo largo de la entrevista que ayudarán a clarificar las respuestas analizadas cuantitativamente.

4.5.3.- Grupos de discusión

El grupo de discusión aporta datos cualitativos a la persona que desea conocer las percepciones, sentimientos y manera de pensar de los usuarios de drogas acerca del taller que han recibido^{15,90}. El grupo de discusión presenta un clima de naturalidad en el que los participantes se influyen entre ellos, al igual que sucede en la vida real. Se debe grabar la discusión para facilitar el posterior análisis de los datos.

Los resultados se obtienen mediante preguntas abiertas en las que los participantes pueden escoger la manera de contestar, y también mediante la observación de los sujetos durante la discusión grupal. Los temas a tratar deben estar cuidadosamente escogidos y ordenados de antemano. Las preguntas tienen que estar estructuradas en forma de una secuencia lógica y natural, el llamado “*guión de la entrevista*”, que generalmente es memorizado por el moderador.

El primer paso para diseñar este guión es identificar preguntas potenciales. El investigador comienza reflexionando sobre el problema o área de interés y escuchando todas las cuestiones que interesan a los usuarios. Las sesiones de brainstorming con otros colegas o

usuarios de la información pueden servir para obtener una gama de posibles preguntas y de variantes en su redacción. La tormenta de ideas debería comenzar siendo lo más amplia posible y debería incluir todas las cuestiones de interés, incluso si parecen ser sólo variaciones de otras ya mencionadas. Cuando la lista de posibles preguntas se considera completa, se seleccionarán las preguntas críticas, que serán las que resuman los objetivos del estudio. La selección de estas preguntas críticas puede realizarse de diversas formas. Por ejemplo, se podrían votar por orden de prioridad cada una de las preguntas que serán discutidas más tarde para intentar llegar a un consenso sobre cuáles se consideran más importantes. A continuación, se elabora el guión de la entrevista, redactando las preguntas seleccionadas de la manera más apropiada para la población a la que van dirigidas y ordenándolas de lo más general a lo más específico.

Por lo general, un grupo de discusión incluirá menos de 10 preguntas, y a menudo incluirá 5 o 6 en total. Cuando estas preguntas son planteadas en un entorno grupal la discusión puede alargarse varias horas. La regla de oro de los grupos de discusión es ir de los asuntos más generales a los temas más concretos. Hay que evitar el enfrentar a los participantes con una pregunta específica sin haber establecido previamente un contexto a través de preguntas más generales.

La persona que dirige el grupo y al que se le suele denominar moderador cumple varias funciones: modera, escucha, observa y eventualmente analiza usando un proceso inductivo. Además debe dominar las técnicas de animación tales como la invitación a la participación, utilización de la escucha activa, potenciación de las interacciones, búsqueda de consensos grupales, etc.⁹¹, procurando que sean los participantes en el grupo los realmente protagonistas del mismo y, por tanto, alejando la atención de su figura⁹². El número ideal de participantes para el desarrollo del grupo de discusión está situado entre 5 y 10 personas, incluido el moderador^{93,94}.

La duración máxima del grupo debe aproximarse a los 90 minutos⁹³, tiempo en el cual se han de plantear los temas, exponer las opiniones y alcanzar los acuerdos. Debido al número limitado de participantes, lo que se busca es tener representadas determinadas estructuras y relaciones sociales⁹⁵.

En relación al desarrollo del grupo, los autores distinguen fundamentalmente *tres grandes momentos*^{91,96}.

1.- *Preparación* es anterior al inicio del grupo de discusión. En esta fase se seleccionan a los participantes, se procede a la convocatoria y el moderador prepara el tema de discusión y el guión de la entrevista.

2.- *Desarrollo del grupo*. El moderador introduce el tema, busca la confrontación de opiniones, establece un plan de trabajo para llegar a posibles consensos y, en definitiva, modera la discusión que se produzca.

3.- *Interpretación y análisis del discurso del grupo*. Es este último momento el que confiere el carácter cualitativo a esta técnica. La regla de oro para proceder a esta interpretación es que no hay reglas en la interpretación⁹⁶.

El proceso de análisis debe ser sistemático y verificable. Sistemático en el sentido de que seguirá un proceso prescrito y secuencial. Es verificable en el sentido de que otro investigador debería llegar a conclusiones similares usando los documentos disponibles y los datos directos. El análisis de los datos suele realizarse siguiendo el *continuo de profundidad del análisis*⁹⁷:

En uno de los polos del continuo estaría la *presentación de los datos directos*, es decir reproducir fielmente las afirmaciones realizadas por los miembros del grupo de discusión a medida que responden a cada uno de los temas que se abordan en la conversación. Las afirmaciones se pueden clasificar en categorías que sean relevantes en la evaluación del taller.

A medio camino en el continuo estarán las *afirmaciones descriptivas*, que son resúmenes de las respuestas de los participantes. El estilo descriptivo busca facilitar la tarea del lector ofreciéndole únicamente las citas más frecuentes o significativas. Los criterios de selección de las citas deberían venir determinados por los objetivos del estudio.

El *polo interpretativo* del continuo se apoya en el proceso descriptivo, pero ofrece el significado de los datos en lugar de un resumen de éstos. Mientras que el proceso descriptivo da lugar a un resumen, el proceso interpretativo apunta hacia la comprensión. Este nivel es claramente más complejo y difícil que la presentación de los datos directos o que una descripción de los hallazgos. La interpretación toma en cuenta la realidad más allá de las palabras concretas reflejadas en una transcripción, e incluye las anotaciones recogidas durante el trabajo de campo, así como el clima que rodeaba los comentarios de los participantes, el grado de vaguedad de los ejemplos empleados y la consistencia o labilidad de las afirmaciones realizadas.

Si se van a llevar a cabo varios grupos de discusión, además de grabarlos y transcribirlos, sería importante realizar un resumen preliminar inmediatamente después de finalizar cada grupo.

El *análisis de los grupos de discusión* se realiza cuando se reúnen todos los resúmenes preliminares, las grabaciones, los guiones de entrevista, los datos demográficos de los participantes y, las transcripciones de las conversaciones:

1.- *Se leen todos los resúmenes*, uno tras otro, tomando notas sobre posibles tendencias y líneas de opinión. Se relacionarán todas las opiniones importantes por la frecuencia o la intensidad con que hayan sido expresadas.

2.- *Se leen las transcripciones*. El investigador debe marcar las secciones de la transcripción relacionándolas con cada una de las preguntas del guión de la entrevista. Ello le permitirá localizar rápidamente las respuestas a cada una de las preguntas cuando necesite realizar comparaciones entre los distintos grupos o personas de un grupo. Asimismo, señalará los comentarios que tengan un mayor interés como para ser citados posteriormente.

3.- *Se leen las transcripciones, concentrándose en un tema cada vez*. Cuando todas las respuestas a una pregunta hayan sido examinadas, el analista preparará un breve resumen descriptivo de la discusión. Se pondrá cuidado en identificar los temas y las redundancias existentes entre los distintos grupos, así como los temas que se relacionan con participantes de características demográficas similares.

Mientras se realiza este análisis, el investigador debe tener siempre presente *cinco factores*:

1.- *Las palabras* ya que el analista necesita determinar el grado de similitud entre las respuestas y palabras empleadas. En ocasiones, se puede realizar un recuento de la frecuencia de aparición de las palabras más utilizadas, organizar las respuestas en un continuo, o en categorías previamente establecidas.

2.- *El contexto* ya que el tono y la inflexión de los comentarios pueden ser interpretados de una forma cuando se escuchan durante la reunión y de otra cuando se leen en la transcripción.

3.- *La consistencia interna* ya que si se dan cambios de opinión a lo largo del grupo de discusión, el investigador traza la evolución que siguió el flujo del discurso para determinar las causas que pueden explicar dichos cambios.

4.- *El grado de imprecisión de las respuestas*. Las respuestas correctas, basadas en experiencias reales deberían tener un mayor peso en el análisis que las respuestas vagas e impersonales. Generalmente, se presta más atención a respuestas que están en primera persona en lugar de aquellas que mencionan a hipotéticas terceras personas.

5.- *Encontrar las ideas básicas*. Es aconsejable tras finalizar el análisis, anotar posteriormente los 3 o 4 hallazgos más importantes. Los ayudantes u otras personas entrenadas en análisis cualitativos podrían revisar todo el proceso y validar dichas ideas básicas.

Además, el investigador debería valorar el nivel de energía y entusiasmo existentes en el grupo, si la conversación estuvo animada o el tema despertó polémica, ya que toda esta información debería ser incluida en el informe. Esto también vale para el grado de espontaneidad y de implicación de los participantes. Por otro lado, el investigador debe mantenerse atento a las expresiones corporales durante la sesión.

Los números y porcentajes no son apropiados en investigaciones con grupos de discusión y no deberían incluirse en el informe. Los números transmiten la impresión de que los resultados pueden ser proyectados a la población general, y esta capacidad, en principio, no está dentro de las posibilidades de los procedimientos cualitativos de investigación.

4.5.4.- Observación

La observación es una técnica que se emplea en muchas ocasiones pero generalmente de forma intuitiva y asistemática⁶². Para que esta técnica sea efectiva a la hora de evaluar un taller es importante tener en cuenta las siguientes *condiciones*:

- Que la observación se organice y planifique, es decir que se determine qué grupos o personas han de ser observadas y qué temporalización se va a seguir.

- Que se establezcan indicadores claros de observación que permitan recoger la información requerida en hojas de observación elaboradas previamente (individuales y/o de grupo). Por ej., nº de intervenciones (nº de personas que intervienen y nº de intervenciones por persona), nº de veces que se repite una misma idea, bloqueos (silencios), etc.

- Que el registro de la observación se realice en la misma sesión o inmediatamente después de haber finalizado ésta.

Por tanto, desde un punto de vista metodológico, esta observación que se denomina sistemática representa el registro objetivo y específico, la codificación y el análisis de la forma, duración, frecuencia, antecedentes y consecuencias de comportamientos y/o acciones sociales previamente identificadas⁹⁸⁻¹⁰¹. Se trata de una observación dirigida que persigue unos objetivos prefijados de antemano.

Aplicada a la evaluación de programas, la observación ha de ser entendida como una técnica que pretende recoger información complementaria a la obtenida mediante la utilización de otros procedimientos. Esta técnica requiere, tal y como sostiene Anguera⁹⁹, la precisión del objetivo de la observación (tanto personas como situaciones o conductas), la disposición de medios técnicos adecuados que garanticen la precisión de la información, la obtención de datos cuantificables y, por último, la plausibilidad en la formulación de hipótesis.

Una de las tareas fundamentales a realizar por el evaluador es el del diseño del formato de observación y del código que sirva de traducción de la realidad percibida a los datos a analizar. Estando de acuerdo con Blanco y Anguera¹⁰² en la idea de que el nivel de sistematización se extiende a lo largo de un continuo, dentro de este tipo de observación sería necesario tener, al menos un nivel parcial de sistematización, como es trabajar con sistemas de categorías o formatos de campo previamente elaborados¹⁰³.

En la medida que sea posible, es más aconsejable que los observadores sean expertos, personas ajenas a la realidad del taller y que no participen en él de tal manera que permanezcan alejados del objeto de estudio y no se produzca interacción entre ellos¹⁰⁴.

4.5.5.- Role-Playing

El role-playing consiste en representar una situación típica o una escena de la vida real, adoptando cada participante alguno de los papeles que será analizado y evaluado, con el objeto de que la escena representada se torne real, visible, vívido, de modo que se comprenda mejor la actuación de quien o quienes deben intervenir en ella en la vida real. Cohen y Manion¹⁰⁵ definen el role-playing como una participación en situaciones sociales simuladas con el fin de esclarecer las normas y roles que gobiernan los episodios de la vida social real (ver capítulo 3).

Uno de los *objetivos de esta técnica* es evaluar los posibles cambios actitudinales y comportamentales (efectos) derivados de la aplicación de programas, talleres, servicios o tratamientos.

En el caso de que el role-playing sea utilizado para evaluar posibles cambios informativos, actitudinales y conductuales, éste se diseñará en base a los aspectos que se quieran evaluar y se seleccionarán las conductas a observar, que son reflejo de estos aspectos. Para ello, se elaborará un registro para anotar la frecuencia de aparición de las conductas seleccionadas, su intensidad, eficacia, etc. Por ejemplo, si la variable a evaluar es la autoeficacia, se elabora un registro de la frecuencia, intensidad y eficacia de las conductas autoeficaces mostradas por los consumidores de drogas en los role-playing elaborados para este fin. A la hora de extraer las conclusiones se tendrá en cuenta el análisis cualitativo realizado con el grupo al finalizar las diversas representaciones.

No todos los autores están de acuerdo con la idoneidad del role-playing para generar conocimiento científico. Así, Ginsburg¹⁰⁶ resume los argumentos contra el role-playing: a) el role-playing no es real respecto a las variables del estudio; b) el comportamiento expuesto no es espontáneo incluso en las formas más activas del role-playing; c) los informes verbales en el role-playing son muy susceptibles de ser influidos por aspectos como la deseabilidad social y, d) los procedimientos de role-playing no son sensibles a interacciones complejas. Sin embargo, es una técnica útil y especialmente indicada en poblaciones en las que predomina la actuación a la reflexión como es el caso de los consumidores de drogas.

4.5.6.- Otras técnicas o actividades evaluativas

Existen otras técnicas de evaluación⁶² que pueden ser de gran ayuda para el formador algunas de ellas son:

- Registro de intereses que permite conocer y ver la evolución de los intereses de los usuarios de drogas en el proceso del taller.
- Anecdotario que permite recoger incidentes, conductas significativas, comentarios que revelan, matizan o esclarecen la dinámica de las situaciones que se producen en clase.
- Análisis de los dibujos realizados por la clase que ayuda a captar el nivel de conocimientos y las actitudes respecto a un tema determinado.
- Diario que permite a la persona que está recibiendo el taller investigar sobre su propio proceso de aprendizaje.
- Diario del formador que es un instrumento de autoevaluación del formador.

Además existen numerosas actividades evaluativas, bastante sencillas de realizar, que se pueden utilizar para recoger información dentro del propio proceso del taller: resolución de problemas, definirse ante enunciados, completar frases, asociación de definiciones y conceptos, unir con flechas, buscar definiciones apropiadas a cada palabra, buscar los conceptos apropiados a cada definición, completar dibujos, fichas de repaso y recuerdo de conocimientos.

Se aconseja que estas pruebas no se conviertan en tareas rutinarias que fomenten la mera memorización de contenidos. Además, se considera muy importante el que sean valoradas por el grupo de consumidores de drogas, el formador y entre ambos. El marco en el que se deben encuadrar esta serie de técnicas y/o actividades evaluativas no es el de la evaluación rigurosamente científica (fiable, válida) sino en la evaluación entendida como un proceso continuo y formativo. Todas estas técnicas pueden utilizarse de forma exclusiva o combinada, en función de los intereses, objetivos y posibilidades de la persona encargada de realizar la evaluación.

4.6.- ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LOS TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO

A continuación se proponen una serie de instrumentos para evaluar los conocimientos, creencias, actitudes y normas sociales en torno a los métodos preventivos. Estas escalas se han aplicado en investigaciones psico-sociales «por encuesta», accediendo a diver-

sas muestras y colectivos de contextos culturales dispares (países desarrollados y en vías de desarrollo). Igualmente, se han empleado en estudios de «**evaluación de programas**» de prevención sexual aplicados a jóvenes no escolarizados³³ como a jóvenes escolarizados^{61,107-109} y a usuarios de drogas¹¹⁰, mostrando las suficientes garantías de fiabilidad y validez.

Estas escalas pueden utilizarse para evaluar-medir los cambios que el “Taller de Sexo Más Seguro” diseñado ha producido en los conocimientos, actitudes, creencias y normas del grupo de consumidores de drogas con el que se ha trabajado. Para ello se deberán pasar las escalas dos veces, una antes de realizar el taller (*pre-test*) y otra después de haberlo realizado (*post-test*). A cada persona se le pedirá que escriba tanto en el *pre-test* como en el *post-test* un código de identificación que será el mismo para ambos cuestionarios (p.e. los cuatro últimos números del teléfono). De esta manera se podrá comprobar, tanto individual como colectivamente, si las puntuaciones o la media de las puntuaciones del *post-test* han mejorado con respecto a las puntuaciones o la media de las puntuaciones del *pre-test*.

- *Individualmente* se comparará la puntuación obtenida por una determinada persona en el *pre-test* con la puntuación que haya obtenido en el *post-test*.

- *Colectivamente* se comparará la media de las puntuaciones obtenida por todo el grupo en el *pre-test* con la media de las puntuaciones que el grupo haya obtenido en el *post-test*.

En el caso de que se hayan realizado *seguimientos* al mes y a los tres meses de finalizar el taller, se comparará la puntuación obtenida por una persona o por el grupo en el *pre-test* con la puntuación que hayan obtenido en el *post-test* y en los dos seguimientos.

A modo de ejemplo, *tres instrumentos* se presentan en este manual:

- 1.- Escala de conocimientos sobre el preservativo y el SIDA.
- 2.- Escala de costes y beneficios asociados al uso del preservativo.
- 3.- Escala de conducta sexual.

A continuación se describirá de forma detallada cada uno de los instrumentos, su formato de respuesta y la clave de corrección para obtener la puntuación de un individuo. El lenguaje utilizado para presentar estas escalas es un lenguaje técnico y neutro. Por tanto, estas escalas deberían ser adaptadas al lenguaje de los usuarios de drogas a los que se vayan a administrar. Las únicas *normas* que hay que respetar son:

- Mantener el significado concreto de cada pregunta o ítem.
- Respetar la dirección de la escala, es decir en la escala de costes y beneficios las respuestas siempre tienen que oscilar entre totalmente en desacuerdo y totalmente de acuerdo.

4.6.1.- Escala de costes y beneficios del preservativo

Mediante esta escala se evalúan las creencias o expectativas asociadas al uso del preservativo; es decir, se trata de identificar lo que una persona piensa en torno al preservativo (ver escala de costes y beneficios del preservativo, pp. 119-120). Se miden dos dimensiones: a) las ventajas del preservativo o los «**beneficios**» que se perciben por su utiliza-

ción; y, b) las desventajas del preservativo o «costes» que se perciben por su uso. La escala en su conjunto está formada por 33 afirmaciones (ítemes) sobre el preservativo, 19 se refieren a los “costes” (ej. “no siempre se tienen a mano”) y los 14 restantes aluden a los “beneficios” (ej. “previenen el SIDA”). La persona que contesta la escala debe leer cada uno de los ítemes que aparecen y posicionarse, en función de su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem, en una escala numérica con 6 opciones de respuesta: muy en desacuerdo (equivale al valor 1), bastante en desacuerdo (valor 2), en desacuerdo (valor 3), de acuerdo (valor 4), bastante de acuerdo (valor 5) y muy de acuerdo (valor 6).

Una vez contestadas todas las afirmaciones, ya se puede obtener la puntuación del sujeto en las dos dimensiones que mide la escala. Para ello se efectúan dos sumas: una sobre las afirmaciones que se refieren a los costes y otra sobre las que se refieren a los beneficios del preservativo. Para obtener la puntuación del sujeto en la dimensión de “costes” se sumarán los 19 ítemes siguientes: 2, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29 y 30. Y para obtener la puntuación del sujeto en la dimensión de “beneficios” se sumarán los 14 ítemes siguientes: 1, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 21, 24, 26, 31, 32 y 33.

CLAVE DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA DEL PRESERVATIVO:

Es preciso efectuar dos sumas de los valores numéricos seleccionados por la persona: una sobre los ítemes o afirmaciones que se refieren a los “costes” y otra sobre los que se refieren a los “beneficios” del preservativo:

a) Para obtener la puntuación del sujeto en la dimensión de «costes» se sumarán las afirmaciones: 2, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29 y 30.

b) Para obtener la puntuación del sujeto en la dimensión de «beneficios» se adicionarán las afirmaciones: 1, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 21, 24, 26, 31, 32 y 33.

Las puntuaciones obtenidas una vez efectuadas las sumas anteriores se interpretan del siguiente modo. En el caso de los “costes”, una alta puntuación (mayor o igual que 72) significa que la persona considera que el uso del preservativo lleva asociado un gran número de consecuencias negativas. Si la puntuación es baja (menor o igual que 63), significará que se perciben pocas consecuencias negativas derivadas de su utilización. Por lo que se refiere a los “beneficios”, una alta puntuación (mayor o igual que 67) evidencia que la persona estima que la utilización del preservativo tiene un gran número de consecuencias positivas. En cambio, una baja puntuación (menor o igual que 58) reflejará que la persona percibe pocas ventajas derivadas del uso del preservativo.

ESCALA DE COSTES Y BENEFICIOS DEL PRESERVATIVO

Desde tu punto de vista, señala tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes características relacionadas con los preservativos.

Responde marcando con un círculo o con una “X” el número de la escala que mejor refleje tu respuesta:

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1 = Muy en desacuerdo | 4 = De acuerdo |
| 2 = Bastante en desacuerdo | 5 = Bastante de acuerdo |
| 3 = En desacuerdo | 6 = Muy de acuerdo |

LOS PRESERVATIVOS...

1) Previenen el embarazo.	1	2	3	4	5	6
2) No siempre se tienen a mano.	1	2	3	4	5	6
3) Hay que saber dónde comprarlos u obtenerlos.	1	2	3	4	5	6
4) Engorroso, incómodo, complicado de usar.	1	2	3	4	5	6
5) Tranquilizan y dan seguridad en la relación.	1	2	3	4	5	6
6) Crea dudas en el otro acerca del estado de salud.	1	2	3	4	5	6
7) Pueden estar defectuosos.	1	2	3	4	5	6
8) Sin efectos negativos, no tienen contraindicaciones.	1	2	3	4	5	6
9) Rompen con el romanticismo de la situación.	1	2	3	4	5	6
10) Es fácil tenerlo encima, es fácil tenerlo a mano.	1	2	3	4	5	6
11) Me posibilita tener relaciones con varias personas sin tener riesgo.	1	2	3	4	5	6
12) Interrumpe el acto sexual.	1	2	3	4	5	6
13) Da corte comentar que hay que “ponerlo”.	1	2	3	4	5	6
14) No es natural, es artificial.	1	2	3	4	5	6
15) Son baratos.	1	2	3	4	5	6
16) Previenen de enfermedades de transmisión sexual.	1	2	3	4	5	6
17) Disminuye el placer.	1	2	3	4	5	6
18) Me siento incómodo de andar con ellos todo el tiempo.	1	2	3	4	5	6
19) Son fáciles de obtener.	1	2	3	4	5	6
20) Es inseguro, hay dudas de su eficacia.	1	2	3	4	5	6
21) Es higiénico.	1	2	3	4	5	6
22) Hay que depender de él, hay que pensar en tenerlo.	1	2	3	4	5	6
23) Me preocupa que lo encuentren en mi casa.	1	2	3	4	5	6
24) Son sencillos y fáciles de utilizar.	1	2	3	4	5	6
25) Se rompen fácilmente, son frágiles.	1	2	3	4	5	6
26) Su colocación es un juego erótico más.	1	2	3	4	5	6
27) Me da vergüenza comprarlo.	1	2	3	4	5	6
28) Si los tienes crea la sensación de que tienes relaciones con cualquier persona.	1	2	3	4	5	6

29) Los hombres que los tienen dan la sensación de que buscan llegar a la relación sexual siempre.	1	2	3	4	5	6
30) Hay que saber usarlo, ponérselo.	1	2	3	4	5	6
31) Se utilizan sólo en el momento de la relación sexual.	1	2	3	4	5	6
32) Previenen del SIDA.	1	2	3	4	5	6
33) No hace falta ir al médico.	1	2	3	4	5	6

4.6.2.- Escala de conocimientos

En la escala de conocimientos se presentan una serie de afirmaciones (32 en total) en torno a: el uso del preservativo (subescala de 8 ítemes), las formas de transmisión del VIH y cómo prevenirlo (24 ítemes). En el conjunto de la escala existen afirmaciones que enuncian una información «correcta» (p.e. “el SIDA se puede pillar por las relaciones sexuales”) y otras que representan “mitos o falacias”, expresando una información «incorrecta» (p.e., “el SIDA se puede pillar por la saliva”).

Para cada una de las afirmaciones, la persona entrevistada se deberá posicionar optando por una de las 3 alternativas de respuesta: «verdadero», «falso» o «no sé» (ver escala de conocimientos, pp. 121-122). Se puede responder de dos modos: acertando o no.

- Un ACIERTO puede darse por dos razones; porque se reconoce como “verdadera” la información correcta o se reconoce como “falsa” una información incorrecta.

- Un ERROR podrá producirse por dos razones; por señalar como “falsa” o “no sé” una información correcta o por señalar como “verdadera” o “no sé” una información incorrecta.

Para obtener la puntuación global de la persona, hay que asignar a las respuestas ante cada una de las afirmaciones de la escala unos valores numéricos determinados. Para ello se aplica la regla siguiente: **a los aciertos se les asigna el valor “1” y a los errores el valor “0”**. De este modo, una alta puntuación será reflejo de un nivel elevado de información, ya que la evaluación global del conocimiento se efectuará a través de la suma de las puntuaciones que se han obtenido en cada una de las afirmaciones de la escala. Se pueden utilizar **dos estrategias** para la evaluación de los conocimientos:

1.- *Estrategia específica*: Supone analizar el nivel de conocimientos en cada uno de los apartados de la escala. Se obtendrán dos indicadores para evaluar: el conocimiento sobre el uso correcto del preservativo y la información sobre las formas de transmisión del VIH.

2.- *Estrategia inespecífica*: En este caso se obtendrían dos indicadores globales: el total de aciertos ante la información correcta y el total de aciertos ante la información incorrecta. El primer indicador se refiere al reconocimiento de la información correcta como verdadera; mientras que el segundo se refiere al reconocimiento de la información incorrecta como falsa.

Se consideran puntuaciones bajas si éstas son menores o iguales que los siguientes valores en la subescalas de conocimientos: 4 en la subescala del conocimiento del uso del preservativo y 16 en la subescala de conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA (ver clave de corrección, pp. 122-123).

ESCALA DE CONOCIMIENTOS

A continuación, responde marcando con un círculo o con una “X” la respuesta que consideres correcta, es decir, si cada una de las afirmaciones es verdadera, falsa o no sabes.

A) Para usar bien el preservativo es necesario:

1) Colocararlo antes de la erección.	Verdadero	Falso	No sé
2) Colocararlo cuando el pene está en erección.	Verdadero	Falso	No sé
3) Colocararlo justo en el momento de la eyaculación.	Verdadero	Falso	No sé
4) Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado.	Verdadero	Falso	No sé
5) Mirar la fecha de caducidad.	Verdadero	Falso	No sé
6) No manipularlo hasta su colocación.	Verdadero	Falso	No sé
7) Sujetar el preservativo por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación.	Verdadero	Falso	No sé
8) Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el preservativo sujetándolo por los bordes.	Verdadero	Falso	No sé

B) Según tu opinión, el SIDA se puede “pillar”:

9) A través de las relaciones sexuales.	Verdadero	Falso	No sé
10) Esnifando heroína.	Verdadero	Falso	No sé
11) Donando sangre.	Verdadero	Falso	No sé
12) Utilizando piscinas públicas.	Verdadero	Falso	No sé
13) Recibiendo sangre (transfusión).	Verdadero	Falso	No sé
14) A través de los cubiertos, vasos.	Verdadero	Falso	No sé
15) Besándose en la boca.	Verdadero	Falso	No sé
16) Inyectándose heroína siempre con la propia jeringuilla.	Verdadero	Falso	No sé
17) Inyectándose heroína compartiendo la jeringuilla.	Verdadero	Falso	No sé
18) A través de picaduras de insecto.	Verdadero	Falso	No sé
19) A través de la saliva.	Verdadero	Falso	No sé
20) A través de las lágrimas.	Verdadero	Falso	No sé
21) Compartiendo objetos personales (cepillo de dientes, cuchillas, etc.).	Verdadero	Falso	No sé
22) A través del coito interrumpido.	Verdadero	Falso	No sé
23) De mujer embarazada a su hijo.	Verdadero	Falso	No sé

C) Para no “pillar” el SIDA, es necesario:

24) Acudir al médico para realizarse controles periódicos.	Verdadero	Falso	No sé
25) Estar bien informado sobre lo que es el SIDA.	Verdadero	Falso	No sé
26) Tener siempre la misma pareja sexual.	Verdadero	Falso	No sé
27) Utilizar el preservativo.	Verdadero	Falso	No sé
28) No utilizar agujas ya usadas.	Verdadero	Falso	No sé
29) Evitar el contacto con sangre de otros.	Verdadero	Falso	No sé
30) Tomar la píldora anticonceptiva.	Verdadero	Falso	No sé
31) Utilizar cremas espermicidas.	Verdadero	Falso	No sé
32) No existen medidas que nos protejan.	Verdadero	Falso	No sé

CORRECCIÓN DE LA ESCALA DE CONOCIMIENTOS

A) Para usar bien el preservativo es necesario:

1) Colocarlo antes de la erección.	V = 0	F = 1	N.S = 0
2) Colocarlo cuando el pene está en erección.	V = 1	F = 0	N.S = 0
3) Colocarlo justo en el momento de la eyaculación.	V = 0	F = 1	N.S = 0
4) Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado.	V = 0	F = 1	N.S = 0
5) Mirar la fecha de caducidad.	V = 1	F = 0	N.S = 0
6) No manipularlo hasta su colocación.	V = 1	F = 0	N.S = 0
7) Sujetar el preservativo por los bordes y retirar el pene de lavagina, justo después de la eyaculación.	V = 1	F = 0	N.S = 0
8) Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el preservativo sujetándolo por los bordes.	V = 0	F = 1	N.S = 0

B) Según tu opinión, el SIDA se puede “pillar”:

9) A través de las relaciones sexuales.	V = 1	F = 0	N.S = 0
10) Esnifando heroína.	V = 0	F = 1	N.S = 0
11) Donando sangre.	V = 0	F = 1	N.S = 0
12) Utilizando piscinas públicas.	V = 0	F = 1	N.S = 0
13) Recibiendo sangre (transfusión).	V = 0	F = 1	N.S = 0
14) A través de los cubiertos, vasos.	V = 0	F = 1	N.S = 0
15) Besándose en la boca.	V = 0	F = 1	N.S = 0
16) Inyectándose heroína siempre con la propia jeringuilla.	V = 0	F = 1	N.S = 0
17) Inyectándose heroína compartiendo la jeringuilla.	V = 1	F = 0	N.S = 0

18) A través de picaduras de insecto.	V = 0	F = 1	N.S = 0
19) A través de la saliva.	V = 0	F = 1	N.S = 0
20) A través de las lágrimas.	V = 0	F = 1	N.S = 0
21) Compartiendo objetos personales (cepillo de dientes, cuchillas, etc.).	V = 1	F = 0	N.S = 0
22) A través del coito interrumpido.	V = 1	F = 0	N.S = 0
23) De mujer embarazada a su hijo.	V = 1	F = 0	N.S = 0

C) Para no “pillar” el SIDA, es necesario:

24) Acudir al médico para realizarse controles periódicos.	V = 0	F = 1	N.S = 0
25) Estar bien informado sobre lo que es el SIDA.	V = 0	F = 1	N.S = 0
26) Tener siempre la misma pareja sexual.	V = 0	F = 1	N.S = 0
27) Utilizar el preservativo.	V = 1	F = 0	N.S = 0
28) No utilizar agujas ya usadas.	V = 1	F = 0	N.S = 0
29) Evitar el contacto con sangre de otros.	V = 1	F = 0	N.S = 0
30) Tomar la píldora anticonceptiva.	V = 0	F = 1	N.S = 0
31) Utilizar cremas espermicidas.	V = 0	F = 1	N.S = 0
32) No existen medidas que nos protejan.	V = 0	F = 1	N.S = 0

CLAVE DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA DE CONOCIMIENTOS

1) En primer lugar es preciso saber qué ítemes o afirmaciones presentan una información correcta y cuáles presentan una información incorrecta.

- Información «CORRECTA»: 2, 5, 6, 7, 9, 17, 21, 22, 23, 25, 27, 28 y 29.
- Información «INCORRECTA»: 1, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 24, 26, 30, 31 y 32.

2) El siguiente paso es analizar si, ante cada una de las afirmaciones, la persona ha acertado o errado, y asignar valores numéricos a sus respuestas. Los aciertos recibirán el valor “1” y los errores “0” (ver corrección de la escala de conocimientos, pág. 118).

3) A continuación, se suman los ítemes o afirmaciones correspondientes, bien siguiendo la estrategia específica o bien siguiendo la estrategia inespecífica:

Estrategia ESPECÍFICA:

- Conocimiento sobre el uso correcto del preservativo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.
- Información sobre las formas de transmisión del VIH: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32.

Estrategia INESPECIFICA:

- Total de aciertos ante la información correcta: 2, 5, 6, 7, 9, 17, 21, 22, 23, 25, 27, 28 y 29.
- Total de aciertos ante la información incorrecta: 1, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 24, 26, 30, 31 y 32.

4.6.3.- Escala de conducta sexual

Esta escala trata de evaluar el nivel de experiencia sexual alcanzado por las personas a lo largo de su vida, el tipo de relaciones sexuales mantenidas en el momento de completar la escala, la adopción de conductas preventivas y una especificación numérica de los coitos realizados en un determinado lapsus de tiempo y las veces que estos coitos han sido protegidos, y a través de que medida preventiva.

Esta escala permite determinar de forma más detallada la adopción progresiva –o no– de conductas de prevención. Es importante, que el período de tiempo evaluado sea lo suficientemente amplio como para poder realizar estimaciones estadísticas, así como restringido para asegurarnos que los sujetos lo recuerdan de forma bastante fiable.

Aunque existen numerosas escalas para valorar el *nivel de experiencia sexual* de los sujetos, se recomienda utilizar la escala de Schofield¹¹¹ por su sencillez y suficiencia para evaluar los “Talleres de Sexo Más Seguro”. Esta escala divide en 5, los niveles de experiencia sexual: 1) ninguna, 2) experiencia de besos y caricias, 3) experiencia de Petting, 4) coito con una persona, 5) coito con varias personas. El sujeto se sitúa en uno de estos niveles en función de su experiencia sexual.

ESCALA DE CONDUCTA SEXUAL

Para responder a las preguntas que se te indican a continuación, marca con un círculo o con una x aquel número que mejor refleje tu respuesta.

1.- Nivel de Experiencia Sexual:

Lee atentamente cada nivel de experiencia sexual y pon una X en el nivel que tú te encuentres. Al margen de tus relaciones sexuales actuales indica la experiencia máxima que has tenido a lo largo de tu vida.

- 1 No he tenido ninguna experiencia sexual.
- 2 He besado en los labios y abrazado con caricias en las manos y por encima de la ropa.
- 3 He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él. Esto incluye haber acariciado directamente y haber sido acariciado directamente en cualquier parte del cuerpo, incluido los genitales, con o sin orgasmos (petting).

- 4 He tenido experiencia de haber llegado al coito, es decir, a la introducción del pene dentro de la vagina, con una sola persona a lo largo de mi vida.
- 5 He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida.
Indica aproximadamente el número de parejas.....

2.- En la ACTUALIDAD cómo es tu comportamiento sexual.

- 1 No tengo relaciones sexuales.
- 2 Tengo relaciones sexuales que consisten en besos, caricias, caricias genitales, etc..., pero no tengo experiencia del coito.
- 3 Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.

3.- Tus relaciones sexuales son:

- 1 Heterosexuales: Con personas de distintos sexo.
- 2 Homosexuales: Con personas del mismo sexo.
- 3 Bisexuales: Con personas de ambos sexos.

Las preguntas que van de la 4 a la 10 sólo deben ser respondidas por las personas que mantienen o han mantenido relaciones sexuales que incluyen el coito (la penetración). ¡Atención! Las preguntas nº 11 y 12 deben ser respondidas por todas las personas, al margen de su experiencia sexual.

4.- Cuando mantienes relaciones sexuales coitales, lo haces...:

- 1 Siempre con la misma persona (“tu pareja”): monógamo.
- 2 Con más de una persona: polígamo.

5.- Cuando mantienes relaciones sexuales coitales, ¿utilizas algún método anti-conceptivo?

- 1 SIEMPRE 2 A VECES 3 NUNCA

6.- ¿Qué método utilizas? (puedes señalar más de una respuesta).

- 1 El coito interrumpido (marcha atrás, sacar el pene antes de eyacular).
- 2 Píldoras anticonceptivas.
- 3 DIU (dispositivo intrauterino).
- 4 Preservativo (condones).
- 5 Diafragma
- 6 Métodos naturales (ogino, temperatura, billings).
- 7 Otros, indica cuál.....

7.- En el último mes, ¿cuántas veces has mantenido relaciones sexuales coitales? (indica aproximadamente el número de veces).

Nº VECES

8.- De estas veces, ¿cuántas veces has utilizado un método anticonceptivo?.

Nº VECES

9.- ¿Qué método habéis utilizado tú o tu pareja en estas ocasiones? (si es más de un método señálalo).

.....

10.- ¿Por qué has elegido ese/os método/s anticonceptivo/s? (indica desde tu punto de vista la razón más importante).

.....

11.- ¿Qué tipo de precauciones tomas o tomarías para no infectarte de VIH? (puedes señalar más de una respuesta).

- 1 No hago nada/ No tomo ninguna precaución.
- 2 Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano.
- 3 No tengo relaciones con gente que sé que se inyecta droga.
- 4 Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente.
- 5 Realizo prácticas sexuales de penetración con menos gente que antes.
- 6 Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida.
- 7 Sólo tengo relaciones coitales con una persona.
- 8 Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual.
- 9 Me lavo después de tener una relación sexual de penetración.
- 10 Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo (besos, heteromasturbación, etc.).
- 11 Utilizo el coito interrumpido (marcha atrás, sacar el pene antes de eyacular).
- 12 Utilizo cremas espermicidas.
- 13 Utilizo la píldora anticonceptiva.
- 14 Utilizo el preservativo (condón).
- 15 Acudo al médico para realizarme controles periódicos.
- 16 Me abstengo de tener relaciones sexuales si no tengo una medida preventiva.
- 17 Otras, especifica.....

12.- ¿Crees que las precauciones que tomas son suficientes para no infectarte con el VIH?

1 SI 2 NO

Para valorar el *actual comportamiento sexual*, se utiliza otra escala que divide las relaciones sexuales de los sujetos en 3 niveles: 1) ninguna relación sexual, 2) petting, 3) relaciones coitales. La *orientación del deseo* es evaluada a través de una escala de tres puntos: homosexual, heterosexual y bisexual.

Para examinar las *conductas de riesgo y prevención*, se han elaborado varios ítemes que son administrados sólo a las personas que han tenido o tienen relaciones sexuales coitales:

- .- Si estas relaciones las mantienen siempre con la misma persona o con diferentes personas.
- .- Adopción de conductas preventivas.
- .- Tipo de medida preventiva adoptada.
- .- Número de coitos en el último mes y, de éstos número de coitos protegidos.
- .- Tipo de medida preventiva.

Esto permite disponer de dos indicadores de la frecuencia de adopción de medidas preventivas: 1) uno cualitativo (siempre, a veces, nunca) y 2) otro cuantitativo (número de coitos protegidos en el último mes). Las encuestas basadas en respuestas dicótomas del tipo “si o no” uso el preservativo, sobrestiman el sexo seguro y subestiman el sexo inseguro porque se responde sí uso, pero no cuántas veces se usa y cómo se usa.

En relación a las *conductas preventivas ante el SIDA* se han elaborado dos ítemes que serán contestados tanto por las personas que tienen relaciones sexuales coitales como aquellas que no tienen experiencia de coito. Los consumidores de drogas deberán responder si adoptan o adoptarían diferentes medidas preventivas. Estas medidas preventivas se distribuyen en diferentes subgrupos para poder analizarlas adecuadamente:

1.- *Medidas preventivas totalmente ineficaces*: no tomar ninguna precaución, lavarse después de tener una relación sexual de penetración, utilizar el coito interrumpido (marcha atrás), cremas espermicidas o la píldora anticonceptiva y acudir al médico para realizarse controles periódicos. Algunos autores indican que esta última conducta es adoptada por algunos usuarios de drogas como una medida preventiva de cara a la transmisión del VIH.

2.- *Medidas preventivas cuestionables* en cuanto a su eficacia real y muy extendidas: ser monógamo, fijarse en el aspecto exterior de la pareja, tener relaciones sólo con personas conocidas, realizar prácticas sexuales de penetración con poca gente o con menos gente que antes, no tener relaciones con gente que se inyecta drogas e informarse sobre el estado de salud de la pareja.

3.- *Medidas preventivas eficaces*: utilizar el preservativo, mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo (besos, heteromasturbación, etc.) y abstenerse de tener relaciones sexuales si no se tiene una medida preventiva a mano.

Por último, se pregunta a los sujetos si perciben que las precauciones que toman para no infectarse con el VIH son suficientes o no. Así, se puede contrastar esta percepción subjetiva con las medidas sexuales preventivas eficaces realmente adoptadas por el sujeto (ver escala, pp. 124-126).

4.7.- ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LOS TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

A continuación se proponen *dos instrumentos* para evaluar conocimientos sobre situaciones y prácticas de riesgo relacionadas con la infección por el VIH, VHB y VHC y sobredosis entre los usuarios de drogas, y en particular entre los UDIs:

1.- El primero es un cuestionario sobre conocimientos de situaciones de inyección de riesgo, y ha sido específicamente diseñado para este Programa por lo que actualmente no está validado.

2.- El segundo instrumento es una escala de medidas de los hábitos de compartir equipo de inyección y del uso de drogas en general. Esta escala se ha utilizado en la evaluación de resultados de intervenciones educativas similares a este tipo de talleres fuera de nuestro país¹¹². Se caracteriza por su sencillez y fácil manejo.

Ambos instrumentos deberán utilizarse entre los consumidores de drogas que participan en el taller antes de su realización (pre-test), inmediatamente después de la realización del mismo (post-test 1) y a ser posible a los tres meses de su realización (post-test 2 o seguimiento).

4.7.1.- Escala de conocimiento de situaciones de inyección de riesgo

Se presentan 30 afirmaciones relacionadas con situaciones en las que se produce riesgo asociado al consumo de drogas. Veintidós de ellas están relacionadas con prácticas de riesgo asociadas al consumo, técnicas de inyección y conocimientos generales sobre enfermedades infecciosas. Las otras ocho tienen que ver directamente con las causas, riesgos y medidas de actuación frente a una sobredosis.

Para cada una de las preguntas la persona entrevistada deberá responder seleccionando una de las 3 alternativas siguientes: verdadero, falso o no sé. Se puede responder de *dos modos*:

- Un ACIERTO puede darse por dos razones: porque se reconoce como verdadera una información correcta o se reconoce como falsa una información incorrecta.

- Un ERROR podrá producirse por señalar como falsa o no sé una información correcta o por señalar como verdadera o no sé una información incorrecta.

A los aciertos se les asigna el valor 1 y a los errores el valor 0. De este modo una alta puntuación será reflejo de un nivel elevado de información.

ESCALA DE CONOCIMIENTOS DE SITUACIONES DE INYECCIÓN DE RIESGO

A continuación, responde marcando con un círculo o con una “X” la respuesta que consideres correcta, es decir, si cada una de las afirmaciones es verdadera, falsa o no sabes.

- | | | | |
|---|-----------|-------|-------|
| 1. Al utilizar un tapón ya usado por otra persona se corre el riesgo de pillar enfermedades infecciosas como el SIDA y las hepatitis. | Verdadero | Falso | No sé |
| 2. Comprar a un camello desconocido conlleva mayor riesgo de sobredosis. | Verdadero | Falso | No sé |
| 3. La toallita de alcohol es conveniente utilizarla sobre todo después de haberse inyectado. | Verdadero | Falso | No sé |
| 4. Para evitar riesgos es mejor pillar primero la sustancia (caballo, coca) y luego la chuta. | Verdadero | Falso | No sé |
| 5. Cuando se usa un torniquete, nunca debe aflojarse antes de introducir la dosis. | Verdadero | Falso | No sé |
| 6. El limon abierto y fuera de la nevera es difícil que se infecte con cándidas. | Verdadero | Falso | No sé |
| 7. Mezclar diferentes drogas aumenta los riesgos de sobredosis. | Verdadero | Falso | No sé |
| 8. Al inyectarse, la aguja debe apuntar hacia la dirección del corazón. | Verdadero | Falso | No sé |
| 9. El virus del SIDA y las hepatitis se transmiten por vía intravenosa, pero no si te pinchas bajo la piel o en el músculo. | Verdadero | Falso | No sé |
| 10. Al utilizar una jeringa ya usada por otra persona se corre el riesgo de pillar enfermedades infecciosas como el SIDA y las hepatitis. | Verdadero | Falso | No sé |
| 11. Si una vez preparada y filtrada la mezcla, se chupa la aguja antes de inyectarse no se corre ningún riesgo. | Verdadero | Falso | No sé |
| 12. Para desinfectar una jeringa basta con llenarla de agua y lejía durante 10 segundos y luego aclararla con agua. | Verdadero | Falso | No sé |
| 13. Al utilizar agua ya usada por otra persona no se corre ningún riesgo de pillar enfermedades infecciosas como el SIDA y las hepatitis. | Verdadero | Falso | No sé |

14. Si te inyectas con la jeringa usada por tu pareja estas corriendo riesgos.	Verdadero	Falso	No sé
15. Al insertar la aguja para inyectarse, el bisel debe estar hacia abajo.	Verdadero	Falso	No sé
16. Inyectarse tras tres meses sin tomar drogas tiene menor riesgo de sobredosis.	Verdadero	Falso	No sé
17. En general, en España hay más consumidores de drogas infectados por el VIH que por el de la hepatitis C.	Verdadero	Falso	No sé
18. El lavado del punto de inyección antes de inyectarse con agua caliente y jabón es una medida que no sirve para reducir riesgos.	Verdadero	Falso	No sé
19. Inyectarse sólo es más peligroso para la salud que hacerlo en presencia de otra persona.	Verdadero	Falso	No sé
20. Los abscesos se producen por inyectarse sin higiene.	Verdadero	Falso	No sé
21. Para cuidar las venas es mejor inyectarse siempre en el mismo sitio.	Verdadero	Falso	No sé
22. Existe una vacuna eficaz para prevenir la hepatitis B.	Verdadero	Falso	No sé
23. Calentar la sustancia en la cuchara permite matar a todos los gérmenes.	Verdadero	Falso	No sé
24. Fumar o esnifar drogas conlleva menos riesgo de sobredosis y de adquirir el SIDA o la hepatitis que inyectarse.	Verdadero	Falso	No sé
25. El orden con el que te tomes tranquilizantes, alcohol y heroína influye en el riesgo de sobredosis.	Verdadero	Falso	No sé
26. Al utilizar el filtro ya usado por otra persona no se corre ningún riesgo de pillar enfermedad infecciosas como el SIDA y las hepatitis.	Verdadero	Falso	No sé
27. La desinfección de la jeringa con lejía es eficaz contra la hepatitis C.	Verdadero	Falso	No sé
28. La mayoría de muertes por sobredosis ocurren por mezclar opiáceos (heroína, metadona) con benzodiacepinas.	Verdadero	Falso	No sé
29. Ante una sobredosis por heroína lo único que hay que hacer es avisar una ambulancia.	Verdadero	Falso	No sé
30. Es posible pillar una enfermedad infecciosa (SIDA, hepatitis) cargando la sustancia de una jeringa a otra.	Verdadero	Falso	No sé

CORRECCIÓN DE LA ESCALA DE CONOCIMIENTOS DE SITUACIONES DE INYECCIÓN DE RIESGO

1. Al utilizar un tapón ya usado por otra persona se corre el riesgo de pillar enfermedades infecciosas como el SIDA y las hepatitis.	Verdadero	Falso	No sé
2. Comprar a un camello desconocido conlleva mayor riesgo de sobredosis.	Verdadero	Falso	No sé
3. La toallita de alcohol es conveniente utilizarla sobre todo después de haberse inyectado.	Verdadero	Falso	No sé
4. Para evitar riesgos es mejor pillar primero la sustancia (caballo, coca) y luego la chuta.	Verdadero	Falso	No sé
5. Cuando se usa un torniquete, nunca debe aflojarse antes de introducir la dosis.	Verdadero	Falso	No sé
6. El limon abierto y fuera de la nevera es difícil que se infecte con cándidas.	Verdadero	Falso	No sé
7. Mezclar diferentes drogas aumenta los riesgos de sobredosis.	Verdadero	Falso	No sé
8. Al inyectarse, la aguja debe apuntar hacia la dirección del corazón.	Verdadero	Falso	No sé
9. El virus del SIDA y las hepatitis se transmiten por vía intravenosa, pero no si te pinchas bajo la piel o en el músculo.	Verdadero	Falso	No sé
10. Al utilizar una jeringa ya usada por otra persona se corre el riesgo de pillar enfermedades infecciosas como el SIDA y las hepatitis.	Verdadero	Falso	No sé
11. Si una vez preparada y filtrada la mezcla, se chupa la aguja antes de inyectarse no se corre ningún riesgo.	Verdadero	Falso	No sé
12. Para desinfectar una jeringa basta con llenarla de agua y lejía durante 10 segundos y luego aclararla con agua.	Verdadero	Falso	No sé
13. Al utilizar agua ya usada por otra persona no se corre ningún riesgo de pillar enfermedades infecciosas como el SIDA y las hepatitis.	Verdadero	Falso	No sé
14. Si te inyectas con la jeringa usada por tu pareja estas corriendo riesgos.	Verdadero	Falso	No sé

15. Al insertar la aguja para inyectarse, el bisel debe estar hacia abajo.	Verdadero	Falso	No sé
16. Inyectarse tras tres meses sin tomar drogas tiene menor riesgo de sobredosis.	Verdadero	Falso	No sé
17. En general, en España hay más consumidores de drogas infectados por el VIH que por el de la hepatitis C.	Verdadero	Falso	No sé
18. El lavado del punto de inyección antes de inyectarse con agua caliente y jabón es una medida que no sirve para reducir riesgos.	Verdadero	Falso	No sé
19. Inyectarse sólo es más peligroso para la salud que hacerlo en presencia de otra persona.	Verdadero	Falso	No sé
20. Los abscesos se producen por inyectarse sin higiene.	Verdadero	Falso	No sé
21. Para cuidar las venas es mejor inyectarse siempre en el mismo sitio.	Verdadero	Falso	No sé
22. Existe una vacuna eficaz para prevenir la hepatitis B.	Verdadero	Falso	No sé
23. Calentar la sustancia en la cuchara permite matar a todos los gérmenes.	Verdadero	Falso	No sé
24. Fumar o esnifar drogas conlleva menos riesgo de sobredosis y de adquirir el SIDA o la hepatitis que inyectarse.	Verdadero	Falso	No sé
25. El orden con el que te tomes tranquilizantes, alcohol y heroína influye en el riesgo de sobredosis.	Verdadero	Falso	No sé
26. Al utilizar el filtro ya usado por otra persona no se corre ningún riesgo de pillar enfermedades infecciosas como el SIDA y las hepatitis.	Verdadero	Falso	No sé
27. La desinfección de la jeringa con lejía es eficaz contra la hepatitis C.	Verdadero	Falso	No sé
28. La mayoría de muertes por sobredosis ocurren por mezclar opiáceos (heroína, metadona) con benzodicepinas.	Verdadero	Falso	No sé
29. Ante una sobredosis por heroína lo único que hay que hacer es avisar una ambulancia.	Verdadero	Falso	No sé
30. Es posible pillar una enfermedad infecciosa (SIDA, hepatitis) cargando la sustancia de una jeringa a otra.	Verdadero	Falso	No sé

4.7.2.- Escala de medidas de los hábitos de compartir el equipo de inyección y del uso de drogas en general

Se trata de un cuestionario dirigido a usuarios de drogas que durante el último mes han utilizado la vía inyectada. Consta de catorce preguntas y está dividido en *dos partes*:

- La primera parte (preguntas 1 a 6 bis) mide las prácticas de riesgo relacionadas directamente con compartir material de inyección (jeringa, agua, filtro, tapón). El instrumento consta a su vez de dos escalas: una lógica/dicotómica (sí, no) llamada "A" y otra ordinal con respuestas ordenadas de menos a más (de 1 a 6) llamada "B".

Las preguntas que tienen respuesta en las dos escalas (números 5, 6 y 6 bis) deben ser contestadas en ambas; de esta manera el cuestionario permite obtener en "A" el porcentaje de individuos que presentan un comportamiento (por ejemplo, el % de individuos que han compartido la jeringa en el último mes) y en "B" un indicador medio sobre la intensidad de este comportamiento (por ejemplo, del uso de la jeringuilla de otras personas en el último mes).

- La segunda parte del cuestionario mide otros aspectos más generales relacionados con el uso de drogas, tipo y número de drogas consumidas y si el consumo es por vía inyectada. Las preguntas 7 y 8 únicamente tienen respuesta en una escala, mientras que el resto (9 a 14) tienen respuestas en ambas escalas. En algunas preguntas la escala es únicamente de 0 a 5 (9, 11, 13).

En cuanto a la clave de corrección en las preguntas de tipo lógico se valorará un evento con un dígito (1) y el opuesto con otro (0) permitiendo diferenciar porcentajes de personas que presentan el antecedente de una u otra conducta. En las preguntas con respuesta ordinal se valorará cada respuesta en base a la intensidad de dicha conducta que viene reflejada por el número de la respuesta (mayor intensidad de un comportamiento a medida que el valor crece). En las preguntas 7 y 8 se contará el número de sustancias diferentes que han sido consumidas o inyectadas en el último mes.

ESCALAS DE MEDIDA DE LOS HÁBITOS DE COMPARTIR EL EQUIPO DE INYECCIÓN Y DE USO DE DROGAS (ADAPTADO DE STEPHENS ET AL, 1991)

Todas las preguntas se refieren a lo que te sucedió durante el último mes anterior a la realización de esta entrevista. Para responder a las preguntas que se te indican a continuación, marca con un círculo el número que mejor refleje tu respuesta. Verás que en algunas preguntas se debe responder en dos escalas; por favor recuerda que has de señalar las dos.

A) Medidas de riesgo relacionado con el hábito de compartir:

1. Durante los 30 días anteriores a la realización de esta entrevista, ¿has usado drogas por vía intravenosa?.

1. No —————> Fin de la entrevista.
2. Sí, al menos en una ocasión.

2. En los últimos 30 días, ¿has usado un tapón o recipiente para preparar la dosis que anteriormente pudiera haber usado otra persona?

1. No, nunca.
2. Sí, al menos en una ocasión.

3. En los últimos 30 días, ¿has usado para preparar la dosis, agua de una botella que anteriormente pudiera haber usado otra persona?

1. No, nunca.
2. Sí, al menos en una ocasión.

4. En los últimos 30 días, ¿has usado un filtro que anteriormente pudiera haber usado otra persona?

1. No, nunca.
2. Sí, al menos en una ocasión.

5. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te has inyectado con una jeringuilla que anteriormente pudiera haber usado otra persona? (por favor contesta en las dos escalas).

1. Nunca.
2. Raras veces.
3. Una vez de cada cuatro veces que me inyecté.
4. La mitad de las veces en las que me inyecté.
5. Tres veces de cada cuatro veces que me inyecté.
6. Siempre.

a. *Nunca* —————> *Pasar a la pregunta n° 7*

b. *Al menos en una ocasión.*

6. En los últimos 30 días, cuando te inyectaste con una jeringuilla que anteriormente pudiera haber usado otra persona, ¿con qué frecuencia la limpiaste antes con lejía? (por favor contesta en las dos escalas).

1. Nunca.
2. Raras veces.
3. Una de cada cuatro veces que usé una jeringa usada.
4. La mitad de las veces en las que usé una jeringa usada.
5. Tres veces de cada cuatro que usé una jeringa usada.
6. Siempre que usé una jeringa usada.

a. *Nunca.*

b. *Al menos en una ocasión.*

6 bis. Algunas personas para repartir la droga cargan toda la dosis en una jeringa y luego la reparten a otras jeringas. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has llenado tu jeringa desde otra jeringa ya usada? (por favor contesta en las dos escalas).

1. Nunca.
2. Raras veces.
3. Una de cada cuatro veces.
4. La mitad de las veces.
5. Tres veces de cada cuatro.
6. Siempre.
 - a. *Nunca.*
 - b. *Al menos en una ocasión.*

B) Medidas de riesgo asociado a aspectos más generales del uso de drogas:

7. Señala con una cruz todas las drogas que has consumido al menos en una ocasión, en los últimos 30 días.

1. Heroína sola, sin mezclarla con otra sustancia en la misma dosis.
2. Metadona.
3. Cocaína sin mezclarla con otra sustancia en la misma dosis (en base o crack, basuco, cocinada, en polvo).
4. Speedball (heroína + cocaína juntas en la misma dosis).
5. Otros opiáceos (Buprex, Deprancol, Contugesic, metadona comprada en la calle, etc.).
6. Anfetaminas o speed.
7. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Rohipnol, Valium, Trankimazin, Tranxilium, Halción, Orfidal).
8. Hachís (marihuana, cannabis, porros, etc.).

8. Señala con una cruz todas las drogas que te has inyectado al menos en una ocasión, en los últimos 30 días.

1. Heroína sola, sin mezclarla con otra sustancia en la misma dosis.
2. Metadona.
3. Cocaína sin mezclarla con otra sustancia en la misma dosis (en base o crack, basuco, cocinada, en polvo).
4. Speedball (heroína + cocaína juntas en la misma dosis).
5. Otros opiáceos (Buprex, Deprancol, Contugesic).
6. Anfetaminas.
7. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Rohipnol, Valium, Trankimacin, Tranxilium, Halción, Orfidal).
8. Hachís (marihuana, cannabis, porros, etc.).

9. ¿Con qué frecuencia has consumido heroína sola durante los últimos 30 días? (por favor contesta en las dos escalas).

0. Nunca.
1. Una vez a la semana o menos.
2. Cinco a seis veces por semana.
3. Una o dos veces al día.
4. Tres o más veces al día.

- a. *Nunca* —————> *Pasar a la pregunta n° 11*
- b. *Al menos en una ocasión.*

10. De estas veces que consumiste heroína sola, ¿en cuántas ocasiones te la inyectaste? (por favor contesta en las dos escalas).

1. Nunca.
2. Raras veces.
3. Una vez de cada cuatro veces que consumí.
4. La mitad de las veces que consumí.
5. Tres de cada cuatro veces que consumí.
6. Siempre que consumí heroína me la inyecté.

- a. *Nunca.*
- b. *Al menos en una ocasión.*

11. ¿Con qué frecuencia has consumido cocaína sola (en base o crack, basuco, cocinada, en polvo) en los últimos 30 días? (por favor contesta en las dos escalas).

0. Nunca.
1. Una vez a la semana o menos.
2. Cinco a seis veces por semana.
3. Una o dos veces al día.
4. Tres o más veces al día.

- a. *Nunca* —————> *Pasar a la pregunta n° 13*
- b. *Al menos en una ocasión.*

12. De estas veces que consumiste cocaína sola (en base o crack, basuco, cocinada, en polvo), ¿en cuántas ocasiones te la inyectaste? (por favor contesta en las dos escalas).

1. Nunca.
2. Raras veces.
3. Una vez de cada cuatro veces que consumí.
4. La mitad de las veces que consumí.
5. Tres de cada cuatro veces que consumí.
6. Siempre que consumí cocaína me la inyecté.

- a. *Nunca.*
- b. *Al menos en una ocasión.*

13. ¿Con qué frecuencia has consumido speedball (heroína + cocaína mezcladas) en los últimos 30 días? (por favor contesta en las dos escalas).

0. Nunca.
1. Una vez a la semana o menos.
2. Cinco a seis veces por semana.
3. Una o dos veces al día.
4. Tres o más veces al día.

- a. *Nunca* —————> *Fin de la entrevista.*
- b. *Al menos en una ocasión.*

14. De estas veces que consumiste speedball, ¿en cuántas ocasiones te lo inyectaste?

1. Nunca.
2. Raras veces.
3. Una vez de cada cuatro veces que consumí.
4. La mitad de las veces que consumí.
5. Tres de cada cuatro veces que consumí.
6. Siempre que consumí speedball me lo inyecté.

- a) *Nunca*
 - b) *Al menos en una ocasión*
-

A partir de las escalas anteriores se debería construir una tabla similar a la que aquí se presenta. En la columna N aparece el número de encuestados que respondieron a la pregunta correspondiente. En las columnas pre-test y post-test aparecen valores que corresponden a porcentajes calculados de las opciones de respuesta dicotómica (si-no) o medias aritméticas de los valores de las escalas utilizadas (1, 2, 3...). La tercera columna muestra la diferencia de proporciones o medias y entre paréntesis el intervalo de confianza de esa diferencia.

	N	Pre-Test	Post-test	Diferencia (95% IC)
Compartir material (Medias de la escala)				
(1) % usan drogas por vía intravenosa (IV)	150	92,2	70,5	21,7 (16,1 - 27,3)
(2) % que comparten el tapón	143	70,3	20,3	50,0 (44,5 - 65,5)
(3) % que comparten agua	143	60,5	42,3	NS
(4) % que comparten filtro	150	67,4	24,3	43,1 (36,0 - 50,2)
(5a) Uso de jeringuilla de otros	150	2,28	1,61	43,1 (36,0 - 50,2)
(5b) % que usan el equipo de otros	147	92,2	67,1	25,1 (19,4 - 30,8)
(6a) Limpieza con lejía	150	1,86	1,87	NS
(6b) % que desinfectan con lejía	150	33,5	62,3	28,7 (21 - 36,4)
(6 bis a) Práctica Front/Backloading	150	1,90	1,91	NS
(6 bis b) % que practican Front/Backloading	150	74,5	50,3	24,2
Uso de drogas (Medias de la escala)				
(7) Número de drogas usadas	150	4,53	3,30	1,23 (1,13 - 1,33)
(8) Número de drogas usadas por vía intravenosa	150	2,24	1,43	0,81 (0,70 - 0,92)
(9a) Escala uso de heroína	127	4,24	3,32	0,92 (0,77 - 1,07)
(9b) % usan heroína	150	65,5	45,7	25,9 (18,4 - 33,4)
(10a) Escala heroína IV	138	4,43	3,67	0,76 (0,63 - 0,89)
(10b) % usan heroína IV	138	74,5	50,3	24,2 (16,4 - 32)
(11a) Escala uso de cocaína	150	3,49	2,15	1,34 (1,16 - 1,52)
(11b) % usan cocaína	150	83,9	67,2	16,7 (10,8 - 22,6)
(12a) Escala cocaína IV	150	4,47	3,27	1,20 (1,04 - 1,36)
(12b) % usan cocaína IV	150	80,4	60,5	19,9 (13,8 - 26)
(13a) Escala uso de speedball	150	1,91	1,06	0,84 (0,70 - 0,98)
(13b) % usan speedball	150	40,7	27,3	13,4 (6,2 - 20,6)
(14a) Escala uso speedball IV	150	3,49	2,15	1,34 (1,16 - 1,52)
(14b) % usan speedball IV	150	83,9	67,2	16,7 (10,8 - 22,6)

* (entre paréntesis se indica el número al que corresponde la pregunta).

4.8.- ESCALA DE EVALUACIÓN DE PROCESO DE LOS TALLERES

La escala que se propone a continuación para evaluar el proceso de los talleres, ha sido elaborada por Ubillos, Otxoa y Páez¹¹³ y ampliamente utilizada con distintas muestras nacionales: jóvenes escolarizados, jóvenes no escolarizados, profesionales de la salud¹¹⁴, etc.

Mediante esta escala se evalúa la opinión de los participantes con respecto a los distintos aspectos estructurales del taller. Para ello, se deberá pasar la escala nada más realizarlo, normalmente durante el final de la última sesión. El cuestionario es anónimo, y cada persona, antes de cumplimentarlo, indicará su sexo y edad. La escala está formada por 19 preguntas que se dividen en los siguientes apartados:

- 1.- Aspectos globales del taller: valoración global, satisfacción, utilidad y duración.
- 2.- Actitud del grupo durante el taller: participación e interés.
- 3.- Valoración de la información: suficiencia, comprensibilidad y credibilidad.
- 4.- Valoración de la metodología y del material: adecuación.
- 5.- Valoración de los profesionales: actuación, claridad, credibilidad y empatía.
- 6.- Aportaciones del taller: informativos, actitudinales y comportamentales.
- 7.- Evaluación cualitativa: aspectos positivos y negativos, sugerencias.

La mayoría de las respuestas se obtienen a través de escalas tipo likert de 6 puntos. La persona que contesta la escala debe leer cada uno de los ítems que aparecen y posicionarse, en función de una escala numérica con 6 opciones de respuesta: la puntuación más negativa equivale al valor 1 y la puntuación más positiva equivale al número 6.

Una vez contestadas todas las afirmaciones, se obtienen las puntuaciones medias del grupo en cada ítem, así como la distribución de los sujetos en base a la puntuación dada en cada pregunta (% de personas que se sitúan en cada una de las 6 opciones de respuesta). También si fuera pertinente, se pueden analizar las diferencias en función del sexo o de la edad.

La interpretación de los resultados es muy sencilla, sólomente se debe situar la media obtenida por el grupo en cada ítem en su escala numérica correspondiente (por ejemplo, si la puntuación media dada por el grupo al grado de satisfacción fuera 4,6, el grupo considera que está entre satisfecho y muy satisfecho de haberlo realizado).

ESCALA PARA EVALUAR EL PROCESO DEL TALLER

Atención:

Para responder a las preguntas del cuestionario debes elegir tu respuesta y marcar con un círculo o marcar con una cruz el número que corresponde a dicha respuesta.

Sexo: 1 Hombre 2 Mujer

Edad:

1.- El haber realizado este taller me ha parecido:

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1 = Totalmente negativo | 4 = Positivo |
| 2 = Muy negativo | 5 = Muy positivo |
| 3 = Negativo | 6 = Totalmente positivo |

2.- Señala el grado de satisfacción con el taller que has realizado:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1 = Totalmente insatisfecho | 4 = Satisfecho |
| 2 = Muy insatisfecho | 5 = Muy satisfecho |
| 3 = Insatisfecho | 6 = Totalmente satisfecho |

3.- Señala el grado de utilidad que ha tenido para ti el realizar este taller:

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1 = Nada útil | 4 = Útil |
| 2 = Poco útil | 5 = Bastante útil |
| 3 = Algo útil | 6 = Totalmente útil |

4.- Señala tu grado de participación en el taller:

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| 1 = Nada participativo | 4 = Participativo |
| 2 = Poco participativo | 5 = Muy participativo |
| 3 = Algo participativo | 6 = Totalmente participativo |

5.- Señala tu grado de interés en el taller que has realizado:

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1 = Totalmente desinteresado | 4 = Interesado |
| 2 = Muy desinteresado | 5 = Muy interesado |
| 3 = Desinteresado | 6 = Totalmente interesado |

6.- El tiempo empleado en la realización del taller, te ha parecido:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1 = Totalmente corto | 5 = Largo |
| 2 = Muy corto | 6 = Muy largo |
| 3 = Corto | 7 = Totalmente largo |
| 4 = Suficiente | |

7.- Valora del 1 al 6 si la información:

Te ha parecido suficiente:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1 = Totalmente insuficiente | 4 = Suficiente |
| 2 = Muy insuficiente | 5 = Muy suficiente |
| 3 = Insuficiente | 6 = Totalmente suficiente |

Te ha parecido comprensible:

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 = Totalmente incomprensible | 4 = Comprensible |
| 2 = Muy incomprensible | 5 = Muy comprensible |
| 3 = Incomprensible | 6 = Totalmente comprensible |

Te ha parecido creíble:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1 = Totalmente increíble | 4 = Creíble |
| 2 = Muy increíble | 5 = Muy creíble |
| 3 = Increíble | 6 = Totalmente creíble |

8.- Valora en qué medida consideras adecuada la metodología empleada:

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1 = Totalmente inadecuada | 4 = Adecuada |
| 2 = Muy inadecuada | 5 = Muy adecuada |
| 3 = Inadecuada | 6 = Totalmente adecuada |

9.- Valora en qué medida consideras adecuada el material utilizado:

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1 = Totalmente inadecuado | 4 = Adecuado |
| 2 = Muy inadecuado | 5 = Muy adecuado |
| 3 = Inadecuado | 6 = Totalmente adecuado |

10.- Valora del 1 al 6 en qué medida este taller:

Te ha aportado conocimientos:

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 = Ninguno | 4 = Bien |
| 2 = Insuficiente | 5 = Notable |
| 3 = Suficiente | 6 = Sobresaliente |

Te ha hecho reflexionar sobre tus creencias y conductas:

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 = Ninguno | 4 = Bien |
| 2 = Insuficiente | 5 = Notable |
| 3 = Suficiente | 6 = Sobresaliente |

Te va a influir en tus comportamientos:

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 = Ninguno | 4 = Bien |
| 2 = Insuficiente | 5 = Notable |
| 3 = Suficiente | 6 = Sobresaliente |

11.- A continuación valora a los profesionales responsables de impartir el taller, en los siguientes aspectos:

Valora del 1 al 6 la actuación de los profesionales

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 = Deficiente | 4 = Bien |
| 2 = Insuficiente | 5 = Notable |
| 3 = Suficiente | 6 = Sobresaliente |

Valora del 1 al 6 la claridad de los profesionales en sus exposiciones

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1 = Nada claros | 4 = Claros |
| 2 = Poco claros | 5 = Muy claros |
| 3 = Algo claros | 6 = Totalmente claros |

Valora del 1 al 6 el grado de credibilidad que tienen los profesionales para ti:

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1 = Totalmente increíbles | 4 = Creíbles |
| 2 = Bastantes increíbles | 5 = Muy creíbles |
| 3 = Muy increíbles | 6 = Totalmente creíbles |

Valora del 1 al 6 la empatía mostrada por los profesionales a lo largo del taller:

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1 = Nada empáticos | 4 = Empáticos |
| 2 = Poco empáticos | 5 = Muy empáticos |
| 3 = Algo empáticos | 6 = Totalmente empáticos |

12.- Escribe los aspectos positivos y negativos del taller, así como las sugerencias que estimes oportunas de cara a mejorarlo.

.....

CAPÍTULO 5

PROGRAMACIÓN DE LOS TALLERES

LOS PASOS NECESARIOS PARA DISEÑAR UN TALLER SON:

- 1.- Identificar el grupo, sus intereses y necesidades.
- 2.- Enumerar los objetivos o cambios que se desean lograr en el grupo (informativos, actitudinales y comportamentales).
- 3.- Delimitar los aspectos que se van a abordar durante el programa (información, actitudes, habilidades, conductas).
- 4.- Delimitar la metodología a seguir para abordar los distintos aspectos a trabajar.
- 5.- Identificar los recursos humanos y materiales disponibles.
- 6.- Identificar los servicios sanitarios de la zona.
- 7.- Diseñar el programa.
- 8.- Establecer el diseño de evaluación.
- 9.- Aplicar el taller y evaluarlo.

A continuación se presentan dos ejemplos en los que siguen los pasos necesarios para programar un **Taller de Sexo Más Seguro** y un **Taller de Consumo de Menos Riesgo** dirigido a usuarios de drogas y que puede servir como modelo prototípico. Asimismo se incluye el diseño de una sesión específica de los “Talleres de Sexo Más Seguro” y de tres sesiones de los “Talleres de Consumo de Menos Riesgo”. Dada la variabilidad de los posibles participantes y de los contenidos que en los talleres se abordan, estos ejemplos deben considerarse como una guía orientativa, flexible y adaptable a otras poblaciones y contenidos.

5.1.- IDENTIFICAR EL GRUPO, SUS INTERESES Y NECESIDADES

5.1.1.- Identificación del grupo

Lo primero que hay que tener en cuenta a la hora de identificar el grupo son las características de los usuarios de drogas que participan en un taller, descritas en el capítulo 2 de este manual. Recordamos que tanto en el caso de los TSMS como en el de los TCMR, el número ideal de consumidores de drogas que forman el grupo debe oscilar aproximadamente entre 6 y 12 personas.

5.1.1.1.- Talleres de Sexo Más Seguro

Si el taller va dirigido a la población heterosexual, lo aconsejable es que el número de hombres y mujeres sea lo más equilibrado posible.

Además, los participantes deben tener edades similares, aunque el rango de edad puede ser más amplio entre los usuarios de drogas de mayor edad, ya que dependiendo de la etapa del proceso de sexuación (adolescencia, juventud o madurez) en el que se encuentre el grupo se deberá profundizar en aquellos aspectos y situaciones sexuales relevantes para dicha etapa. Por ejemplo, en el caso de los adolescentes las edades deberían oscilar entre los 15 y los 16 años o entre los 18 y los 20 años y, en el caso de los jóvenes y de los adultos, entre los 25 y 30 años o entre los 40 y 50 años.

Asimismo, es importante que los usuarios presenten una conducta sexual previa similar (p.e., que todos tengan experiencia de coito), así como un tipo de experiencia sexual parecida (p.e., prostitución, parejas estables, parejas esporádicas, etc.).

Es aconsejable que los UD's que participan en un taller se encuentren en una fase de cambio de la conducta similar. Por tanto, siguiendo a Prochaska y Diclemente, no sería aconsejable mezclar a consumidores de drogas que se sitúan en la etapa de contemplación con usuarios que se sitúan en la etapa de precontemplación, ya que el tipo de objetivos, contenidos y dinámicas difieren en ambos grupos (ver capítulo 8, pp. 185-187).

A la hora de seleccionar un grupo de usuarios de drogas para llevar a cabo un TSMS se deberán tener en cuenta las incompatibilidades que hacen desaconsejable que algunos consumidores participen de forma conjunta en dichos talleres (ver apdo. 2.2, características de los usuarios de drogas participantes en los talleres, pág. 47).

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO

Edad: 25-30 años.

Nº: 12.

Sexo: 7 hombres y 5 mujeres.

Etapas del proceso de sexuación: juventud.

Experiencia sexual: todos tienen experiencia de coito con parejas esporádicas.

Tipo de grupo: UD's en activo.

5.1.1.2.- Talleres de Consumo de Menos Riesgo

En el caso de los TCMR, la selección del grupo se puede realizar en función de la edad, tiempo de consumo, sexo, aspectos culturales, etapa actual en su consumo (abstinente, metadona, consumo sin tratamiento, etc.).

En general, el rango de edad de los usuarios de drogas puede ser muy amplio (por ejemplo de los 25 a los 40 años), ya que lo prioritario es que la intervención vaya dirigida

a las personas que realizan más prácticas de riesgo. Se recomienda que siempre que se pueda haya un porcentaje equilibrado de hombres y mujeres.

Dado que la participación es voluntaria, la heterogeneidad no plantea problemas si se hace con sentido común, evitando en lo posible el incluir usuarios a los que les podría perjudicar el abordar ciertos temas (p.e., pacientes abstinentes de larga duración a los que puede perjudicar el contacto imaginario con la sustancia). Por ello se deberá tener en cuenta la etapa del proceso en el que se encuentran los participantes (consumo activo, esporádico –fin de semana–, iniciándose en el consumo, recaída, en tratamiento de desintoxicación o deshabitación, etc.).

Asimismo, en la práctica, se han observado algunas incompatibilidades entre las usuarias de drogas que ejercen la prostitución (por ejemplo, una relación travestis-mujeres muy violenta) que dificultan la realización del taller. Tal dificultad se resuelve invitando a las interesadas a participar en la organización de las sesiones para que se sientan más cómodas con el fin de hablar libremente y preguntándoles si prefieren formar los grupos de mujeres solas, hombres solos, travestís, parejas, etc.

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO

Edad: 20-40 años.

Nº: 12.

Sexo: grupo mixto (máxima representatividad: hombres, mujeres y travestís).

Tipo de grupo: UD's en activo que utilicen como vía de consumo la parenteral.

5.1.2.- Identificación de los intereses y necesidades

La identificación de los intereses y necesidades del grupo de usuarios de drogas es muy importante para seleccionar el contenido que deben ser abordados en cualquier taller. Existen *dos vías para examinar los intereses y necesidades*:

1.- Si se puede realizar un pre-test antes de la primera sesión del taller, pueden analizarse las carencias informativas, actitudinales y conductuales de los consumidores de drogas y adaptar el contenido del taller a las necesidades detectadas.

2.- En el caso de que no se pueda realizar un pre-test antes de la primera sesión del taller, puede aprovecharse ésta para examinar fundamentalmente el perfil del grupo en cuanto a sus conocimientos, actitudes y conductas sexuales o de consumo. Otros objetivos de esta sesión serán incrementar la cohesión grupal, homogeneizar el lenguaje y empatizar con el grupo. En este sentido, el capítulo 7 (pág. 175) de este manual también puede ser de gran utilidad para identificar algunas de las conductas sexuales de riesgo de los UD's.

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO IDENTIFICACIÓN DE INTERESES Y NECESIDADES

- El formador, a través de una sesión grupal, ha detectado un bajo nivel de información sexual, dificultades de comunicación entre hombres y mujeres, falta de autoeficacia por parte de las mujeres, actitudes desfavorables hacia la sexualidad y los métodos preventivos, conductas sexuales de riesgo y algunas personas diagnosticadas de ETS/VIH.
- A través del cuestionario utilizado en el pre-test se ha detectado el nivel que tiene el grupo en información, actitudes y conductas sexuales.

5.2.- ENUMERAR LOS OBJETIVOS A LOGRAR

A continuación se enumeran todos los objetivos generales, concretos e instrumentales que se quieran abordar en los talleres. Se pueden seleccionar todos los objetivos concretos e instrumentales que se crean relevantes de cara a la obtención de los objetivos generales. No obstante, hay que tener en cuenta las dificultades para la posterior evaluación de objetivos demasiado ambiguos o que no estén definidos con verbos cuantificables. En la fase de diseño, con frecuencia se seleccionan muchos objetivos, pero posteriormente sólo algunos de ellos, podrán ser evaluados.

En los capítulos 6 y 10 de este manual se proponen un gran número de objetivos de los TSMS y de los TCMR, que pueden ser seleccionados en función de las necesidades e intereses del grupo de usuarios de drogas con el que se va a trabajar. Evidentemente, se pueden diseñar otros objetivos que no aparezcan en esas listas, ya que éstas se han elaborado solamente a modo orientativo.

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Disminuir el número de relaciones sexuales de riesgo entre los UD's que asisten al taller.
- Evitar nuevos casos de ETS y SIDA entre los UD's que participan en el taller.

Objetivos específicos:

- Aumentar el nivel de información.
- Aumentar el control y la planificación de las relaciones íntimas.
- Incrementar el nivel de autoeficacia de los UD's.
- Maximizar beneficios y minimizar costes derivados del uso del preservativo.
- Incrementar el acceso de los drogodependientes a los recursos socio-sanitarios.

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Disminuir el número de prácticas de riesgo asociadas al consumo de drogas entre los UD's.
- Evitar nuevos casos de infección por VIH y hepatitis, así como de sobredosis.

Objetivos específicos:

- Aumentar el nivel de información.
- Incrementar la capacidad de los UD's para negociar un consumo de menos riesgo.
- Incrementar el acceso de los drogodependientes a los recursos socio-sanitarios.

Además, se pueden describir **objetivos instrumentales** en función de los objetivos concretos.

5.3.- DELIMITAR LOS ASPECTOS QUE SE VAN A TRABAJAR EN EL TALLER

En función de los intereses y necesidades del grupo así como de los objetivos establecidos, se seleccionan los aspectos que se consideren esenciales para dotar al grupo de consumidores de drogas de los recursos informativos, actitudinales y conductuales necesarios para la adopción de conductas sexuales preventivas.

Con respecto a los TSMS y TCMR, en los capítulos 8, 9, 13 y 14 de este manual respectivamente se han descrito extensamente cada uno de estos aspectos para que se disponga de un conocimiento profundo de todos ellos.

Además, hay que recordar que antes que seguir ciegamente las líneas de actuación de los TSMS y de los TCMR planteadas en dichos capítulos, es aconsejable examinar de forma particular estos factores específicos en el grupo de usuarios en el que se vaya a intervenir. Por otra parte, para delimitar estos aspectos se tendrá en cuenta el momento evolutivo en el que se encuentra el grupo, sus intereses, necesidades y carencias informativas, actitudinales y conductuales con respecto a las relaciones sexuales y al consumo de drogas.

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO**ASPECTOS PARA TRABAJAR EN EL TALLER**

- Conductas sexuales de riesgo y de prevención.
- Información sobre sexualidad, el preservativo y las ETS, SIDA.
- Anticipación y planificación de la conducta sexual.
- Percepción de control.
- Autoeficacia y habilidades de comunicación.
- Costes y beneficios de las medidas preventivas.
- Recursos asistenciales y sanitarios.

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO**ASPECTOS PARA TRABAJAR EN EL TALLER**

- Conductas de consumo de riesgo y técnicas de inyección de menos riesgo.
- Información sobre formas de consumo, SIDA, hepatitis, sobredosis.
- Normas y creencias sociales asociadas a conductas de riesgo.
- Habilidades para la toma de iniciativas y soluciones.
- Recursos asistenciales y sanitarios.

5.4.- DELIMITAR LA METODOLOGÍA

Una vez seleccionados los contenidos que se van a abordar en el taller, se diseñarán las dinámicas grupales que se consideran más eficaces de cara a la modificación de actitudes, creencias y conductas sexuales de riesgo o de consumo de drogas. Asimismo estas técnicas deben ir encaminadas a conseguir confianza, implicación y participación.

En el capítulo de metodología (ver capítulo 3) se describen de forma genérica las distintas técnicas grupales que se pueden emplear en los talleres. Dependiendo de los objetivos, de los contenidos, del clima del grupo y de la fase del programa (inicial, intermedia o final) se seleccionan estas dinámicas, adaptándolas a las características del grupo de usuarios de drogas con el que se va a trabajar.

Cuando el objetivo es incrementar el nivel de conocimientos correctos o incorrectos de los consumidores se aplicarán dinámicas que requieran poca participación o de corte más racional (por ejemplo, magistral semiactiva, brainstorming, paneles, etc.). Si además el objetivo es modificar ciertas actitudes se deben aplicar dinámicas que requieren más implicación racional y emocional por parte de los UD's (por ejemplo, discusión dirigida, confrontación de valores, sesión de tribunal, etc.). Y si el objetivo es dotar a los UD's de

los recursos y habilidades conductuales necesarias se pueden aplicar las técnicas más ansiógenas y estresantes (por ejemplo, role-playing y análisis de la consecuencia de las conductas, modelaje, técnicas para desarrollar habilidades sociales, etc.), ya que son las que permiten, especialmente, modificar dichos aspectos.

Hay que tener en cuenta que para un adecuado funcionamiento del grupo, las dinámicas iniciales no deben requerir una gran participación e implicación por parte de los participantes. Sin embargo, en la medida que el grupo vaya familiarizándose con esta metodología, se podrán aplicar las dinámicas más ansiógenas que, como se ha comentado, son las más efectivas para dotar a las personas de los recursos conductuales necesarios.

Asimismo, en relación a los “Talleres de Sexo Más Seguro”, hay que recordar que si el grupo manifiesta muchas conductas erotofóbicas, las dinámicas deben ser de corte más racional, mientras que si el grupo manifiesta muchas conductas erotofílicas las dinámicas pueden ser más implicantes y estresantes.

**TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO Y CONSUMO DE MENOS RIESGO
DELIMITAR LA METODOLOGÍA**

Seleccionar las dinámicas más eficaces para abordar los distintos aspectos o contenidos del Taller y que favorecen el cambio de creencias, actitudes y conductas de riesgo:

- Brainstorming.
- Discusión dirigida.
- Role-Playing.
- Modelaje.
- Técnicas para el desarrollo de las habilidades de comunicación y negociación.
- Clarificación de valores.
- Análisis de las consecuencias de una conducta.

TSMS:

- Confrontación en función del riesgo.
- Modelaje del uso del preservativo.
- Video: “Hacia un sexo más seguro”.

TCMR:

- Tarjetas interactivas de prevención.
- Viñetas situacionales.
- Técnicas de simulación (brazo para inyección, maniquí para sobredosis).
- Video: “Si te metes... no te mates”.

5.5.- IDENTIFICAR LOS RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Como ya se ha mencionado en el capítulo 2 de este manual, la identificación de los recursos materiales y humanos es importante de cara a diseñar un taller. Por ejemplo, el local debería cumplir una serie de condiciones: que sea espacioso, que disponga de mesas y sillas que se puedan mover, que tenga amplias paredes lisas, así como una gran pizarra, que no sea muy ruidoso, etc. Además, hay que prever todo el material que es necesario para llevar adecuadamente cada una de las dinámicas diseñadas.

Por otra parte, hay que tener en cuenta los recursos humanos de los que se va a disponer. Evidentemente es diferente si sólo se dispone de un formador que tenga que diseñar, implementar y evaluar el taller. En caso de que se cuente con más de un formador, es importante realizar una distribución de tareas. En la medida de lo posible, es interesante que el taller sea llevado por dos personas ya que pueden surgir imprevistos que interrumpen la actividad. Aunque las características de las personas que dirigen los talleres pueden ser muy variables, en general, se recuerda que se valoran como positivas la capacidad de empatía, el acertado conocimiento del fenómeno del consumo de drogas y de las conductas de riesgo (sexuales y de consumo) y del ambiente en que se mueven los usuarios, la capacidad de identificación y de toma de distancia, el conocimiento de la teoría y metodología de los talleres y ser aceptado por los participantes.

Además, sin duda alguna, la coordinación con otros profesionales es importante de cara a una mejor ejecución del taller. Por tanto, como ya se ha indicado, es aconsejable contar con colaboradores externos que ayuden en la evaluación del taller y/o abordar algunos de los aspectos que no están al alcance de los formadores.

Asimismo, también se puede prever si se van a utilizar usuarios de drogas como “agentes de salud” (UDs entrenados) a lo largo de la implementación del taller. En caso de recurrir a estos mediadores, se necesitaría seleccionarlos en función de las características que han sido descritas en el capítulo 8 de este manual (ver apartado de norma subjetiva y norma social, pp. 215-225). Además, en algunas ocasiones, es importante prever que los usuarios de drogas que participen como “agentes de salud” sean remunerados y a los consumidores que asistan al taller sean recompensados aunque fuera simbólicamente¹².

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- Local: espacio suficiente, con mesas y sillas movibles.
- Formadores: 1 formador, 2 agentes de salud.
- Colaboradores: psicólogo y ATS de un Centro de Salud Mental.
- Audiovisuales: vídeo “Hacia un sexo más seguro”, proyector de diapositivas.
- Materiales preventivos: muestras de métodos preventivos (píldoras, diu, preservativos, etc.), objetos similares al pene.
- Material fungible: pizarra, tizas, papel, bolígrafos, rotuladores, gomas y papelería.

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- Local: Espacio suficiente.
- Formadores: 1 formador que conduce el grupo y otro que realiza las funciones de soporte.
- Audiovisuales: vídeo, retroproyector y/o proyector de diapositivas.
- Materiales de Prevención: trípticos, cómics, póster, material de inyección (jeringas, filtros, botellitas de agua destilada, tapones, toallitas con alcohol, ácido cítrico), papel de aluminio, maniquí y/o brazo ortopédico de inyección.
- Material fungible: pizarra, tizas, papel, bolígrafos, rotuladores, gomas y lápices.

5.6.- IDENTIFICAR LOS RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DE LA ZONA

La identificación de todos los recursos socio-sanitarios de la zona es imprescindible para informar a los usuarios de drogas sobre todas las posibilidades con las que cuentan. Asimismo, sería aconsejable abordar con dinámicas específicas las creencias negativas que tienen los consumidores sobre las instituciones sanitarias y que dificultan su acceso a las mismas (ver capítulo 8, acceso a los recursos asistenciales, pp. 227-229).

Hay que tener en cuenta, como ya ha sido indicado, que los formadores de los talleres necesitan coordinarse con otros profesionales sanitarios y asistenciales para poder cumplir algunos de los objetivos.

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIO-SANITARIOS

- Identificar los recursos sanitarios: Centro de Salud Mental, centro de planificación familiar, centro de realización del test de detección de anticuerpos frente al VIH y otras analíticas (virus de la hepatitis B y C).
- Proporcionar información sobre el funcionamiento de los distintos servicios sanitarios y comunitarios identificados en el área geográfica.
- Analizar las creencias y actitudes negativas sobre las instituciones sanitarias.
- Contactar con las personas responsables de estos servicios para una adecuada coordinación y derivación a los diferentes servicios si fuera necesario.

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIO-SANITARIOS

- Identificar los recursos sanitarios: PIJs, Centros de Salud Mental, Centros de Atención a Drogodependientes, farmacias, servicios sociales de cobertura mínima (comedores sociales, duchas, lavanderías, albergues municipales, etc.).
- Proporcionar trípticos informativos con direcciones, horarios de acceso y medios de transporte de los servicios identificados.
- Abordar los aspectos que dificultan el acceso de los usuarios de drogas a las instituciones sanitarias.
- Contactar con los responsables de los servicios para una adecuada coordinación y derivación.

5.7.- DISEÑAR EL TALLER

A la hora de diseñar la estructura general del taller, dependiendo de los objetivos y de la población de UD's a la que vaya dirigido, se establecerá la duración del taller, la distribución de las sesiones, así como las fechas y horario en el que se va a llevar a cabo.

En general, los TSMS deberían tener una duración mínima de 10 horas, ya que la experiencia de las autoras^{12,78} en este tipo de trabajo indica que este tiempo es el mínimo necesario para procurar algún cambio a nivel informativo, actitudinal y conductual. En el caso de que los formadores dispongan de los recursos necesarios, se aconseja la realización de talleres de mayor duración, ya que los cambios conductuales son difíciles de conseguir y mantener.

Se aconseja un mínimo de una hora y media, y mejor dos, por sesión, ya que es el tiempo necesario para presentar la dinámica al grupo, llevarla a cabo, analizarla y concluir. Además, es importante recordar que la motivación de los usuarios aumenta si en los talleres se incluye un tiempo de 30 minutos por cada sesión para tomar un café.

Por último, se deben diseñar las sesiones del taller, señalando en cada una de ellas los objetivos concretos y específicos que se tratan de cumplir. Se aconseja que en cada sesión se elijan pocos objetivos ya que es mucho más realista de cara a su cumplimiento. Por otra parte, se seleccionan los contenidos que se van a abordar, así como las dinámicas específicas que se van a utilizar y el material que se va a necesitar.

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO DISEÑAR EL TALLER

Momento de aplicación del taller: por ejemplo, durante el mes de enero.

Duración: 10 horas, distribuidas en 5 sesiones de 2 horas cada una.

Distribución: 2 sesiones por semana (el taller se realizará en 20 días).

Horario: se impartirá de 12 a 14 horas.

Lugar: en una sala del Centro de Salud Mental (CSM).

Sesiones: En cada una de las sesiones se describen los objetivos instrumentales, contenidos, metodología y material (ver sesión, pp. 155-157).

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO DISEÑAR EL TALLER

Momento de aplicación del taller: por ejemplo, durante el mes de marzo.

Duración: 9 horas, distribuidas en 3 sesiones de 3 horas cada una.

Distribución: 3 sesiones en una semana (el taller se realizará en 5 días).

Horario: se impartirá de 18 a 21 horas.

Lugar: en una sala del Centro de Atención a Drogodependientes.

Sesiones: En cada una de las sesiones se describen los objetivos generales, concretos e instrumentales, contenidos, metodología y material (ver sesiones, pp. 158-160).

5.8.- ESTABLECER EL DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

Este apartado está ampliamente especificado en el capítulo 4 de este manual. Evidentemente, en la medida en que se aplique de forma rigurosa las distintas fases que se han de seguir para llevar a cabo adecuadamente una evaluación, ésta será más fiable.

No obstante, debido a que la evaluación es una de las herramientas claves para el desarrollo óptimo de los talleres y que la experiencia dice que las personas que tienen que iniciarse en este tema lo encuentran difícil, dicho capítulo 4 consta de dos apartados.

El primero de ellos se ha elaborado para que las personas que no tienen experiencia, puedan comenzar a realizar evaluaciones de los talleres que se vayan a diseñar e implementar (ver capítulo 4, apartado 4.2, normas básicas de la evaluación de resultado de los talleres, pág. 92). Por otra parte, lo que se recomienda es realizar una evaluación de proceso de todos los talleres que se implementen, ya que su realización es muy sencilla (ver capítulo 4, apartado 4.2, normas básicas de la evaluación de proceso de los talleres, pág.

91). En este manual se propone aplicar una escala de evaluación al finalizar cada taller, en el que se evalúan la opinión de los usuarios sobre los aspectos estructurales más relevantes de los talleres (ver capítulo 4, pp. 139-142). Asimismo, para facilitar esta tarea evaluativa, se aconseja que se utilicen los instrumentos de medida que ya han sido aplicados en TSMS como en TCMR y que se adjuntan en el capítulo 4 (ver apartado 4.6, pág. 116 y apartado 4.7, pág. 128).

El segundo apartado está dirigido a aquéllos profesionales que deseen realizar evaluaciones con un mayor rigor científico (ver capítulo 4, apartado 4.3, pág. 93 y apartado 4.4, pág. 97). En él se explican de forma más pormenorizada las fases que se deben seguir a la hora de realizar una evaluación de resultados o de proceso de los talleres.

5.9.- REALIZAR EL TALLER Y EVALUARLO

Una vez que ya se han diseñado todos los elementos esenciales del taller y de su evaluación, se procede a su aplicación. Hay que tener en cuenta que la experiencia con diferentes grupos es la que en definitiva conduce a los profesionales a que tengan un buen manejo en el diseño, implementación y evaluación de los TSMS o de los TCMR dirigidos a usuarios de drogas.

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO APLICAR EL TALLER Y LA EVALUACIÓN

- Pre-Test: evaluación antes del taller.
- Aplicar las 5 sesiones diseñadas.
- Post-test: evaluación después del taller.
- Seguimientos: evaluaciones después del taller.

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO APLICAR EL TALLER Y LA EVALUACIÓN

- Pre-Test: evaluación antes del taller.
- Aplicar las 3 sesiones diseñadas.
- Post-test: evaluación después del taller.
- Seguimientos: evaluaciones después del taller.

5.10.- SESIONES DE LOS TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO Y DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

A continuación, se describen detalladamente una sesión de los “Talleres de Sexo Más Seguro” y tres sesiones de los “Talleres de Consumo de Menos Riesgo”.

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO - SESIÓN: RIESGOS SEXUALES, SIDA y ETS -

Objetivos Instrumentales

- 1.- Informar al grupo sobre las vías de transmisión, conductas de riesgo y preventivas en relación al SIDA y a las ETS.
- 2.- Modificar actitudes, normas y creencias favorecedoras de la adopción de conductas de riesgo para el SIDA y a las ETS.
- 3.- Disminuir la ilusión de control en situaciones de intimidad sexual.
- 4.- Fomentar la percepción de riesgo y de gravedad hacia el SIDA y las ETS.
- 5.- Analizar las consecuencias derivadas de la adopción de conductas de riesgo.

Contenidos o Aspectos

- 1.- SIDA y ETS: vías de transmisión, conductas de riesgo y preventivas.
- 2.- Normas y creencias sociales de prevención asociadas a conductas riesgo.
- 3.- Percepción de riesgo y de gravedad hacia las ETS y el SIDA.
- 4.- Percepción de control en situaciones de intimidad sexual.
- 5.- Autoeficacia, habilidades de comunicación y negociación sexual.
- 6.- Consecuencias derivadas de la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Metodología

Role-Playing: situación de intimidad sexual

- 1.- Dividir al grupo en tres subgrupos para que elaboren una escena cada uno sobre una situación de intimidad sexual donde se propone la realización del coito. La primera escena trata sobre una infidelidad por parte de una persona que tiene pareja estable. La segunda y tercera escenas tratan sobre una situación de intimidad sexual entre dos personas que son conocidas y dos personas que son desconocidas respectivamente. El formador asignará a cada grupo una de las tres escenas.

Consignas que se dan a cada uno de los subgrupos para que realice la tarea:

- Explicar en cada subgrupo la escena de forma clara y concisa.
- Diseñar sólo los lugares donde va a ocurrir la situación y los personajes necesarios.
- Improvisar los diálogos.
- Asignar a cada persona del grupo un papel.
- La escena debe estar basada en situaciones reales.

- 2.- Antes de la representación se dará a cada uno de los miembros de cada una de las parejas un diagnóstico de VIH en un sobre cerrado. A la mayoría se les entregará un diagnóstico de VIH NEGATIVO, a 1 o 2 un diagnóstico de VIH POSITIVO y a otras 2 se les dará un diagnóstico de VIH INTERROGANTE.
- 3.- Se representarán una tras otra todas las escenas de intimidad sexual que se hayan elaborado. Es aconsejable que no se representen más de 3 escenas y al finalizar cada una de ellas se aplaudirá.
- 4.- Las personas que han representado el rol de pareja sexual se situarán enfrente del grupo para analizar todo lo que ha ocurrido a lo largo de la representación.
- 5.- Se dirigirán a modo de ronda una serie de preguntas a cada una de las parejas que han actuado y posteriormente al resto del grupo que ha adoptado el papel de observador. Se contestarán cada una de las preguntas por orden cuando la primera haya sido respondida por todo el grupo, se pasará a la siguiente y así con todas las preguntas.
 - ¿Es fácil o difícil proponer una relación sexual coital?
 - ¿Qué formas o estrategias se utilizan para proponer una relación sexual coital: estrategias directas o indirectas?
 - ¿Es fácil controlar una situación de intimidad sexual?
 - ¿Se ha propuesto la utilización del preservativo?

Estudio de las consecuencias de una conducta: el diagnóstico

- 6.- Por parejas irán abriendo el sobre que les ha correspondido, leerán al resto del grupo el diagnóstico que les ha sido asignado y se tratará de relacionar ese diagnóstico con la situación de “intimidad sexual” que han representado (si han hablado del tema, si han planteado la utilización del preservativo, etc.). Y se les dirigirá una serie de preguntas:
 - ¿Qué consecuencias en relación al SIDA tendría la relación sexual coital que habéis mantenido con vuestra pareja?
 - En caso de que uno de los miembros de la pareja sea VIH positivo o interrogante y haya riesgo de que el otro miembro de la pareja resulte infectado, analizar las consecuencias negativas de la conducta representada.
 - En caso de que los dos miembros de la pareja sean VIH seronegativos, reflexionar si han controlado ellos la prevención o ha sido la suerte, el “azar”, lo que les ha llevado a no infectarse por el VIH.

La persona que dirija el grupo deberá ir relacionando lo que ocurre en la vida cotidiana con lo que está ocurriendo con cada una de las parejas que se han formado en el grupo.

- 7.- A modo de ronda se preguntará a cada una de las personas del grupo:

Debido a que la utilización del preservativo se suele obviar, ¿qué mecanismos se suelen utilizar para creer que se está “a salvo” del SIDA?. ¿cómo se sabe que estamos protegidos del VIH/SIDA?.

A partir de aquí se plantearán las falsas creencias y normas sobre prevención que las personas comparten socialmente y que conducen a adoptar conductas de riesgo: a) la utilización del preservativo se plantea cuando las parejas están ya en la relación sexual, b) el tener relaciones sólo con gente conocida, c) con gente que se tiene confianza, d) con gente que tiene un buen aspecto físico, e) el pensar que eso a mí no me va a pasar, etc.

Magistral Semiactiva:

- 8.- Los formadores explicarán la respuesta sexual humana para que el grupo perciba que en la medida que la fase de excitación avanza las posibilidades de plantear la prevención y utilizar una medida preventiva son cada vez menores.
- 9.- Los formadores explicarán al grupo la cadena de extensión del SIDA, a través de un gráfico que represente a la propia persona (YO), a las personas con las que ha mantenido relaciones sexuales coitales, y a su vez las personas con las que éstas han tenido relaciones sexuales coitales, y así se va formando una cadena de relaciones sexuales, donde si una de las personas es portadora del VIH ¿qué ocurre con las demás personas que se han visto involucradas en esa cadena?.
- 10.- Finalmente, se planteará el tema de la reinfección del VIH.

Tiempo: Sesión de 2-3 horas con 30 minutos de descanso.

Material

- 1.- Papel y bolígrafos.
- 2.- Pizarra y tizas.

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

- SESIÓN 1: CONSUMO DE MENOS RIESGO -

- 18 h.: Presentación de la sesión
Pasación pre-test (si es la primera sesión del Taller)
- 18.15 h.: Brainstorming con soporte del póster "si te metes no te mates": factores que pueden influir en el consumo de riesgo
El grupo se divide en subgrupos de 4-5 personas que elaboran un listado de situaciones identificadas de riesgo y de factores que pueden facilitar o evitar un consumo de riesgo, teniendo como guía las imágenes visuales del póster. Al finalizar, se procederá a clasificarlos según los criterios o categorías escogidos (mayor-menor riesgo; falta de habilidades, conocimientos o actitudes).
Una vez clasificados, analizar los obstáculos y alternativas que pueden minimizar riesgos, analizando la viabilidad y practicidad de cada una.
Tiempo estimado : 60 minutos
- 19.15 h.: PAUSA
- 19.30 h.: **Simulación 1**
Acciones previas de preparación al consumo.
Con ayuda del brazo de inyección y el material necesario (jeringas, toallitas de alcohol, botella de agua, filtros, taponés), deberá simularse el acto de inyectarse. El resto del grupo anotará los errores y/u omisiones que se vayan realizando para comentarlos después de cada inyección.
Una vez hayan participado todos los miembros (teniendo en cuenta la posibilidad de que hayan personas que manifiesten dificultades en participar), se analizará en grupo los errores u omisiones realizados, procediendo a la búsqueda de alternativas.
- Simulación 2**
Entregar a cada participante una goma con el fin de que lo adapte a sus necesidades (más largo, más corto, ancho, etc.).
Pedir a las personas que se coloquen el torniquete a fin de localizar una vena.
Colocar el torniquete al compañero.
Tiempo estimado: 75 minutos
- 20.45 h.: Resumen de la sesión.

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

- SESIÓN 2: CONSUMO DE MENOS RIESGO -

- 18 h.: Presentación de la sesión
- 18.15 h.: Tarjetas "¿qué sabemos?"
Dividir a los participantes en pequeños grupos dándoles un grupo de tarjetas a cada grupo (mínimo una tarjeta por persona). Cada participante deberá colocar la tarjeta en el panel que considere adecuado (alto riesgo, bajo riesgo, ningún riesgo y no se sabe) razonando el por qué.
Favorecer la discusión entorno a la percepción del riesgo y alternativas de cada situación, y hacer incidencia en los daños a la salud que cada situación genera.
Tiempo aproximado: 75 minutos
- 19.30 h.: PAUSA
- 19.45 h.: **OPCIÓN A: Video**
Se realizará el pase del video, para observar paso a paso, tres situaciones distintas de consumo.
Divididos en pequeños grupos anotan la percepción (cercana o lejana) a sus experiencias y los obstáculos.
Tiempo estimado: 60 minutos
- OPCIÓN B: Viñetas situacionales (obstáculos-alternativas)**
Se distribuye al grupo en parejas y se les da una copia de la situación que se propone. Se puede plantear la posibilidad de entregar diferentes situaciones que se repitan entre las parejas.
Una vez terminado el ejercicio, se revisan los pasos consensuados por la pareja ante la situación planteada y se inicia un diálogo sobre los obstáculos y posibles alternativas.
Tiempo aproximado: 60 minutos
- 20.45 h. Resumen de la sesión

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

-SESIÓN 3: SOBREDOSIS, PREVENCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN-

- 18 h.: Presentación de la sesión
- 18.15 h.: Brainstorming: factores que pueden influir en la sobredosis.
El grupo se divide en subgrupos de 4-5 personas que elaboran un listado de factores que pueden influir en la sobredosis. Al finalizar, se procederá a clasificarlos según los criterios o categorías escogidos (prevención, identificación y actuación).
Una vez clasificados, analizar los obstáculos y alternativas que pueden minimizar riesgos, analizando la viabilidad y practicidad de cada una.
Tiempo estimado de la actividad: 45 minutos
19. h.: PAUSA
- 19.15 h.: **Simulación 3:**
Dividir al grupo en parejas. Cada miembro deberá buscar el pulso y la respiración a la pareja. Posteriormente deberá colocarla, si se valora necesaria, en posición lateral de seguridad. Este ejercicio lo realizará cada pareja de forma consecutiva y que el resto del grupo tendrá la función de observación registrando los errores u omisiones que se realizan.
Simulación 4:
Con ayuda del maniquí de reanimación, los participantes deberán representar un simulacro de actuación con el fin de remontar una sobredosis (se cuentan con mascarillas para el boca a boca).
El resto del grupo tendrá la función de observación, registrando los errores u omisiones que se realizan.
Tiempo aproximado: 75 minutos.
- 20.30 h: Resumen de la sesión.
Post-test (si es la última sesión del taller).
- Material:** Hojas, lápices, bolígrafos, pizarra de papel y rotuladores, jeringas, filtros, toallitas de alcohol, botellas de agua bidestilada, tapones, cucharas o latas, papel de plata, brazo de inyección con venas donde circula agua con colorante, gomas suficientes, maniquí de reanimación, fotocopias de viñetas, póster y tarjetas ¿qué sabemos?, vídeo y tv.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Costa M, López E. *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid, Pirámide, 1996.
- ² Calvo JR, Torres M, Navarro M^oC, López A, Segura JM^a, Calvo J. Educación para la Salud. Conceptos y Métodos. En Macías BE, Arocha JL (eds.), *Salud Pública y Educación para la Salud*. Las Palmas, ICEPSS Editores, S.L, 1996.
- ³ Salleras L. *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid, Díaz de Santos, 1985.
- ⁴ Insúa P, Grijalvo J. Pensamiento y Lenguaje en los programas de reducción de daños: estrategias de aproximación a poblaciones específicas y/o ocultas. *IV Congreso Europeo de Rehabilitación y Política de Drogas*, Edit. CEDMA, 1999.
- ⁵ OMS. Guía para la valoración y respuesta rápida sobre uso de sustancias y conducta sexual. Documento elaborado por T. Rodhes y G. Stimson, 1998.
- ⁶ Marlatt GA. Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. En *V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Cádiz, Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, 1998.
- ⁷ Lacoste JA. Reducción de daños y riesgos: Una respuesta de Salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas. *Adicciones*, 7, 1995; 7(3): 299-318.
- ⁸ O'Hare PA. Preface. A note on the concept of harm reduction. In O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E (eds.), *The reduction of Drug-rela Harm*. Londres, Routledge, 1992.
- ⁹ Paone D, Des Jarlais DC, Gangloff R, Milliken J, Friedman SR. Syringe exchange: HIV prevention, key findings, and futur directions. *International Journal of the Addictions*; 30 (12): 1647-1683, 1995.
- ¹⁰ Bayés R. *Sida y Psicología*. Barcelona, Martínez Roca, 1995.
- ¹¹ Insúa P. Discursos y Representaciones Sociales sobre la Drogadicción: Aspectos Empíricos e Implicaciones Prácticas. *Tesis Doctoral no publicada*. UPV/EHU, 1995.
- ¹² Insúa P. La Prevención del Sida a Nivel Comunitario: Un Programa de Investigación-Acción con el colectivo de Consumidores de Droga por Vía Parenteral. En San Juan C. (coord.), *Intervención Psicosocial: Elementos de Programación y Evaluación Socialmente Eficaces*. Colombia, Anthropos, 1996.
- ¹³ Insúa P, Grijalvo J. Estrategias cognitivas, comunicativas y comportamentales frente al cliente drogodependiente: A propósito de la educación sanitaria desde una oficina de farmacia. *Farmacéuticos*, 227 (monográfico), 1999. 37-44.
- ¹⁴ Martínez et al. Estudio de primeras consultas en un centro de salud mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997; XVII.
- ¹⁵ Grijalvo J, Insúa P. Drogodependencias. A propósito de un grupo de discusión. En Mateos M, Ruiz JM, Mateos J, Moradillo F (eds.), *Los Equipos Interdisciplinarios en Drogodependencias: Estructura, Estrategias y Evaluación*. Editorial del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial "Divino Vallés", 1995.

- ¹⁶ Insúa P, Romo I, Ubillos S. Programa de Prevención de la Transmisión del SIDA en Consumidores de Droga por vía Parenteral. En Vega A, *Educación y Sida: Problemática y Respuestas*. XI Cursos de Verano en San Sebastián/IV Cursos Europeos, Servicio Editorial Universidad del País Vasco, 1993.
- ¹⁷ Ubillos S, Pizarro M. Programas de Educación Sanitaria para Jóvenes no escolarizados. En Vega A (ed.), *Educación y SIDA: Problemática y Respuestas*. San Sebastián, XI Cursos de Verano UPV, 1993.
- ¹⁸ Watters J, Estilo M, Kral A et al. HIV infection among female injection-drug users recruited in community settings. *Sexually Transmitted Diseases*, 1994; 21(6): 321-328.
- ¹⁹ Watters JK, Estilo MJ, Clark GL, Lorvick J. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA*, 1994; 271(2): 115-120.
- ²⁰ Stimson GV. Aids and Injecting Drug Use in the United Kingdom, 1987-1993: The Policy Response and the Prevention of the Epidemic. *Social Science Medicine*, 1995; 41(5): 699-716.
- ²¹ Sorensen JL. Methadone treatment for opiate addicts. *BMJ*, 1996; 313: 245.
- ²² Des Jarlais DC. Harm reduction. A framework for incorporating science into drug policy. *American Journal Public Health*, 1995; 85: 10-2.
- ²³ Farrell M, Ward J, Mattick RH, Hall W, Stimson GV, Des Jarlais D et al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ*, 1994; 309: 997-1001.
- ²⁴ Des Jarlais DC, Friedman SR, Ward TP. Harm reduction: a public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Annuaire Review Public Health*, 1993; 14: 413-450.
- ²⁵ Torrens M, Castillo C, Pérez-Solá V. Retention in a low-threshold methadone maintenance program. *Drug Alcohol Depend*, 1996; 41: 55-9.
- ²⁶ Brugal MT, Torralba LI, Ricart A, Queralt A, Grauges D y Caylá JA. Evaluación de los programas de tratamiento por toxicomanías. Contribución del análisis de supervivencia. Comunicación a la XII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Gaceta Sanitaria*, 1994; 8 (supl.): 30.
- ²⁷ Informe de Evaluación. *Evaluación a tres y seis meses de la puesta en marcha del Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de "Basauri"*. Madrid, Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Subdelegación General de Planificación y Servicios Penitenciarios (no publicado), 1998.
- ²⁸ Paone D, Des Jarlais DC, Caloir S, Friedman PB, Ness I, Friedman SR. New York City syringe-exchange: An overview. In *Proceedings of the National Academy of Sciences Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Washintong, D.C., National Academy Press, 1994.
- ²⁹ National Academy of Sciences. *Report from Panel on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*, 1994.
- ³⁰ Lurie P, Reingold AL (eds.). *The Public-Health Impact of Needle-Exchange Programs in the United States and Abroad. Conclusions, and Recommendations*. San Francisco, CA, University of California, San Francisco, Institute for Health Policy Studies, 1993.
- ³¹ US General Accounting Office. *Needle Exchange Programs: Research Suggests Promise as an AIDS Prevention Strategy, Report to the Chairman, Select Committee on Narcotics Abuse And Control, House of Representatives*. Washington, D.C., US House of Representatives, US GAO, 1993.
- ³² Insúa P, Ubillos S, Romo I, Elizalde B, Urcelai A, Zubía I. Sexo Seguro: Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH para CDVPs. En Usieto R, De Andrés R, Cuberta F., (eds.), *SIDA: Transmisión Heterosexual del VIH*. Guadalajara, CESA, 1993.
- ³³ Paéz D, Ubillos S, León M. Evaluación del cambio de actitudes y conductas ante el Sida. En Basabe N, Páez D, Usieto R, Paicheler H, Deschamps JC (eds.), *El desafío psicosocial del Sida*. Madrid, Fundamentos y CESA, 1996.
- ³⁴ Menoyo C, Zubia I, Urcelai A, Zulaika D. El kit antisida y otras experiencias de prevención en el Estado Español. *Jano*, 1994; XLVI(1072): 59-67.
- ³⁵ Report. *Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic, 1988*. Washington, National Academy of Sciences, "Controlling Aids, Update", 1988.
- ³⁶ WHO/GPA. *HIV infection and drug injecting intervention strategies*. Ginebra, OMS, 1988.
- ³⁷ SESPAS. *La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995*. Barcelona, SG Editores, 1995.
- ³⁸ Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. *Conductas de los escolares españoles relacionados con la salud (1986-1990)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.
- ³⁹ Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta escolar sobre drogas*. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
- ⁴⁰ Bandura A, Walters R. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, Alianza, 1974.
- ⁴¹ Bandura A. *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, Espasa Calpe, 1982.
- ⁴² Bandura A. *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona, Martínez Roca, 1987.
- ⁴³ Staats AW. *Conductismo social*. México, El Manual Moderno, 1979.
- ⁴⁴ Kantor JR. *Psicología interconductual*. México, Trillas, 1978.
- ⁴⁵ Pronko NH. *Psychology from the standpoint of an interbehaviorist*. Monterrey, California, Brooks/Cole, 1980.
- ⁴⁶ Bayés R. *Una introducción al método científico en Psicología*. Barcelona, Fontanella, 1980.
- ⁴⁷ Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 1974; 2: 328-35.
- ⁴⁸ Becker et al. *The health belief model and personal health behaviour*. New Jersey, Slack, 1974.
- ⁴⁹ Ajzen I, Fishbein M. Attitude and Behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 1977; 84: 888-918.
- ⁵⁰ Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and predicting Social Behavior*. USA, Prentice-Hall, Inc, 1980.
- ⁵¹ Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: The role of intention, perceived control, and prior behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1986; 26: 305-328.
- ⁵² Schifter DE, Ajzen I. Intention, perceived control and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social psychology*, 1985; 49: 843-851.
- ⁵³ Green LW. Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods and examples. *Health Education Monographs* 1974; (supl. 2): 34-64.
- ⁵⁴ Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: An environmental and educational approach*. Mountain View Calif., Mayfield Publishing, 1991.

- ⁵⁵ Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983; 51: 390-395.
- ⁵⁶ Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 1992; 47: 1102-1114.
- ⁵⁷ Friedman. Comunicación personal. III Congreso Nacional sobre el Sida, La Coruña, 1995.
- ⁵⁸ Casas M. *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías (I)*. Monografías de Toxicomanías. Barcelona, CITRAN, 1992.
- ⁵⁹ Casas M, Duró P, Pinet C. Otras Drogodependencias. En Vallejo Ruiloba J (ed.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona, Masson, 1998.
- ⁶⁰ Lucas M. Trabajar con Grupos. *Revista de Sexología*, 65-66. Madrid, INCISEX, 1994.
- ⁶¹ Ubillos S. *Guía de Educación Sexual para Jóvenes (2): Recursos para diseñar un Programa*. Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Guipuzcoa, Dpto. de Juventud y Deportes, 1995.
- ⁶² Colectivo Harimaguada. *Educación sexual en la escuela*. Salamanca, ICE, 1988.
- ⁶³ López F. *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid, Siglo XXI, 1995.
- ⁶⁴ Van de Ven AH, Delbecq AL. *American Journal of Public Health*, 1972; 62: 337.
- ⁶⁵ Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. *Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*. Glenview, Ill, Scott, Foreman, 1975.
- ⁶⁶ Abramson JH. *Survey methods in community medicine. An introduction to epidemiological and evaluative studies*. New York, Churchill Livingstone, 1984.
- ⁶⁷ Edwards W, Guttentag M, Snapper K. En Struening EL, Guttentag, M (eds.), *Handbook of Evaluation Research*. Beverly Hills, California, Sage, 1975.
- ⁶⁸ Rath LE, Harmin M, Simon SB. *Values and Teaching*. Columbus, OH, Ch. E. Merrill Publishing, 1978.
- ⁶⁹ Hamilton VL. Role-playing and deception: a re-examination of the controversy. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 1976; 6: 233-250.
- ⁷⁰ Cirigliano GFJ, Villaverde A. *Dinámica de grupos y educación*. Buenos Aires, Editorial Humanitas, 1966.
- ⁷¹ Van Ments M. Role playing: playing a part or a mirror to meaning?. *Sagset Journal*, 8, 1978; 8 (3): 83-92.
- ⁷² Goldstein AP, Sprafkin RP, Gershaw NJ, Klein P. *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Madrid, Martínez-Roca, 1989.
- ⁷³ Fernández-Ballesteros R. *Evaluación de Programas: Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud*. Madrid, Síntesis, S.A., 1995.
- ⁷⁴ Fernández-Ballesteros R. Valoración de programas. En Fernández-Ballesteros R. (dir.), *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid, Pirámide, 1992.
- ⁷⁵ King JA, Morris LL, Fitz-Gibbon CT. *How to assess program implementation*. Newbury Park, Sage Pub, 1987.
- ⁷⁶ Alvira F. *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1991.
- ⁷⁷ Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and Quasi-experimental Designs for Research*. Chicago, Rank McNally, 1966 (traducción castellana: *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en investigación social*. Buenos Aires, Amorrortu, 1976).
- ⁷⁸ Ubillos S. Objetivos programáticos, modelos de actitudes y de conductas de salud e intervención psicosocial: programa de prevención entre jóvenes no escolarizados. En San Juan C (coord.), *Intervención Psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*. Barcelona, Anthopos, 1996.
- ⁷⁹ Páez D, Echeburúa E, Borda M. Evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos: una propuesta metodológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1993; 46(2): 187-198.
- ⁸⁰ Fernández-Ballesteros R. *Introducción a la Evaluación Psicológica I*. Madrid, Editorial Pirámide, 1995.
- ⁸¹ Saal FE, Downey RG, Lahey MA. Rating the ratings: assessing the psychometric quality of rating data. *Psychological Bulletin*, 1980; 88: 413-428.
- ⁸² Fernández-Ballesteros R. Los autoinformes. En Fernández-Ballesteros R. (ed.), *Psicodiagnóstico*. Madrid, UNED, 1983.
- ⁸³ Sellitz C, Wrigthsman LS, Cook SW. *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid, Rialp, S.A., 1980.
- ⁸⁴ Haynes SN. *Principles of behavioral assessment*. New York, Gradner Press, 1978.
- ⁸⁵ Fisseni HJ. *Lehrburch der Psychologischen Diagnostik*. Goettingen, Hogrefe, 1990.
- ⁸⁶ Ibáñez J. Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En M. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F (comps.), *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. Madrid, Alianza Universidad Textos, 1986.
- ⁸⁷ Krippendorff K. *Content Analysis. An introduction to its methodology*. Beverly Hills, Ca, Sage, 1980.
- ⁸⁸ López-Aranguren E. El análisis de contenido. En García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira, F (comps.), *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. Madrid, Alianza Universidad Textos, 1986.
- ⁸⁹ Navarro P, Díaz C. Análisis de contenido. En Delgado JM, Gutiérrez J (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, Síntesis, 1994.
- ⁹⁰ Krueger R. *El grupo de discusión: Guía práctica para la Investigación Aplicada*. Madrid, Ed. Pirámide, 1988.
- ⁹¹ Pérez-Campanero M^oP. *Cómo detectar las necesidades de intervención socioeducativa*. Madrid, Narcea, 1991.
- ⁹² Ávila A, García de la Hoz A. De las concepciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones sociales. En Delgado JM, Gutiérrez, J (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, Síntesis, 1994.
- ⁹³ Ibáñez J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid, Siglo XXI, 1979.
- ⁹⁴ Delgado JM, Gutiérrez J. *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, Editorial Síntesis, S.A., 1995
- ⁹⁵ Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En Delgado JM y Gutiérrez J (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas en investigación evaluativa*. Madrid, Síntesis, 1994.
- ⁹⁶ Ibáñez J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F (comps.), *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. Madrid, Alianza Universidad Textos, 1986.

- ⁹⁷ García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira, F. *El análisis de la realidad social: Métodos y Técnicas de investigación*. Madrid, Alianza Universidad Textos, 1986.
- ⁹⁸ Anguera MT. La observación (I): Problemas metodológicos. En Fernández-Ballesteros R, Carroble, JA (eds.). *Evaluación conductual*. Madrid, Pirámide, 1981.
- ⁹⁹ Anguera MT. Metodología observacional. En Arnau J, Anguera M^aT y Gómez Benito J (eds.), *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. Murcia, Universidad de Murcia, 1990.
- ¹⁰⁰ Fernández-Ballesteros R. Técnicas de observación. En Fernández-Ballesteros R. (ed.), *Psicodiagnóstico*. Madrid, UNED, 1983.
- ¹⁰¹ García Ferrando M, Sanmartín R. La observación científica y la obtención de datos sociológicos. En García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F (comps), *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. Madrid, Alianza Universidad Textos, 1986.
- ¹⁰² Blanco A y Anguera MT. Sistemas de codificación. En Anguera MT. (ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica, Vol. I*. Barcelona, PPU, 1993.
- ¹⁰³ Anguera MT. Metodología observacional en evaluación conductual. En Fernández-Ballesteros R. (ed.), *Evaluación conductual hoy*. Madrid, Pirámide, 1994.
- ¹⁰⁴ Anguera MT. La observación como metodología básica de investigación en el aula. En Sáenz O (ed.), *Prácticas de enseñanza, proyectos curriculares y de investigación-acción*. Alicante, Marfil, 1991.
- ¹⁰⁵ Cohen L, Manion L. *Research Methods in Education*. London, Croom Helm, 1980.
- ¹⁰⁶ Ginsburg GP. Role playing and role performance in social psychological research. En Brenner M, Marsh P, Brenner M. (eds.), *The Social Context of Method*. London, Croom Helm, 1978.
- ¹⁰⁷ Kornblit AL, Mendes Diz AM, Ubillos S, Páez D. Percepción del Riesgo y Conductas Preventivas en relación con el embarazo y el SIDA en estudiantes de secundaria. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 30, 1996; 30(2): 245-262
- ¹⁰⁸ Kornblit AL, Mendes Diz AM, Páez D, Ubillos S. Prevención del sida en jóvenes estudiantes. *Acta psiquiátricol Am lat.*, 1996; 42(2): 113-120.
- ¹⁰⁹ León M, Pizarro M, Páez D, Ubillos S, Sánchez F, Sastre J. Creencias y actitudes hacia el preservativo: una investigación transcultural. *Interacción social*, 1994; 4: 113-140.
- ¹¹⁰ Aviño A, Bustamante R, González J, González FJ, Paredes JJ, Pitarch, MC. *Talleres de Sexo Más Seguro en el medio Penitenciario: Guía de Intervención*. Valencia, AVACOS. Associació Valenciana contra el SIDA, 1998.
- ¹¹¹ Schofield M. *The Sexual Behavior of Young People*. London, Longmans, 1965.
- ¹¹² Stephens RC, Feucht TE, Roman SW. Effects of an Intervention Program on Aids-related drug and needle behaviour among intravenous drug users. *Am J Public Health*, 1991; 81: 568-571.
- ¹¹³ Ubillos S, Otxoa I, Páez D. *Informe: Campaña de Educación Sanitaria-Sexual. Intervención y Evaluación*. Informe no publicado. Donostia, Diputación Foral de Guipuzcoa, Dpto. de Juventud y Deportes, Dpto. de Psicología Social de la UPV, 1996.
- ¹¹⁴ Insúa P, Ubillos S. Evaluación de los Talleres de Formación en “Sexo Seguro” dirigidos a profesionales que trabajan con CDVPs. IV Congreso Nacional sobre el SIDA, Valencia, 1997.

PARTE II

TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS DE LOS TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO

En este capítulo se describen una serie de objetivos que pueden ser de utilidad en los Talleres de Sexo Más Seguro. Éstos se han categorizado en *objetivos generales, concretos e instrumentales*.

Partiendo de los objetivos más generales de los talleres se han elaborado los objetivos concretos que se han clasificado en base a los aspectos asociados a la prevención descritos en el capítulo 8 de este manual. A partir de aquí, se han diseñado una serie de objetivos instrumentales que se refieren a la consecución de logros específicos en cada una de las sesiones de los TSMS y, encaminados, en último término, a fomentar la adopción de conductas sexuales preventivas en situaciones concretas.

6.1.- OBJETIVOS GENERALES

La OMS¹ define la **salud sexual** como la “aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, así como la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, creencias infundadas y otros factores tanto psicológicos como físicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales”. Por tanto, los objetivos planteados se refieren a la salud sexual o **bienestar sexual físico y psicológico** de los usuarios de drogas^{2,3}.

- .- Incrementar el nivel de salud sexual de los usuarios de drogas para que tengan los recursos propios que hagan posible elaborar y manejar su propio impulso sexual conforme a una ética personal y social.
- .- Aumentar el control y la planificación de las relaciones íntimas, de acuerdo a las actitudes y valores personales de los consumidores de drogas.
- .- Disminuir el riesgo de ETS, SIDA y Hepatitis B y C entre los usuarios de drogas.
- .- Prevenir embarazos no deseados y sus consecuencias negativas entre los usuarios de drogas.
- .- Fomentar el acceso de los consumidores de drogas a los recursos asistenciales.

6.2.- OBJETIVOS CONCRETOS

Los objetivos concretos que se describen a continuación tratan fundamentalmente de modificar actitudes, normas, creencias y hábitos conductuales en los usuarios de drogas para favorecer la adopción de medidas preventivas. Evidentemente, a la hora de diseñar un taller se seleccionan los objetivos concretos en función de las necesidades y déficits detectados previamente en el grupo al que vaya dirigida la intervención. Es aconsejable que en

cada taller, el número de objetivos seleccionados no sea muy amplio, ya que su consecución sería poco realista. Además, en cada sesión se deberían elegir como objetivos a trabajar bien aquellos relacionados con la información o con la anticipación y planificación de la conducta sexual, bien los relacionados con las habilidades de comunicación y negociación para adoptar el preservativo como conducta preventiva, ya que abordar todos estos objetivos al mismo tiempo suele confundir a formadores y usuarios, dificultando su logro.

No obstante, en otras ocasiones, estos objetivos concretos se pueden convertir en objetivos generales. Por ejemplo, el hecho de incrementar la percepción de riesgo frente a la transmisión del VIH, VHB o VHC o de fomentar las normas del grupo que enfatizan las prácticas sexuales seguras, pueden constituir por sí mismos, el objetivo general de un taller.

Información:

- Proporcionar una adecuada y suficiente información sobre sexualidad y prevención para evitar la diseminación de mitos, falacias y tabúes que favorecen la adopción de conductas de riesgo.
- Clarificar y ampliar el concepto de sexualidad.
- Dar a conocer la sexualidad como fuente de salud, placer, comunicación, afectividad y reproducción.
- Proporcionar información sobre la respuesta sexual humana.
- Disminuir las distorsiones de los mensajes que los medios de comunicación manipulan con fines comerciales, potenciando una “sexualidad de ciencia-ficción”.
- Modificar los mitos que surgen como influencia del entorno social (amigos, pareja, etc.) y que favorecen la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Estilo de vida:

- Incrementar el nivel de preocupación de los usuarios de drogas respecto a la adopción de conductas sexuales de riesgo.
- Aumentar el nivel de prioridad que tienen los riesgos sexuales para la transmisión del VIH, VHB y VHC en el estilo de vida de los consumidores de drogas.

Actitudes sexuales:

- Fomentar el desarrollo de actitudes erotofílicas, que favorecen la asimilación e integración adecuada de la información, creencias y comportamientos.

Percepción de riesgo:

- Incrementar la percepción de riesgo de los usuarios de drogas con respecto a la transmisión sexual del VIH y otras ETS.
- Aumentar el nivel de concordancia entre la percepción del riesgo para el VIH que los consumidores de drogas tienen sobre sí mismos y sobre una persona “media” de su entorno (“primus inter-pares”).
- Disminuir la ilusión de invulnerabilidad u optimismo ilusorio de los usuarios de drogas ante las relaciones sexuales (ver capítulo 8, pp. 200-204).
- Conseguir que la percepción subjetiva de un bajo riesgo sea producto de la adopción de medidas de seguridad eficaces y no de un sentimiento de falsa invulnerabilidad.

Percepción de consecuencias:

- Maximizar las consecuencias positivas a largo plazo de las conductas sexuales preventivas y las consecuencias negativas a largo plazo de las conductas sexuales de riesgo.
- Minimizar las consecuencias negativas inmediatas derivadas de las conductas sexuales preventivas y las consecuencias positivas inmediatas de las conductas sexuales de riesgo.
- Disminuir las conductas sexuales de riesgo que proporcionan una falsa sensación de seguridad al haberlas realizado repetidas veces y sin consecuencias nocivas.
- Incrementar el nivel de aversión hacia las pérdidas elevadas pero inciertas (pérdida de salud) y disminuir el nivel de aversión hacia las pérdidas pequeñas pero ciertas (por ej.: en algunos casos una cierta incomodidad al utilizar el preservativo).

Anticipación y planificación sexual:

- Favorecer la anticipación y planificación de las potenciales situaciones sexuales de riesgo de los consumidores de drogas.

Percepción de control:

- Disminuir la frecuente ilusión de control de los usuarios de drogas sobre situaciones de riesgo, adaptándola a la realidad.
- Aumentar el sentimiento de confianza de los consumidores de drogas en su capacidad de controlar situaciones de intimidación sexual, y especialmente en el caso de las usuarias de drogas.
- Concordar la seguridad que tienen los consumidores de drogas en su capacidad de controlar situaciones sexuales de riesgo a los propios recursos de autoeficacia, asertividad, etc.
- Incrementar la percepción de control de los usuarios de drogas en la utilización de preservativos dentro de las relaciones sexuales con la pareja estable.

Habilidades de comunicación y negociación:

- Incrementar en los consumidores de drogas las habilidades de relación, negociación, autoeficacia y asertividad para la realización de un sexo más seguro.
- Potenciar un rol sexual femenino más activo, autoeficaz y asertivo con el fin de facilitar la adopción de recursos preventivos en situaciones de riesgo.
- Aumentar las habilidades tanto para conseguir y utilizar las medidas preventivas (uso) como para no dejarse inducir por proposiciones para realizar conductas de riesgo (rechazo).
- Incrementar las habilidades de comunicación en situaciones difíciles: ciertas situaciones sexuales ambiguas (primeras relaciones sexuales), mujeres sometidas al poder de un hombre, en la prostitución, etc.

Normas grupales:

- Fomentar las normas del grupo que enfatizan las prácticas sexuales seguras.
- Aumentar las consecuencias grupales que preceden, acompañan o siguen a los comportamientos de prevención y que son aprobatorias, reforzantes, así como las consecuencias que preceden, acompañan o siguen a los comportamientos de riesgo y que son desaprobatorias, negativas y aversivas.
- Disminuir la norma descriptiva (frecuencia percibida de conductas de los “otros significativos”) de conductas de riesgo o aumentar las de prevención (ver capítulo 8, pp. 215-225).
- Mostrar que se sobre-estima el apoyo actitudinal a conductas de riesgo y se sub-estima el apoyo a conductas de prevención (ver capítulo 8, pp. 215-225).
- Mostrar el falso consenso y la tendencia a proyectar cada uno sus propias conductas.
- Constatar la tendencia a subestimar la capacidad de los otros para adoptar conductas preventivas.
- Formar a un grupo de usuarios de drogas para que se conviertan en “agentes de salud” y transmisores de los aspectos informativos, actitudinales y conductuales encaminados a la prevención.
- Potenciar el aprendizaje vicario de las conductas preventivas percibidas como eficaces y altamente realizables.

Acceso a los servicios socio-sanitarios:

- Incrementar la información sobre los distintos servicios y programas dirigidos a consumidores de drogas disponibles en la comunidad.
- Modificar las creencias negativas que los usuarios de drogas tienen hacia la utilización de los servicios asistenciales.
- Aumentar la estima que las instituciones tienen para los consumidores de drogas y la confianza que los servicios e instituciones les inspiran.

Alcohol y drogas:

- Incrementar la información sobre los efectos nocivos de estas sustancias en la adecuada satisfacción sexual y en la adopción de medidas preventivas eficaces.
- Aumentar la percepción negativa de las consecuencias derivadas de las relaciones sexuales entabladas bajo grandes cantidades de alcohol u otras drogas.
- Dar a conocer la influencia negativa de estas sustancias en la percepción baja del riesgo para el VIH, VHB y VHC, en la percepción ilusoria del control de la situación sexual y en la sobrevaloración de las propias habilidades de negociación.

Costes y beneficios de las medidas preventivas:

- Maximizar los beneficios y minimizar los costes derivados de la utilización de las medidas preventivas eficaces (ver capítulo 8, pp. 225-227).
- Tener una visión realista de los costes y beneficios de las conductas preventivas.
- Incrementar en los usuarios de drogas la visión de que usar una medida preventiva es un medio de proteger y demostrar cuidado hacia sus parejas.

Comportamientos sexuales preventivos: Preservativos

- Incrementar la eficacia que los consumidores de drogas atribuyen a los preservativos.
- Aumentar la percepción del preservativo como método preventivo más que contraceptivo.
- Dotar a los usuarios de drogas de las habilidades y hábitos necesarios para conseguir un uso apropiado y constante.
- Entrenar a los consumidores de drogas en las normas de utilización de los preservativos.
- Fomentar el uso lúdico del preservativo como juego erótico entre los usuarios de drogas.
- Incrementar la utilización del preservativo en las situaciones sexuales de riesgo que son más problemáticas: usuarios de drogas con pareja estable, situaciones ambivalentes, prostitución, etc.

Comportamientos sexuales preventivos: Comportamientos sexuales sin riesgo

- Fomentar el respeto a todas las formas posibles de comportamiento sexual, relativizando la superioridad de unas prácticas sobre otras.
- Favorecer la desmitificación del coito como comportamiento “central” y más placentero.
- Fomentar la anticipación y planificación de estas situaciones para dotar a los usuarios de drogas de recursos que les ayuden a solventar los obstáculos con los que se van a encontrar a la hora de adoptar esta conducta preventiva.

Comportamientos sexuales preventivos: Abstinencia

- Dotar a los usuarios de drogas de las habilidades necesarias para “decir no” a determinadas propuestas sexuales y poder posponerlas.
- Favorecer la adecuada anticipación y planificación de la adopción de esta práctica sexual preventiva para incrementar la probabilidad de su ocurrencia.

Comportamientos sexuales preventivos: Monogamia

- Dar a conocer los condicionantes que hacen que la monogamia no sea tan segura de cara a la prevención de las ETS y las tres condiciones necesarias para que esta práctica proporcione una seguridad absoluta (ver capítulo 8, pp. 244-247).
- Disminuir la percepción de seguridad que tienen los consumidores de drogas en la monogamia como medida preventiva altamente eficaz para la prevención de la transmisión sexual del VIH, VHB y VHC.
- Incrementar el uso del preservativo en aquellas situaciones en las que la monogamia no sea una garantía de la prevención de la transmisión sexual del VIH, VHB y VHC.

Comportamientos que no son preventivos:

- Dar a conocer todos los métodos de garantía dudosa para la prevención de la transmisión sexual del VIH, VHB y VHC.

- Disminuir la percepción de eficacia que tienen los usuarios de drogas de algunos de estos métodos no preventivos.

6.3.- OBJETIVOS INSTRUMENTALES

Cada uno de los objetivos concretos se pueden desglosar en lo que algunos autores denominan objetivos instrumentales. Cada una de las sesiones de los Talleres de Sexo Más Seguro tratan de incidir directamente en estos objetivos instrumentales, e indirectamente en los objetivos concretos y generales. Debido a que pueden existir cantidad de objetivos instrumentales, se presenta una muestra a modo de ejemplo.

“Si se detecta que algunos usuarios de drogas con pareja estable están viviendo situaciones sexuales de riesgo, se pueden diseñar dos sesiones dirigidas a abordar la utilización del preservativo en este tipo de situaciones”. Los *objetivos instrumentales de estas sesiones son:*

- Dar a conocer los condicionantes que hacen que la monogamia no sea tan segura de cara a la prevención de las ETS y las tres condiciones necesarias para que esta práctica proporcione una seguridad absoluta (ver capítulo 8, pág. 246).
- Disminuir la percepción de seguridad que tienen los usuarios de drogas en la monogamia como medida preventiva altamente eficaz para la prevención de la transmisión sexual del VIH, VHB y VHC.
- Modificar los mitos y falsas creencias que surgen como influencia del entorno social y que favorecen la adopción de conductas sexuales de riesgo.
- Conseguir que la percepción subjetiva de un bajo riesgo en las relaciones sexuales con la pareja estable sea producto de la adopción de medidas de seguridad eficaces y no de un sentimiento de falsa invulnerabilidad.
- Proporcionar una adecuada y suficiente información sobre las normas de utilización del preservativo.
- Maximizar los beneficios y minimizar los costes derivados del uso del preservativo en parejas estables.
- Incrementar en los consumidores de drogas las habilidades de negociación de uso del preservativo en relaciones sexuales estables para la realización de un sexo más seguro.

CAPÍTULO 7

USUARIOS DE DROGAS

Y

CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

La dificultad que conlleva realizar investigaciones fiables sobre la conducta sexual de la población general, así como del colectivo de usuarios de drogas, ha conducido a que la literatura existente sobre el tema sea más bien escasa y basada en muestras poco amplias. En este capítulo se presentan algunas conclusiones derivadas de distintos estudios nacionales e internacionales que inciden exclusivamente en el comportamiento sexual de UDIs heterosexuales, y que se describen en la revisión realizada en el año 1996 por Estébanez y Cienfuentes^{4,5}.

7.1.- RELACIONES SEXUALES CON UDIs Y TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL DEL VIH

Numerosos estudios han señalado que el contacto heterosexual desprotegido con un usuario de drogas que practica conductas de riesgo es un importante factor de riesgo independiente para el VIH. Sasse et al.⁶ estimaron que la probabilidad de infectarse con el VIH con un consumidor de drogas que tiene prácticas de riesgo es casi el doble (1.73) que con una persona usuaria sin prácticas de riesgo o con un no usuario. De hecho, la infección por VIH fue más frecuente entre aquellos que habían tenido como pareja a un UDI, aumentando el riesgo con el número de parejas por año. Asimismo, en el estudio de Schoenbaum et al.⁷, el contacto heterosexual con un inyector de drogas resultó ser un factor independientemente asociado con la infección por el VIH, resultando ésto más evidente en las mujeres que en los hombres. Es decir, la importancia del comportamiento heterosexual de alto riesgo, del elevado número de parejas y de tener parejas UDIs, fue más evidente para los drogodependientes en el caso de las mujeres que en el de los varones, aumentando la probabilidad de infección un 24% con cada pareja UDI adicional. Sus autores concluyen que, para las mujeres, un comportamiento heterosexual de alto riesgo estaba asociado con la infección por VIH. De hecho, la transmisión sexual del VIH, como ya había sido pronosticado por algunos expertos, está afectando especialmente a las parejas sexuales –afectivas o mercantiles– de los inyectores y a las personas con múltiples parejas⁸, simultáneas o sucesivas.

7.2.- PORCENTAJE DE UDIs QUE TIENEN PAREJA SEXUAL NO UDI

También, existe un riesgo incrementado de infección por el VIH entre las parejas de los usuarios de drogas que no lo son. De hecho, el posible impacto de la transmisión sexual del VIH a través de una pareja UDI quedó reflejado en diversos estudios realizados en Inglaterra y Escocia. En una primera aproximación, se observó que en esta población sexualmente activa, el 46% de los usuarios había tenido a una persona no usuaria de drogas como pareja sexual, y que sólo el 38% había utilizado preservativos en sus relaciones sexuales durante los últimos tres meses⁹. En otro estudio realizado en Inglaterra, en el que más del 73% de la muestra declaró mantener relaciones heterosexuales, más de la mitad de las parejas sexuales de los UDIs seropositivos no eran usuarias de drogas, siendo esto más frecuente para las parejas casuales (71.4%) que para las parejas regulares (39.6%)¹⁰. En un estudio realizado, en Madrid, los UDIs manifestaron haber tenido más parejas estables en las que uno de los miembros era UDI (49%)¹¹.

Algunos autores piensan que la probabilidad de transmisión del VIH vía contacto heterosexual, a partir de una pareja que es inyectora de drogas y que presenta conductas de riesgo, sería mayor para las mujeres que para los varones, ya que según diferentes estudios la mayoría de los varones heterosexuales UDIs escogen a mujeres que no son usuarias de como pareja sexual, mientras que las mujeres heterosexuales UDIs suelen tener con mayor frecuencia sexual una pareja que es inyectora de drogas^{7,10,12,13}. Casi el 69% de las mujeres UDIs del estudio de Freeman et al.¹⁴ tenía como única pareja a un varón que era usuario de drogas. Según los autores, la probabilidad de tener como pareja heterosexual a un inyector de drogas era dos veces mayor para las mujeres que para los hombres. Los hombres que son usuarios de drogas inyectadas (UDIs) muestran una especial preferencia por parejas sexuales que no sean usuarias de drogas (se calcula que el 59% de los hombres UDIs tiene pareja no UDI). Estudios recientes señalan que esa preferencia por parte de los hombres UDIs es para la pareja principal, y no para las casuales, que suelen ser UDIs también. Además, la frecuencia de utilización del preservativo con las parejas principales es menor.

7.3.- RELACIONES HETEROSEXUALES CON UNA PERSONA SEROPOSITIVA

Por otra parte, diversas investigaciones han relacionado la actividad heterosexual con una pareja usuaria de drogas seropositiva con seropositividad para el VIH. En diversos estudios se ha puesto de manifiesto que entre los consumidores de drogas, el riesgo de seroconversión es mayor si la pareja estable es una usuaria seropositiva¹⁵⁻¹⁷. El estudio de Nicolosi et al.¹⁷, también confirmó que las parejas sexuales de los UDIs que son seropositivos, independientemente de compartir el equipo de inyección, tienen cuatro veces más riesgo de infección que los que no tienen una pareja seropositiva.

Las mujeres, en general, tendrían una mayor probabilidad de infección a través de dicha pareja, ya que se ha observado que éstas suelen tener con mayor frecuencia una

pareja heterosexual seropositiva que los varones. Las mujeres no sólo están más expuestas a una pareja masculina seropositiva^{16,17}, sino que son más susceptibles a la infección, ya que parece ser que la transmisión hombre-mujer es 2,3 veces más eficiente que la de mujer a hombre¹⁸.

Resumiendo, se debe tener en cuenta: a) el incremento, en los últimos años, del número de mujeres con múltiples parejas sexuales, en los países occidentales; b) la mayor facilidad de transmisión de la infección, del hombre a la mujer que de la mujer al hombre; c) el mayor porcentaje de mujeres con parejas usuarias de drogas que practican conductas de riesgo y, d) el hecho de que más mujeres que hombres tienen como pareja heterosexual a un sujeto seropositivo. Por tanto, esta combinación de hechos podría estar conduciendo a un incremento del número de mujeres infectadas en los países occidentales.

7.4.- UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVOS EN EL CASO DE LOS UDIs

A pesar de la creencia popular de que los usuarios de drogas (específicamente, los consumidores de opiáceos) tienen una sexualidad disminuida, distintos estudios han mostrado que la mayoría de los UDIs son sexualmente activos (80%). Los datos no sólo son equiparables a los de la población general heterosexual, sino que incluso los inyectores señalan tener más parejas sexuales que los adultos de la población general. La gran mayoría (70%) no usa condón sistemáticamente, al margen de que sean hombres, mujeres, usuarios de drogas o no¹⁹. Por tanto, los niveles de uso del preservativo entre los consumidores de drogas también son comparables con los niveles de la población general heterosexual. Menos probablemente y menos frecuentemente se usa con la pareja principal que con parejas casuales, y menos cuánto más tiempo se lleve con ella.

De hecho, la utilización de preservativos entre el colectivo de UDIs heterosexuales es escasa, especialmente entre aquellos con pareja estable^{13,15,17,20-24}. A pesar de ello, la utilización de este método de barrera parece ser más frecuente cuando la pareja no es consumidora de drogas y cuando un miembro de la pareja conoce su seropositividad^{6,11,20,25,26}.

Según Rhodes et al.²⁰, el uso de condones estaría inversamente relacionado con el número de relaciones sexuales entabladas con la pareja, tanto en las relaciones con pareja estable como con parejas casuales. De hecho, el estudio de Pavia, Indovino y Novile²⁷ ha mostrado que el uso habitual de preservativos era significativamente menor entre los usuarios de drogas casados y conforme aumentaba el número de parejas en el año previo, mientras que fue significativamente mayor en aquéllos que consideraban que contraer el SIDA era un suceso probable en su vida. En la mayoría de los UDIs heterosexuales (como en la población general), el uso del condón no se considera normal en una relación sexual a largo plazo. En general, el uso habitual del preservativo entre este colectivo de UDIs se ha mantenido en un nivel bajo, confirmando las resistencias que presenta la población en general a adoptar una conducta sexual más segura.

Planes²⁸ encuentra, en Barcelona, que mientras que el 81.3% de 32 UDIs ha tomado alguna precaución durante el último mes en sus relaciones sexuales, el 69.7% de usuarios

seronegativos no ha tomado ninguna, aduciendo como razón “no creer en el contagio”. De la Fuente et al.²⁹ encuentran, por su parte, una tendencia similar en función del estado de seropositividad: los seropositivos cambian más que los seronegativos sus hábitos sexuales, sin embargo, incluso en el mejor de los casos este cambio es muy limitado e insatisfactorio. En efecto, el 47.5% de los seropositivos y el 65.8% de los seronegativos indican que no han introducido ningún cambio en sus hábitos sexuales tras conocer su estado serológico frente al VIH, y sólo el 22.1% de los seropositivos y el 2.6% de los seronegativos señala que usa siempre el preservativo. Además, la mayoría utiliza los preservativos de forma incorrecta:

- 1.- Sólo en el momento de la eyaculación lo que no garantiza ninguna seguridad de cara a la prevención de la transmisión sexual del VIH, VHB y VHC.
- 2.- En algunas relaciones sexuales, después de varias penetraciones sin eyacular, la pareja usa el preservativo.
- 3.- Por otro lado, algunos fallos (como el hecho de que se rompan o se queden dentro de la vagina) suceden en muchas ocasiones cuando el efecto de las drogas hace que la erección sea más larga o vigorosa o hace que disminuya la lubricación vaginal.

Por tanto, en los “Talleres de Sexo Más Seguro” no se trata sólo de explicar a los usuarios de drogas la importancia de usar preservativos, sino también de utilizarlos correctamente, y particularmente en sesiones sexuales prolongadas por el uso de alcohol, drogas y otras sustancias. Los efectos euforizantes y anestésicos de algunas drogas pueden llevar a que algunos usuarios de drogas que mantienen prácticas sado-masoquistas se hagan lesiones sangrantes con riesgo añadido de transmisión del VIH, VHB y VHC.

El uso del preservativo está sujeto a múltiples influencias; que van desde el tiempo que se lleve con la pareja, el que la pareja sea casual o la principal, hasta que se use con clientes y no con la pareja, etc. Su uso depende de la interacción de varios factores individuales y sociales entre los que se encuentran: a) los efectos del uso de las drogas sobre la conducta sexual, b) las maneras en las cuáles el riesgo es percibido, c) la naturaleza de las relaciones sexuales de los UDIs y, d) las maneras en las que se negocia su uso.

Los encuentros sexuales suponen, al menos, dos personas. Esto sugiere que el uso del condón es más que una elección individual. Las mejores intenciones de una persona sobre el uso del condón, incluso compartidas por su pareja, tienen que transformarse en conducta a través de un proceso de negociación. Depende de la manera en que el individuo interactúa con el contexto específico en el cual el encuentro sexual tiene lugar. En un extremo, los individuos tienen muy poca o ninguna elección frente al uso del preservativo (cuando la pareja insiste, cuando se usa la violencia o se amenaza con ella, cuando se está en una relación asimétrica, cuando el cliente paga más por relaciones sexuales desprotegidas, etc.). En el otro extremo, los individuos pueden hacer una elección y aún así, realizar conductas inseguras (cuando se tiene el conocimiento y sin embargo se continúa sin usar preservativo).

Ya se ha comentado que el riesgo de transmisión sexual del VIH es alto para las parejas de los usuarios de drogas que adoptan prácticas de riesgo y, en particular para las mujeres. Se ha sugerido que para estas mujeres el principal factor de riesgo para el VIH podría

ser la actividad sexual desprotegida²⁶. Es más, en algunos casos se ha observado que las mujeres que son inyectoras de drogas tendrían un mayor riesgo a través de sus relaciones sexuales desprotegidas con personas UDIs, que a través de las prácticas de inyección de riesgo¹⁴. Rhodes et al.²⁰ señalaron que el riesgo de transmisión heterosexual de un usuario de drogas inyectadas a su pareja se vería incrementado porque éste continuaría realizando prácticas de riesgo.

7.5.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO INDICADORES DE LAS RELACIONES SEXUALES DESPROTEGIDAS Y PROSTITUCIÓN ENTRE UDIs

Las enfermedades de transmisión sexual, indicativas de actividad sexual desprotegida, son más frecuentes entre la población de usuarios de drogas, especialmente en mujeres, y más frecuentemente que entre la población general^{12,30}.

Esta mayor frecuencia de ETS entre las mujeres que son consumidoras de drogas podría deberse a que éstas suelen recurrir a la prostitución como medio para conseguir la droga y/o dinero con más frecuencia que los hombres^{15,17,20,31}. De acuerdo al estudio de Freeman et al.¹⁴, la probabilidad de prostituirse para las mujeres UDIs era más de cinco veces mayor que para los varones UDIs. Hay menor evidencia entre los hombres prostitutos de que sean UDIs.

Además, en algunos casos los clientes de estas mujeres son, sin que ellas lo sepan, usuarios de drogas inyectadas, y como ya se ha señalado entre las mujeres UDIs que recurren a la prostitución es frecuente que su pareja sexual sea un varón UDI^{17,32-35}.

En algunos estudios realizados en Europa y Norteamérica, el ser usuaria de drogas por vía parenteral resultó el principal factor de riesgo asociado con la seropositividad entre las prostitutas UDIs, y la promiscuidad sexual desprotegida para las que no eran UDIs³³⁻³⁶. En la revisión efectuada por Estébanez³⁷ de estudios llevados a cabo en España, entre 1985 y 1989, sobre prostitución e infección por VIH, esta autora señala que las estimaciones de prevalencia de infección oscilaban, en esta época, entre un 3% en Zaragoza y un 26% en Madrid, encontrándose fuertemente asociadas a la proporción de uso de droga por vía parenteral por parte de esta población. Así, mientras que dichas estimaciones varían entre un 36% en Alicante y un 67% en Madrid para las prostitutas toxicómanas, la tasa desciende a menos del 9% para prostitutas que no son inyectoras. La prevalencia del VIH encontrada por Casabona et al.³⁸ en prostitutas del área catalana ha sido del 10.67%. En Oviedo, de 531 prostitutas estudiadas, la seropositividad al VIH observada ha sido del 47.69% para las prostitutas toxicómanas y de sólo un 1.5% para las no toxicómanas³⁹.

Según los resultados obtenidos en diversos estudios, entre las mujeres UDIs, la prostitución y una historia de ETS serían factores independientes de riesgo que muestran una fuerte asociación con la infección por el VIH, lo que señalaría la importancia de la transmisión sexual del VIH^{26,31,34,35,40}.

El uso de preservativos durante el ejercicio de la prostitución varía ampliamente según el país, siendo su utilización inferior en países del sur de Europa que en los del norte

y centroeuropeos³⁶. Se ha sugerido que al menos en estas últimas zonas, las prostitutas UDIs no parecen ser un vector de importancia en la transmisión del VIH a la población general, pero sí que lo serían a través de sus relaciones sexuales privadas, debido al escaso uso de preservativos con sus parejas habituales, muchas de las cuales tienen, a su vez, conductas de riesgo³⁴. Parece ser que, aunque el uso de preservativos por parte de las prostitutas es en general bajo, es algo más frecuente con los clientes que durante las relaciones sexuales privadas, a pesar de que muchas de estas mujeres tienen como pareja privada a varones UDIs. Casi el 30% de las prostitutas incluidas en un estudio transversal realizado en once provincias españolas refirió utilizar preservativos siempre durante el coito vaginal con sus clientes, siendo la utilización algo menor durante otras prácticas sexuales. Las prostitutas UDIs utilizaban preservativos con los clientes con menos frecuencia que sus compañeras no UDIs. Además, en sus relaciones sexuales con sus parejas estables, incluso con las que tienen conductas de riesgo, el 96% declaró que nunca los utilizaba durante el sexo oral y el 90% nunca durante el coito anal³³.

CUADRO-RESUMEN CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO ENTRE LOS UDS

- A pesar de la creencia popular de que los UDs tienen una sexualidad disminuida, la mayoría de ellos son sexualmente activos (80%).
- El contacto heterosexual es la única categoría de transmisión en la cuál el número de casos de SIDA en mujeres supera al de los hombres.
- El contacto heterosexual con un usuario de drogas que mantenga prácticas de riesgo es un importante factor de riesgo independiente para el VIH y se ha relacionado la actividad heterosexual con una pareja seropositiva con seropositividad para el VIH.
- La probabilidad de transmisión del VIH vía contacto heterosexual sería mayor para las mujeres debido:
 - .- Al incremento, en los últimos años, del número de mujeres con múltiples parejas sexuales, en los países occidentales.
 - .- Además, la mayoría de los varones heterosexuales que son UDs escogen a mujeres que no lo sean como pareja sexual, mientras que las mujeres suelen tener con mayor frecuencia como pareja a otro UD.
 - .- También, se ha observado que las mujeres suelen tener con mayor frecuencia una pareja heterosexual seropositiva que los varones.
 - .- Y las mujeres son más susceptibles a la infección, ya que parece ser que la transmisión hombre mujer es 2,3 veces más eficiente que viceversa.
- La gran mayoría (70%) no usa condón sistemáticamente, al margen de que sean hombres, mujeres, usuarios de drogas o no. En general, el uso habitual del preservativo entre los UDs se ha mantenido en un nivel bajo, confirmando las resistencias que presenta la población general a adoptar una conducta sexual más segura.

- Menos probablemente y menos frecuentemente se usa con la pareja principal (y menos cuánto más tiempo se lleve con ella) que con parejas casuales.
- El uso de condones parece estar inversamente relacionado con el número de relaciones sexuales entabladas con la pareja, tanto con la pareja estable como con parejas casuales.
 - A pesar de ello, la utilización de este método de barrera parece ser más frecuente cuando la pareja no es usuaria de drogas y cuando un miembro de la pareja conoce su seropositividad.
 - Los seropositivos cambian más que los seronegativos sus hábitos sexuales pero incluso en el mejor de los casos este cambio es muy limitado e insatisfactorio.
 - Muchos UDs utilizan los preservativos de forma incorrecta y su uso está sujeto a múltiples influencias; el tiempo que se lleve con la pareja, el que ésta sea casual o la principal, el que sea seropositiva o no, el que se use con clientes y no con la pareja, etc.
 - El uso depende de la interacción de factores individuales y sociales: a) los efectos del uso de las drogas sobre la conducta sexual, b) las maneras en las cuáles el riesgo es percibido, c) la naturaleza de las relaciones sexuales de los UDs y d) las maneras en las que se negocia su uso.
- Las ETS, indicativas de actividad sexual desprotegida, son frecuentes entre la población de UDs, especialmente en mujeres, y más frecuentemente que entre la población general.
 - Esta mayor frecuencia de ETS entre las mujeres UDs podría deberse a que éstas suelen recurrir a la prostitución como medio para conseguir la droga y/o dinero con más frecuencia que los hombres.
 - En algunos casos los clientes son, sin que ellas lo sepan, UDIs, y entre las mujeres UDIs que recurren a la prostitución es frecuente que su pareja sexual sea un varón UDI.
 - La relación existente entre la prostitución y la infección por el VIH sigue unida al consumo de drogas inyectadas. De hecho, el ser UDI resultó el principal factor de riesgo asociado con la seropositividad entre las prostitutas UDIs, y la promiscuidad sexual desprotegida para las no UDIs.
 - Entre las mujeres UDIs, la prostitución y una historia de ETS, serían factores independientes de riesgo que muestran una fuerte asociación con la infección por el VIH, lo que apuntaría a una posible transmisión sexual del VIH.
 - El uso de preservativos durante el ejercicio de la prostitución es inferior en países del sur de Europa que en los del norte y centroeuropeos
 - Al menos en estas últimas zonas, las prostitutas UDIs no parecen ser un vector de importancia en la transmisión del VIH a la población general, pero sí que lo serían a través de sus relaciones sexuales privadas, debido al escaso uso de preservativos con sus parejas privadas.

- Aunque el uso de preservativos por parte de las prostitutas es en general bajo, es algo más frecuente que durante las relaciones sexuales privadas, a pesar de que muchas de estas mujeres tienen en numerosas ocasiones como pareja privada a varones UDIs con prácticas de riesgo.
- Las prostitutas UDIs utilizaban preservativos con los clientes con menos frecuencia que sus compañeras no UDIs. Además, en las relaciones sexuales con sus parejas estables, el 96% declaró que nunca los utilizaba durante el sexo oral y el 90% nunca durante el coito anal.

CAPÍTULO 8

CONTENIDOS DE LOS TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO: ASPECTOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA PREVENCIÓN

En el caso de la infección por el VIH, en la actualidad, donde no existen tratamientos definitivos para acabar con la infección, la única forma eficaz de evitar la propagación de la pandemia es cambiando determinados comportamientos que entrañan riesgo. Sin embargo, difícilmente se podrá influir en la conducta si no se conocen de forma exhaustiva los factores que la influyen y la determinan. De aquí, la importancia de las ciencias de la conducta en la prevención de la transmisión del VIH⁴¹.

Algunas personas consideran que la conducta humana es imprevisible, no estando sometida a normas susceptibles de estudiarse científicamente con cierto rigor metodológico. Sin embargo, Bayés⁴² en su libro *Sida y Psicología* nos presenta numerosos ejemplos de la vida cotidiana en los que se demuestra que en términos generales la conducta humana es bastante predecible. No obstante, es cierto que la mayoría de las veces, ni es fácil predecir la conducta, ni se conoce demasiado bien los procesos que la rigen ni los factores que influyen en ella. Todo esto nos plantea el reto de investigar estos problemas con una metodología científica estricta.

Cuando se pretende cambiar una conducta se deben estudiar los principios de la misma con el fin de modificar aquéllos que están propiciando la adopción de la conducta de riesgo. Esto sirve para fijar los objetivos y contenidos que deben ser abordados en los programas preventivos y conseguir una mayor eficacia de éstos.

Diferentes modelos teóricos se han ido desarrollando en los últimos 30 años para explicar diversas conductas, mientras que diferentes estudios han tratado de aplicarlos al comportamiento sexual. Se ha tratado de elaborar modelos prácticos para aplicarlos en la promoción del sexo seguro para la prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. No obstante, la conducta sexual, como otras relacionadas con la salud, es muy compleja, ya que no depende sólo de determinantes racionales sino que implica una relación caracterizada por sus componentes emocionales y afectivos, que además requiere de la colaboración de las personas implicadas en dicha conducta.

Se ha destacado la dificultad que supone modificar hábitos de conducta sexual en la población general, agravándose esta situación en el caso de los UDVPs por diversas circunstancias como es el escaso acceso al sistema educativo y sanitario, la marginalidad, etc. Todo esto aboga por la necesidad de insistir en la educación sanitaria de los UD⁴³, intentando crear un clima positivo en la sociedad que favorezca una mayor accesibilidad a este colectivo⁴⁴.

De hecho, numerosas investigaciones han puesto de relieve que los UDIs están modificando más fácilmente sus hábitos de inyección que sus hábitos sexuales^{24,27,45-47}. Por ejemplo, en las cuatro ciudades (Bangkok, Glasglow, Nueva York y Río Janeiro) donde se realizó el estudio de Des Jarlais et al.⁴⁸ se evidenciaron cambios en los hábitos de inyección y/o en los sexuales, pero la magnitud de los cambios sexuales fue siempre mucho más baja. En el estudio de Rhodes⁴⁹ el colectivo de UDIs estudiado atribuía mayor riesgo a compartir material de inyección que a la relación sexual sin protección. Es decir, éstos aceptaban como conducta normal y habitual la relación sexual desprotegida, impidiendo la adopción de medidas de autocuidado, mientras que se protegían del contacto sanguíneo. Asimismo, en el estudio de Carou et al.⁵⁰ los UDIs manifestaron una mayor resistencia al cambio de los comportamientos de riesgo por el VIH en el área sexual que en las prácticas de inyección de drogas.

Siguiendo algunas de las teorías psicológicas que tratan de predecir las conductas, como son el Modelo de Creencias de Salud^{51,52}, de la Acción Razonada^{53,54}, del Comportamiento Planeado^{55,56}, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura⁵⁷, la teoría del psicólogo social Donn Byrne^{58,59} y las directrices de otros autores⁶⁰⁻⁶⁴, los programas de prevención de la transmisión sexual del VIH, independientemente del colectivo con el que se trabaje, deberían abordar los aspectos psicosociales que estos modelos consideran que están implicados en la adopción de conductas sexuales de riesgo.

El **Modelo de Creencias de Salud** destaca seis determinantes: percepción de riesgo y gravedad, ventajas e inconvenientes de la conducta preventiva, interés del individuo por su salud y factores ambientales. Otros factores que se han manifestado como relevantes al aplicar este modelo al estudio de la conducta sexual han sido: conducta sexual previa, el uso de preservativos y el consumo de drogas antes o durante la relación sexual.

La **Teoría de la Acción Razonada** reconoce que la intención de conducta siempre precede a la acción y que está determinada por la actitud hacia la conducta y las normas sociales respecto a la misma. La actitud, a su vez, depende de las creencias sobre las consecuencias de la conducta y, por tanto, del balance coste/beneficio entre éstas y la medida preventiva. La influencia de la norma depende del grado en que el sujeto las haya internalizado, del comportamiento de las personas que le interesan y su deseo de obtener la aprobación del grupo o de la pareja sexual.

La **Teoría del Comportamiento Planificado**, además de tener en cuenta los factores del Modelo de la Acción Razonada, reconoce la importancia de la percepción de control. Es decir, se refiere a la percepción de los obstáculos internos y externos que las personas consideren que se van a encontrar a la hora de adoptar una conducta determinada. Este factor ha mostrado tener efectos directos sobre la conducta e, indirectos a través de la intención de conducta. Este concepto está muy relacionado con el de autoeficacia^{65,66} y con la teoría del aprendizaje social⁵⁷ y ha mostrado su influencia en la frecuencia de uso del preservativo.

Tal y como describe Nájera⁶⁷, otras teorías y modelos, han llamado la atención sobre otros factores determinantes tanto personales como ambientales. Según Abraham y Sheeran⁶⁸ éstos pueden ser de tres tipos: personales, interpersonales y situacionales. Entre los personales se incluyen la autoestima, el locus de control, la erotofobia/erotofilia, los sentimientos de culpa y la ansiedad.

Asimismo, el **Modelo de Reducción de Riesgo del SIDA**⁶⁹ distingue tres momentos importantes en la adopción de la conducta: 1) Percepción del riesgo, en el que inter-

viene fundamentalmente la información; 2) Compromiso, para el que es fundamental la motivación; 3) Realización, para el que es necesaria la adquisición de habilidades que refuercen la autoeficacia.

En España, el **Modelo Precede**⁷⁰⁻⁷², que tiene en cuenta muchas de las variables mencionadas, se ha utilizado como herramienta de análisis e intervención en un proyecto de prevención comunitaria del VIH/SIDA^{73,74}. Este modelo contempla una serie de variables psicosociales clasificadas como factores predisponentes (información, actitudes, valores y creencias), facilitadores (habilidades, accesibilidad a recursos) y reforzantes (actitud y conducta del entorno) y que también son analizadas a través de este capítulo.

Todos los modelos mencionados no sólo señalan posibles caminos de investigación sino que son de gran ayuda en la toma de decisiones prácticas al indicar los aspectos en los que se debe incidir, si se desean conseguir cambios en los comportamientos de riesgo o mantener los de prevención.

Como afirma Bayés⁴² nos enfrentamos a un complejo problema multifactorial y, por tanto, será preciso actuar, simultáneamente, a diferentes niveles. Proporcionando información, pero también: a) cambiando actitudes y normas; b) atenuando las reacciones emocionales adversas; c) adiestrando habilidades; d) facilitando los elementos instrumentales y condiciones necesarias para la prevención; e) disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH; f) proporcionando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo; y g) reforzando los comportamientos de prevención y rechazando explícitamente los peligrosos.

Antes de describir cada uno de estos factores, vamos a detallar el **Modelo de Fases de Cambio de Conducta**⁷⁵ ya que puede ser adecuado para llevar a cabo una evaluación de la fase de cambio en la que se encuentra la persona afectada, ya que la motivación para modificar o reducir los comportamientos de riesgo, o iniciar o incrementar los comportamientos de prevención, varía mucho entre las personas y para una misma persona a lo largo del tiempo. Según Prochaska et al.⁷⁶, el proceso de cambio para la adopción de una nueva conducta implica cinco *etapas*:

1.- *Precontemplativa*. Se da cuando no hay una verdadera intención de cambio. Normalmente, los precontempladores no tienen una intención decidida de cambiar su conducta en los seis meses inmediatos.

2.- *Contemplativa*. Se da cuando por alguna influencia empieza a considerar la posibilidad de cambiar, pero todavía no se han comprometido de pasar de los deseos a la acción. Normalmente, se consideran contempladores aquellos que manifiestan que están considerando seriamente cambiar su conducta dentro de los próximos seis meses.

3.- *Preparación o disposición a cambiar de inmediato o en un futuro próximo*. En la práctica, muestran algunos pequeños cambios observables de comportamiento como haber reducido algo el número de parejas, haber usado ocasionalmente el preservativo cuando antes no lo hacían, etc. Los individuos que se encuentran en esta fase se muestran dispuestos a cambiar su conducta en el mes inmediato y con frecuencia han llevado ya a cabo algunos intentos de cambio sin éxito en los meses precedentes.

4.- *Acción*. Supone cambios observables del comportamiento y requiere una considerable inversión de tiempo y energía. Puede identificarse a los individuos que se encuentran en esta fase si han sido capaces de cambiar con éxito su conducta de riesgo durante un período inferior a seis meses. Por ello, las características principales que definen esta fase son: a) los esfuerzos observables y significativos para conseguir el cambio; y b) la modificación de la conducta diana de acuerdo con un criterio previamente establecido.

5.- *Mantenimiento*. En esta fase las personas se esfuerzan para prevenir la recaída y consolidar los cambios logrados en la fase anterior. Las características de esta fase son la estabilización del cambio de conducta sin recaídas durante más de seis meses.

Es importante considerar, desde el principio, la posibilidad de recaídas. Los individuos que sufren una recaída suelen regresar a una fase anterior. Algunos de ellos –se ha estimado que un 15%– pueden experimentar sentimientos de culpa, vergüenza y pérdida de autoestima; se desmoralizan con facilidad y, en esta situación, evitan pensar en el cambio de conducta y se sitúan de nuevo, durante un período de tiempo variable, en la fase precontemplativa. La mayoría, sin embargo, vuelve a avanzar, aprendiendo de sus errores y tomando nuevamente el camino de la acción.

Según esta teoría se debe determinar en qué etapa de éstas se encuentra la persona o grupo con el que se trabaja para programar las intervenciones más adecuadas con el fin de ayudarlo a avanzar en el proceso. Basándose en su modelo y en la experiencia empírica recogida, Prochaska et al.⁷⁶ identifican inductivamente **9 procesos de cambio** que señalan, pragmáticamente, cuáles son las estrategias más eficaces para propiciar el cambio de comportamiento en función de la fase motivacional en la que se encuentra la persona afectada.

Los precontempladores asimilan menos información sobre sus problemas, dedican menos tiempo y energía al análisis y valoración de sí mismos y experimentan menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de los problemas que los afectan; de hecho, son los que se muestran más resistentes a la intervención psicoterapéutica, a los mensajes de los profesionales de la salud y por tanto a participar en los talleres. Los individuos que se encuentran en la fase contemplativa, por su parte, empiezan a mostrarse sensibles a estrategias de contemplación tales como las observaciones, confrontaciones e interpretaciones. Los que se encuentran en la fase de preparación llevan a cabo un uso incrementado de estos procesos de cambios cognitivos y valorativos, a la vez que empiezan a usar técnicas de contracondicionamiento y control de estímulos que les permiten empezar a reducir y controlar, de forma limitada, la práctica de los comportamientos de riesgo. En la fase de acción, a la vez que se incrementa la utilización de estas estrategias conductuales, lo estresante de la situación conduce a los individuos a precisar con mayor frecuencia del soporte, comprensión y propiedades reforzadoras de otras personas. Finalmente, en la fase de mantenimiento, junto a estas necesidades y estrategias, aparece, por una parte, la valoración de las circunstancias que aumentan la probabilidad de una recaída y, por otra, un sentimiento incrementado de autoestima por haber conseguido llegar a ser la persona que uno se proponía ser. Asimismo, es interesante señalar la correlación entre el avance por las etapas de cambio y la autoeficacia⁷⁷⁻⁷⁹ respecto a las conductas de prevención. Los precontempladores son los sujetos que muestran un nivel más reducido de autoeficacia, y los mantenedores un nivel más elevado.

Aunque las investigaciones empíricas sobre el modelo de Prochaska y DiClemente se han llevado a cabo inicialmente en el ámbito del tabaquismo, últimamente, se ha aplicado al uso del preservativo^{80,81} mostrando que un elevado porcentaje de sus sujetos con pareja estable se encontraba, respecto al uso del preservativo, en las fases de precontemplación o contemplación y, como consecuencia de los problemas de la monogamia serial e infidelidad no se encontraban adecuadamente protegidos del VIH.

Conocer previamente cuál es la fase de cambio en la que se encuentra un colectivo dado orienta las decisiones sobre qué contenidos se van a abordar y cómo se van a realizar las diferentes actuaciones que formen parte del programa.

A continuación, se describen los aspectos psicosociales que las distintas teorías comentadas anteriormente han señalado como intervinientes en la adopción de conductas preventivas. Estos aspectos son los que constituyen los contenidos informativos, actitudinales y conductuales que se deben abordar en los TSMS dirigidos a UD.

En los distintos subapartados se definen brevemente cada uno de los aspectos psicosociales en cuestión y se describen los resultados obtenidos por las diversas investigaciones realizadas entre usuarios de drogas (fundamentalmente UD) en ese aspecto en particular. Estos resultados se resumen en una serie de conclusiones que se presentan en los denominados cuadros-resumen.

Por último, en función de estas conclusiones, se señalan las líneas de actuación que se deben seguir en el abordaje de cada uno de los aspectos psicosociales a la hora de diseñar e implementar un Taller de Sexo Más Seguro dirigidos a UD.

Debido a que estos factores no influyen del mismo modo en todas las poblaciones ni en todas las circunstancias, antes de programar una intervención se debería determinar en qué medida cada uno de ellos está influyendo en las conductas adoptadas por los subgrupos culturales de la población en los que se va a intervenir (UD en tratamiento, UD sin tratamiento, UD que ejercen la prostitución, UD con pareja estable, etc.) (ver capítulo 4, evaluación). Si la investigación demuestra que la actitud está determinando la conducta, la intervención se debe dirigir a conocer y cambiar las creencias sobre las consecuencias de la conducta propuesta. Si son las normas percibidas los principales determinantes del comportamiento, hay que dirigir los esfuerzos a conocer los grupos que influyen sobre la adopción de normas en la población y a trabajar con ellos para aclarar sus concepciones erróneas, y a proporcionar nuevos referentes favorables a la conducta propuesta²². Finalmente, si el factor más influyente es la autoeficacia, el programa debe integrar modos de determinar los factores que facilitan o dificultan la realización de la conducta, y actuar en consecuencia sobre el ambiente y sobre las personas, proporcionando medios para adquirir habilidades mecánicas, personales y/o sociales que ayuden a realizarla.

Aunque a lo largo del capítulo se describen todos los factores psicosociales aplicados a la adopción de conductas sexuales de riesgo, éstos pueden ser aplicados a otras conductas de salud como es el caso de los comportamientos de riesgo asociados al consumo de drogas, la prevención del cáncer, del tabaquismo, etc. Con el fin de diseñar un taller dirigido a la prevención de estas conductas de riesgo es necesario revisar la bibliografía existente sobre cada uno de los factores psicosociales en relación a dichas conductas para extraer las consiguientes conclusiones y delimitar las adecuadas líneas de actuación.

Aspectos que deberían ser abordados en los “Talleres de Sexo Más Seguro” para dotar a los UD de los recursos informativos, actitudinales y conductuales suficientes para la adopción de conductas sexuales preventivas:

- 1.- Información sobre sexualidad y prevención sexual.
- 2.- Estilo de vida: preocupación por la salud.
- 3.- Actitud erotofílica hacia la sexualidad.
- 4.- Percepción de riesgo sexual adecuada de ETS y SIDA.
- 5.- Percepción de las consecuencias severas o graves de los riesgos sexuales.
- 6.- Anticipación y planificación de la relación sexual.
- 7.- Percepción de control necesario de las situaciones de intimidad sexual.
- 8.- Habilidades de relación o autoeficacia para resolver adecuadamente las situaciones de intimidad sexual.
- 9.- Norma subjetiva: entorno social favorable a la realización de conductas sexuales preventivas y valoración de la opinión de las personas significativas.
- 10.- Percepción de más ventajas que costes en el uso de medidas sexuales preventivas eficaces.
- 11.- Maximización de los beneficios y minimización de los costes de las conductas sexuales preventivas.
- 12.- Acceso a los recursos asistenciales.
- 13.- Intención de realizar la conducta sexual preventiva.
- 14.- Consumo de alcohol y otras drogas antes y durante la conducta sexual.
- 15.- Percepción de la eficacia y plausibilidad de la conducta sexual preventiva.
- 16.- Realización de las conductas sexuales preventivas necesarias.

8.1.- INFORMACIÓN

La persona debe adquirir y recordar la información adecuada sobre la prevención como son las conductas sexuales de riesgo, riesgos sexuales (ETS y SIDA) y conductas sexuales preventivas para aumentar las probabilidades de mantener relaciones sexuales protegidas.

8.1.1.- ¿Qué se sabe hoy en día en relación al nivel de información sexual de los UD?

Por una parte, existe la idea generalizada de que hoy en día la información sobre sexualidad es relativamente amplia. Pero la realidad es muy diferente ya que la información aportada por los programas escolares y en la vida familiar (los dos pilares de la educación) no es tan general y sistemática como debiera. De hecho, a lo largo de la infancia y adolescencia, la familia y la escuela, en numerosas ocasiones, siguen sin tomar parte activa y sistemática en la transmisión de esta información.

Por otra parte, no se debe olvidar que actualmente para la mayoría de las personas una de las fuentes de información más importantes son los medios de comunicación. Haciendo un análisis de estos medios (televisión, revistas, cine, etc.), nos encontramos con una visión sensacionalista del tema, reduciendo la sexualidad a un acto mecánico y fundamentalmente coital. En general, esta visión se refiere a una sexualidad de película, en definitiva a una sexualidad de “ciencia ficción”. La publicidad nos enseña una sexualidad “fácil, sin prejuicios, ni dificultades”, lejos de la realidad actual de la mayoría de las personas.

Por tanto, se puede concluir que el bagaje informativo de las personas no es, ni tan amplio ni tan adecuado como la sociedad presupone. Algunos estudios y la experiencia en “Talleres de Sexo Más Seguro” han mostrado que la mayoría de las personas drogodependientes disponen de información correcta junto con abundante información incorrecta, lo cuál contribuye a mantener abundantes tabúes y mitos sexuales²²⁻⁸³. Además, las investigaciones han confirmado que en general es más fácil incrementar el nivel de conocimientos correctos que eliminar los mitos o creencias erróneas arraigadas en los distintos colectivos.

En muchos casos el nivel informativo de las personas no se corresponde con la adopción de conductas preventivas. Así, en el estudio De la Loma⁸⁴, a pesar de que el 94% de 107 UDIs se encontraba correctamente informado sobre el VIH y sus formas de transmisión, sólo el 13% usaba, sistemáticamente, preservativo en sus relaciones sexuales y un 17% afirmaba que no compartía agujas y jeringuillas al inyectarse. De Vicenzi⁸⁵, en su análisis de 256 parejas estables que poseían serologías discordantes para el VIH, ha encontrado que, a pesar de que ambos miembros de la pareja fueron advertidos, antes de iniciar la investigación, sobre las formas de transmisión del virus y las estrategias de prevención posibles, a partir de este momento, sólo el 48,4% usó siempre el preservativo en sus relaciones sexuales de penetración, vaginal o anal. Barrio et al.⁸⁶ observan que “en España, en general, los conocimientos de los consumidores de drogas sobre los modos de transmisión del VIH y los métodos de protección son buenos; sin embargo, muchos siguen manteniendo prácticas de riesgo”. En este sentido, se ha encontrado que el conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención, no tienen un efecto directo sobre la acción preventiva; aunque se sostiene que probablemente el conocimiento tenga un efecto indirecto actuando como indicio⁸⁷⁻⁸⁹.

CUADRO-RESUMEN INFORMACIÓN

- El bagaje informativo de las personas no es, ni tan amplio ni tan adecuado como la sociedad presupone.
- Es más fácil aumentar el nivel de conocimientos correctos de los usuarios de drogas que eliminar los mitos o falsas creencias arraigadas en este colectivo.
- En muchos casos el nivel informativo de las personas no se corresponde con la adopción de conductas preventivas.
- El conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención no tiene un efecto directo sobre la acción preventiva, pero es posible que tenga un efecto indirecto.

8.1.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la información en los TSMS dirigidos a UD's?

En base a lo expuesto, como afirma Bayés⁴², este problema implica el logro de *dos objetivos*: a) cómo conseguir que las personas estén bien informadas sobre los riesgos que corren y sus formas de prevención; y b) cómo conseguir que las personas bien informadas se comporten de forma congruente con dicha información y lleven a cabo los comportamientos de prevención cuya necesidad, características y eficacia conocen.

Teniendo en cuenta este doble objetivo, la información debe ser abordada a través de una *metodología participativa*, más que con meras clases magistrales (ver capítulo 3, metodología), sin olvidar la cuestión de la “audiencia” a la que van dirigida los mensajes preventivos⁹⁰. Las técnicas en las que los consumidores de drogas deben experimentar situaciones que les motiven a recabar contenidos o a eliminar mitos sobre los distintos aspectos de la sexualidad y la prevención, son más eficaces en la adquisición, el procesamiento y recuerdo de la información que las basadas en la técnica magistral (exposición oral de la información).

Además para proporcionar una información específica a una persona o a un grupo es preciso tener presentes los *requisitos que se requieren para comunicar con eficacia mensajes de salud*, y que han sido sistematizados por el U.S. Department of Health and Human Services⁹¹:

- 1.- *Atención*: el mensaje debe ser capaz de atraer y mantener la atención de las personas a las que se dirige.
- 2.- *Comprensión*: el mensaje debe ser claro y se debe comprender con facilidad.
- 3.- *Relevancia personal*: el mensaje debe ser percibido para las personas como importante en su vida.
- 4.- *Credibilidad*: el mensaje y la fuente que lo comunica deben ser considerados creíbles.
- 5.- *Aceptabilidad*: el mensaje no debe ser ofensivo o inaceptable para las personas a las que se dirige.

En relación a la *transmisión de mensajes*, las siguientes *advertencias* son importantes:

- 1.- Nunca debe hablarse de grupos de riesgo sino de personas con conductas de riesgo.
- 2.- Deben evitarse los términos de contagio o contagiar sustituyéndolos por “infección” o “infectar” o, aún mejor, por transmisión, ya que es el virus el que se transmite de persona a persona.
- 3.- Se debe hablar de “personas infectadas/no-infectadas”, pero no de “afectados por el SIDA”, ya que esta enfermedad nos afecta a todos pero sólo algunas personas resultan infectadas.
- 4.- Debe usarse el término “personas seropositivas” y no el de “personas con SIDA”, a no ser que sea ese el caso.

5.- Utilizar un lenguaje cercano a los UD's, alternándolo con terminología más técnica. De hecho, en el caso de los UD's, con un nivel de educación deficitario, la comprensión, claridad y cercanía del mensaje son características muy valoradas por ellos. Por ejemplo utilizar “pillar por transmitir”, “follar por relaciones coitales”, “69 por sexo oral”, etc.

6.- Adecuar el lenguaje y el material empleados en los talleres a las características de los UD's con los que se va a trabajar. Por ejemplo, en el caso de un grupo de usuarios de drogas analfabetos es mejor sustituir el material escrito por un material gráfico.

Evidentemente para conseguir que las personas bien informadas se comporten de forma congruente con dicha información, se deben evaluar las carencias actitudinales y conductuales que impiden que estas personas adopten estas conductas preventivas que consideran necesarias y eficaces. Una vez detectadas estas carencias, los TSMS deben abordarlas para dotar a los UD's de las habilidades y recursos necesarios para afrontar de forma eficaz las diversas situaciones de riesgo.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN INFORMACIÓN

- a) ¿Cómo conseguir que las personas estén bien informadas sobre los riesgos que corren y sus formas de prevención?:
 - Utilizando una metodología participativa: aplicando las diversas técnicas grupales que se describen en el capítulo de metodología.
 - Adaptando los mensajes preventivos a la audiencia a la que van dirigidos, teniendo en cuenta su grado de: atención, comprensión, relevancia personal, credibilidad y aceptabilidad para dicha población.
 - Advertencias: Hablar de personas con comportamientos de riesgo, de la transmisión del VIH, de personas infectadas y seropositivas, utilizar preferentemente un lenguaje cercano a los participantes, aunque puede ser alternado puntualmente con terminología más técnica.
- b) ¿Cómo conseguir que las personas bien informadas se comporten de forma congruente con dicha información y lleven a cabo los comportamientos de prevención cuya necesidad, características y eficacia conocen?.
 - Analizando las carencias actitudinales y conductuales del grupo y abordándolas en los “Talleres de Sexo Más Seguro”: “La información es necesaria pero no suficiente”.

8.2.- ESTILO DE VIDA: PREOCUPACIÓN POR LA SALUD

Las personas que tienen una preocupación general por la salud tienen más probabilidades de desarrollar un estilo de vida con hábitos dirigidos a fomentar la salud en todas las áreas de su vida.

8.2.1.- ¿Qué se sabe hoy en día con respecto a la preocupación que muestran los UDIs por su salud?

En general, los consumidores de drogas se sienten poco preocupados por la salud ya que su estilo de vida se caracteriza por la realización de distintas conductas de riesgo, que llegan a constituir hábitos muy arraigados y generalizados en distintas áreas de la vida cotidiana (alimentación, higiene, cuidado personal, etc.).

Además, de acuerdo a una serie de estudios^{49,92}, en el estilo de vida de los usuarios de drogas existe una jerarquía de riesgos de la salud asociados con el uso de drogas que son a menudo mucho más prioritarios que el riesgo frente al VIH. Así para un UDI mayor riesgo supone una sobredosis, por su inmediatez, por la alta probabilidad de ocurrencia y la probabilidad de ser mortal. Otro riesgo importante es la obturación de una vena, lo que dificulta la inyección y puede implicar la pérdida de esa dosis. Asimismo, otros riesgos sobre el bienestar general (casa y dinero) también son percibidos como de mayor importancia inmediata por algunos usuarios.

La seguridad sexual no es considerada como una alta prioridad para los UDIs y sus parejas sexuales. Los datos sugieren que las normas cotidianas del grupo han comenzado a enfatizar el uso “seguro” de drogas y, sin embargo, enfatizan las prácticas sexuales inseguras. El sexo no protegido es considerado como norma en la mayor parte de las relaciones heterosexuales, tanto en el caso de los UDIs como en el caso de los no UDIs. El riesgo del VIH es uno más entre los posibles riesgos derivados de una relación sexual sin preservativo, como el embarazo no deseado (END), sin embargo los beneficios asociados con estas conductas son muy potentes, y tienen que ver con el mayor placer, la muestra de amor, de confianza y de compromiso o permanencia en la relación.

La valoración del riesgo en los encuentros sexuales tiene más relación con que la pareja sexual consuma drogas que con la relación sexual en sí misma. No hay una concienciación profunda sobre la transmisión sexual del VIH cuando se adopta la decisión de utilizar o no preservativo. Además, esta transmisión sexual del VIH es vista como menos probable que la transmisión por compartir los útiles de inyección. De hecho, como ya ha sido mencionado, muchos UDIs rechazan el compartir jeringas pero siguen teniendo relaciones sexuales de riesgo, incluso en el caso de que uno de los miembros de la pareja sea VIH+.

Hay que entender el sexo no protegido y la seguridad sexual en el contexto de lo que ésto significa para los propios usuarios de drogas. De todos los riesgos y peligros que se asocian con el estilo de vida de los usuarios de drogas, el sexo desprotegido no parece ser el más importante para ellos; se percibe como menos peligroso que otras conductas y con muchos beneficios inmediatos.

CUADRO-RESUMEN

ESTILO DE VIDA: PREOCUPACIÓN POR LA SALUD

- Muchos usuarios de drogas se sienten poco preocupados por la salud, caracterizándose su estilo de vida por hábitos no saludables y conductas de riesgo.
- No obstante, en el estilo de vida de los consumidores de drogas existe una jerarquía de riesgos para la salud asociados con el uso de drogas que son a menudo mucho más prioritarios que el riesgo de VIH.
- Los UDIs valoran más el riesgo derivado del consumo de drogas inyectables que de sus relaciones sexuales. Los datos sugieren que las normas cotidianas del grupo enfatizan el uso seguro de drogas y las prácticas sexuales inseguras.
- De hecho, la valoración del riesgo en los encuentros sexuales tiene más relación con que la pareja sexual consuma drogas que con la relación sexual en sí misma.
- De todos los riesgos y peligros que se asocian con el estilo de vida de los usuarios de drogas, el sexo desprotegido no parece ser el más importante para ellos; se percibe como menos peligroso que otras conductas y con más beneficios.

8.2.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la baja preocupación que muestran los UDIs por su salud, y en particular por las relaciones sexuales desprotegidas?

En primer lugar, hay que señalar que los TSMS tienen muchas limitaciones para poder actuar de forma eficaz sobre este aspecto. Otros factores que superan las posibilidades de estos programas de prevención están incidiendo también en el estilo de vida de los usuarios de drogas. Según las características sociodemográficas más frecuentemente observadas en diversos estudios, la población de UDIs se definiría por tener un bajo nivel de educación⁹³, estar en paro^{6,16}, tener unos ingresos legales bajos⁹³ y recurrir a la prostitución^{12,15,34,35,42}, al robo o la venta de droga como fuente de ingresos, lo que se puede deducir del elevado porcentaje de UDIs que han estado en prisión^{6,12,31,33,94}. Algunas investigaciones han mostrado la relación entre estas características y la adopción de un estilo de vida poco saludable así como de conductas sexuales de riesgo. Por tanto, su correcto abordaje requiere de la coordinación con numerosas instituciones y organismos.

No obstante, de lo expuesto se deduce que los TSMS deberían enfatizar los riesgos de la transmisión sexual del VIH para que sean tan prioritarios e importantes para los UDIs como otros riesgos asociados al consumo de drogas.

Por otra parte, debido a que las normas sociales presentes, tanto de forma explícita como implícita, en los distintos grupos sociales de consumidores de drogas influyen en el estilo de vida de cada uno de ellos, los TSMS deberían incidir en dichas normas. El objetivo del programa, en este caso, sería modificar las reglas que enfatizan las prácticas sexuales inseguras por las que favorecen las prácticas sexuales más seguras. Este aspecto se describe de forma detallada posteriormente (ver capítulo 8, norma subjetiva y norma social, pp. 215-225).

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

ESTILO DE VIDA: PREOCUPACIÓN POR LA SALUD

- Las posibilidades de los “Talleres de Sexo Más Seguro” para abordar el estilo de vida de los usuarios de drogas son muy limitadas.
- Los TSMS deberían priorizar los riesgos de transmisión del VIH, y en particular los riesgos derivados de las relaciones sexuales desprotegidas.
- Además, deberían modificar las normas sociales que enfatizan las prácticas sexuales inseguras en normas sociales que favorecen la adopción de prácticas sexuales más seguras.

8.3.- EROTOFOBIA-EROTOFILIA

Las actitudes y emociones juegan un papel importante en la adopción de comportamientos de prevención. Una dimensión importante es la erotofobia-erotofilia^{58,95,96}, un continuo a través del cual se distribuyen las personas, que a su vez está relacionada con la culpa y la ansiedad ante situaciones sexuales. Es decir, la erotofobia implica un sentimiento de culpa y ansiedad hacia el sexo, mientras que la erotofilia un sentimiento de confort físico y psicológico hacia la sexualidad⁹⁷.

Se sugiere que las personas con una actitud más erotofílica sienten menos culpa y ansiedad ante situaciones de intimidación sexual y, por tanto tienen más posibilidades de adoptar una conducta preventiva en dichas situaciones.

8.3.1.- ¿Qué se sabe hoy en día en relación a la erotofobia-erotofilia?

Según Hyde⁹⁷, los erotofóbicos no discuten sobre sexualidad, tienen una vida sexual influenciada por la culpa y el miedo a la desaprobación social, tienen escasas relaciones coitales y con pocas parejas, y se sienten incómodos ante las películas explícitamente sexuales. Sin embargo, los erotofílicos discuten sobre sexualidad, no están muy influenciados por la culpa, tienen relaciones coitales más frecuentemente y con más parejas, y encuentran las películas explícitamente sexuales excitantes.

En relación a la adopción de conductas preventivas, las investigaciones han mostrado que las personas erotofílicas tienen más probabilidades de utilizar los métodos contraceptivos de forma eficaz y consistente. Los erotofóbicos tienen más dificultades para ser capaces de utilizar un contraceptivo de forma eficaz. Además tienen menos información que los erotofílicos, y cuando son expuestos al mismo tipo de información, los erotofóbicos aprenden menos que los erotofílicos⁹⁵. Además, los erotofóbicos tienen menos probabilidades de anticipar su conducta sexual, lo que hace más dificultosa la planificación contraceptiva, aunque los erotofóbicos extremos tienen más probabilidades de abstenerse de las relaciones sexuales, lo cual reduce definitivamente cualquier tipo de riesgo. Los erotofóbicos tienen más dificultades de acceder a un servicio ginecológico para obtener contraceptivos. En general, la comunicación sexual con sus parejas es poco eficaz. Y por último tienen dificultades para utilizar adecuadamente cualquier tipo de método contraceptivo.

CUADRO-RESUMEN

EROTOFOBIA-EROTOFILIA

- Los erotofóbicos presentan más dificultades para utilizar cualquier medida preventiva de forma eficaz, disponen de menos información, aprenden menos ante la misma información, tienen menos probabilidades de anticipar su conducta sexual y de comunicarse sobre sexo con sus parejas de forma adecuada, asimismo señalan más dificultades para acceder a los servicios ginecológicos.
- Las personas erotofílicas tienen más probabilidades de utilizar los métodos contraceptivos de forma eficaz y consistente.

8.3.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la erotofobia-erotofilia en los TSMS dirigidos a UD's?

Los “Talleres de Sexo Más Seguro” deberían fomentar actitudes positivas hacia la sexualidad, ya que las personas erotofílicas tienen más probabilidades de anticipar la conducta sexual, comunicarse adecuadamente con sus parejas, acceder a los servicios ginecológicos y utilizar de forma eficaz los métodos preventivos.

Los contenidos y la metodología utilizados deben ser seleccionados en función del nivel de erotofobia-erotofilia presentado por el grupo. Por ejemplo, si el grupo da muestras de conductas erotofóbicas (incomodidad, silencios largos, etc.), tanto a nivel verbal como no verbal, es más aconsejable utilizar un lenguaje técnico que el “argot”, el cual podría resultar demasiado explícito y directo. Asimismo, el formador seleccionará los términos más utilizados cotidianamente por el grupo y que resulten menos ansiógenos. Por otra parte, las técnicas como el role-playing que implican una gran participación e implicación podrían resultar demasiado estresantes y sería más conveniente utilizar otras estrategias menos ansiógenas. Sin embargo, si el grupo da muestras de conductas erotofílicas, tanto a nivel verbal como no verbal, es más aconsejable combinar el lenguaje técnico con el argot utilizado normalmente por el grupo. Además, se pueden utilizar las técnicas grupales más implicantes que son las dinámicas que permiten dotar a los usuarios de drogas de las habilidades conductuales necesarias para la adopción de conductas sexuales preventivas.

En general, en los grupos, tanto en los que presentan conductas más erotofóbicas como en los que presentan conductas más erotofílicas, las dinámicas iniciales de los TSMS deben caracterizarse por una menor participación e implicación por parte de los UD's, y en la medida en que a lo largo de las sesiones se crea un ambiente más erotofílico se introducen las dinámicas más ansiógenas y eficaces de cara a la modificación de actitudes, creencias y conductas sexuales de riesgo. Evidentemente, la cohesión grupal y un ambiente lúdico y adaptado a la audiencia influyen positivamente en el adecuado desarrollo de las dinámicas grupales.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN**EROTOFOBIA-EROTOFILIA**

- Los “Talleres de Sexo Más Seguro” deben fomentar el desarrollo de actitudes erotofílicas hacia las conductas sexuales y preventivas.
- Las dinámicas grupales diseñadas deben ser realizadas:
 - En un grupo fuertemente cohesionado.
 - En un ambiente lúdico.
 - En un ambiente adaptado a la audiencia.
- La forma de abordar los contenidos se seleccionan en función del grado de erotofobia-erotofilia del grupo:
 - Grupos más erotofóbicos: Lenguaje técnico. Dinámicas que requieren menos implicación y participación.
 - Grupos más erotofílicos: Lenguaje técnico y argot. Dinámicas que requieren más implicación y participación.
- La fase de aplicación del taller está relacionada con el nivel de erotofobia-erotofilia mostrado por el grupo y ambos son buenos indicadores de las dinámicas que se deben aplicar:
 - En la fase inicial se dan más conductas erotofóbicas y es mejor seleccionar dinámicas más racionales.
 - En la fase intermedia y final se suelen dar más conductas erotofílicas y es mejor seleccionar las dinámicas más vivencialmente implicantes.

8.4.- PERCEPCIÓN DE RIESGO

Las personas deben percibir que pueden estar en riesgo de contraer una enfermedad. Si no sienten que pueden estar en riesgo difícilmente pondrán medidas para evitarlo. De hecho, las personas que perciben que pueden estar en riesgo de contraer una enfermedad tienen más probabilidades de prevenirse en dichas situaciones de riesgo.

8.4.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la percepción de riesgo de los UD's en las situaciones de intimidad sexual?

Hay que tener en cuenta que la estimación del riesgo por los individuos no se hace de forma científica sino más o menos intuitiva y en ella intervienen, entre otros⁹⁸: a) factores sociales (género, raza, orientación sexual, clase, etc.), b) factores situacionales (historia personal, características de la pareja, duración e intimidad de la relación, proximidad a personas con SIDA, confianza y responsabilidad hacia el compañero, etc.), c) sesgos

como: ideas optimistas (optimismo ilusorio) que tienden a subestimar los riesgos y a sobreestimar las posibilidades de lograr lo deseado y la perspectiva de satisfacción inmediata que reduce el temor a un posible riesgo lejano. El estudio de Van der Pligt⁹⁹ indica que existe una gran evidencia sobre el efecto perjudicial del optimismo irrealista en la conducta preventiva.

Por tanto, las diferencias existentes entre la realidad y la percepción de la probabilidad de riesgo son pues, a juzgar por los datos aportados, considerables. Se presenta una notable tendencia a exagerar la probabilidad de riesgo ante una interacción potencialmente capaz de transmitir el VIH. Este sesgo podría explicarse en gran parte debido a las tendencias generales existentes a: a) sobrevalorar las probabilidades pequeñas e infravalorar las grandes¹⁰⁰; y b) sobreestimar el riesgo de ocurrencia de acontecimientos indeseables poco frecuentes^{101,102}.

Como explica Bayés⁴², cuando las personas evalúan riesgos en la mayoría de los casos, efectúan inferencias basándose en lo que recuerdan haber oído u observado. Normalmente, suelen juzgar un peligro como probable o frecuente si les es fácil de imaginar o recordar. Por ello, no es extraño que tiendan a sobreestimar el riesgo de acontecimientos dramáticos y extraordinarios, los cuales son mucho más fáciles de recordar. Dado lo presente que está el SIDA en los UD's, la frecuencia de aparición del problema del SIDA en los medios de comunicación, y las tragedias con que normalmente se lo asocia, no es extraño, la aparición de un sesgo en el sentido de sobreestimar el riesgo de transmisión. Y como señalan Kahneman y Tversky¹⁰³, los sesgos subjetivos en la asignación de probabilidades suelen ser estables, sistemáticos y difíciles de eliminar.

Aunque la transmisión del VIH a través de comportamientos de riesgo, es prácticamente en todos los casos, menos probable de lo que suele creerse, en relación al sesgo denominado “optimismo ilusorio”, se ha observado que la gente subestima la probabilidad de que le afecten hechos negativos, incluyendo todo tipo de enfermedades^{104,105}. Comúnmente, las personas consideran que tienen bajo riesgo de que les ocurra un hecho negativo y más bajo riesgo que el atribuido a una persona “normal” o similar a ellas^{106,107}. Este fenómeno es el que se conoce con el nombre de “primus inter pares”. Aunque, en general, las personas suelen sobrevalorar respecto a las de los demás, sus posibilidades de permanecer incólumes¹⁰⁸⁻¹¹⁰, lo que les hace sentirse invulnerables al VIH. En la práctica, se ha observado que los cambios positivos en los comportamientos de riesgo para el VIH en los UD's son mayores en los seropositivos que en los seronegativos⁸⁶.

Por otra parte, también se ha encontrado que cuando la enfermedad o hecho negativo es muy grave o amenazante, la relación entre vulnerabilidad percibida y conducta preventiva es menor¹¹¹. La fuerte intensidad de la respuesta afectiva provocada por una amenaza importante puede ser uno de los factores que expliquen por qué la vulnerabilidad o riesgo personal percibido no se asocia a conductas de prevención. Además, las conductas preventivas sexuales son un tipo de comportamiento que requieren la colaboración de otros, y tanto el sexo como el SIDA provocan intensas respuestas emocionales. Por ende, es probable que la relación entre vulnerabilidad percibida ante el SIDA y conductas de prevención no sea muy fuerte.

Los datos de una investigación de Kline y Strickler¹³ muestran una aparente paradoja, que ya ha sido comentada: algunos UDIs están cambiando sus comportamientos sexuales de riesgo a un ritmo mucho menor que los comportamientos de riesgo asociados al consumo intravenoso de drogas, lo cual sugiere que la percepción de riesgo es menor ante las conductas sexuales de riesgo que frente a los conductas de riesgo asociadas al uso de drogas. Las conclusiones derivadas de este trabajo realizado con 152 mujeres sometidas a un programa de mantenimiento con metadona que habían tenido una pareja sexual en las últimas cuatro semanas y que señalaron que ni ellas ni sus parejas eran portadores del VIH son las siguientes: a) la percepción de riesgo correlaciona más con el riesgo real en lo que se refiere al comportamiento de uso de drogas que en los de tipo sexual; b) no parece existir un incremento en la percepción de riesgo en los sujetos cuando no usan preservativos con parejas de seropositividad desconocida o de los que se conoce que son UDVPs; y c) solamente tienen percepción de encontrarse en riesgo de ser seropositivas al VIH, las mujeres que siguen inyectándose drogas en el momento de la entrevista pero no aquellas que habiéndose inyectado drogas en un pasado reciente -y aun ignorando su estado serológico- han abandonado dicha práctica.

No hay duda de que si las personas que practican o han practicado comportamientos peligrosos no tienen percepción de encontrarse en riesgo es mucho más probable que: a) no se sometan a pruebas de detección de anticuerpos; b) transmitan el virus (en caso de estar infectadas) a otras personas; y c) no adopten comportamientos preventivos.

Por otra parte, hay que recordar que las teorías de acción social consideran al riesgo como un fenómeno social y son las normas sociales las que determinan lo que “tiene riesgo” y la jerarquía del mismo. Así, en el estudio de Rhodes⁴⁹, los UDIs atribuían mayor riesgo a compartir material de inyección que a la relación sexual desprotegida. La influencia de los factores sociales y culturales en la determinación de la conducta es tan grande que matiza las racionalizaciones en la toma de decisiones (racionalidad social). Así los UDVPs tras un programa educativo suelen aceptar el riesgo de su comportamiento característico (compartir jeringas) y seguir con conductas sexuales de alto riesgo⁹⁸.

Con respecto a las diferencias en la percepción de riesgo en función del sexo, el estudio de Corby, Schneider y Wolitski¹¹² indica que las mujeres UDVPs se percibían en mayor riesgo que los hombres de contraer el VIH por relaciones sexuales si no usan preservativos. Sin embargo, factores como la dependencia emocional o económica, en muchos casos la dudosa capacidad de la mujer a la hora de introducir cambios en sus relaciones sexuales, y la calidad de la relación de pareja podría influir en su percepción de riesgo. En las relaciones estables la mujer podría confiar en sus parejas hasta el extremo de desestimar comportamientos de riesgo presentes o pasados de su pareja, o incluso podría asumir esos riesgos como propios. En las relaciones casuales podría creer que el riesgo sería menor y que no dependería de la pareja, al ser éstas unas relaciones cortas y por lo tanto con menor exposición. Se sugiere que sería la errónea percepción del riesgo más que la posible negativa, lo que impediría a estas mujeres el usar condones¹³.

En esta misma línea, otro factor determinante de la realización de conductas con riesgo es la relación de poder. En muchas ocasiones, la percepción del riesgo es distinta entre los que intervienen en una conducta, y lo que la determina es el poder de persuasión o de coerción de uno de ellos.

CUADRO-RESUMEN PERCEPCIÓN DE RIESGO

- Existen una serie de sesgos en la percepción de riesgo de las personas que consisten en:
 - a) Sobrevalorar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos dramáticos y extraordinarios, como el SIDA, que reciben mucha atención en los medios de comunicación.
 - b) Infravalorar las posibilidades de verse afectados personalmente y, por tanto, actuar, prescindiendo de toda prevención: “Ilusión de Invulnerabilidad” u “Optimismo Ilusorio”.
 - c) Considerar que el riesgo de que les ocurra un hecho negativo es menor que el atribuido a una persona “normal”: “Primus Inter Pares”.
- Los sesgos subjetivos en la asignación de probabilidades de riesgo suelen ser estables, sistemáticos y difíciles de eliminar.
- Estos sesgos implican que aunque el problema del SIDA es importante y ofrece un riesgo de considerable magnitud –incluso superior al real–, paradójicamente, se suele actuar como si sólo pudiera afectar a las demás personas y como si se poseyese el don de la invulnerabilidad.
- Cuando la enfermedad o hecho negativo es muy grave o amenazante, la relación entre vulnerabilidad percibida y conducta preventiva es menor, debido posiblemente a la fuerte intensidad de la respuesta afectiva provocada por una amenaza importante.
- Además, las conductas preventivas sexuales son un tipo de comportamiento que requieren la colaboración de otros, y tanto el sexo como el SIDA provocan intensas respuestas emocionales.
- Hay que recordar que la percepción de riesgo es menor ante las conductas sexuales de riesgo que frente a los conductas de riesgo asociadas al uso de drogas y que las normas sociales son las que determinan lo que “tiene riesgo” y la jerarquía del mismo.
- Las mujeres UDIs se perciben en mayor riesgo que los hombres de contraer el VIH por relaciones sexuales desprotegidas, pero factores como la dependencia emocional o económica o las diferencias de poder en la relación hombre-mujer dificultan la posibilidad de las mujeres de introducir la adopción de medidas preventivas en sus relaciones sexuales.

8.4.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la percepción de riesgo de los UD's en los TSMS?

A la luz de los resultados y como subraya Gras¹¹³ es importante conseguir que la percepción subjetiva de un riesgo bajo sea producto de la adopción de medidas de seguridad eficaces y no de un sentimiento de falsa invulnerabilidad.

Sin embargo, a pesar de que la percepción de riesgo ejerce un papel relevante en la adopción de conductas preventivas, su influencia es menor en el caso de una enfermedad amenazante, que activa fuertes respuestas de ansiedad y miedo, que exige medidas de precaución relacional complejas de llevar a cabo, y que se deben realizar en contextos en los que los individuos están con una alta activación erótica. Por tanto, en el trabajo de prevención sexual con usuarios de drogas se debe subrayar las características específicas de una enfermedad como el SIDA, cuya transmisión se realiza en un contexto relacional fuertemente emocional y que puede sesgar la propia percepción del riesgo.

Estamos de acuerdo con Pilar Nájera¹¹⁴ cuando afirma que es necesario conocer las dificultades que impiden al individuo percibir su riesgo y abordarlas para que pueda valorarlo y encontrar la forma de eludirlo. La percepción de riesgo, sin comprender claramente los medios para evitarlo y sin sentirse capaz de hacerlo con el apoyo necesario, puede producir temores que, a veces, impiden la adopción de conductas protectoras.

Además, hay que ser realistas en relación al poder limitado que la prevención tiene en la eliminación total del riesgo. Un estudio realizado en Amsterdam¹¹⁵ nos muestra como inicialmente se produjo un gran reducción del riesgo (1986-1991) con respecto a las conductas relacionadas con el consumo de drogas, pero esta reducción, sin embargo, no se mantuvo estable en una etapa posterior (1991-1993). Estos autores concluyen que dada la gran cantidad de medidas para la prevención del VIH que existen en Amsterdam, el riesgo residual observado indica que la prevención más allá de un límite se encuentra con muchos impedimentos.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN PERCEPCIÓN DE RIESGO

- Los “Talleres de Sexo Más Seguro” deben conseguir que la percepción subjetiva de un riesgo bajo sea producto de la adopción de medidas de seguridad eficaces y no de un sentimiento de falsa invulnerabilidad.
- Además, deben dar a conocer a los usuarios de drogas los aspectos que les impiden valorar de forma adecuada su riesgo de transmisión sexual del VIH, VHB y VHC (ver capítulo 3, metodología).
- El incremento en la percepción de riesgo de los consumidores de drogas debe ir acompañado de las habilidades y recursos necesarios para que cada uno de ellos pueda afrontar de forma eficaz las distintas situaciones sexuales de riesgo.
- Por último, hay que tener en cuenta que los países más avanzados en estos temas han mostrado el poder limitado que la prevención tiene en la eliminación total del riesgo.

8.5.- PERCEPCIÓN DE CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS

Las personas que perciben que el contraer una enfermedad supondría repercusiones muy severas en su vida y que el adoptar una conducta preventiva implicaría consecuencias positivas tienen más probabilidades de prevenirse. Si no perciben las consecuencias negativas de una conducta de riesgo y las positivas de una conducta preventiva dificulta el cambio hacia hábitos preventivos.

8.5.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la percepción que tienen los UD's de las consecuencias graves de una conducta sexual de riesgo y las positivas de una conducta sexual preventiva?

En primer lugar, la percepción de las consecuencias severas de una enfermedad, como el SIDA, por cantidad de razones no siempre se asocia a la adopción de medidas preventivas. Se debe tener en cuenta que las consecuencias más inmediatas de la conducta sexual son la satisfacción y gratificación sexual, la obtención de placer y del orgasmo, mientras que las consecuencias negativas, como una enfermedad de transmisión sexual, se dan a medio o a largo plazo.

Atendiendo a Bayés¹¹⁶: a) los comportamientos sexuales con penetración, fundamentalmente en el caso del hombre, con indiferencia de que se lleven a cabo con personas infectadas por el VIH o seronegativas al mismo, comportan, frecuentemente, un resultado inmediato muy agradable: el orgasmo; b) además, muchas personas que practican comportamientos sexuales de riesgo poseen un pasado experiencial en el que la práctica de este tipo de conductas no se ha visto seguida por la percepción de consecuencias desagradables. El hecho de que, en muchas ocasiones, las conductas sexuales de riesgo no se traduzcan, aparentemente, en consecuencias negativas de ningún tipo puede asegurar su permanencia ya que dichas conductas llamadas “de riesgo” han producido sólo consecuencias agradables inmediatas a sus practicantes, proporcionándole además una falsa sensación de seguridad: bien por creerse invulnerables al virus o considerar, subjetivamente, que ya están adoptando precauciones adecuadas para evitar su transmisión aun cuando éstas sean insuficientes u objetivamente inadecuadas.

En España, el 85% de las personas que han practicado conductas de riesgo y solicitan pruebas de detección de anticuerpos porque sospechan que pueden haberse infectado, resultan ser seronegativas al VIH. En otras palabras, muchas personas han aprendido vivencialmente que sólo los otros –pero no ellos– se infectan por el VIH. ¿Por qué cambiar, entonces, unas conductas que hasta el momento les han proporcionado sensaciones placenteras?

Por otra parte, en el caso de una relación sexual esporádica cuyo fin primordial es obtener placer, los adultos que poseen información adecuada sobre el SIDA, utilizan o no, el preservativo, en gran parte, en función del resultado del balance “placer-riesgo” que lleven a cabo. En esta situación esporádica, la mayoría de las personas consideran el riesgo, aunque esta percepción suele debilitarse en el caso de que hayan tenido unas experiencias personales del mismo tipo sin consecuencias negativas; por otra parte, si se cree que el preservativo disminuye el placer se reducirá la probabilidad de uso.

En las situaciones en las que el sujeto debe elegir entre dos comportamientos incompatibles –en nuestro caso, uno preventivo y otro de riesgo– en el que cada uno de ellos comporta dos tipos de consecuencias que difieren en magnitud y demora, el análisis funcional de la conducta⁴² indica que la decisión, si sólo se tienen en cuenta estas variables, es el resultado de un proceso sumamente complejo en el que la demora posee un peso mayor sobre la elección que la magnitud^{60,117-120}. Por otra parte, Green y Snyderman¹²¹ observan que a medida que se acerca el momento en que es posible obtener placer, aumenta la probabilidad de que el individuo escoja la consecuencia temporalmente más cercana aún cuando ésta sea la que le proporciona una ganancia menor. Kahneman y Tversky¹²², finalmente, consideran que las pérdidas elevadas pero inciertas son proporcionalmente menos aversivas que las pérdidas pequeñas pero ciertas, lo cual significa que para una persona es más aversiva la certeza de perder un placer seguro de corta duración que se encuentra al alcance de la mano que la probabilidad incierta de perder la salud en el futuro. Es decir, que la atracción de una posible ganancia –evitar una enfermedad– no suele ser suficiente para compensar la aversión por una pérdida segura –el placer inmediato proporcionado por un comportamiento de riesgo–.

En algunos subgrupos, como es el caso de los usuarios de drogas que ejercen la prostitución el beneficio inmediato más importante derivado de las conductas sexuales de riesgo requeridas por sus clientes es el económico, lo que dificulta la prevención de estas relaciones sexuales comerciales.

CUADRO-RESUMEN

PERCEPCIÓN DE CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS

- La percepción de las consecuencias severas de una enfermedad no siempre se asocia a la adopción de medidas preventivas.
- Los comportamientos sexuales de riesgo van seguidos siempre, o casi siempre, de consecuencias placenteras muy probables e inmediatas, mientras que sus consecuencias negativas son menos probables y a medio o largo plazo.
- No existen señales previas a los comportamientos de riesgo –estímulos discriminativos– que nos adviertan del peligro.
- En bastantes casos, las personas pueden haber aprendido por propia experiencia que llevar a cabo conductas de riesgo –a veces en gran número– no ha supuesto para ellas consecuencias nocivas conocidas e inmediatas sino consecuencias agradables. Por tanto, esto puede dar lugar a una falsa sensación de seguridad y a una permanencia de la conducta sexual de riesgo.
- Además, los comportamientos de prevención –abstinencia sexual, uso de preservativo– suelen ir seguidos de forma segura –o casi segura– e inmediata por una evitación, atenuación o aplazamiento de consecuencias placenteras, mientras que las consecuencias positivas que puedan derivarse intrínsecamente de la práctica de los comportamientos de prevención –no padecer el SIDA– siempre aparecen a largo plazo.

- No existen señales previas que vinculen la práctica de un comportamiento de prevención concreto con un buen estado de salud al cabo de unos años.
- A la hora de seleccionar una conducta de riesgo o preventiva las personas prefieren arriesgarse porque las pérdidas elevadas pero inciertas son proporcionalmente menos aversivas que las pérdidas pequeñas pero ciertas.
- Para los usuarios de drogas que ejercen la prostitución, el beneficio inmediato más importante derivado de las conductas sexuales de riesgo requeridas por sus clientes es el económico.

8.5.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la percepción de las consecuencias negativas y positivas derivadas de la adopción de conductas sexuales de riesgo y preventivas en el caso de los UD?

Circunscribiéndonos a los comportamientos individuales susceptibles de transmitir el VIH, lo más probable es que muchas personas, incluidos los usuarios de drogas, situadas en una coyuntura peligrosa, elijan la estimulación placentera, cierta e inmediata, proporcionada por los comportamientos de riesgo, a pesar de las graves consecuencias sobre su estado de salud que en el futuro puedan derivarse de su decisión, a no ser que sean capaces:

- 1.- Privarse de sus sensaciones placenteras o demorarlas hasta el momento en que puedan satisfacerse sin peligro.
- 2.- Encontrar satisfacciones igualmente placenteras, ciertas e inmediatas –sensibles o cognoscitivas– en conductas sin riesgo, lo que puede conseguirse: a) practicando conductas alternativas que den dichas satisfacciones pero que carezcan de consecuencias a corto y a largo plazo; b) suprimiendo de las conductas de riesgo los elementos que les confieren su nocividad sin variar, en lo posible, las características del placer que le proporcionan, y/o c) favoreciendo actitudes que vayan dirigidas a la adopción de conductas sin riesgo.

Del poder de las consecuencias que siguen inmediatamente a la conducta para modificar comportamientos, se desprende una solución alternativa que consiste en acercar cognitivamente las consecuencias a largo plazo, a dichos comportamientos, asociándolas, si es posible, a la práctica de los mismos, de forma emocional e inmediata: consecuencias imaginadas positivas de salud, a los comportamientos de prevención; consecuencias imaginadas aversivas, a los comportamientos de riesgo.

Hay que tener en cuenta que debido a que las consecuencias de infectarse con el VIH son intensamente aversivas, es posible que una de las estrategias que utilicen espontáneamente muchas personas para enfrentarse con una situación potencialmente peligrosa, sea, precisamente, la contraria a la que se acaba de recomendar, es decir, evitar las desagradables cogniciones asociadas a la práctica de los comportamientos de riesgo alejando las mismas de su pensamiento.

La posibilidad de que los efectos condicionados intensamente aversivos conduzcan a la negación u ocultación de un problema y a obrar como si las consecuencias negativas

de los actos no pudieran producirse o conocerse –forma de actuación que supone el satisfactorio alejamiento inmediato de la percepción de peligro– señala la superioridad de las estrategias positivas: fomento de las asociaciones cognitivas agradables y de aprobación social inmediata a los comportamientos preventivos eficaces.

En relación al SIDA, Solomon y De Jong¹²³ llaman precisamente la atención sobre el hecho de que los usuarios de drogas suelen usar con frecuencia la negación como estrategia de afrontamiento, además de mostrar un sentimiento de invulnerabilidad completamente irreal, consecuencia de dicha ocultación.

Por último, los TSMS dirigidos a UD's que ejercen la prostitución deben incidir de forma especial en el beneficio económico derivado de las relaciones sexuales de riesgo requeridas por sus clientes.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN PERCEPCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS

- Fomentar la adopción de conductas que contribuyen a demorar las sensaciones placenteras hasta el momento en que puedan satisfacerse sin peligro.
- Ayudar a encontrar satisfacciones igualmente placenteras, ciertas e inmediatas –sensibles o cognoscitivas– en comportamientos sexuales sin riesgo.
- Una solución alternativa consiste en acercar cognitivamente las consecuencias a largo plazo de los comportamientos sexuales preventivos y de riesgo, asociándolas, si es posible, a la práctica de los mismos, de forma emocional e inmediata. Consecuencias imaginadas positivas de salud, a los comportamientos de prevención (estrategias positivas); consecuencias imaginadas aversivas, a los comportamientos de riesgo (estrategias negativas).
- No obstante parece que existe una superioridad de las estrategias positivas, es decir de aquellas que fomentan las asociaciones cognitivas agradables y suponen una aprobación social inmediata de los comportamientos preventivos eficaces frente a las estrategias negativas, a la hora de adoptar comportamientos sin riesgo.

8.6.- ANTICIPACIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL

La persona debe ser consciente de que tiene probabilidades de mantener una relación sexual coital a corto o a largo plazo para planificarla adecuadamente. Prepararse para la prevención sólo tiene sentido si se tiene alguna expectativa de tener una relación coital. Las personas que anticipan y planifican sus relaciones sexuales tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales protegidas.

8.6.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la anticipación y planificación de la conducta sexual de los UD's?

En general, las personas consideran que las relaciones sexuales deben darse de forma espontánea, es decir sin ser planeadas. Por tanto, no es lícito anticipar y planificar las conductas sexuales. Esto impide prever posibles situaciones sexuales de riesgo y planificarlas para su prevención eficaz. Además, los usuarios de drogas se suelen caracterizar por una falta de anticipación y planificación de muchos otros aspectos de su vida, por lo que en muchos casos esta conducta está muy enraizada.

Los datos obtenidos de 60 discusiones entre amigos realizadas por estudiantes universitarios revelaron que cuanto mayores fueron la cantidad y calidad de estrategias de los planificadores, más se consiguió que aflorara una discusión altamente específica sobre los riesgos del SIDA y las conductas preventivas¹²⁴.

Asimismo los resultados del estudio de Richard et al.¹²⁵ muestran que este sentimiento de anticipación predice una proporción independiente y significativa de la varianza en las expectativas acerca de la conducta contraceptiva futura, es decir que tiene gran influencia en las intenciones comportamentales de los sujetos.

CUADRO-RESUMEN

ANTICIPACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL

- Las personas consideran que las relaciones sexuales deben darse de forma espontánea, es decir sin ser planeadas. Por tanto, no es lícito anticipar y planificar las conductas sexuales.
- Los usuarios de drogas se suelen caracterizar por una falta de planificación de muchos aspectos de su vida.
- Una adecuada planificación posibilita una comunicación más eficaz sobre las conductas sexuales de riesgo y preventivas con las parejas sexuales.
- La anticipación y planificación de las relaciones sexuales tiene gran influencia en la intención conductual de los sujetos.

8.6.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la anticipación y planificación de las conductas sexuales de los UD's?

En consecuencia, los TSMS deberían ayudar a los usuarios de drogas, a través de técnicas como el role-playing o la discusión dirigida (ver capítulo 3, pp. 57-88) a anticipar las situaciones de intimidad sexual que más probablemente serán experimentadas por cada uno de los participantes del grupo en su vida cotidiana, con el objetivo de planificarlas adecuadamente. Asimismo, otro ejercicio que se sugiere es que los usuarios de drogas elaboren “historias sexuales” en las que se vayan insertando elementos lúdicos y preventivos. La anticipación y planificación posibilita que los consumidores de drogas perciban la necesidad de aprender a negociar adecuadamente, recurso imprescindible en la adopción de conductas sexuales preventivas.

Se debe abordar la anticipación y planificación sexual de los UD's en base a sus experiencias sexuales como es el caso de los usuarios con pareja estable o con parejas esporádicas, de los consumidores que ejercen la prostitución, etc.

**LÍNEAS DE ACTUACIÓN
ANTICIPACIÓN Y PLANIFICACIÓN SEXUAL**

- Dar a conocer la importancia que tiene la anticipación y planificación de las relaciones sexuales.
- Fomentar la adecuada planificación de cada una de las posibles situaciones sexuales que vayan a vivir los consumidores de drogas que participan en el TSMS.

8.7.- PERCEPCIÓN DE CONTROL

El control percibido se refiere a la percepción de los obstáculos internos (falta de habilidades de comunicación y relación, de competencias) y externos o situacionales (poca accesibilidad, falta de colaboración de otros). Por tanto, las personas que perciban pocos obstáculos internos y externos tienen más probabilidades de prevenir.

8.7.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la percepción de control de los UD's en situaciones de intimidad sexual?

El control percibido, es decir la confianza de la persona en ser capaz de realizar la conducta propuesta al poder controlar su motivación y su conducta y su ambiente social, es un determinante importante en el paso de la intención a la acción. Está relacionada con la autoeficacia, la autoestima y el locus de control. Tal y como afirma Nájera⁶⁷, el sentimiento de control puede implicar que el individuo realice un mayor esfuerzo y concentración y persista en la acción, no se deje desanimar por los errores sino que los viva como experiencias de aprendizaje y sea capaz de superar las dificultades previstas. El sentimiento de confianza en la propia capacidad es muy importante en el área de la prevención ya que ayuda a aceptar y asimilar la información y las propuestas de acción. En la conducta sexual contribuye a lograr una buena negociación con la pareja en cuanto a la adopción de prácticas de sexo seguro. Interviene en la intención de conducta y en la propia acción. Su falta, por el contrario, puede hacer que quien se sienta susceptible a un riesgo e incapaz de controlarlo se desaliente y recurra a racionalizaciones absurdas para justificar su inactividad.

Por otra parte, muchas personas muestran una tendencia denominada *ilusión de control* que consiste en tener una visión optimista de su capacidad de controlar situaciones de intimidad sexual¹²⁶. Desde este punto de vista la percepción de control se haya sesgada positivamente, y de forma particular en el grupo de usuarios de drogas más jóvenes.

El estudio de Corby, Schneider y Wolitski¹¹² indica que en el caso de las mujeres UDVP's, la percepción de control estaba relacionada positivamente con las intenciones de usar preservativos con su pareja. En el contexto de las relaciones sexuales con la pareja

principal, este estudio confirma que las mujeres UDIs percibían que controlan menos el uso del preservativo que los hombres UDIs. Incluso entre las UDIs que ejercen la prostitución les resulta más fácil controlar el uso del preservativo con sus clientes que con su pareja estable.

En el caso de los hombres, la percepción de control no se relacionó con la intención de uso del preservativo. Además, estos hombres percibían que su control era menor en el contexto de las relaciones sexuales con la pareja estable que en el de las relaciones sexuales con otras parejas esporádicas.

**CUADRO-RESUMEN
PERCEPCIÓN DE CONTROL**

- El control percibido es un determinante importante en el paso de la intención a la acción.
- El control percibido está relacionado con la autoeficacia, autoestima y el locus de control, recursos conductuales individuales que posibilitan la adopción de conductas preventivas.
- El sentimiento de confianza en la propia capacidad preventiva ayuda a aceptar y asimilar la información y las propuestas de acción.
- En la conducta sexual una percepción de control real de las situaciones de intimidad sexual contribuye a lograr una buena negociación con la pareja en la adopción de prácticas sexuales seguras.
- Los usuarios de drogas más jóvenes suelen mostrar una ilusión de control, teniendo una visión irreal optimista de su capacidad de controlar situaciones de intimidad sexual.
- Las mujeres UDIs perciben que controlan menos el uso del preservativo que los hombres UDIs.
- En algunas investigaciones, la percepción de control de los hombres UDIs no se relaciona con la intención de uso del preservativo.
- Los hombres UDIs perciben que su control es menor en el contexto de las relaciones sexuales con la pareja que en el de las relaciones sexuales con otras parejas.

8.7.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la percepción de control de los UD's en situaciones de intimidad sexual?

En primer lugar, la percepción de control es uno de los aspectos claves a trabajar en los "Talleres de Sexo Más Seguro" ya que facilita el salto de la intención de conducta a la propia acción, estando relacionada directamente tanto con la asimilación de la información y las propuestas de acción como con la adopción de los recursos conductuales (autoeficacia) necesarios para la adopción de conductas preventivas.

En los TSMS se diseñan dinámicas en las que se muestran las habilidades conductuales de los usuarios de drogas en diversas situaciones de intimidad sexual para compararlas con su percepción de control en dichas circunstancias. Esta comparación permite adecuar su confianza en controlar esas situaciones con los recursos conductuales reales que disponen para entablar relaciones sexuales protegidas. A partir de este análisis se trata de trabajar paralelamente la percepción de control de los consumidores de drogas y el entrenamiento en habilidades conductuales específicas en diversas situaciones de intimidad sexual. Se trata de conseguir un *doble objetivo*: a) incrementar el sentimiento de confianza de los usuarios de drogas en su capacidad de controlar situaciones de intimidad sexual y, b) adaptar la percepción de control de cada UDI a su autoeficacia en situaciones de intimidad sexual.

Asimismo, se deben diseñar dinámicas en las que los usuarios de drogas más jóvenes puedan contrastar su real capacidad de negociación en situaciones de intimidad sexual y su sentimiento irrealista y omnipotente de capacidad de control de este tipo de situaciones. Este análisis permite que los UD's vean la necesidad de entrenarse adecuadamente en las habilidades de comunicación y negociación eficaces para que el sentimiento de seguridad en su capacidad de controlar se adapte a la realidad.

Los TSMS además deben incidir especialmente en la percepción de control de las mujeres UD's. El entrenamiento en las habilidades conductuales necesarias para una adecuada negociación sexual con sus parejas sexuales es el que puede incrementar el sentimiento de seguridad de estas mujeres en su capacidad de controlar las situaciones de intimidad sexual. En el caso de los hombres UD's, habría que incidir especialmente en las relaciones con parejas estables ya que son las situaciones en las que éstos señalan tener menos capacidad de controlar.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN PERCEPCIÓN DE CONTROL

- La percepción de control es uno de los aspectos claves a trabajar en los TSMS ya que facilita el salto de la intención de conducta a la propia acción.
- Las dinámicas diseñadas para abordar la percepción de control de los UD's deben tratar de conseguir un doble objetivo:
 - a) Incrementar el sentimiento de confianza de los UD's en su capacidad de controlar situaciones de intimidad sexual.
 - b) Adaptar la percepción de control de las situaciones de intimidad sexual que tiene cada UDI a sus posibilidades reales (autoeficacia, habilidades de comunicación).
- Se diseñan dinámicas específicas para abordar el sesgo de "Ilusión de Control" y que se presenta con mayor frecuencia en los usuarios de drogas más jóvenes. Estas dinámicas evidencian la disonancia entre la falta de habilidades de negociación en situaciones de intimidad sexual y el sentimiento irrealista de control absoluto.

- Se debe abordar de forma particular la baja percepción de control en el caso de las mujeres UD's en cualquier situación de intimidad sexual.
- Asimismo, en el caso de los hombres UD's hay que incidir fundamentalmente en la menor percepción de control en las relaciones sexuales con la pareja estable.

8.8.- AUTOEFICACIA, ASERTIVIDAD Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Las personas que disponen de habilidades y competencias para comunicarse y negociar con sus parejas sobre sus relaciones sexuales y la necesidad de prevención tienen más probabilidades de prevenir.

8.8.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la autoeficacia y las habilidades de relación y negociación en las relaciones sexuales de los UD's?

Weeks et al.¹²⁷ considera *dos tipos de autoeficacia* en el contexto del VIH/SIDA: *la de uso*, que es la habilidad de conseguir y utilizar las medidas preventivas, y *la de rechazo*, que es la que se necesita para no dejarse inducir por proposiciones para llevar a cabo conductas de riesgo (uso de alcohol, relación sexual sin protección, etc.).

Waldron, Caughlin y Jackson¹²⁴ obtuvieron una gran evidencia empírica para sostener que *la comunicación interpersonal es el método quizá más eficaz para lograr que los conocimientos sobre el VIH/SIDA redunden en cambios en la conducta sexual y en la adopción de medidas preventivas*. Hablar, conversar al respecto es conveniente, afirman, sobre todo porque ayuda a personalizar el riesgo al introducir el VIH/SIDA como algo a tener en cuenta a la hora de decidir las prácticas que resultan aceptables y seguras para quienes participan en una relación sexual. Hablar sobre el SIDA de una forma concreta, orientada a adquirir información específica que permita llegar a acuerdos susceptibles de ser incorporados a las prácticas sexuales efectivamente realizadas. En el caso del VIH/SIDA se sabe que, en efecto, las personas hablan del tema, pero de una forma genérica, es decir, no específicamente sobre los factores de riesgo y su prevención. Como afirma Lear¹²⁸, la práctica de sexo más seguro implica un proceso complicado de negociación sexual, que requiere un alto grado de comunicación abierta sobre el deseo y la intención sexuales que no se dan mucho en esta cultura. La negociación definida como "cualquier forma de actividad interaccional entre las parejas sexuales que influencia el uso o no uso del condón, puede tener lugar antes, durante y a veces, incluso después del encuentro sexual, e incluso en las relaciones a largo plazo. *Esta negociación se puede manifestar de dos formas*¹⁹:

- 1.- *Comunicación verbal*: rápido intercambio verbal explícito.
- 2.- *Comunicación no-verbal*: muchas veces el no uso del condón se negocia implícitamente sin decir nada. El uso del condón muchas veces "sucede" sin ningún intercambio

verbal. A veces se pasa de una persona a otra (generalmente de una mujer a un hombre) en el momento de la penetración. Estas acciones llevan un mensaje claro no explícito, la necesidad de usar preservativo.

Muchas personas muestran una importante carencia de habilidades para hablar de temas relacionados con la sexualidad y la prevención, y en particular cuando se abordan los aspectos más íntimos. El cómo se negocian las relaciones sexuales es valorado de forma diferente según el sexo de la persona, y esta negociación depende de la construcción del riesgo y de la confianza, que difieren según el tipo de relación, el grado de intimidad y el tipo de encuentro sexual de que se trate.

De esta forma, los primeros encuentros sexuales son altamente ambiguos, ya que las personas no suelen tener claro muchas veces si esa situación terminará convirtiéndose –o no– en un encuentro sexual. En dichos encuentros, el potencial peligro de las malas interpretaciones hace que la negociación sobre el uso del preservativo sea algo muy delicado. Por ejemplo, si se habla demasiado pronto, la persona que lo propone puede ser tildada de “presuntuosa” o de “apresurada”, etc. El momento en el que se plantean este tipo de negociaciones es fundamental, aún en situaciones en las que está claro que el encuentro sexual va a ocurrir (¿cómo y cuándo lo digo?). Están las personas que prefieren decirlo cuanto antes, de una manera franca y clara. Esta situación puede conllevar algunos problemas según la explicación que se dé o podría dejar tiempo para que la pareja pregunte sobre posibles ETS (¿no tendrás algo, no?). Para no enfrentarse a reacciones de este tipo, muchas personas prefieren dejar que los hechos vayan transcurriendo hasta tener una cierta confianza y seguridad en que no van a ser rechazadas y en este caso proponerlo.

En esta situación pueden darse dos problemas: a) Que en algunas ocasiones la confianza y seguridad en la pareja se establece después de haber mantenido sucesivas relaciones sexuales; b) Que se espere hasta que el nivel de excitación sea tan elevado que sea prácticamente imposible proponer a la pareja la necesidad de prevenir. El uso del preservativo es menos probable cuando en el encuentro sexual existe una gran ambigüedad e incertidumbre y uno o los dos miembros de la pareja no tienen la expectativa de usar condón.

Por otra parte, en el terreno sexual, los hombres suelen mostrar una actitud más controladora, dominante y activa, mientras que muchas mujeres siguen asumiendo un rol sexual pasivo, ignorante, facilitador y no suelen ser nada eficaces, dejándose en ocasiones “llevar por la situación”. Aunque poco se conoce acerca del peso de hombres y mujeres a la hora de tomar decisiones en sus relaciones personales e íntimas; sin embargo, si debe tenerse en cuenta la desfavorable situación de muchas mujeres para proponer a su pareja cambios de conducta que disminuyan los riesgos, tanto a nivel de transmisión sexual como parenteral¹⁴. En muchos lugares del mundo, la mujer se encuentra todavía subordinada al hombre, tanto desde un punto de vista económico como cultural, y se halla en condiciones desventajosas para controlar o negociar tanto el tipo de relación sexual como la actividad que, en este terreno, puede mantener paralelamente su pareja masculina con otras personas. La propuesta preventiva por parte de la mujer podría resultar en problemas con la pareja, violencia o incluso en la finalización de dicha relación, con las consecuencias personales y económicas que eso implicaría. Muchas mujeres, incluyendo aquellas que tienen una pareja VIH+ y que son conscientes de ello, describen en los estudios situaciones de coerción

para que acepten relaciones sexuales desprotegidas¹⁹. Para algunas mujeres, por ejemplo, el negarse a tener relaciones sexuales sin protección representa más riesgo inmediato que la potencial transmisión del VIH⁴⁹. Asimismo en el estudio de Maxwell y Boyle¹²⁹ el uso del condón entre un grupo de mujeres adultas, con una edad media de 38 años, era difícil debido a las dimensiones de poder de la sexualidad y al principio de la importancia central que ocupaba el placer masculino. A pesar de ser maduras y experimentadas aún encontraban dificultades para mantener relaciones seguras. La dinámica del poder y la centralidad del placer masculino también están implicados en la práctica del sexo sin penetración como un método de sexo seguro. Cuando las acciones de la mujer se realizan principalmente para la satisfacción sexual masculina, el sexo con penetración asume una importancia central incluso, a pesar de que el placer físico femenino se consigue con más seguridad a través de actividades no penetrativas.

Muchas veces cuando en los encuentros heterosexuales se utilizan condones, a menudo se deja en manos de la mujer la responsabilidad de conseguir su uso, bien a través de la persuasión o de la insistencia que debe ejercer ésta con su compañero sexual. Por tanto, la distribución desigual del poder por género, limita el control que la mujer ejerce sobre la dirección y el resultado de sus encuentros sexuales.

En el marco de la prostitución las relaciones también están marcadas por el poder, ya que el cliente es el que proporciona el beneficio económico derivado de la relación sexual desprotegida. Por tanto, la negación frente a esta propuesta sexual de riesgo por parte del o de la UDI puede llevarle a perder ese beneficio económico que le va a permitir obtener droga y evitar las consecuencias adversas derivadas de su abstinencia. Además en el caso de algunos UDVPs, la prostitución puede suponer su único recurso económico.

Evidentemente, si las dos personas tienen la expectativa de utilizar preservativos en sus relaciones sexuales, la negociación es mucho más fácil. Este tipo de expectativas es mucho más fácil encontrarlas en contextos en los que el sexo seguro se ha convertido en norma grupal (por ejemplo, en el primer encuentro sexual entre dos hombres).

CUADRO-RESUMEN

AUTOEFICACIA, ASERTIVIDAD Y HABILIDADES DE NEGOCIACIÓN

- Dos tipos de autoeficacia en el contexto del VIH/SIDA:
 - a) La de uso, que es la habilidad de conseguir y utilizar las medidas preventivas.
 - b) La de rechazo, que es la que se necesita para no dejarse inducir por proposiciones que inducen a la realización de conductas de riesgo.
- La comunicación interpersonal específica es el método quizá más eficaz para lograr que los conocimientos sobre el VIH/SIDA redunden en la adopción de medidas preventivas.

- La práctica de sexo más seguro implica un proceso complicado de negociación sexual, que requiere un alto grado de comunicación abierta sobre el deseo y la intención sexuales.
- La mayoría de las personas muestran una importante carencia de habilidades para hablar de temas relacionados con los aspectos íntimos de la sexualidad y la prevención.
- La negociación sexual varía en función del sexo de la persona, y depende de la construcción del riesgo y de la confianza, que difieren según el tipo de relación, el grado de intimidad y el tipo de encuentro sexual de que se trate.
- Los primeros encuentros sexuales son muy ambiguos, ya que las personas no suelen tener claro muchas veces si esa situación terminará convirtiéndose –o no– en un encuentro sexual.
- En los encuentros sexuales, el potencial peligro de las malas interpretaciones hace que la negociación sobre el uso del preservativo sea algo muy delicado.
- Un asunto delicado en la relación es el momento en el que se plantea el tema de la prevención.
- Los hombres suelen mostrar una actitud más controladora, dominante y activa, mientras que muchas mujeres siguen asumiendo un rol sexual pasivo, ignorante y facilitador y nada eficaz.
- Debe tenerse en cuenta la desfavorable situación de muchas mujeres para proponer a la pareja algunos cambios en las relaciones sexuales que disminuyen los riesgos. Además, en muchos encuentros heterosexuales la responsabilidad de la utilización del preservativo se deja en manos de la mujer.
- Debe tenerse en cuenta la desfavorable situación de los usuarios de drogas que ejercen la prostitución para proponer la utilización de preservativos en las relaciones sexuales con los clientes.
- La mayoría de las pautas sexuales preventivas se enfrentan con una sexualidad centrada en el placer masculino: mitificación del coito.

8.8.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la autoeficacia y las habilidades de comunicación y negociación en situaciones de intimidad sexual en el caso de los UDs?

Como ya se ha indicado previamente, las personas, en general, aprenden que las relaciones sexuales se deben producir de forma espontánea, sin anticiparlas, ni planificarlas. Además la mayoría de las veces, es difícil proponer una relación sexual directamente, normalmente se da por supuesto, se sobrentiende a través de la comunicación no verbal y de frases indirectas. Este tipo de escenario, modelo del comportamiento sexual de la sociedad occidental, dificulta anticipar, planificar y en definitiva prevenir debidamente la relación. En general, hombres y mujeres asumen y presuponen que el otro miembro de la pare-

ja se preocupará por el tema de la prevención, viviéndose muchas situaciones de riesgo. Estamos de acuerdo con Lear¹²⁸ cuando afirma que la negociación para un sexo más seguro contiene elementos de gestión de las impresiones, requiere plena energía, y conlleva un esfuerzo constante, incluso entre aquellos que han hecho el mayor progreso al adoptarlo.

Los “Talleres de Sexo Más Seguro” deben diseñar situaciones específicas para que sean representadas con el fin de dotar a los consumidores de drogas de las habilidades conductuales necesarias para adoptar eficazmente las distintas conductas sexuales preventivas y para rechazar las situaciones sexuales de riesgo que les surjan a lo largo de la vida. Estas *situaciones específicas*, dependiendo del grupo, pueden ser de muy diversa índole:

- 1.- Situaciones ambiguas que favorecen la adopción de conductas sexuales de riesgo, y que son muy frecuentes entre jóvenes que inician sus relaciones sexuales compartidas o, en algunas ocasiones, las parejas de jóvenes o adultos, en los primeros encuentros.
- 2.- Situaciones en las que los UDs participantes representen el momento de negociar el uso del preservativo. En esta representación se plantean diferentes roles: pareja estable, pareja esporádica en la que ambas personas se conocen, pareja ocasional en la que ambas personas no se conocen, UDI que ejerce la prostitución, etc.
- 3.- Situaciones en las que los hombres UDs rechazan el uso del preservativo y las mujeres UDs tienen que convencerles de su utilización y viceversa.
- 4.- Situaciones en las que uno de los miembros de la pareja sea VIH+.

La adecuada representación y análisis de estas situaciones favorecen a los consumidores de drogas el aprendizaje de las distintas habilidades conductuales necesarias para la adopción de conductas preventivas, a través de la observación de las conductas mostradas por sus compañeros y de su propio entrenamiento. Además, esta técnica permite que cada uno de los usuarios adopte aquellas estrategias que les son más convenientes y adecuadas en función de sus características propias y las de su grupo social de pertenencia. Estos entrenamientos deberían alentar el afrontamiento verbal explícito y temprano de la necesidad del uso del condón. Asimismo, esta estrategia puede ayudar en determinados casos a disminuir la ambigüedad e incertidumbre que caracterizan determinados encuentros sexuales. De esta forma se consigue eliminar las malas interpretaciones que existen muchas veces en las situaciones de intimidad sexual, así como introducir la negociación del preservativo en aquellos momentos que socialmente se consoliden como adecuados para el grupo en general.

Además, el estudio de Corby et al.¹¹², sugiere que las estrategias de intervención diseñadas para promover la intención de uso del preservativo de las usuarias de drogas con sus parejas sexuales deberían favorecer el desarrollo de habilidades de negociación y comunicación para incrementar a su vez tanto la percepción de control de estas mujeres como sus habilidades para negociar.

Según Waldron et al.¹²⁴, la competencia comunicativa de un individuo puede valorarse evaluando la efectividad y la adecuación social de los mensajes que produzca en una interacción con otra persona. Estos mensajes son más efectivos cuando permiten recabar la mayor cantidad posible de información específica sobre un asunto y, más adecuados

cuando se amoldan a las expectativas de la interacción y no infunden desconfianza o desconcierto en el interlocutor. Y ambas cosas pueden conseguirse mediante una conveniente planificación de la comunicación.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

AUTOEFICACIA, ASERTIVIDAD Y HABILIDADES DE NEGOCIACIÓN

- Los consumidores de drogas deben aprender un escenario sexual en el que sea lícito proponer directamente las relaciones sexuales y la necesidad de prevenir. Las suposiciones en las relaciones sexuales llevan a experimentar cantidad de situaciones sexuales de riesgo.
- Hay que tener en cuenta que la negociación para un sexo más seguro contiene elementos de gestión de las impresiones, requiere plena energía, y conlleva un esfuerzo constante, incluso entre aquellos que han hecho el mayor progreso al adoptarlo.
- Los roles-playing son las dinámicas que se utilizan en los “Talleres de Sexo Más Seguro” para abordar los dos tipos de autoeficacia: a) La de uso y b) La de rechazo.
- Asimismo se deben elaborar situaciones para abordar las situaciones sexuales más comprometidas, como los primeros encuentros sexuales cuya ambigüedad favorece las relaciones sexuales desprotegidas, las relaciones sexuales con pareja estable versus relaciones sexuales con pareja casual conocida o desconocida, las relaciones sexuales comerciales.
- Estos entrenamientos deberían alentar el afrontamiento verbal explícito y temprano de la necesidad del uso del condón.
- Estas estrategias pueden ayudar a disminuir la ambigüedad e incertidumbre que caracterizan determinados encuentros sexuales.
- Las habilidades de comunicación deben evitar las malas interpretaciones muy frecuentes en las relaciones sexuales y que conducen a las prácticas sexuales desprotegidas, así como facilitar la introducción del tema del sexo más seguro en el momento más adecuado de la relación.
- Debido al rol sexual femenino y a las múltiples situaciones desfavorecidas en las que las mujeres se encuentran, se debe incidir particularmente en incrementar la autoeficacia y habilidades de comunicación y negociación de las UD's en las situaciones de intimidad sexual.
- Sería importante abordar la centralidad de la sexualidad masculina y la mitificación del coito.
- Los mensajes en la interacción sexual son más efectivos cuando permiten recabar la mayor cantidad posible de información específica sobre un asunto y, más adecuados cuando se amoldan a las expectativas de la interacción y no infunden desconfianza o desconcierto en el interlocutor. Y ambas cosas pueden conseguirse mediante una conveniente planificación de la comunicación.

8.9.- NORMA SUBJETIVA Y NORMA SOCIAL: INFLUENCIA DE LOS OTROS SIGNIFICATIVOS

Se ha mostrado que la norma subjetiva y social influyen en la adopción de medidas preventivas en diferentes áreas de la salud. Asimismo, las personas que se relacionan con otros significativos (amigos, pareja, etc.) favorables a las conductas preventivas y que están muy motivadas para seguir la opinión de estas personas tienen más probabilidades de prevenirse utilizando esa medida preventiva. Por tanto, las personas que tienen un entorno social muy favorable a las conductas preventivas y que, además, dan una gran importancia a la opinión de estas personas, tienen altas probabilidades de recurrir a la prevención.

8.9.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la influencia que tienen las personas significativas en la adopción de conductas sexuales preventivas entre los UD's?

Muchas investigaciones^{87,130-132} han puesto de manifiesto, la influencia de las normas del grupo de pares en la adopción de conductas preventivas o de riesgo. Es decir, el entorno social como son amigos, pareja, miembros de la familia, personal sanitario y/o cualquier persona que adquiera relevancia para la persona afectada con independencia del tipo de vínculo que posea con ella, ejercen una presión muy importante de cara a la prevención.

Las normas (explícitas e implícitas) del grupo de pares, tienen una importancia fundamental a la hora de aceptar o no el cambio de determinadas conductas de riesgo^{22,133}. El estudio de Des Jarlais et al.⁴⁸ muestra como parte de los factores comunes asociados a la reducción de las prácticas de riesgo (hablar de SIDA con amigos, familiares o parejas sexuales, así como el nivel educativo) son de naturaleza social y no personal. Los autores señalan que “el que el proceso social sea muy importante para el cambio de las prácticas de riesgo para SIDA es consistente con la intrínseca naturaleza social tanto del uso ilícito de drogas como de las relaciones sexuales”. Entre los usuarios más jóvenes se observa una tendencia a compartir con sus pares normas que valoran de forma positiva el riesgo o menosprecian la utilización de medidas preventivas. Klee y Morris¹³⁴ sugieren que la necesidad de aceptación por parte de los pares lleva a que los UD's más jóvenes sean más vulnerables a la presión de los pares para que les presten su material de inyección. Además, algunos estudios⁴⁹ muestran que mientras que los CD's han comenzado a desaprobado las conductas de riesgo derivadas del uso de drogas pero no desaprueban las conductas sexuales de riesgo, incluso siendo aprobadas socialmente.

La importancia concedida por las personas que practican comportamientos de riesgo a las interacciones sociales afectivas ha sido también puesto de relieve en una investigación llevada a cabo por Peri, Saltó y Bayés¹³⁵ desde la Unidad de Toxicomanías del Hospital del Mar de Barcelona, que muestra que los heroinómanos consideran más amenazadora la pérdida de afecto de la pareja, familia o amigos que el síndrome de abstinencia, verse obligados a robar, ser encarcelados, padecer hepatitis o incluso infectarse con el VIH. Dicha valoración permite señalar la alta capacidad reforzante que poseen las personas afectivamente relevantes para los UDVP's, especialmente sensibles al hecho de ser abandonados y quedarse solos y, por tanto la importancia que tiene para ellos que sus pare-

jas sexuales o de consumo muestren de forma explícita e inmediata su rechazo por los comportamientos de riesgo y de satisfacción por los de prevención.

En este sentido, Des Jarlais y Friedman¹³⁶ señalan que la modificación de los comportamientos de riesgo entre los UDIs parece ser mayor cuando el individuo observa que sus propios compañeros –“iguales”– están cambiando dichos comportamientos como respuesta a la amenaza del SIDA. Además, el cambio de conducta se ve reforzado en los grupos de pertenencia en los que la consecuencia que sigue al comportamiento eficaz de prevención es la aprobación y normalidad social, y no el rechazo por parte de los pares. Es decir, cuando los propios compañeros de consumo manifiestan explícitamente, con palabras y con el ejemplo, que el comportamiento merecedor de aprobación no es ya compartir jeringuillas o llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, sino usar material estéril o adoptar prácticas sexuales seguras.

Es posible que uno de los factores que pueda influir en el cambio de normas de comportamiento sea que la persona que manifiesta, pública o privadamente, que practica comportamientos de prevención o proporciona la aprobación social a la práctica de los mismos, sea el propio compañero sexual o de consumo, o esté considerado, por las personas que reciben el mensaje, como un “colega” a imitar, un líder o, al menos, como una persona admirada y respetada. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el mostrar o sugerir un comportamiento de prevención a la pareja con la que se interactúa no sólo puede potenciar consecuencias positivas que faciliten la adopción de comportamientos preventivos sino que también, puede debilitar o incluso anular la intensidad placentera de la interacción. Por ejemplo, en algunos casos, la mención de preservativo puede actuar como señal de peligro y, lo probable es que si la relación sexual se realiza, la misma sea insatisfactoria para ambos.

Un análisis Teoría del Comportamiento Planificado¹¹² muestra que todos sus componentes se asociaban con la intención de usar preservativos, con la excepción de las normas sociales. Los autores consideran que la ausencia de una organización social suficientemente estructurada en el colectivo de UDVPs estudiado es la que impide el cumplimiento de las normas sociales percibidas. No obstante, la norma de la pareja sí constituyó una contribución adicional a la predicción de las intenciones de uso del preservativo entre los UDIs. Las intenciones de uso del preservativo entre las mujeres UDIs estaban influenciadas por la norma de la pareja sólo en el contexto de una relación estable caracterizada por algún grado de intimidad y/o emocionalidad.

La **norma social** se refiere a un proceso de comunicación e interacción en un grupo en el que se produce una cierta homogeneidad percibida y/o real de conductas y que se refleja en¹³⁷:

a) *La uniformidad percibida de conductas* (p.e., uso de preservativos en relaciones ocasionales). Este componente se mide mediante preguntas del tipo “¿cuál es la frecuencia con que tus amigos utilizan preservativos en relaciones ocasionales?”. La mejor estimación es mediante frecuencias abiertas: por ejemplo, si calcula que tiene 10 amigos y lo usan 7=7/10 o 70%).

Tanto la *frecuencia percibida* como la *real*, obtenida mediante la media o proporción de personas que directamente dicen realizar la conducta (p.e., el 70% dice “utilizar pre-

servativos en relaciones ocasionales” o el 70% dice lo contrario) si son mayoritarias indican la existencia potencial de una norma social.

Una uniformidad percibida y/o real puede ser un efecto de un proceso normativo –aunque también puede ser un efecto de las constricciones situacionales (p.e., las únicas relaciones casuales posibles son con prostitutas que sólo aceptan relaciones con preservativos)–.

La frecuencia percibida de conductas es un indicador de las denominadas *normas descriptivas* (que es lo que hacen las personas similares a mí) y predicen el uso de preservativos más fuertemente que las normas socialmente prescriptivas ($r=0,33$ versus $r=0,16$) probablemente porque lo que se percibe que la gente hace indica lo que es “válido” o “real”, más que lo que se percibe que la gente dice que hay que hacer.

b) *La actitud percibida de los miembros del grupo hacia la conducta*. Este componente se mide mediante preguntas del tipo “¿cuál es la actitud de tus amigos hacia la utilización de preservativos en relaciones ocasionales?”, que se responde con una escala que va de 1=nada positivo a 7=muy positivo. Una actitud percibida homogénea y claramente en una dirección (p.e., a favor del uso de preservativo en relaciones ocasionales), es otro componente de un proceso normativo¹³⁸.

c) *La norma prescriptiva o subjetiva* se refiere a la percepción de la presión social hacia la adopción o no de una conducta. Este componente se mide mediante preguntas del tipo “la mayoría de mis amigos o las personas que me importan creen que debo utilizar preservativos en relaciones ocasionales” que se responde a través de una escala tipo likert de 1=nada de acuerdo a 7=muy de acuerdo”. La opinión favorable de los otros significativos predice conductas de prevención, aunque con menos fuerza que la norma descriptiva, ya que probablemente muestra la influencia (mediante aprobación o desaprobación explícita de los otros) del grupo de referencia. La opinión de los otros es importante en la medida que: a) la persona se clasifique como miembro de la misma categoría, perciba a los demás como similares a sí mismo y éstos le ayuden a sentirse mejor¹³⁹.

d) *La actitud personal* es la opinión favorable o desfavorable de la persona en cuestión ante la conducta dada. Por ejemplo, “creo que debo utilizar preservativos en relaciones ocasionales” que se responde en una escala de 1=nada de acuerdo a 7=muy de acuerdo.

Estas normas se basan en:

a) *La percepción de conductas de otros*. Es muy probable que las personas sobre-estimen la presencia de una conducta de riesgo, ya que los ejemplos extremos, negativos y vivaces se recuerdan e impactan más en el juicio social que los frecuentes y poco vivaces. Muchas veces las personas creen que una mayoría o minoría importante hace conductas de riesgo, sobre-estimando la frecuencia real de éstas. Generalmente, también se da un desfase entre las conductas reales y las normas, ya que las conductas y actitudes reales cambian más rápidamente que las normas (p.e., la mayoría está usando o tiene una actitud privada favorable a los preservativos cuando la gente cree todavía que una mayoría no lo usa o está en contra). Una comparación entre la frecuencia media real y la estimada sirve para contrastar este fenómeno. Las intervenciones con poblaciones de riesgo han mostrado que una disminución de la frecuencia percibida de conductas de riesgo se asociaba a un incremento de conductas de prevención¹³⁷.

En este sentido, la *falsa unicidad* es la tendencia a subestimar la proporción de personas que poseen atributos positivos o que pueden llevar a cabo acciones positivas o normativas. Por ejemplo, se ha encontrado que las personas subestiman las capacidades y habilidades de otras¹³⁹. La falsa unicidad se estima mediante la diferencia entre la frecuencia real de la opinión o acción y la frecuencia estimada por todos los miembros de un grupo. En el caso anterior, el 70% de las personas decían utilizar preservativos en relaciones ocasionales, mientras que la proporción estimada en el total del grupo era de 36%. La falsa unicidad es $70-36\%=34\%$.

b) *Las normas también se basan tanto en la comunicación verbal como en el silencio o apoyo implícito.* En algunos casos, minorías activas y habladoras van a imponer como supuestamente frecuentes conductas que no lo son. Entonces, la gente emite una opinión en función del apoyo social percibido y se da el fenómeno de la espiral del silencio: los que creen tener una opinión minoritaria no hablan, reforzando la percepción de que la mayoría aprueba una conducta, aunque no sea cierto. Además, “el que calla otorga”: un fenómeno frecuente en grupos marginales es que mientras los miembros de esos grupos muestran desasosiego e inquietud por conductas agresivas o de riesgo, su aceptación pública sin comentarios genera la impresión de que nadie se inquieta y todos están de acuerdo con una conducta de riesgo. Aquí es muy frecuente la denominada ignorancia pluralista, es decir, la mayoría tiene una actitud personal o privada negativa ante el no uso de preservativos en relaciones ocasionales, mientras percibe erróneamente que la mayoría tiene una actitud positiva hacia relaciones sexuales ocasionales sin preservativo¹⁴⁰. La comparación entre la media real de actitud y la media de actitudes atribuidas a otros sirve para contrastar este hecho y disminuir el supuesto apoyo social a conductas de riesgo.

c) *Finalmente, las normas se basan en la conducta del mismo sujeto.* Generalmente las personas que hacen una conducta de riesgo, en comparación con las personas que no la hacen, tienden a sobre-estimar la proporción de gente que muestra esa conducta. La comparación entre las estimaciones de frecuencia de las conductas de los “otros”, realizadas por las personas que mantienen una determinada conducta y las que no, permiten constatar si esta sobre-estimación se da¹³⁷.

Esto es el fenómeno del *falso consenso* o la tendencia del grupo que comparte o posee un atributo (sus acciones, opiniones y emociones) a sobrestimar la frecuencia o prevalencia de este atributo en relación al grupo que no lo posee –a sobrestimar el consenso en relación al atributo dado–. La tendencia al falso consenso es más fuerte entre las personas que tienen posturas minoritarias y, en el caso de conductas desviadas de la norma, como es el caso de los consumidores de drogas. El efecto de falso consenso se calcula comparando las estimaciones entre un grupo que posee y otro que no posee el atributo. Por ejemplo, un grupo que utilizaba preservativos estimaba que el 38% de los sujetos era capaz de hacerlo. El otro grupo, que no usaba preservativo, estimaba que el 29% de los sujetos era capaz de usarlos. La diferencia entre ambos ($38-29=8\%$) es una estimación del falso consenso. El falso consenso no tiene relación con la frecuencia real de acciones u opiniones.

Las explicaciones del falso consenso son:

a) *De accesibilidad:* se sobrestima la frecuencia de nuestros actos (p.e., tener relaciones sexuales antes de los 18) porque se asocia a personas similares a nosotros, que actúan como nosotros, y que por tanto estarían más accesibles en la memoria (p.e., nuestros amigos tienden más a haber tenido relaciones antes de los 18 años).

b) *De saliencia y focalización de la atención:* nuestros actos son más salientes y vívidos que los actos no elegidos, focalizándose más la atención en ellos, por lo que sobrestimamos su frecuencia real (p.e., se piensa mucho en las veces que se han tenido relaciones sexuales sin preservativos).

c) *Atribución de causalidad:* a mayor atribución de la conducta a causas situacionales o externas, mayor tendencia a creer que esa conducta es típica o compartida.

d) *Motivacional:* el falso consenso permite defender la auto-estima, proyectando sobre la mayoría la propia conducta y haciendo que la persona se sienta normal y no desviada o rara. A mayor gravedad de la conducta, mayor falso consenso.

Generalmente las personas presentan simultáneamente los *tres procesos*: a) tienden a sobre-estimar una conducta si ellos la hacen en relación a los que no la hacen (p.e., los que usan preservativo dicen que el 40% usa y los que no usan dicen 20%); b) creen que las conductas positivas son menos común de lo que realmente son (p.e., los que usan preservativo creen que usan el 40% cuando en realidad es el 60%); c) creen que el 60% está en contra del uso de preservativos en relaciones ocasionales, cuando en realidad el 60% está a favor del uso de preservativos.

CUADRO-RESUMEN

NORMA SUBJETIVA Y SOCIAL: INFLUENCIA DE OTROS SIGNIFICATIVOS

- El entorno social como son amigos, pareja, miembros de la familia, personal sanitario y/o cualquier persona que adquiera relevancia para la persona afectada con independencia del tipo de vínculo que posea con ella, ejercen una presión muy importante de cara a la prevención.
- Diversos estudios han confirmado la importancia que tienen para los UDVPs las normas (explícitas e implícitas) del grupo de pares, a la hora de aceptar o no el cambio de determinadas conductas de riesgo.
- En este sentido, entre los UD más jóvenes se observa una tendencia a compartir con sus pares normas que valoran de forma positiva el riesgo o menosprecian la utilización de medidas preventivas. De esta manera, la necesidad de aceptación por parte de los pares lleva a que los UD más jóvenes sean más vulnerables a la presión de los pares para que les presten su material de inyección.
- Algunos estudios confirman que mientras que los CDs han comenzado a desaprobado las conductas de riesgo derivadas del uso de drogas pero no desaprueban las conductas sexuales de riesgo, incluso siendo aprobadas socialmente.

- La modificación de los comportamientos de riesgo entre los UDIs parece ser mayor:

- a) Cuando el individuo observa que sus propios compañeros están cambiando dichos comportamientos como respuesta a la amenaza del SIDA.
- b) Cuando la consecuencia que sigue a la conducta eficaz de prevención (usar material de inyección desechable o adoptar prácticas sexuales seguras) es la aprobación y normalidad social, y no el rechazo.

- Uno de los factores que puede influir en el cambio de normas de comportamiento: que el UD que manifiesta, pública o privadamente, que practica comportamientos de prevención o proporciona la aprobación social a la práctica de los mismos, sea el propio compañero sexual o de consumo, o las personas consideradas como colegas a imitar, líderes o, al menos, como personas admiradas y respetadas.

- No obstante, el mostrar o sugerir un comportamiento de prevención a la pareja también puede debilitar o incluso anular la intensidad placentera de la interacción. P.e., en algunos casos, la mención de preservativo puede hacer la relación sexual insatisfactoria para ambos.

- Las intenciones de uso del preservativo entre los hombres UDIs estaban influenciadas por la norma de la pareja, y entre las mujeres UDIs sólo en el contexto de una relación estable caracterizada por algún grado de intimidad y/o emocionalidad.

- Norma social se refiere a un proceso de comunicación e interacción en un grupo en el que se produce una cierta homogeneidad percibida y/o real de conductas. Componentes esenciales:

- a) La uniformidad percibida de conductas: las normas descriptivas predicen el uso de preservativos mejor que las normas prescriptivas.
- b) La actitud percibida de los miembros del grupo hacia la conducta.
- c) La norma prescriptiva o subjetiva se refiere a la percepción de la presión social hacia la adopción o no de una conducta.
- d) La actitud personal hacia la conducta.

- Las normas se basan fundamentalmente en:

- a) *La percepción de conductas de otros.* Las personas suelen sobreestimar la presencia de una conducta de riesgo, ya que los ejemplos extremos, negativos y vivaces se recuerdan e impactan más en el juicio social que los frecuentes y poco vivaces. También las conductas y actitudes reales cambian más rápidamente que las normas (p.e., la mayoría está usando o tiene una actitud privada favorable a los preservativos cuando la gente cree todavía que una mayoría no lo usa o está en contra). El fenómeno de la falsa uni-

cidad es la tendencia a subestimar la proporción de personas que poseen atributos positivos o que pueden llevar a cabo acciones positivas o normativas. Por ejemplo, se ha encontrado que las personas subestiman las capacidades y habilidades de otras. Una comparación entre la frecuencia media real y la estimada sirve para contrastar este fenómeno.

- b) *Las normas también se basan en la comunicación verbal, así como en el silencio y apoyo implícito.* La gente emite una opinión en función del apoyo social percibido y se da el fenómeno de la espiral en silencio: los que creen tener una opinión minoritaria no hablan, reforzando la percepción de que la mayoría aprueba una conducta, aunque no sea cierto. En este sentido, la ignorancia pluralista implica que la mayoría presenta una actitud personal negativa ante las relaciones ocasionales desprotegidas, mientras percibe erróneamente que la mayoría tiene una actitud positiva hacia este tipo de relaciones sin preservativo. La comparación entre la media real de actitud y la de actitudes atribuidas a otros sirve para contrastar este hecho y disminuir el supuesto apoyo social a conductas de riesgo.

- c) *Las normas se basan en la conducta del mismo sujeto.* Las personas que hacen una conducta de riesgo tienden a sobreestimar la proporción de gente que muestra esa conducta. Esta tendencia denominada falso consenso es más fuerte entre las personas que tienen posturas minoritarias y, en el caso de conductas negativas o desviadas. Explicaciones del falso consenso: a) de accesibilidad, b) de saliencia y focalización de la atención, c) atribución de causalidad y d) motivacional. La comparación entre las estimaciones de frecuencia de las conductas de los "otros", realizadas por las personas que mantienen una determinada conducta y las que no, permiten constatar si esta sobre-estimación se da.

- Las personas suelen presentar simultáneamente los 3 procesos: a) tienden a sobreestimar una conducta si ellos la hacen en relación a los que no la hacen; b) creen que las conductas positivas son menos comunes de lo que son; c) creen que el 60% está en contra del uso de preservativos en relaciones ocasionales, cuando en realidad el 60% está a favor del uso de preservativos.

8.9.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar la influencia de las normas sociales en la adopción de conductas sexuales de riesgo o preventivas en el caso de los UDs?

Teniendo en cuenta la influencia de la norma subjetiva en la adopción de conductas sexuales de riesgo y preventivas, los resultados de los TSMS son más satisfactorios cuando los usuarios de drogas colaboran en la fase de captación y actúan como mediadores de los aspectos informativos, actitudinales y comportamentales asociados a la prevención, es decir como “agentes de salud”, previamente entrenados, debido a que este tipo de técnica incide, principalmente, en los aspectos normativos de los grupos^{22,141}. La comunicación persuasiva entre iguales constituye un buen recurso para cambiar conductas.

Los datos del estudio de Schneider et al.⁸¹ confirman de forma concluyente la eficacia de los pares en la distribución de materiales (preservativos y material estéril) y de información sobre la prevención del VIH entre los UDI. Los datos longitudinales mostraron un incremento importante en el uso del preservativo con otras parejas sexuales en los usuarios que llevaban más tiempo participando en la intervención. Por tanto, estos programas no deben implementarse como meras experiencias piloto, ya que se necesita un período de tiempo prudencialmente amplio para construir una red de pares de trabajo y establecer la credibilidad suficiente en la comunidad que permita esperar cambios conductuales.

Sager¹⁴² ha llevado a cabo una revisión descriptiva y retrospectiva de 26 programas diferentes en los que se utilizaron “iguales” remunerados –en general, ex usuarios de drogas de la misma comunidad– para transmitir mensajes a los consumidores que implicaban reducción de los comportamientos de riesgo para el SIDA y/o en la medida de lo posible, inicio de tratamiento de desintoxicación. Todas las personas reclutadas para llevar a cabo este trabajo eran fácilmente identificables como “iguales” por los miembros de la comunidad diana y conocían las redes informales de comunicación así como los aspectos socio-culturales relevantes para el desarrollo del programa. Algunos datos de interés son:

1.- En la entrevista para la selección de candidatos es muy útil incluir un “juego de roles”, en el que en situaciones hipotéticas similares a las que se encuentran en la práctica, los candidatos deben mostrar que poseen habilidades de comunicación y solución de problemas.

2.- Es importante recordar que las personas que llevan a cabo este tipo de trabajo se exponen constantemente a situaciones de peligro. Por ello, deben obtener de sus supervisores un reconocimiento explícito, afectuoso, apropiado y frecuente por el esfuerzo realizado.

Como indican diferentes estudios^{22,143} los programas donde intervienen “agentes de salud”, pretenden proporcionar a los consumidores de drogas la competencia suficiente para resolver problemas, enfrentarse a distintas situaciones, planificar su futuro, evitar situaciones inadecuadas, etc.

La comunicación entre iguales, en el caso del SIDA, implica el establecimiento fáctico de normas y modelos de actuación por parte de los usuarios de drogas que hayan asumido hábitos preventivos, en presencia de otros que todavía practiquen comportamientos de riesgo.

En este sentido, es preciso señalar la importancia que puede jugar en la adquisición y mantenimiento de comportamientos preventivos o de riesgo, el aprendizaje vicario^{78,144}, especialmente cuando las personas observadas son consideradas por los afectados como líderes y compañeros de grupo.

Siguiendo a Bayés⁴², en los TSMS se deben reforzar tanto las consecuencias grupales que preceden, acompañan o siguen al comportamiento de prevención y que son aprobatorias, positivas, reforzantes, así como las consecuencias grupales que preceden, acompañan o siguen al comportamiento de riesgo y que son desaprobatorias, negativas y aver-sivas. Esta estrategia sirve para incrementar la probabilidad de que se produzca el cambio de las conductas de riesgo por las de prevención entre los UDs.

Por otra parte, en los TSMS se deberían *abordar aquellos fenómenos que caracterizan a la norma social* y que inciden en la adopción o no de conductas preventivas. Se propone un ejercicio para abordar en los talleres estos fenómenos que implica el siguiente *procedimiento*:

1.- Preguntar a cada uno de los UDs del taller por las:

- a) Frecuencias percibidas de conducta de riesgo y de prevención.
- b) Frecuencia propia de conductas.
- c) Actitudes percibidas en otros y actitud propia privada.

2.- Comparar las frecuencias reales y percibidas, lo que generalmente lleva a disminuir la percepción de la norma descriptiva de conductas de riesgo o aumentar las de prevención.

3.- Comparar las actitudes medias reales o privadas con las actitudes medias percibidas, lo que generalmente permite constatar que se sobre-estima el apoyo actitudinal a conductas de riesgo y se sub-estima el apoyo a conductas de prevención.

4.- Comparar las frecuencias medias atribuidas a los otros, entre gente que hace y no hace una conducta de riesgo, lo que permite constatar el falso consenso o tendencia a proyectar sus propias características.

5.- Comparar la frecuencia atribuida y la real de conductas de prevención, lo que permite constatar la tendencia a sobre-estimar la capacidad del sujeto de controlar el medio o de poseer características positivas.

La disminución de la norma descriptiva de las conductas de riesgo, el tomar conciencia de la norma subjetiva real más favorable hacia las conductas de prevención, el darse cuenta de la tendencia a proyectar sus características negativas y sub-estimar la frecuencia de las positivas, ayudan a mejorar las conductas de los sujetos de riesgo, según diferentes investigaciones.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

NORMA SUBJETIVA Y SOCIAL: INFLUENCIA DE LOS OTROS SIGNIFICATIVOS

- Los resultados de los TSMS son más satisfactorios si los UD's colaboran en la fase de captación y actúan como mediadores (“agentes de salud”) de los aspectos informativos, actitudinales y conductuales asociados a la prevención. Estos programas no deben implementarse como meras experiencias piloto, ya que necesitan un período de tiempo amplio para construir una red de pares de trabajo y establecer la credibilidad suficiente en la comunidad que permita los cambios conductuales.
- Las personas que se recluten para que sean mediadores de los TSMS deben ser fácilmente identificables como “iguales” por los miembros de la comunidad diana y deben conocer las redes informales de comunicación así como los aspectos socioculturales relevantes.
- Se debe entrenar a los UD's captados para que actúen de mediadores hasta que tengan un nivel de competencia suficiente que les permita resolver problemas, enfrentarse a distintas situaciones, planificar su futuro, evitar situaciones inadecuadas, etc. Además, deben obtener de sus supervisores un reconocimiento explícito, afectuoso, apropiado y frecuente por su esfuerzo.
- La utilización de UD's considerados por los afectados como líderes y compañeros de grupo como mediadores refuerza el aprendizaje vicario.
- En los TSMS, se deben reforzar tanto las consecuencias grupales que preceden, acompañan o siguen al comportamiento de prevención y que son aprobatorias, positivas, reforzantes, así como las consecuencias que preceden, acompañan o siguen al comportamiento de riesgo y que son desaprobatorias, negativas y aversivas con el objetivo de incrementar la probabilidad de que se produzca el cambio de los comportamientos de riesgo por los de prevención entre los UD's.
- Procedimiento para abordar los distintos fenómenos asociados a la norma social:
 - 1.- Preguntar a los UD's del taller por: a) frecuencias percibidas de conducta de riesgo y de prevención; b) frecuencia propia de conductas; c) actitudes percibidas en otros y actitud propia privada.
 - 2.- Comparar frecuencias reales y percibidas, lo que generalmente lleva a disminuir la percepción de la norma descriptiva de conductas de riesgo o aumentar las de prevención.
 - 3.- Comparar las actitudes medias reales o privadas con las actitudes medias percibidas, lo que generalmente permite constatar que se sobre-estima el apoyo actitudinal a conductas de riesgo y se sub-estima el apoyo a conductas de prevención.
 - 4.- Comparar las frecuencias medias atribuidas a los otros entre gente que hace y no hace una conducta de riesgo, lo que permite constatar el falso consenso o tendencia a proyectar sus propias características

- 5.- Comparar la frecuencia atribuida y la real de conductas de prevención, lo que permite constatar la tendencia a sub-estimar la capacidad de los otros de controlar el medio o de poseer características positivas.

8.10.- ACTITUD HACIA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: COSTES Y BENEFICIOS

Las personas que consideran que el adoptar una determinada medida preventiva supone más beneficios o ventajas que costes o dificultades tienen más probabilidades de prevenirse. Por tanto, para que una persona adopte una medida preventiva debería percibir que su uso supondría un beneficio porque reduciría su riesgo de contraer una enfermedad, y que no implicaría importantes costes o barreras psicológicas como dolor, engorro, incomodidad⁵².

8.10.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la actitud de los UD's ante la adopción de conductas sexuales preventivas y en particular hacia la utilización de los preservativos?

El estudio de Corby, Schneider y Wolitski¹¹² indica que las actitudes hacia la utilización de las conductas preventivas son importantes predictores del uso del preservativo tanto para hombres como para mujeres UD's, tanto en el caso de relaciones sexuales con la pareja principal como con otras parejas. Los resultados de este estudio sugieren que las intervenciones preventivas deberían fomentar en los hombres la visión de que usar preservativos es un medio de proteger y demostrar cuidado hacia sus parejas, así como aumentar la creencia en la eficacia de los preservativos como un medio de protegerse a sí mismos. Asimismo, en este estudio, las mujeres que tenían relaciones sexuales con otras parejas percibieron los preservativos como una manera de protegerse a sí mismas del VIH en mayor medida que los hombres.

Por otra parte, el estudio de Falck, Wang, Carlson y Siegal²³ nos muestra que los individuos que creían que el uso del preservativo es importante tenían más probabilidades de utilizarlos, mientras que las personas que creían que los preservativos reducían el placer sexual tenían menos probabilidades de usarlos.

No obstante, existe normalmente una combinación de beneficios y costes para que una persona pueda hacer frente de forma responsable a sus experiencias sexuales²² (ver capítulo 4, escala de costes y beneficios del preservativo, pp. 117-120).

Algunas veces los costes psicológicos derivados de la adopción de una conducta sexual preventiva son muy superiores a los beneficios inmediatos que obtiene la persona. Una persona puede ser consciente de los riesgos y de la severidad de una infección, pero prevenir podría suponer un cambio radical en su estilo de vida. Tendría que renunciar al sexo casual, o a la prostitución, o su relación tendría que ser estrictamente monógama, etc.

Una persona puede sentirse demasiado avergonzada para preguntar a su pareja sobre las ETS para tener relaciones sexuales coitales por primera vez. Existen estudios que ponen de manifiesto que es más fácil enrolarse en una relación sexual no protegida que comenzar a hablar sobre las enfermedades de transmisión sexual¹⁴⁵.

CUADRO-RESUMEN

ACTITUDES HACIA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: COSTES Y BENEFICIOS

- Las actitudes hacia la utilización de las conductas sexuales preventivas son importantes predictores del uso del preservativo tanto para hombres como para mujeres UDIs, tanto en el caso de relaciones sexuales con la pareja principal como con otras parejas.
- En el caso de los hombres se debería fomentar la visión de que usar preservativos es un medio de proteger y demostrar cuidado hacia sus parejas, así como aumentar la creencia en la eficacia de los preservativos como un medio de protegerse a sí mismos.
- Existe normalmente una combinación de beneficios y costes para que una persona pueda hacer frente de forma responsable a sus experiencias sexuales.
- Los costes psicológicos derivados de la adopción de conductas preventivas (uso de preservativo) pueden ser muy superiores a los beneficios inmediatos que obtiene la persona.
- Existen estudios que ponen de manifiesto que es más fácil enrolarse en una relación sexual no protegida que comenzar a hablar sobre temas relacionados con la prevención.

8.10.2.- Por tanto, ¿Cómo se deben abordar las actitudes de los UDIs hacia la utilización del preservativo en los TSMS?

Las actitudes hacia el uso de los preservativos deben ser objetivo de los TSMS ya que favorecen la utilización de los mismos en las relaciones sexuales. En particular los objetivos con respecto a estas actitudes son: a) maximizar los beneficios derivados de la utilización de los preservativos y b) minimizar los costes derivados de su uso.

Los beneficios derivados del uso de los preservativos son numerosos: por ejemplo previenen ETS, no tienen efectos negativos, tranquilizan y dan seguridad en la relación, son sencillos y fáciles de usar, etc. Asimismo, entre los costes que se suelen mencionar está que son engorrosos, incómodos, se rompen con facilidad, disminuyen el placer, rompen el romanticismo, interrumpen el acto sexual, etc. Es importante remarcar que en el caso de la prostitución, uno de los costes derivados de proponer la utilización del preservativo es la pérdida del beneficio económico de ciertas relaciones sexuales desprotegidas requeridas por los clientes.

A través de técnicas grupales específicas se deben identificar los costes y beneficios que priorizan los usuarios de drogas a la hora de utilizar –o no– los preservativos. A partir de la identificación de estas ventajas y desventajas se deben diseñar dinámicas que favorezcan la consecución de nuestros objetivos, a saber incrementar los beneficios y disminuir los costes vinculados al uso de los preservativos^{22,83}.

Por último, hay que tener en cuenta que en muchos grupos, los UDIs manifiestan actitudes muy positivas hacia la utilización del preservativo, pero esta positiva disposición no se refleja en la adopción del mismo como método preventivo. Recordemos que otros factores como la percepción de riesgo, la percepción de control, la autoeficacia y las habilidades de comunicación son imprescindibles para la adopción eficaz de las medidas preventivas.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

ACTITUDES HACIA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: COSTES Y BENEFICIOS

- Objetivos de los TSMS: a) maximizar los beneficios derivados de la utilización de los preservativos y b) minimizar los costes derivados de su uso.
- Beneficios derivados del uso de los preservativos: Previenen ETS, no tienen efectos negativos, tranquilizan y dan seguridad en la relación, son sencillos y fáciles de usar, etc.
- Costes derivados del uso de preservativos: Son engorrosos, incómodos, se rompen con facilidad, disminuyen el placer, rompen el romanticismo, interrumpen el acto sexual, etc. En la prostitución, pueden disminuir los beneficios económicos derivados de esta actividad.
- Procedimiento:
 - 1.- Identificar los costes y beneficios que priorizan los usuarios de drogas a la hora de utilizar –o no– los preservativos.
 - 2.- Elaborar una matriz con los costes y beneficios identificados previamente.
 - 3.- Diseñar y aplicar dinámicas que favorezcan la maximización de estas ventajas y la minimización de estas desventajas vinculadas al uso de los preservativos.
- A veces las actitudes positivas hacia el uso del preservativo no se relacionan con su uso.

8.11.- ACCESIBILIDAD A LOS RECURSOS ASISTENCIALES

Los usuarios de drogas que asisten más frecuentemente a los servicios sanitarios tienen más probabilidades de adoptar conductas preventivas. De hecho, un paso importante es el que da la persona a la hora de obtener la medida preventiva elegida. Esto puede suponer la visita a una farmacia, a un ginecólogo o a un centro de planificación.

8.11.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre el acceso de los UDIs a los recursos asistenciales de la comunidad?

Los estudios revisados muestran en general una escasa utilización de los servicios de atención de las drogodependencias por parte de muchos UDIs^{21,146}.

Muchas veces los usuarios de droga tienen dificultades para acceder a los servicios sanitarios, por diversos motivos: desinformación, determinadas creencias (que a veces se corresponden con la realidad) acerca de lo que les va a exigir un servicio sanitario (desintoxicación, tratamiento de deshabituación, abstinencia de drogas), escasez de medios económicos, etc. Según los resultados de un estudio sobre conocimiento, actitudes y creencias que los UDVPs tienen sobre las medidas preventivas para la infección por el VIH, realizado entre 1989 y 1990 en doce países europeos, se ha sugerido que la escasa utilización de los servicios para drogodependientes podría deberse a la baja estima en que los UDIs tienen a las instituciones en comparación con la que tienen por la oferta de medidas más directas como es la provisión de equipo estéril de inyección¹⁴⁷. En otros casos, los servicios realmente no se ajustan a la realidad de muchos consumidores de drogas: horarios, trabas burocráticas, reticencias, juicios de valor, etc.

No obstante, últimamente la expansión en España de los Programas de Mantenimiento con Metadona ha posibilitado un mayor acercamiento a los servicios públicos de atención por parte de las poblaciones más “ocultas”.

La desigualdad entre hombres y mujeres también podría estar presente a la hora de acceder a los servicios y a la información. Esta desigualdad de acceso y/o utilización de los servicios sanitarios podría explicar la diferencia de supervivencia según el género observada en el estudio de seguimiento de pacientes infectados por el VIH realizado entre 1990 y 1993 en Norteamérica. Según los resultados obtenidos en este estudio, las mujeres, tanto las UDIs como las no UDIs, tendrían en general una menor supervivencia que los varones seropositivos, lo cuál podría deberse a un menor acceso y/o a una menor utilización de los servicios sanitarios por parte de dichas mujeres¹⁴⁸.

En España, algunos estudios¹¹ señalan que las mujeres podrían tener un menor acceso a los servicios de atención de drogodependencias. No obstante, este menor acceso a este tipo de servicios por parte de las mujeres debería ser confirmado con investigaciones específicas de la realidad actual.

CUADRO-RESUMEN

ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS

- Los estudios indican en general una deficiente utilización de los servicios sanitarios por los UDIs debido a:
 - a) Desinformación, determinadas creencias acerca de lo que les va a exigir un servicio sanitario (desintoxicación, tratamiento de deshabituación, abstinencia de drogas), escasez de medios económicos, etc.
 - b) La baja estima que les merecen a los UDIs las instituciones en comparación con la que tienen por la oferta de medidas más directas como es la provisión de equipo estéril de inyección.

8.11.2.- Por tanto, ¿Cómo se debe abordar el acceso de los UDIs a los servicios sanitarios y asistenciales en los TSMS?

Los TSMS deben fomentar, en la medida de sus posibilidades, el acceso de los usuarios de drogas a los servicios sanitarios y a la información disponible en la comunidad.

Algunas de las dificultades mencionadas podrían ser abordadas en los talleres. Así, se podría aportar información a los consumidores de drogas que no están en tratamiento sobre los distintos servicios y programas disponibles en la comunidad y diseñar dinámicas grupales para reforzar las creencias positivas hacia la utilización de estos servicios.

Asimismo, uno de los objetivos de los talleres implementados en los propios servicios sanitarios de la comunidad podría ser el hecho de incrementar la estima que las instituciones tienen para los UDIs así como aumentar la confianza en estos servicios, corroborando que no se piden contraprestaciones ligadas al uso de drogas por acudir a ellos. Además, los talleres deben diseñarse de forma que resulten suficientemente atractivos para la población a la que van dirigidos.

Por otra parte, si se confirmara el hecho de que las mujeres acceden en menor medida a los servicios sanitarios y asistenciales, los talleres deberían ir dirigidos a posibilitar un mayor acceso a dichos servicios, ya que constituyen un grupo especialmente en riesgo.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS

- Fomentar el acceso de los usuarios de drogas a los servicios sanitarios.
- Aportar información sobre los distintos servicios y programas disponibles en la comunidad.
- Diseñar dinámicas para reforzar las creencias positivas hacia la utilización de los servicios sanitarios.
- Diseñar talleres lo suficientemente atractivos para los UDIs a los que van dirigidos.
- Incrementar la estima que las instituciones tienen para los consumidores de drogas así como aumentar la confianza que los servicios e instituciones les inspiran, diseñando programas de prevención sexual que no exijan más que lo que de sus objetivos se desprenda.

8.12.- USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Las personas que mantienen relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o de otras drogas tienen más probabilidades de no adoptar una medida preventiva eficaz.

8.12.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre el efecto de las drogas y el alcohol en la adopción de conductas sexuales preventivas en el caso de los UDIs?

El alcohol tiene un efecto desinhibidor sobre la conducta, particularmente sobre la conducta sexual. Esto pasa también con otras drogas, particularmente los estimulantes.

estas drogas son vistas como facilitadoras de los encuentros sexuales, en un rango que va desde el contacto casual de la mirada hasta el flirteo explícito. Los consumidores de estas drogas, también perciben como incrementa la probabilidad de tener un encuentro sexual. Una vez que comienza la relación sexual los estimulantes son vistos como desinhibidores claros, especialmente la primera vez. Uno se siente más cómodo, menos violento, con menos vergüenza sobre determinadas conductas.

De acuerdo con Rodhes y Quirk⁹², aunque ambas drogas (alcohol y estimulantes) son percibidas como desinhibidoras, el alcohol también es visto como un facilitador sexual porque interfiere con las facultades mentales y el razonamiento, de tal manera que la persona bebida se enrola en conductas que no hubiera sido capaz en otras condiciones (“estaba demasiado borracho y a la mañana siguiente...”). Así, el exceso de alcohol posibilita una justificación de conductas que no hubieran sido hechas de otra manera. Incluso, el alcohol facilita el no usar preservativo cuando se está claramente decidido a usarlo.

Por el contrario, parece que los estimulantes no son vistos por los UDVPs como favorecedores de la realización de conductas no deseadas (algunos usuarios indican que la cocaína sí influye en la pérdida de control). Sin embargo, también son utilizados como excusa para justificar el no uso de preservativos en los encuentros sexuales. Parece que las drogas facilitan a las personas la excusa para determinadas conductas, y facilitan la propia visión “exculpadora” de dicha conducta. Las drogas son la excusa perfecta para no negociar, para no hablar, para no violentar, para no “cortar el rollo”. Cuando la gente echa la culpa a las drogas, no quiere decir que estén conscientemente mintiendo, sino que el alcohol y/o las drogas tienen una gran aceptación social y cultural como excusas.

Por otra parte, hay que tener en cuenta, que, en muchos de casos, la toma previa o simultánea de drogas –alcohol, anfetaminas, cannabis, etc.– u otras condiciones ambientales estimulantes de carácter extraordinario, pueden potenciar los factores emocionales e interferir en la lógica de cualquier balance cognitivo que se lleve a cabo, como en el del correcto uso del preservativo.

El estudio de McDonald et al.¹⁴⁹ revisa diferentes investigaciones que confirman el concepto de “miopía alcohólica” introducido por Steele et al.¹⁵⁰ según el cual la ingesta de alcohol reduce la capacidad de procesamiento de la información, y favorece que se atienda a aquella información que resulta especialmente saliente en una situación sexual (el atractivo de la pareja y el deseo compartido de mantener relaciones sexuales) y que quede relegada en un segundo plano la probabilidad de infectarse con el VIH y/o con otras ETS. En suma, la intoxicación etílica disminuye la capacidad para reconocer los indicadores relevantes de riesgo, siendo un dato de suma importancia a tener en cuenta cuando se diseñan programas de prevención de riesgos sexuales.

El estudio de Fenaughty y Fisher¹⁵¹ se centra en el uso de alcohol por los UDIs y su relación con las conductas sexuales de alto riesgo. Sus resultados muestran que el uso de alcohol se relacionaba significativamente con algunas conductas sexuales de alto riesgo como son el tener relaciones sexuales con múltiples parejas sin utilizar consistentemente el preservativo, el tener relaciones sexuales con parejas UDIs sin usar consistentemente el preservativo, el número de parejas sexuales, historia de ETS, y el haber intercambiado sexo por drogas o por dinero recientemente o a lo largo de la vida.

Asimismo, el estudio de Falck, Wang, Carlson y Siegal²³ nos muestra que los individuos que habían consumido grandes cantidades de droga cuando mantenían una relación sexual coital tenían menos probabilidades de usar condones que las personas que no tenían un gran consumo. Por tanto, las intervenciones para la reducción del riesgo sexual dirigidas a los consumidores de drogas deberían dirigirse a la gran extensión del uso de drogas psicoactivas que ocurre inmediatamente antes y durante las relaciones sexuales porque tal uso presenta un impedimento significativo para el empleo de prácticas de sexo más seguro.

CUADRO-RESUMEN

USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

- El alcohol y los estimulantes tienen un efecto desinhibidor sobre la conducta, particularmente sobre la conducta sexual y, son vistos como facilitadores de los encuentros sexuales.
- Además, el alcohol también es visto como un facilitador sexual porque interfiere con las facultades mentales y el razonamiento, posibilitando una justificación de conductas que no hubieran sido hechas de otra manera.
- Los estimulantes no son vistos por los UDVPs como favorecedores de la realización de conductas no deseadas, pero se utilizan como excusa para justificar el no uso de condones en los encuentros sexuales ya que tienen una gran aceptación social y cultural como excusas.
- La toma previa o simultánea de drogas –alcohol, anfetaminas, cannabis, etc.– u otras condiciones ambientales estimulantes de carácter extraordinario, pueden potenciar los factores emocionales e interferir en el uso correcto del preservativo.
- El concepto de “miopía alcohólica” implica que la intoxicación etílica disminuye la capacidad para reconocer los indicadores relevantes de riesgo, dato a tener en cuenta cuando se diseñan programas de prevención de riesgos sexuales.
- En el caso de los UDIs, el consumo elevado de alcohol está relacionado significativamente con algunas conductas sexuales de alto riesgo.
- Las personas que consumen grandes cantidades de droga cuando tienen una relación coital tienen menos probabilidades de usar condones que las que no tienen un gran consumo.

8.12.2.- Por tanto, ¿Cómo se deben abordar los efectos nocivos derivados del consumo de alcohol y otras drogas sobre la adopción de conductas sexuales preventivas en el caso de los UDIs?

En los TSMS se deben analizar las consecuencias específicas derivadas del consumo elevado de drogas y alcohol en las relaciones sexuales. No obstante, no se debe olvidar que el objetivo de estos talleres está dirigido a las conductas sexuales de los usuarios de drogas y no están diseñados para prevenir estos consumos.

Por tanto, las estrategias que se utilizan en los talleres para abordar este tema se limitan a proporcionar información sobre los efectos nocivos de estas sustancias en las relaciones sexuales (dificultades para una erección adecuada, para el orgasmo, etc.) y en diseñar dinámicas encaminadas a analizar las consecuencias de las conductas sexuales llevadas a cabo bajo grandes cantidades de alcohol u otras drogas. Asimismo, se aplican técnicas grupales para analizar la influencia de estas sustancias en otros factores que son claves a la hora de adoptar una conducta preventiva. Por ejemplo, las personas que han consumido elevadas cantidades de alcohol suelen sentirse más invulnerables ante cualquier riesgo, confían plenamente en su capacidad de control, pero sus habilidades conductuales suelen verse alteradas impidiendo la resolución eficaz de las situaciones de intimidad sexual.

Además, las intervenciones sobre sexo seguro deberían incidir en las normas sociales que facilitan el percibir el alcohol y/o otras drogas como facilitadoras para el sexo inseguro. Sabiendo lo difícil e impopular que esto es, habría que incrementar la conciencia de que no es una excusa aceptable.

Habría que cambiar la idea de la irracionalidad y los efectos desinhibidores de las drogas ya que muchos individuos, después de ingerir drogas, son perfectamente conscientes de lo que hacen y pueden hacer elecciones racionales.

CUADRO-RESUMEN

USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

- El alcohol y los estimulantes tienen un efecto desinhibidor sobre la conducta, particularmente sobre la conducta sexual y, son vistos como facilitadores de los encuentros sexuales.
 - Además, el alcohol también es visto como un facilitador sexual porque interfiere con las facultades mentales y el razonamiento, posibilitando una justificación de conductas que no hubieran sido hechas de otra manera.
 - Los estimulantes no son vistos por los UDVPs como favorecedores de la realización de conductas no deseadas, pero se utilizan como excusa para justificar el no uso de condones en los encuentros sexuales ya que tienen una gran aceptación social y cultural como excusas.
 - La toma previa o simultánea de drogas –alcohol, anfetaminas, cannabis, etc.– u otras condiciones ambientales estimulantes de carácter extraordinario, pueden potenciar los factores emocionales e interferir en el uso correcto del preservativo.
 - El concepto de “miopía alcohólica” implica que la intoxicación etílica disminuye la capacidad para reconocer los indicadores relevantes de riesgo, dato a tener en cuenta cuando se diseñan programas de prevención de riesgos sexuales.
 - En el caso de los UDIs, el consumo elevado de alcohol está relacionado significativamente con algunas conductas sexuales de alto riesgo.
 - Las personas que consumen grandes cantidades de droga cuando tienen una relación coital tienen menos probabilidades de usar condones que las que no tienen un gran consumo.

8.13.- COMPORTAMIENTOS SEXUALES PREVENTIVOS

Las personas que perciben las conductas preventivas como eficaces y fácilmente realizadas, y que las han puesto en práctica tienen más probabilidades de adoptarlas en situaciones sexuales de riesgo.

8.13.1.- ¿Qué se sabe hoy en día sobre la adopción de comportamientos sexuales preventivos en el caso de los UDIs?

Antes de que una persona adopte un comportamiento preventivo, debería tener la intención de comportarse de esa manera determinada. De hecho, las personas que tienen la intención de adoptar una determinada conducta preventiva es más probable que cuando se encuentren en una situación de intimidad sexual recurran a esa medida preventiva.

Sin embargo, las intenciones de acción no llevan automáticamente a ésta y, en general, no se mantienen estables en el tiempo. Sin embargo, la conducta preventiva hay que mantenerla continuamente mientras sigan las posibilidades de transmisión por lo que debe persistir la motivación, que irá cambiando, según las circunstancias, en los diferentes momentos de la vida sexual.

En relación a la adopción de la conducta preventiva, en primer lugar, se debe tener en cuenta que la habituación a la conducta de riesgo es un factor muy importante de cara a la adopción de la conducta preventiva⁴⁹. Cuando un comportamiento se hace rutina y forma parte del estilo de vida no se somete a decisión, simplemente se actúa según la pauta establecida y las expectativas del grupo sin aparecer ninguna disonancia. Estos comportamientos convertidos en hábitos son los más difíciles de modificar.

Por otra parte, una vez que la persona tiene la firme intención de utilizar un determinada conducta preventiva, debe utilizar el método elegido. La falta de experiencia en la utilización de métodos preventivos puede dificultar su utilización. No siempre que la persona ha conseguido el método preventivo en cuestión llega a utilizarlo, otra serie de dificultades, fruto de la falta de experiencia, pueden encontrarse a la hora de ser utilizados. No se debe dar ningún aprendizaje por adquirido hasta que no haya sido practicado, nada puede sustituir a la práctica, las habilidades hay que adiestrarlas.

Las personas disponen de una serie de posibilidades o alternativas para solventar de forma eficaz cualquier situación de intimidad sexual que puedan vivir a lo largo de la vida. En el ámbito de la **prevención del SIDA y las ETS**, estas **posibilidades** se resumen en:

- 1.- Utilizar siempre el preservativo en el coito anal, vaginal y oral, o barreras orales en el cunnilingus.
- 2.- Realizar comportamientos sexuales sin riesgo.
- 3.- Abstenerse y/o postergar la relación sexual.
- 4.- Ser Monógamo tanto uno mismo como su pareja.

Es importante que la gente sea consciente de que mantener relaciones sexuales con penetración con una persona de la que se ignora su serología con respecto al VIH equivale, desde el punto de vista de la transmisión del VIH, a mantener relaciones sexuales con

todas las personas, con las que esta persona haya mantenido relaciones sexuales con penetración y sin protección, en los últimos 8 o 10 años.

No obstante, las estrategias de prevención son sólo medios para alcanzar un objetivo. En el aspecto sexual, cada pareja debe considerar las estrategias que desea utilizar en función de su propia idiosincrasia, necesidades, expectativas, valores, deseos y marco cultural.

Estamos de acuerdo con Bayés al considerar que los profesionales sanitarios deben tener presente que, en ocasiones, no es factible aconsejar el paso directo de un comportamiento de alto riesgo a un comportamiento de prevención de “garantía absoluta” o “elevada”. En estos casos, cualquier disminución realista en la escala de los comportamientos de riesgo que se practican, aunque sea considerada como provisional, es importante.

Además, la experiencia general de evaluación indica que el impacto de los programas, en la población general, sobre la conducta es medio-bajo (un 10-20% cambia de conducta), que cambian más fácilmente las creencias y el conocimiento que la actitud afectiva, y estos dos primeros aspectos cambian más que las conductas. También, es frecuente encontrar que los procesos mediadores (creencias, actitudes, etc.) no se asocian a los cambios de conducta.

8.13.2.- Métodos Preventivos de Barrera

8.13.2.1.- Preservativo Masculino o Condón

El preservativo consiste en una funda de latex lubricada que se coloca en el pene para impedir que el semen se deposite en la vagina, actuando de barrera. En el caso de los preservativos con crema espermicida, el espermicida mata el espermatozoide y provee doble protección.

En relación a su *eficacia*, es uno de los métodos más seguros para prevenir el embarazo y es el único junto al preservativo femenino que previene de ETS, incluido el SIDA. Los preservativos más eficaces son los que están impregnados de crema espermicida. Algunos estudios le han atribuido un índice de fiabilidad del 98%. Teniendo en cuenta el porcentaje de personas que fallan en su utilización el índice de fiabilidad desciende al 88%. Algunos factores que pueden disminuir la efectividad de los preservativos son: a) rotura accidental; b) mala colocación o retirada; c) defecto de fabricación; d) mala conservación; e) utilización fuera del límite de caducidad o, f) el uso de lubricantes capaces de deteriorar el latex. Además, la influencia negativa de estos factores puede incrementarse debido a los intensos estados emocionales que concurren en algunas relaciones sexuales y al uso previo o simultáneo de drogas que disminuyen el control del individuo sobre la situación. No obstante, puede disminuirse mediante el control sanitario y un adiestramiento en las habilidades y hábitos necesarios para conseguir un uso apropiado y constante.

En general, puede afirmarse que la protección que ofrece el preservativo está *en función del grado de infectividad de la población en la que éste se use y de la frecuencia coital*, variando entre un 99% de protección al usarse con una población en la que sea baja la probabilidad de encontrar un compañero sexual infectado y el 90%, o menos, cuando se utiliza en poblaciones con una elevada tasa de infección¹⁵².

En el trabajo de Kamenga et al.¹⁵³, sólo en una de las 149 parejas estables, en las que uno de los miembros era seropositivo al VIH, que manifestó haber usado el preservativo en todas sus relaciones, se transmitió la infección por rotura accidental del preservativo con derrame de esperma. Chan-Chee, De Vincenzi, Solé-Pla, Ancelle-Park y Brunet¹⁵⁴ estiman que la incidencia de rotura de un preservativo en un coito vaginal es del 1%, cifra que se encuentra en consonancia con lo observado por Kamenga et al.¹⁵³.

El trabajo de De Vincenzi⁸⁵ estudia 256 parejas estables con serología discordante, 124 de las cuales utilizaron siempre el preservativo durante los 20 meses del seguimiento. Entre estas 124 parejas, ninguno de los miembros VIH- se seroconvierte a pesar de que en conjunto, se llevan a cabo 15.000 coitos protegidos, lo cual nos indica que el uso sistemático del preservativo es altamente eficaz cuando lo usan parejas estables. Entre las 121 parejas que lo utilizaron de forma intermitente, la tasa de seroconversión es del 4,8% persona/año, variando ampliamente entre las parejas el riesgo de transmisión. Las parejas que usan preservativo más de la mitad de las veces pero no siempre, tienen el mismo riesgo de seroconversión que las que no lo usan nunca. Es decir, para conferir protección es preciso que el preservativo se use sistemáticamente siempre que se tengan relaciones de penetración con una persona infectada o de serología desconocida. Por tanto, este trabajo pone de relieve que en términos de salud pública es tan importante la eficacia del método que se utiliza como la perseverancia en su uso.

En relación a las *normas de utilización del preservativo* hay que tener en cuenta una serie de sugerencias que se deben respetar para aumentar las probabilidades de usarlo correcta y eficazmente. Las normas que se deben seguir son:

- 1.- Se deben comprar en farmacias, en las máquinas expendedoras de preservativos, en centros con dispensación gratuita (centros de planificación, centros de drogas, etc.) o en sitios donde estén almacenados correctamente. Es aconsejable en el caso de las máquinas que no estén expuestas al sol.
- 2.- Se debe comprobar la fecha de caducidad y que la marca esté registrada para asegurar que ha pasado los controles necesarios.
- 3.- Para las personas que llevan encima los preservativos (en la cartera o en el bolsillo del pantalón), es conveniente sustituirlos de vez en cuando por otros, porque aunque todavía no estén caducados, su adecuada conservación es muy importante y podrían estar deteriorados.
- 4.- Es aconsejable que cuando se vaya a mantener la relación sexual coital (anal o vaginal), el preservativo esté lo más a mano posible.
- 5.- Evitar abrirlo con la boca o con objetos punzantes porque se puede romper el preservativo involuntariamente y no darse cuenta.
- 6.- Se coloca en el momento que el hombre tiene el pene en total erección y antes de que se realice cualquier penetración.
- 7.- Hay que fijarse que el preservativo está en posición correcta, y no al revés, porque sino no se desenrosca y puede romperse.

8.- En caso de que el preservativo esté en la posición incorrecta y no se pueda desenroscar adecuadamente, es más aconsejable soplarlo para darle la vuelta y que se coloque en posición correcta, que hacerlo con el dedo.

9.- Sujetar el depósito para el semen que se encuentra en el extremo del preservativo para vaciarlo de aire.

10.- Colocar dicho depósito en el glande e ir desenroscando el preservativo desde la punta del pene hasta la base.

11.- Introducir el pene en la vagina o en el ano cuando esté adecuadamente lubricado/a. La falta de lubricación incrementa las probabilidades de que se rompa el preservativo y de que además la relación sexual resulte dolorosa o desagradable para la mujer. El uso de la cocaína durante el coito puede producir sequedad de las mucosas vaginales y un efecto sedante frente al dolor, dando lugar a coitos muy prolongados donde la posibilidad de rotura del preservativo es mayor.

12.- En caso de que se vaya a utilizar algún tipo de lubricante en la relación sexual, éste debe ser hidrosoluble (ej. glicerina) ya que los oleosos, como vaselina, parafina, aceite infantil, lociones corporales, aceites para masajes, mantequilla, margarina u otros aceites pueden dañar el preservativo

13.- Después de que el hombre ha eyaculado se debe retirar el pene de la vagina o del ano antes de que vuelva a su estado normal, sino el preservativo quedará grande y el semen puede llegar a alcanzar la vagina o el ano, y/o quedarse el preservativo dentro de la vagina o el ano en el momento de retirar el pene.

14.- Es aconsejable sujetar el preservativo por la base del pene con la punta de los dedos y de esta forma asegurarse que el condón es retirado de la vagina o del ano junto con el pene.

15.- Una vez utilizado el preservativo es conveniente hacerle un nudo y tirarlo a la papelera y nunca al water ya que no es biodegradable.

16.- Nunca utilizar más de un preservativo o un preservativo femenino al mismo tiempo.

Las *ventajas* hacen referencia a las creencias más frecuentes sobre el preservativo o los beneficios que las personas atribuyen a la utilización del mismo: previenen el embarazo, tranquilizan y dan seguridad en la relación, sin efectos negativos, no tienen contraindicaciones, es fácil tenerlo encima, es fácil tenerlo a mano, posibilitan tener relaciones con varias personas sin riesgo, son baratos, previenen de enfermedades de transmisión sexual, son fáciles de obtener, son higiénicos, son sencillos y fáciles de utilizar, su colocación es un juego erótico más, se utilizan sólo en el momento de la relación sexual, previenen del SIDA, no hace falta ir al médico (ver capítulo 4, escala de costes y beneficios del preservativo, pp. 117-120).

Las *desventajas* también hacen referencia a las creencias más frecuentes sobre el preservativo o los costes que las personas atribuyen a la utilización del mismo: no siempre se tienen a mano, hay que saber dónde comprarlos o adquirirlos, engorrosos, incómodos, complicados de usar, crean dudas en el otro acerca del estado de salud de la pareja, pue-

den estar defectuosos, rompen con el romanticismo de la situación, interrumpen el acto sexual. da corte comentar que hay que “ponerlo”, no son naturales, son artificiales, disminuyen el placer, dan sensación de incomodidad, culpabilidad por andar con ellos todo el tiempo, son inseguros, hay dudas de su eficacia, hay que depender de él, hay que pensar en tenerlo, preocupa que lo encuentren en casa, se rompen fácilmente, son frágiles, da vergüenza comprarlo, dan la sensación de que se tienen relaciones con cualquier persona, los hombres que los tienen dan la sensación de que buscan llegar a la relación sexual siempre, hay que saber usarlo, ponérselo, en la prostitución puede implicar la pérdida de un beneficio económico (ver escala de costes y beneficios del preservativo, pp. 117-120).

A pesar de que en las últimas décadas se ha producido una rápida e importante expansión de la utilización del preservativo, su uso dista mucho de haberse generalizado. Entre las *limitaciones* se pueden mencionar las siguientes:

1.- *La percepción subjetiva de seguridad.* Aunque los preservativos son uno de los métodos más eficaces, la percepción de sus seguridad no es tan amplia. De hecho, en un estudio realizado por el Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya¹⁵⁵ sólo el 18,9% de los hombres y el 17% de las mujeres percibían que los preservativos son altamente eficaces, considerando que en caso de usarlo el riesgo de infectarse con VIH era nulo, mientras que un 5,1% de los hombres y un 6,3% de las mujeres estimaban que el riesgo era superior al 50%.

2.- *Infravaloración de determinadas estrategias de prevención.* Por otra parte, Kahneman y Tversky¹²² observan que las personas suelen infravalorar las estrategias de prevención que implican una reducción –aunque sea importante– en la probabilidad de riesgo, en comparación con las que, a sus ojos, implican eliminación total de dicho riesgo. Así, por ejemplo, algunas personas consideran que es mejor no recurrir al preservativo como medida de prevención ya que no es completamente seguro y además al hacerlo se privan o atenúan, de forma inmediata, un placer que se considera completamente seguro.

3.- *El percibir el preservativo como un método contraceptivo más que preventivo de ETS.* Maticka-Tyndale⁶² demostró que la utilización del preservativo está organizada mentalmente en un escenario de contracepción, no siendo visto como profiláctico. El estudio realizado por Wulfert y Wan¹⁵⁶ con 212 estudiantes heterosexuales y sexualmente activos indica que en los últimos 12 meses, solamente el 29% manifestó haber usado siempre preservativo y de éstos un 73% indicó que lo utilizaba para evitar el embarazo y sólo un 17% manifestó usarlo por miedo al SIDA. Este es uno de los mayores problemas para la prevención de la enfermedad, ya que va a condicionar el uso del preservativo a las situaciones de riesgo de embarazo; encontrando, además, que en el caso de las mujeres el aumento de la actividad sexual va generalmente seguida del comienzo de la toma de contraceptivos orales y por tanto, de la disminución de otro tipo de métodos, así como de la utilización de una estrategia de prevención a todas luces ineficaz, como es la selección de las parejas sexuales por el “aspecto externo” o por “ser conocido”, por la percepción del “grado de confianza”. Es necesario recordar que los preservativos no sólo son un método anticonceptivo sino, primordialmente, una estrategia de prevención contra la transmisión de microorganismos susceptibles de provocar enfermedades graves.

4.- *La percepción de seguridad con respecto al SIDA que tienen las personas con pareja estable.* De hecho, tanto en las poblaciones de heterosexuales como homosexuales y de usuarios de drogas se adoptan mayores precauciones con las parejas ocasionales que con las estables. En diversos estudios han mostrado que el uso de preservativos en el caso de los UDVPs es escaso, y en particular entre los que tienen pareja estable^{20,22,23,157}.

5.- *La adopción inconsciente de la monogamia serial como medida preventiva.* Al tener una relación estable aunque sea de corta duración, la persona suele adquirir una menor percepción de riesgo y no usa, o incluso deja de usar, el preservativo.

6.- *Los numerosos inconvenientes psicológicos y físicos atribuidos al preservativo:* pérdida de erección, incomodidad, irritación, etc. A este respecto, Calvo¹⁵⁸ señala que el uso del preservativo puede convertirse de algo poco deseable en un juego divertido y placentero.

7.- *Los niveles de fracasos del preservativo que parecen aumentar en las primeras relaciones sexuales.* Además, existe un período de alrededor de dos años entre el inicio de las relaciones coitales y la búsqueda de asesoramiento profesional durante los cuales muchos jóvenes mantienen numerosos actos sexuales en los que es frecuente un uso deficiente del condón.

8.- En relación a la prevención en las relaciones sexuales buco-genitales, el uso del condón en la fellatio es muy raro. De hecho, muchos homosexuales tras un balance de costes-beneficios han optado por esta práctica como sustituto de otras prácticas de mayor riesgo como es el coito anal. No obstante, hombres y mujeres que trabajan en la prostitución han mostrado que el uso del preservativo en las relaciones comerciales está mucho más extendido que en el caso de las relaciones con otro tipo de parejas.

9.- Asimismo, no hay evidencia de que el uso de las barreras orales en el caso del cunnilingus se haya extendido, aunque es aconsejable su abordaje en algunas poblaciones específicas.

Todas las dinámicas diseñadas para que los consumidores de drogas coloquen en distintas situaciones (con los ojos abiertos, con los ojos vendados, en parejas, con control del tiempo etc.) el preservativo en un objeto similar al pene son muy adecuadas para trabajar tanto determinadas actitudes de rechazo como un entrenamiento directo. Lo más aconsejable es que los CDs comiencen entrenando el uso del condón en situaciones sencillas (p.e. ojos abiertos) y posteriormente en situaciones que requieren mayor estrés y complejidad (p.e. con los ojos vendados, con control del tiempo, etc.) (ver capítulo 3, metodología, pp. 81-82).

CUADRO-RESUMEN PRESERVATIVO MASCULINO

- El preservativo consiste en una funda de latex lubricada que se coloca en el pene para impedir que el semen se deposite en la vagina.
- Es uno de los métodos más seguros para prevenir el embarazo y es el único junto al preservativo femenino que previene de ETS, incluido el SIDA.
- No obstante algunos de los factores que pueden disminuir la efectividad de los preservativos son: a) rotura accidental; b) mala colocación o retirada; c) defecto de fabricación; d) mala conservación; e) utilización fuera del límite de caducidad o, f) uso de lubricantes capaces de deteriorar el preservativo.
- La influencia negativa de estos factores puede incrementarse debido a los intensos estados emocionales que suelen concurrir en algunas relaciones sexuales y al uso previo o simultáneo de drogas que disminuyen el control del individuo sobre la situación.
- Estas limitaciones pueden disminuirse mediante el control sanitario y un adiestramiento en las habilidades y hábitos necesarios para conseguir un uso apropiado y constante.
- Existen una serie de normas de utilización que son esenciales respetarlas para aumentar la eficacia de los preservativos (ver pp. 235-236).
- Las ventajas y desventajas atribuidas al uso del preservativo constituyen las actitudes de los sujetos ante este método preventivo (costes y beneficios) (ver pp. 236-237).
- Las limitaciones que muestran las personas para adoptar esta medida preventiva se refieren a:
 - 1.- La percepción de su seguridad. Aunque los preservativos son uno de los métodos más eficaces, la percepción de su seguridad no es tan amplia.
 - 2.- Infravaloración de determinadas estrategias de prevención que implican una reducción –aunque sea importante– en la probabilidad de riesgo, en comparación con las que, a sus ojos, implican eliminación total de dicho riesgo.
 - 3.- La percepción del condón como un método contraceptivo más que preventivo de ETS.
 - 4.- La percepción de seguridad con respecto al SIDA que tienen las personas con pareja estable.
 - 5.- La adopción inconsciente de la monogamia serial como medida preventiva.
 - 6.- Los numerosos inconvenientes psicológicos y físicos atribuidos al preservativo.
 - 7.- Los niveles de fracasos del condón que aumentan en las primeras relaciones sexuales.
- En los TSMS, los UDs entrenan la colocación del preservativo en diversas situaciones que implican progresivamente un mayor grado de complejidad.

8.13.2.2.- Preservativo Femenino

Consiste en una funda de poliuretano lubricada que se coloca en el interior de la vagina para impedir que el semen se deposite en ella. Consta de un anillo interior para que su colocación resulte rápida y fácil, y de un anillo exterior que se encuentra ubicado en el extremo abierto del preservativo y que permanece fuera de la vagina.

El preservativo femenino al igual que el masculino actúa de barrera, impidiendo que el semen sea depositado en el interior de la vagina y que el pene entre en contacto con ella.

Las más recientes investigaciones demuestran que el preservativo femenino es una eficaz barrera, para prevenir tanto el embarazo como las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. No hay datos del índice de fiabilidad, pero se considera que puede ser tan efectivo como el preservativo masculino si se utiliza siguiendo cuidadosamente sus instrucciones.

Las **normas de utilización del preservativo femenino** que se deben respetar son:

- 1.- Se deben comprar en farmacias, es decir en sitios donde estén almacenados correctamente.
- 2.- Se debe comprobar la fecha de caducidad y que la marca esté registrada.
- 3.- Para las personas que llevan encima los preservativos, se deben conservar adecuadamente.
- 4.- Evitar abrirlo con la boca o con objetos punzantes porque se puede romper el preservativo involuntariamente sin darse cuenta.
- 5.- Se coloca en cualquier momento anterior a la penetración.
- 6.- Si es la primera vez que se utiliza, es necesario leer atentamente las instrucciones.
- 7.- Para extraer el preservativo femenino, se retuerce ligeramente el anillo exterior para evitar el derramamiento del semen contenido en su interior y después se saca con suavidad.
- 8.- Se coloca nuevamente en su bolsa envoltoria y se tira a la basura.
- 9.- Si se va a mantener otra relación sexual coital, se debe usar un nuevo preservativo.

Algunas de las **ventajas** atribuidas a este método es que son muy asequibles, obteniéndose en las farmacias sin receta médica, que previenen tanto del embarazo como de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, que se coloca en cualquier momento antes del coito, y que su utilización no depende tanto del hombre como en el caso del preservativo masculino.

Sin embargo, este método presenta mayores **desventajas** que el preservativo masculino. De hecho, son más caros, las primeras veces puede resultar muy engorrosa su colocación, no son cómodos y no han tenido éxito comercial ya que prácticamente no se utilizan. La mayoría de los usuarios de drogas, en los TSMS, tanto los hombres como las mujeres rechazan este método, porque perciben más ventajas en el uso del condón. No obstante, en algunas situaciones como la prostitución puede ser una buena alternativa de cara a la prevención.

CUADRO-RESUMEN PRESERVATIVO FEMENINO

- Consiste en una funda de poliuretano lubricada que se coloca en el interior de la vagina para impedir que el semen se deposite en ella. Consta de un anillo interior para que su colocación resulte rápida y fácil, y de un anillo exterior que se encuentra ubicado en el extremo abierto del preservativo y que permanece fuera de la vagina.
- El preservativo femenino al igual que el masculino actúa de barrera, impidiendo que el semen sea depositado en el interior de la vagina y que el pene entre en contacto con ella.
- Las más recientes investigaciones demuestran que el preservativo femenino es una eficaz barrera para prevenir tanto el embarazo como las ETS, incluyendo el VIH.
- También, existen una serie de normas de utilización del preservativo femenino que deben ser respetadas por las usuarias (ver pág. 240).
- Las múltiples desventajas asociadas al uso del preservativo femenino han llevado a que sea uno de los métodos menos utilizados. En el caso de la prostitución puede ser una alternativa.

8.13.3.- Comportamientos Sexuales Sin Riesgo

Existe un amplio abanico de comportamientos sexuales sin riesgo que pueden suponer una alternativa a las prácticas sexuales de riesgo (ver capítulo 9, petting, pp. 261-265). El mayor inconveniente en relación a su eficacia es que en general las personas valoran excesivamente el coito, considerándolo como el comportamiento “central” y más placentero. No hay que olvidar que estamos en una sociedad muy “coitalizada”. De tal forma que incluso las personas que se muestran muy a favor de la práctica de otros comportamientos sexuales sin riesgo, tienden a repetir las pautas de actuación sociales dominantes. La implantación de las alternativas al coito entre las personas heterosexuales que ya tienen experiencia sexual es dificultosa, ya que en el 98% de las veces la penetración está presente.

Por tanto, en muchas ocasiones las parejas están de acuerdo con esta posibilidad pero en el momento de la excitación sexual corren el riesgo de romper el pacto y practicar el coito “sin premeditación”, existiendo altas probabilidades de que se realice sin prevenir.

Generalmente, esta práctica es más aceptada por las mujeres que por los hombres, ya que en numerosas ocasiones este tipo de relaciones son más gratificantes sexualmente para las mujeres que el propio coito. Por tanto, en los TSMS, la confrontación de valores entre hombres y mujeres, donde cada grupo exponga sus puntos de vista, puede ser una buena estrategia para que sean las propias mujeres del grupo las que defiendan la adopción de estas prácticas preventivas y de gran satisfacción sexual.

CUADRO-RESUMEN COMPORTAMIENTOS SEXUALES SIN RIESGO

- Existe un amplio abanico de comportamientos sexuales sin riesgo que pueden suponer una alternativa a las prácticas sexuales de riesgo.
- El mayor inconveniente en relación a su eficacia es que en general las personas valoran excesivamente el coito, considerándolo como el comportamiento “central” y más placentero.
- El riesgo de adoptar esta medida preventiva es que si se rompe el pacto y se llega a practicar el coito “sin premeditación”, existen altas probabilidades de que se realice sin prevenir.
- En los TSMS la discusión y confrontación de valores entre los hombres y mujeres del grupo es fundamental para que las propias mujeres defiendan adecuadamente la adopción de estas prácticas preventivas que suelen ser muy gratificantes para el sexo femenino.

8.13.4.- Abstinencia y/o Postergación de la Relación Sexual

La abstinencia es otra de las alternativas ante una situación sexual de riesgo. De hecho, en la investigación llevada a cabo por Kamenga et al.¹⁵³, aunque la mayoría de las parejas estables en las que un miembro de la pareja se encuentra infectado prefieren usar el preservativo, existe un porcentaje apreciable de ellas que escoge libremente la abstinencia sexual, a pesar de que tiene acceso gratuito a cuantos preservativos precisen.

En la línea de subrayar la importancia de la abstinencia sexual como medio de prevención, cabe situar la campaña que lleva a cabo, en Estados Unidos, A.C. Green, uno de los grandes jugadores de baloncesto de la NBA, el cual, junto con el pivot David Robinson, el olímpico Dave Johnson y tres grandes estrellas del fútbol americano ponen el contrapunto a la señalada promiscuidad heterosexual de Magic Johnson y otros grandes deportistas, con el mensaje rotundo de que sexo seguro significa abstinencia total¹⁵⁹. Esta tendencia ha dado lugar a la aparición, en Estados Unidos y España (el primero en Granada, en 1994), de los denominados “Clubs de castidad”. Asimismo, el Gobierno de EEUU y los de los estados centran los programas de educación sexual para prevenir embarazos y ETS dirigidos a adolescentes en la abstinencia¹⁶⁰.

Sin embargo, a la hora de abordar este tema se debe tener en cuenta que a pesar de la denominada contrarrevolución conservadora, la actividad sexual se considera normativa en muchas poblaciones incluidos los consumidores de drogas. En un reciente investigación sobre los jóvenes españoles se encontró que la mayoría estaba a favor de las relaciones sexuales prematrimoniales, al margen de su experiencia sexual¹⁶¹. En este mismo sentido, el 80% de los adolescentes de EEUU creían que sus pares eran activos sexualmente, cuando sólo lo era el 50%, y en consecuencia los jóvenes inactivos sexualmente se sentían atípicos y estigmatizados¹⁶².

En el estudio realizado por Seal y Palmer-Seal¹⁶³, la abstinencia era uno de los comportamientos menos elegidos por las parejas de universitarios (11%). Además, las razones argumentadas para adoptar esta conducta no estaban relacionadas con la preocupación hacia el VIH y/o ETS, sino que estaba más asociada a una falta de disponibilidad (56%), a prohibiciones morales y religiosas (36%), y al temor a ser heridos emocionalmente si se involucraban en la relación sexual (28%).

Una estrategia más realista de cara a la prevención sexual es aplazar las relaciones sexuales coitales hasta otro momento en el que la pareja disponga de alguna medida preventiva. Para ello es necesario que los consumidores de drogas aprendan a postergar y a rechazar adecuadamente las conductas sexuales de riesgo que se les presenten. En el caso de los UD, la postergación de un comportamiento gratificante puede resultar difícil de conseguir ya que este colectivo se caracteriza por la inmediatez con la que realizan las conductas que les producen placer.

CUADRO-RESUMEN ABSTINENCIA Y/O POSTERGACIÓN DE LA RELACIÓN SEXUAL

- La abstinencia es otra de las alternativas ante una situación sexual de riesgo. De hecho, existe un porcentaje apreciable de parejas en el que uno de los miembros está infectado por el VIH que escoge libremente la abstinencia sexual, a pesar de que tiene acceso gratuito a cuantos preservativos precisen.
- Esta tendencia ha dado lugar a la aparición, en Estados Unidos y España, de los denominados “Clubs de castidad”.
- No obstante, la actividad sexual se considera normativa en muchas poblaciones incluidos los usuarios de drogas, siendo la abstinencia sexual la práctica menos adoptada por éstos.
- En general, las razones argumentadas para adoptar esta conducta no están relacionadas con la preocupación hacia el VIH y/o ETS, sino que están más asociadas a una falta de disponibilidad, a prohibiciones morales y religiosas, y al temor a ser heridos emocionalmente si se involucraban en la relación sexual.
- Una estrategia más realista de cara a la prevención sexual es aplazar las relaciones sexuales coitales hasta otro momento en el que la pareja disponga de alguna medida preventiva. Para ello es necesario la postergación y rechazo de las conductas sexuales de riesgo.
- En el caso de los consumidores de drogas, la postergación de un comportamiento gratificante puede resultar difícil de conseguir ya que este colectivo se caracteriza por la inmediatez con la que realizan las conductas que les producen placer.

8.13.5.- Monogamia

El hecho de centrar la atención de los mensajes preventivos en determinados grupos diana –consumidores de drogas, varones homosexuales y adolescentes heterosexuales– y el énfasis excesivo en el riesgo que supone la multiplicidad de parejas sexuales, han supuesto la creación de una falsa sensación de seguridad en los heterosexuales adultos que poseen una pareja estable u optan por la monogamia sin tener garantías reales de que la pareja elegida no miente respecto a su propia multiplicidad de parejas o no está ya infectada en el momento de iniciarse la relación. En Estados Unidos, se ha detectado que la mayoría de las mujeres heterosexuales han sido infectadas por un hombre con el que mantenían una relación estable de larga duración.

A pesar de que la monogamia teórica entre dos personas no infectadas que se guardan fidelidad absoluta es, junto con la abstinencia sexual, la opción teóricamente más segura, lo cierto es que en la práctica real existen una serie de condicionantes por los cuales este principio no se cumple⁴²:

1.- Una persona portadora asintomática no se distingue físicamente en nada de una persona no portadora. Por tanto, la selección de las parejas en base a su aspecto exterior no es una práctica preventiva eficaz. El estudio de Blanton y Gerrard¹⁶⁴ muestra como los sujetos reducían su percepción del riesgo cuando ellos veían fotografías de personas con una aspecto exterior gratamente sexy y no poseían ninguna información diagnóstica del sujeto.

2.- Es posible que en muchos casos ni siquiera la persona sepa que está infectada. De hecho diversas investigaciones han mostrado que entre un 35% y un 65% de los sujetos seropositivos no conocían su estatus serológico¹⁶⁵⁻¹⁶⁸.

3.- Durante un período asintomático que puede durar diez o más años, el individuo infectado puede transmitir el VIH a otra persona a través de los comportamientos de riesgo.

4.- Algunas personas consideran que no deben utilizar preservativo en sus relaciones sexuales por “conocer a la pareja”. A pesar de que en algunos casos la baja percepción de riesgo está justificada, los datos de algunas investigaciones¹⁶³ nos han revelado que el hecho de conocer a la pareja como medio para reducir el propio riesgo sexual es poco efectivo. De hecho, el 11% de las mujeres y el 17% de los hombres que argumentaban conocer a sus parejas no habían discutido sobre sexo seguro nunca. Esta aparente no vulnerabilidad percibida es particularmente importante en el caso de las mujeres que son las que más declararon que no tenían riesgo de transmisión sexual de VIH con sus actuales parejas sexuales. Por tanto, en numerosas ocasiones, la decisión de no utilizar preservativo no se basa en datos objetivos y fiables, sino en una percepción distorsionada basada en el conocimiento y la confianza en la pareja.

5.- De acuerdo con Willig¹⁶⁹, debido a que una relación monógama se fundamenta en la confianza mutua, cualquier cosa que debilite o rompa esa confianza constituye una amenaza seria para su estabilidad. Los intentos por parte de uno de los dos miembros de la pareja de introducir el preservativo en la relación suscita, de inmediato, la desconfianza del otro. De hecho, la implicación afectiva con otra persona suele conllevar la falsa per-

cepción de alejamiento del peligro. Definir a alguien como pareja estable, enamorarse de una persona, tanto en el caso de los heterosexuales como homosexuales, parece implicar que mantener con ella un coito no protegido carece de riesgo. Por otra parte, si las primeras relaciones sexuales de la pareja han tenido lugar con preservativo, un incremento de la confianza se traduce, normalmente, en la sustitución del preservativo por un método anti-conceptivo como la píldora o el DIU. En otras palabras, el uso del preservativo, según el prototipo ideal monógamo al que atienden muchas parejas heterosexuales, constituye una amenaza a la confianza que debe presidir una relación estable.

6.- El análisis de las entrevistas en profundidad realizadas en el estudio de Willig¹⁶⁹ indica que el tema de la seguridad no suele formar parte de las discusiones entre los miembros de una pareja estable y el hecho de que uno de ellos introduzca, en las conversaciones que mantienen, la conveniencia del “sexo seguro” supone, en estos casos, que ha perdido la confianza en la fidelidad del otro.

7.- Bastantes personas suelen mentir u ocultar ciertos hechos para obtener una relación sexual (estado civil, historias de riesgo vividas en el pasado, etc.). De hecho, en la investigación de Cochran y Mays¹⁷⁰ el 34% de los hombres y un 10% de las mujeres de un total de 422 estudiantes sexualmente activos de 18 a 25 años afirmaron que ellos habían mentido para conseguir una relación sexual.

8.- La mayoría de las personas no suelen revelar a sus parejas estables sus infidelidades sexuales. En la investigación de Cochran y Mays¹⁷⁰, un 32% de los hombres y un 23% de las mujeres declararon haber mantenido relaciones sexuales con más de una persona. Además, un 43% de los hombres y un 34% de mujeres consideraban que ellos no revelarían un único episodio de infidelidad sexual, y un 30% manifestó duda de hacerlo. Estos porcentajes son muy similares a los obtenidos por Bayés et al.¹⁷¹ con estudiantes universitarios de la Universitat Autònoma de Barcelona: 43% de hombres y 22% de mujeres no confesarían a su pareja estable un episodio esporádico de infidelidad. Por otra parte, Shusterman y Saxe¹⁷² preguntaron a 50 estudiantes universitarios que mantenían relaciones estables si en alguna ocasión habían mentido a sus parejas, y el 85% lo afirmó; el 41% de estos incidentes constituían episodios de infidelidad y la mayoría de los estudiantes justificaba sus mentiras argumentando que lo habían hecho para proteger a sus parejas.

9.- Aunque no es lo más corriente, un único episodio coital con una pareja infectada puede ser suficiente para que la transmisión del VIH ocurra. Los datos recogidos muestran que aunque la probabilidad de infección en una penetración heterosexual aislada ha sido estimada en sólo 0,1% a 0,2%¹⁷³, lo cierto es que la probabilidad de infección es independiente del número de actos sexuales realizados, de forma que una mujer se infectó después de un único coito y otras no se infectaron después de centenares de ellos¹⁷⁴. Por ello, debe mantenerse firme la afirmación de Johnson¹⁷⁵ de que el coito heterosexual sin protección en el que un miembro de la pareja sea seropositivo para el VIH constituye una práctica de riesgo para la transmisión del virus y que, aunque es poco probable, un único episodio de coito vaginal puede ser suficiente para que dicha transmisión ocurra. Por tanto, desde el momento en que un solo coito puede ser suficiente para la infección, colocar el énfasis en que un comportamiento de riesgo consiste en la multiplicidad de parejas

sexuales puede comunicar una falsa sensación de seguridad a los que optan por la monogamia sin tener garantías de que la pareja elegida no miente respecto a su propia multiplicidad de parejas o no está infectada en el momento que inician sus relaciones.

10.- Algunas personas no suelen confesar a sus parejas estables sus prácticas de riesgo pasadas e incluso actuales.

11.- Aunque no es corriente, un único episodio de compartir material de inyección puede ser suficiente para que la transmisión del VIH ocurra.

12.- En algunos casos, las personas no confiesan su estatus de seropositividad a sus parejas sexuales. En un trabajo llevado a cabo en Barcelona por Carranza y Monclús¹⁷⁶, con 61 heroinómanos seropositivos, el 48% contestó que no informaría de su seropositividad al VIH a su pareja sexual antes de tener relaciones con ella y un 16% lo dudaba.

Por tanto, la monogamia sólo confiere una seguridad absoluta si se cumplen **tres condiciones**: a) que en el momento de iniciarse la relación ninguno de los dos miembros se encuentre infectado; b) que la fidelidad, a partir de este momento, sea absoluta; y c) que ninguno de los dos miembros de la pareja, realice otras prácticas de riesgo que puedan permitir la transmisión del VIH, el VHB y el VHC.

Asimismo, la monogamia serial (tener parejas sexuales monogamas consecutivas) muy frecuentemente practicada no ofrece una protección eficaz contra la difusión de la pandemia del SIDA. De hecho, en nuestra sociedad, una gran parte del peligro futuro de infección por VIH se encuentra en las monogamias de corta duración. Si la pareja con la que se inicia la relación está infectada, el riesgo puede ser mucho mayor que el que existe con una pareja ocasional desconocida ya que, a diferencia de ésta, es probable que se mantengan con la pareja estable una multiplicidad de coitos y con cada uno de ellos se incrementa, lógicamente, la probabilidad de infección.

CUADRO-RESUMEN MONOGAMIA

- El hecho de centrar la atención de los mensajes preventivos en determinados grupos diana y el énfasis excesivo en el riesgo que supone la multiplicidad de parejas sexuales, han supuesto la creación de una falsa sensación de seguridad en los heterosexuales adultos que poseen una pareja estable u optan por la monogamia.
- Existen una serie de condicionantes que hacen que la monogamia teórica no sea tan segura de cara a la prevención de las ETS:
 - 1.- Una persona portadora asintomática no se distingue físicamente en nada de una persona no portadora.
 - 2.- Es posible que en muchos casos ni siquiera la persona sepa que está infectada.
 - 3.- Durante un período asintomático que puede durar diez o más años, el individuo infectado puede transmitir el VIH a otra persona a través de los comportamientos de riesgo.

- 4.- Algunas personas consideran que no deben utilizar preservativo en sus relaciones sexuales por “conocer a la pareja”.
- 5.- Debido a que una relación monógama se fundamenta en la confianza mutua, todo lo que debilite o rompa esa confianza constituye una amenaza seria para su estabilidad.
- 6.- El tema de la seguridad sexual no suele formar parte de las discusiones entre los miembros de una pareja estable y el hecho de que uno de ellos introduzca, en las conversaciones que mantienen, la conveniencia del “sexo seguro” supone, en estos casos, que ha perdido la confianza en la fidelidad del otro.
- 7.- Bastantes personas suelen mentir para obtener una relación sexual.
- 8.- La mayoría de las personas no suelen revelar a sus parejas estables sus infidelidades sexuales.
- 9.- Algunas personas no suelen confesar a sus parejas estables su condición actual o pasada de usuarios de drogas inyectables o su estatus de seropositividad.
- 10.- Aunque no es lo más corriente, un único episodio coital con una pareja infectada puede ser suficiente para que la transmisión del VIH ocurra.
- 11.- Aunque no es corriente, un único episodio de compartir material de inyección puede ser suficiente para que la transmisión del VIH ocurra.

- Por tanto, la monogamia sólo confiere una seguridad absoluta si se cumplen tres condiciones: a) que en el momento de iniciarse la relación ninguno de los dos miembros se encuentre infectado; b) que la fidelidad, a partir de este momento, sea absoluta; y c) que ninguno de los dos miembros de la pareja, comparta material de inyección con otra persona.

- La monogamia serial muy frecuentemente practicada entre los jóvenes no ofrece una protección eficaz contra el SIDA.

8.13.6.- No son Métodos Preventivos Eficaces

Las investigaciones sobre la adopción de conductas preventivas muestra que la utilización de ciertos métodos que no garantizan por sí mismo una prevención eficaz están muy extendidos en la población general, incluidos los usuarios de drogas. Este tipo de conductas se refieren a: a) utilizar el coito interrumpido como medida preventiva, b) disminuir el número de parejas sexuales con las que se mantiene relaciones; c) evitar relaciones sexuales con desconocidos; d) no realizar el coito durante la menstruación; e) no practicar el coito anal; f) no realizar el coito con personas que presentan signos de alguna enfermedad de transmisión sexual tradicional (sífilis, gonorrea, etc.); g) no realizar el coito con parejas que presenten signos que los identifiquen con personas con conductas de riesgo.

El *coito interrumpido* es uno de los métodos que más enraizados están en los usuarios de drogas, y en particular entre los más jóvenes. Consiste en retirar el pene de la vagina justo antes de la eyaculación, para expulsar el semen fuera de la misma. Al depositarse el semen fuera de la vagina se presupone que no puede haber riesgo de embarazo o de enfermedades de transmisión sexual. Su efectividad es muy baja debido a que el hombre antes de eyacular expulsa de forma involuntaria un líquido lubricante que puede llevar espermatozoides o virus de determinadas enfermedades, pudiendo provocar un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual. Además puede originar alto estrés psicológico para el hombre y la mujer, dificultando la excitación sexual y el orgasmo. El hombre debe mantener un auto-control permanente y la mujer puede estar preocupada en su correcta utilización.

La *disminución del número de parejas* si no va acompañada de una utilización sistemática del preservativo no nos ofrece muchas garantías de cara a la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA. Por otra parte, las *personas que evitan tener relaciones sexuales con desconocidos*, actúan como si ellas y su entorno serían invulnerables al VIH/SIDA por definición. Evidentemente, el *no realizar el coito durante la menstruación* o el *abandonar el coito anal*, serán medidas preventivas totalmente eficaces de cara a la transmisión del VIH si van acompañadas de la adopción de otras conductas preventivas, como es la utilización del condón en el coito vaginal o en la fellatio. Las *personas que no realizan el coito con personas que presentan signos de alguna ETS tradicional*, no perciben que las personas seropositivas pueden tener un aspecto saludable. Por último, el *no realizar el coito con parejas que presenten signos que los identifiquen como personas con conductas de riesgo*, además de ser una conducta estigmatizante, no es una medida preventiva eficaz.

CUADRO-RESUMEN

NO SON COMPORTAMIENTOS SEXUALES PREVENTIVOS EFICACES

- Métodos utilizados como comportamientos preventivos pero de garantía dudosa:
 - a) Utilizar el coito interrumpido.
 - b) Disminuir el número de parejas con las que se mantiene relaciones sexuales.
 - c) Evitar las relaciones sexuales con desconocidos.
 - d) No realizar el coito durante la menstruación.
 - e) Abandonar la práctica del coito anal.
 - f) No realizar el coito con personas que presentan signos de alguna enfermedad de transmisión sexual tradicional (sífilis, gonorrea, etc.).
 - g) No realizar el coito con parejas que presenten signos que los identifiquen como personas con conductas de riesgo.

CAPÍTULO 9

CONTENIDOS ESPECÍFICOS DE SEXUALIDAD

En este capítulo se han seleccionado algunos contenidos sobre sexualidad humana que deberían ser abordados en los “Talleres de Sexo Más Seguro” con el fin de favorecer la adopción de conductas sexuales más saludables. La experiencia en impartir este tipo de talleres indica que, en general, los usuarios de drogas poseen muchos mitos sobre el concepto mismo de la sexualidad, la orientación del deseo, los distintos comportamientos sexuales, la respuesta sexual humana y las conductas sexuales de riesgo, asimismo muestran actitudes poco favorecedoras hacia las relaciones sexuales más seguras. Por tanto, a continuación se aporta información sobre cada uno de los aspectos mencionados.

9.1.- CONCEPTO Y FUNCIONES DE LA SEXUALIDAD

Muchas personas cuando definen el concepto de “sexualidad” lo hacen de forma muy restringida, refiriéndose exclusivamente a la relación sexual entre hombres y mujeres, a la relación sexual coital, a una etapa concreta de la vida, a las relaciones sexuales de su contexto, etc. Realmente, conseguir una definición clara y exacta del concepto “sexualidad” es bastante difícil y complejo, por tanto se ha optado por mencionar **8 puntos importantes para entender qué es la Sexualidad**^{177,178}:

- 1.- La sexualidad no son sólo los órganos genitales, sino que es una dimensión humana que abarca todo el ser humano.
- 2.- La sexualidad está presente desde que se nace hasta que se muere, aunque en cada edad es diferente y se manifiesta de forma distinta.
- 3.- Hombres y mujeres, como sujetos sexuados, están abocados a relacionarse y entenderse. Desde que nacemos aprendemos a relacionarnos entre nosotros; primero con los padres y familiares, después con los amigos, etc. Estas relaciones son imprescindibles para un sano desarrollo de la personalidad y se establecen a partir de un cuerpo y una identidad sexual.
- 4.- La sexualidad se puede expresar de muchas formas (caricias, besos, abrazos, etc.) de las cuales el coito vaginal es sólo una de ellas, y no la única. Todo el cuerpo de forma natural, si se le deja, reacciona positivamente al contacto corporal y a la estimulación sexual.
- 5.- Las personas somos distintas y la forma de manifestar la sexualidad es diferente en cada uno de nosotros. Por tanto, es necesario aprender a respetar la manera en que cada persona vive su sexualidad. Sin embargo, en numerosas ocasiones únicamente la sexualidad masculina ha sentado las bases de la vida sexual.

6.- Una de las funciones de la sexualidad es la reproducción, aunque habitualmente las personas viven su sexualidad no para tener descendencia sino para comunicarse, relacionarse y obtener con ello una mutua satisfacción. Sería deseable que las personas optaran por desarrollar esta capacidad de manera libre y responsable.

7.- La regulación social de la sexualidad varía con el tiempo y la cultura; conductas sexuales que en unas épocas o sociedades fueron bien consideradas, pueden ser rechazadas en otras. Por tanto es importante tener claro que, en realidad, se trata de formas diferentes de expresar la sexualidad.

8.- La sexualidad es una necesidad básica del ser humano como lo es la búsqueda del afecto; es posible negarla o reprimirla, pero es imposible anularla. Conocerla y vivirla libre y responsablemente es saludable y necesario para el equilibrio como personas.

CUADRO-RESUMEN

CONCEPTO Y FUNCIONES DE LA SEXUALIDAD

- 1.- La sexualidad no son sólo los órganos genitales.
- 2.- La sexualidad está presente desde que se nace hasta que se muere.
- 3.- La forma de relacionarnos se aprende en el entorno que vivimos y se establecen a partir de un cuerpo y una identidad sexual.
- 4.- La sexualidad se puede expresar de muchas formas (caricias, besos, abrazos, etc.) de las cuales el coito vaginal es sólo una de ellas, y no la única.
- 5.- Las personas somos distintas y la forma de manifestar la sexualidad es diferente en cada uno de nosotros.
- 6.- Las funciones de la sexualidad son: comunicación-relación-afecto, placer y reproducción.
- 7.- La regulación social de la sexualidad varía con el tiempo y la cultura.
- 8.- La sexualidad es una necesidad básica del ser humano como lo es la búsqueda del afecto.

Los TSMS deberían abordar este concepto para ampliar la visión tan restringida que tienen los consumidores de drogas sobre sexualidad y de esta forma posibilitar actitudes más favorecedoras hacia la adopción de conductas sexuales más saludables. Por ejemplo, si se consiguiera que el coito vaginal no se viviera como la “única y principal” forma de obtener placer, como ocurre muy frecuentemente, esto permitiría la adopción de otras alternativas sexuales satisfactorias y que suponen un riesgo menor o ninguno.

9.2.- ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

9.2.1.- Los órganos sexuales femeninos

Los órganos sexuales femeninos pueden dividirse en externos e internos.

9.2.1.1.- Órganos sexuales externos

Al conjunto de órganos sexuales externos situados en la parte inferior del pubis entre los muslos se les denomina *vulva* y está compuesta por:

.- *Monte de Venus*: un acúmulo de grasa sobre el pubis, cubierto desde la adolescencia por el vello púbico.

.- *Labios mayores*: son los dos pliegues de piel y grasa más externos que se cubren de vello a partir de la adolescencia. En su parte superior se encuentra el monte de venus y recubren a los labios menores.

.- *Labios menores*: son dos pliegues cutáneos de piel muy finos y suaves, sin vello, de color rosado más o menos oscuro, según la raza, y que confluyen, en su parte superior, en una pequeña estructura denominada clítoris. Protegen la entrada de la vagina y del meato urinario.

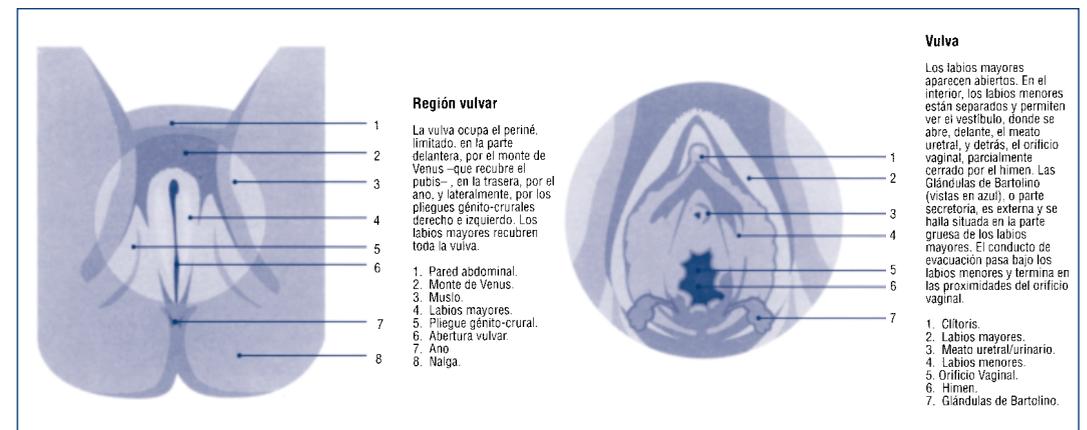
.- *Clítoris*: es un órgano eréctil, rico en estimulaciones nerviosas y con una función básicamente sexual (placentera). Es capaz de congestionarse, acumular sangre en los vasos de su interior y ponerse erecto.

.- *Meato urinario*: es el orificio por el que sale la orina al exterior, desde la vejiga y a través de la uretra. Se ubica debajo del clítoris y encima de la entrada vaginal.

.- *Orificio vaginal*: se sitúa en la zona inferior y posterior del orificio uretral, es la entrada a la vagina. Se haya parcialmente recubierto, aunque no siempre, de un “telilla” denominada “himen”.

.- *Glándulas de Bartholino*: son dos glándulas vestibulares, apenas visibles, que se encuentran a ambos lados del orificio vaginal. La utilidad de estas glándulas no está clara, hasta hace poco se pensaba que servían para lubricar la vagina durante el coito.

Gráfico: Órganos Sexuales Externos Femeninos.



9.2.1.2.- Órganos sexuales internos

Se sitúan en la cavidad abdominal, en el interior del cuerpo de la mujer:

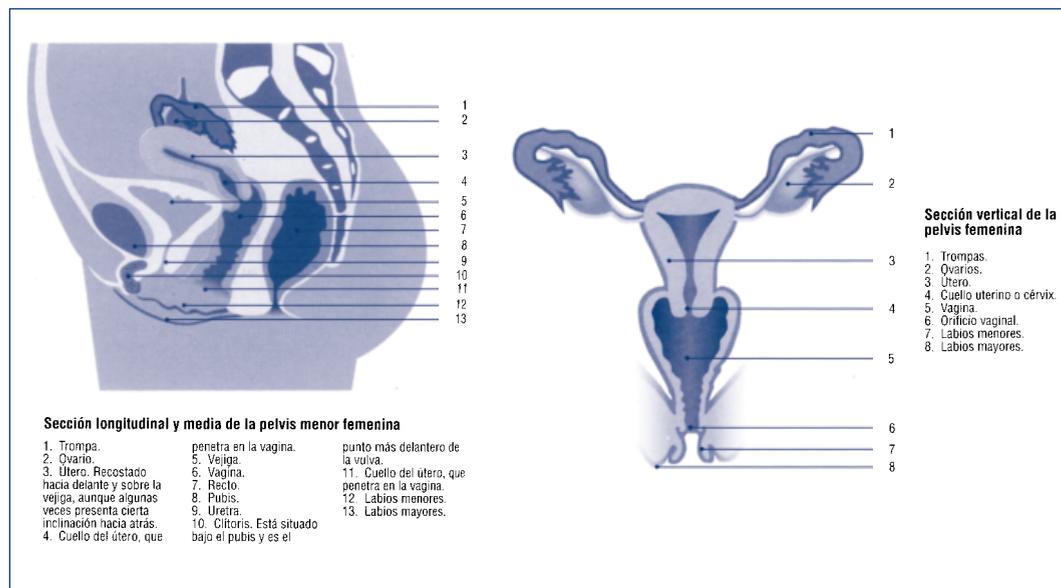
- *Vagina*: es una estructura tubular, de paredes suaves y elásticas, con una longitud aproximada de 10 centímetros que va desde el cuello del útero hasta el exterior (vulva) y colocado de forma oblicua, entre la vejiga y el recto.

- *Útero*: órgano muscular con forma de pera invertida y cuya misión es albergar y alimentar a través de la placenta al feto mientras se está formando. Su parte inferior más estrecha se llama cuello uterino o cérvix y comunica con la vagina. En la parte superior más ancha desembocan las dos trompas.

- *Trompas de Falopio*: son dos estructuras tubulares delgadas, situadas a ambos lados del útero. La parte más próxima al ovario tiene una forma similar a la de un embudo. Sus funciones son recoger al óvulo y transportarlo tanto si ha sido fecundado como si no. En las trompas es donde se produce la fecundación.

- *Ovarios*: son dos órganos pequeños de aspecto blanquecino que están situados a ambos lados del útero. Las funciones de estas gónadas son la secreción de hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), así como la maduración y liberación de los óvulos.

Gráfico: Órganos Sexuales Internos Femeninos.



9.2.2.- Los órganos sexuales masculinos

Los órganos genitales masculinos pueden también dividirse en externos e internos.

9.2.2.1.- Órganos sexuales externos

- *Pene*: es un órgano muscular cilíndrico, alargado y eréctil. Permite introducir los espermatozoides en la vagina durante el coito (función reproductora) y es un órgano erótico y de placer importante, aunque no el único. Comprende 3 partes: cuerpo, glande y prepucio.

- *Cuerpo del Pene*: está formado por tres cilindros de tejido eréctil: un cuerpo esponjoso, que rodea la uretra y que termina en un abultamiento en el extremo final llamado glande y dos cuerpos cavernosos. Son formaciones muy ricas en vasos y cavidades, normalmente vacías, que al llenarse de sangre, en el momento de la excitación, permiten que el pene aumente de tamaño y se ponga erecto.

- *Glande*: es el extremo final del pene, recubierto por el prepucio y que en su punta presenta el orificio de la uretra. Recibe gran número de terminaciones nerviosas por lo que es una zona de gran sensibilidad.

- *Prepucio*: es un repliegue de piel que recubre el glande. En ocasiones el prepucio dificulta la salida del glande y a veces hasta la micción (fimosis).

- *Base del Pene*: es la parte del pene que está unida al cuerpo.

- *Escroto*: son unas bolsas de piel pigmentada donde se encuentran los testículos, manteniéndolos a una temperatura inferior a la del cuerpo, hecho necesario para un adecuado funcionamiento.

9.2.2.2.- Órganos sexuales internos

- *Testículos*: son las glándulas sexuales del hombre que se encuentran en el interior de las bolsas escrotales. Estas gónadas segregan la hormona sexual masculina (testosterona) y producen los espermatozoides. Se distinguen dos estructuras fundamentales: a) los tubulos seminíferos donde se da la formación de los espermatozoides, cuyo proceso se denomina espermatogénesis y b) un espacio que los separa, denominado espacio intersticial en cuyas células se produce la secreción de testosterona.

- *Vesículas seminales*: son dos pequeñas glándulas con forma de saco situadas detrás de la pared posterior de la vejiga y delante del recto. Su función es la de producir un líquido con elevado contenido de fructosa, imprescindible para la movilidad espermática. Se une con el extremo distal de la ampolla deferencial para formar el conducto eyaculador.

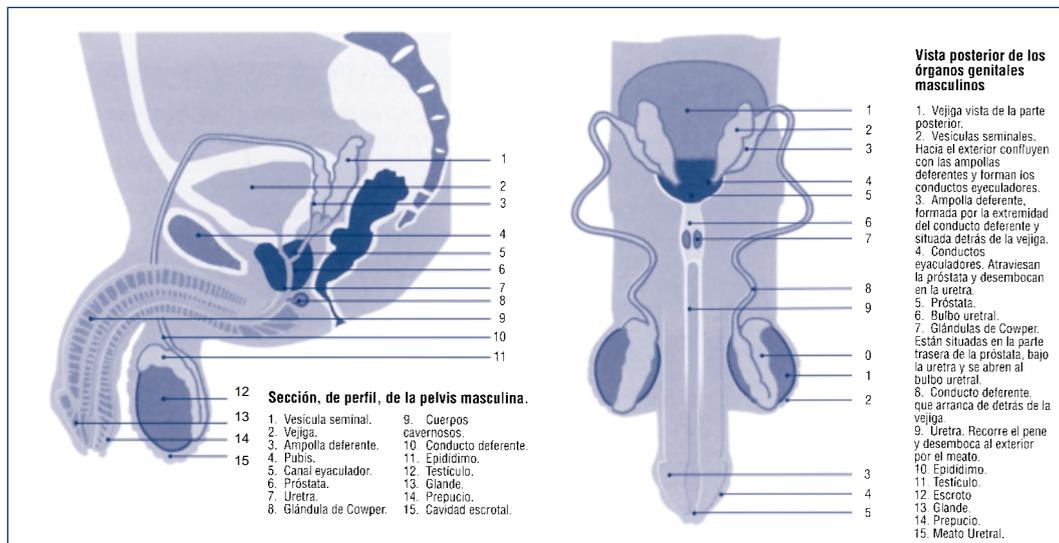
- *Próstata*: es una glándula parecida a una castaña que se sitúa debajo e la vejiga, rodeando la primera porción de la uretra. En ella confluyen los conductos eyaculadores. Su secreción, así como la de las vesículas seminales, son las que dan al semen su aspecto y olor característico.

- *Glándulas de Cowper*: la función de estas glándulas bulbouretrales situadas a ambos lados de la próstata es la de lubricar la uretra, en el momento de la eyaculación. Añade al semen una sustancia alcalina que mediatiza la acidez de la uretra.

- **Uretra:** es el conducto que lleva la orina desde la vejiga hasta el meato uretral y el semen desde los conductos eyaculadores hasta el exterior. Un pequeño músculo, que actúa como válvula, abre y cierra la uretra para evitar que la orina y el semen se mezclen.

- **Vía seminal:** está compuesta por: 1) el epididimo son unos finos conductos intratesticulares que se encuentran en el interior de los testículos y desembocan en el conducto deferente; 2) el conducto deferente que se extiende desde la cola del epididimo hasta el cuello de la vesícula seminal; 3) los conductos eyaculadores que se forman por la unión de los conductos deferentes y de las vesículas seminales, penetran en la próstata y se abren a través de dos pequeños orificios en la uretra y, 4) la uretra.

Gráfico: Órganos Sexuales Masculinos



9.3.- ORIENTACIÓN DEL DESEO SEXUAL

El objetivo fundamental de este apartado es clarificar algunas cuestiones relacionadas con la orientación del deseo, ya que los TSMS van dirigidos a personas que tienen diferentes orientaciones como es la heterosexual, homosexual o bisexual. Un **heterosexual** es una persona cuya orientación sexual es hacia personas de distinto sexo, un **homosexual** es una persona cuya orientación sexual es hacia personas del mismo sexo y un **bisexual** es una persona cuya orientación sexual es hacia personas del mismo o de distinto sexo.

Tradicionalmente, se ha producido una relación estrecha e inflexible entre **identidad sexual, rol y orientación del deseo**. Así la identidad sexual (hombre-mujer) debía ir pareja con la adopción del rol correspondiente (masculino-femenino) y el deseo debía estar orientado necesariamente hacia personas del otro sexo (heterosexualidad). En la adolescencia es cuando se toma conciencia de hacia dónde se orienta el deseo. En esta sociedad sigue siendo problemático aceptar el deseo si éste no es heterosexual.

Una gran variedad de teorías (psico-sociales, biológicas, etc.) han intentado explicar los orígenes de la orientación del deseo, particularmente la homosexualidad, pero todavía no existen respuestas científicas definitivas. No obstante, en la actualidad hay un acuerdo bastante generalizado en que la homosexualidad y bisexualidad son orientaciones del deseo alternativas que no comportan, por sí mismas, el riesgo para la salud psico-física del individuo y el grupo social.

Es importante señalar que la **frecuencia de la homosexualidad** es particularmente difícil de evaluar, los resultados obtenidos están subordinados a las definiciones utilizadas y a las palabras empleadas para formularlas. En el estudio de Kolata et al.¹⁷⁹ sobre una muestra de 3.432 norteamericanos de 18 a 50 años, el 5% de los hombres y el 4% de las mujeres afirman haber mantenido relaciones homosexuales, pero sólo el 2,8% de los varones estadounidenses y el 1,5% de las mujeres norteamericanas se declaran a sí mismos como homosexuales o bisexuales. De todos modos, las encuestas recientes muestran que la homosexualidad no caracteriza a un 10% de la población adulta, como se pensaba en los años 60-70, sino que a un 3-5% de ella¹⁸⁰ (recordemos que una publicación del movimiento gay en USA se denomina 10%, haciendo referencia al porcentaje que se estimaba como homosexual de la población).

Las declaraciones de prácticas sexuales con personas del mismo sexo varían sensiblemente según el sexo. Oliver y Hyde¹⁸¹ encontraron en los hombres una mayor incidencia de comportamientos homosexuales que las mujeres. Spira y Bajos¹⁸⁰ constataron que las mujeres francesas declaran más a menudo que los hombres haber sido sexualmente atraídas por alguien del mismo sexo (6,6% frente al 4,6%). De todas las personas que han tenido al menos una relación sexual a lo largo de su vida (96% de los hombres y 95% de las mujeres), el 4,1% de los hombres y el 2,6% de las mujeres han declarado haber tenido al menos una pareja del mismo sexo. El 6% de los ingleses y el 3,4% de las inglesas contestaban de forma similar. Estos resultados son comparables con los de la encuesta de Simon et al.¹⁸² (5% y 2% respectivamente) y con los de otras encuestas occidentales^{183,184}.

Desde los hallazgos de Kinsey y estudios posteriores se admite que la orientación del deseo puede ser heterosexual, homosexual y bisexual. Sin embargo, a pesar de que la comunidad científica admite que existen varias categorías de orientación del deseo sexual, muchas veces se observan actitudes negativas y de no aceptación de tales variaciones; en otros casos se ha producido un cambio en las opiniones o creencias de las personas, en el sentido de mayor aceptación, pero no así de sus actitudes y comportamientos. Actualmente, numerosas investigaciones muestran una aceptación de la homosexualidad. Sin embargo, estos datos no son congruentes con los siguientes **estereotipos que se dan en la sociedad en relación a la homosexualidad**⁹⁷:

1.- **La creencia de que todos los hombres homosexuales son afeminados y las lesbianas son masculinas** representa una confusión de dos conceptos importantes: la identidad de género (la identificación de una persona con lo masculino o femenino) y la orientación sexual (heterosexual y homosexual). Los homosexuales difieren de la mayoría en quién es su pareja sexual, pero estas personas no difieren en la identidad de género¹⁸⁵. Por tanto, los homosexuales eligen una pareja del mismo sexo, pero su identidad es definitivamente

masculina. El hombre homosexual piensa en sí mismo como hombre y no desea ser mujer. Mientras que en el caso de las lesbianas su orientación sexual es hacia otra mujer pero ella se identifica como mujer y no desea ser hombre¹⁸⁶.

2.- *En sus relaciones sexuales, los hombres homosexuales adoptan los roles típicos de los heterosexuales:* es decir, una persona hace de hombre y la otra de mujer. Con respecto a las prácticas sexuales, la mayoría de los hombres homosexuales mantienen todo tipo de conductas y no se restringen a uno u otro rol.

3.- *Los hombres homosexuales son agresores de menores.* En realidad la mayoría de estos abusos son realizados por hombres heterosexuales hacia chicas jóvenes; el 80% de los niños son abusados por heterosexuales frente a un 20% de niños abusados por hombres homosexuales¹⁸⁷. De acuerdo al *Gay Report*, el 93% de los hombres homosexuales nunca ha tenido relaciones sexuales con niños menores de 12 años¹⁸⁸. Además, la mayoría de los adolescentes se inician en la actividad homosexual con otro adolescente¹⁸⁹. Por tanto, no hay razones para asumir que un hombre homosexual es un abusador de niños.

4.- *Todos los hombres homosexuales han contraído el SIDA.* Aunque en algunas zonas del mundo los hombres homosexuales han sido las personas más afectadas por el VIH, en otras regiones han sido los UDVPs y en otras los heterosexuales. Además, existen pocos casos documentados de SIDA entre mujeres homosexuales^{190,191}.

Este tipo de creencias y otras favorecen la homofobia o actitudes negativas y discriminatorias hacia personas con este tipo de orientación sexual. En particular, la homosexualidad ha sido y es una de las conductas sexuales que suscita más *actitudes negativas y aversión*, al menos en nuestra cultura occidental. En una muestra de USA, el 70% de los individuos consideraba la homosexualidad como algo negativo, y en comparación con el sexo extramatrimonial, prematrimonial y la pornografía, se percibía como mucho menos tolerada. Resultados similares se encontraron en Gran Bretaña, confirmando que la homofobia afecta al 70% de los hombres y cerca del 60% de las mujeres. Las investigaciones realizadas sobre este tema han negado la existencia de estos estereotipos en la comunidad homosexual.

Por último, muchas personas confunden la homosexualidad con el travestismo o el transexualismo. El *travestismo* se refiere a vestirse como un miembro del otro género. El verdadero travestí es una persona que obtiene la gratificación sexual vistiéndose con ropas del otro género⁹⁷. Algunos autores defienden la idea de que es básicamente un fetichismo¹⁹² y parece ser bastante similar al fetichismo de ropa. Se suele practicar en privado, mayoritariamente son hombres, heterosexuales, casados y con hijos¹⁹³. Socialmente el travestismo es un hecho totalmente aceptado durante algunas fiestas populares como el Carnaval. Se puede observar como gran cantidad de hombres y mujeres se visten con ropas típicas del otro género. Hay personas que utilizan el travestismo como parte de su trabajo como artistas; algunos transexuales es posible que pasen por una fase de travestismo hasta que llegan a ser mujeres. No obstante, la mayoría de los travestís se identifican como hombres, orientan su deseo hacia personas del otro sexo pero les gusta adoptar un rol típicamente femenino.

Sin embargo, la *transexualidad* es considerada por muchos autores como una variación de la conducta sexual, mientras que algunas disciplinas como la sexología no la identifican con un problema de género, y más específicamente de identidad de género. Un transexual es una persona que se siente dentro de un cuerpo de otro género (su cuerpo le dice “soy un hombre”, pero su mente le dice “soy una mujer”, y lo mismo en el caso de la mujer). Esta condición se conoce como disforia de género, provocando infelicidad o insatisfacción con el género de uno mismo⁹⁷. Ante esta situación, algunas personas optan por someterse a operaciones quirúrgicas de cambio de sexo. El término transexual se utiliza tanto para la persona que decide cambiar su sexo como para la que no toma tal decisión. En términos generales, la comunidad científica no ha encontrado una causa definitiva del transexualismo⁹⁷.

CUADRO-RESUMEN ORIENTACIÓN DEL DESEO

- La orientación del deseo puede ser:
 - .- Heterosexual: persona cuya orientación sexual es hacia personas de distinto sexo.
 - .- Homosexual: persona cuya orientación sexual es hacia personas del mismo sexo.
 - .- Bisexual: persona cuya orientación sexual es hacia personas del mismo y de distinto sexo.
- Existe una relación estrecha e inflexible entre identidad sexual, rol y orientación del deseo.
 - En la adolescencia es cuando se toma conciencia de hacia donde se orienta el deseo.
 - No existen respuestas científicas definitivas que expliquen los orígenes de la orientación del deseo.
 - La homosexualidad y la bisexualidad son orientaciones del deseo, alternativas que por sí mismas no comportan riesgo para la salud psico-física del individuo y el grupo social.
 - Según las últimas grandes encuestas de conducta sexual, la homosexualidad caracterizaría a un 3-5% de la población.
 - Las declaraciones de prácticas sexuales con personas del mismo sexo varían sensiblemente según el sexo.
 - Muchas veces se observan actitudes negativas y de no aceptación hacia la homosexualidad o la bisexualidad; en otros casos se ha producido un cambio en las opiniones o creencias de las personas, en el sentido de mayor aceptación, pero no así de sus actitudes y comportamientos.
 - Estereotipos en relación a la homosexualidad que favorecen la homofobia o actitudes negativas y discriminatorias hacia personas con este tipo de orientación sexual:

- Todos los hombres homosexuales son afeminados y todas las mujeres homosexuales son masculinas.
- En las relaciones sexuales, los homosexuales juegan los roles típicos de los heterosexuales.
- Los hombres homosexuales son agresores de menores.
- Todos los hombres homosexuales han contraído el SIDA.
- Es importante diferenciar entre homosexualidad, transexualidad y travestismo.

9.4.- COMPORTAMIENTOS O CONDUCTAS SEXUALES

La conducta sexual se refiere a todo tipo de actividad sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona, bien sea homosexual, heterosexual o bisexual, o incluso en un “trío” o en una “orgía”. A continuación, se hace referencia a los diferentes comportamientos sexuales con el fin de ampliar el repertorio de conductas sexuales de los usuarios de drogas que participan en el taller. Desafortunadamente, la investigación sobre las conductas sexuales más íntimas, debido a las dificultades que conlleva no ha sido muy prolífera, y de forma particular en nuestro contexto.

9.4.1.- Masturbación: Autoerotismo

La masturbación se puede referir a la estimulación propia (autoerotismo) como a la estimulación que una persona le produce a otra (heteroerotismo) de forma manual. Este apartado hace referencia al autoerotismo.

La *masturbación o autoerotismo* a menudo se ha considerado un comportamiento exclusivo de la adolescencia, sin embargo también puede darse en otras etapas de la vida del ser humano. Tanto anteriores a este período (infancia, pre-adolescencia)^{194,195} como posteriores (edad adulta).

La masturbación ha sido una de las conductas más castigadas, prohibidas y culpabilizadas. Sin embargo, no existe ningún tipo de razón médico-clínica para prohibir la masturbación. La masturbación puede ser nociva si se vive con ansiedad y culpa o si se utiliza compulsivamente para otros fines distintos al desarrollo de la capacidad de sentir¹⁹⁶.

Las actitudes hacia la masturbación son más positivas ahora que en épocas pasadas. Durante mucho tiempo, la masturbación se ha considerado el origen de múltiples enfermedades, actualmente muy pocas personas apoyan esta creencia. Sin embargo, algunas personas, y en particular las mujeres, suelen presentar sentimientos ambivalentes hacia la masturbación, como son los sentimientos de culpa, defensivos o embarazosos.

Hoy es aceptado por la comunidad científica que la masturbación es una conducta que cumple diversas funciones: proporcionar placer, aprender sobre el propio funcionamiento sexual y enriquecer las relaciones sexuales en pareja. De hecho, las técnicas utilizadas por los hombres y las mujeres al masturbarse son interesantes debido en parte a que ellas proveen información a sus parejas sobre técnicas que mejoran las relaciones sexuales en pareja.

La mayoría de las mujeres se masturban manipulando el clítoris y los labios menores^{197,198}. Ellas pueden frotar de arriba a abajo o en movimientos circulares, algunas veces suavemente y otras aplicando más presión al clítoris. Los labios menores también pueden ser acariciados.

Este hallazgo es en contraste distinto a lo que muchos hombres se imaginan que son las técnicas de masturbación femenina; los hombres se imaginan a las mujeres insertando un dedo, una banana, o un objeto similar en las profundidades de la vagina¹⁹⁸. De hecho, esto no se realiza muy frecuentemente, ya que el método más común es la manipulación del clítoris y de los labios. De la muestra de mujeres del estudio de Kinsey que se masturbaban, el 84% utilizaba la manipulación del clítoris y de los labios; el insertar dedos u objetos en la vagina fue la segunda técnica utilizada, pero sólo era practicada por un 20% de las mujeres.

Otras técnicas utilizadas por las mujeres incluyen la estimulación del pecho, la presión del muslo ejercida al cruzar las piernas y presionarlas rítmicamente para estimular el clítoris, y presionar los genitales contra algún objeto, tal como una almohada, o al dar masajes con un chorro de agua durante la ducha. Unas pocas mujeres son capaces de utilizar únicamente la fantasía para producir el orgasmo.

La mayoría de los hombres informan que se masturban a través de la estimulación manual del pene. Para aquellos interesados en la rapidez, un orgasmo puede ser alcanzado en sólo un minuto o dos¹⁹⁹. La mayoría de los hombres utilizan la técnica de colocar la mano alrededor del cuerpo del pene o haciendo un movimiento de arriba a abajo para estimular el cuerpo del pene y el glande. Debido a que el pene no produce una lubricación natural por sí mismo, a algunos hombres les gusta utilizar una forma de lubricación como la espuma del jabón mientras se duchan. La fuerza con la que se sujeta el pene, la rapidez del movimiento, y la cantidad de estimulación del glande varían de un hombre a otro. La mayoría aumenta la velocidad de la estimulación cuando se están aproximando al orgasmo, y durante el mismo disminuye o se para la estimulación porque podría resultar desagradable²⁰⁰. En el momento de la eyaculación, ellos a menudo sujetan el cuerpo del pene fuertemente. Inmediatamente después del orgasmo, el glande y la corona están hipersensibles, y los hombres generalmente evitan más estimulación del pene en ese momento²⁰¹.

Existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la frecuencia con que se realiza este comportamiento y las emociones o sentimientos que provoca. La masturbación es un tipo de conducta que presenta una incidencia casi universal en los hombres, mientras que en las mujeres su incidencia es bastante inferior. El meta-análisis de Oliver y Hyde¹⁸¹ confirmó que las mayores diferencias de género se siguen dando respecto a la incidencia de la masturbación. En un estudio realizado en Francia con una muestra aproximada de 20.000 sujetos¹⁸⁰ las mujeres declaran haberse masturbado a lo largo de la vida en menor proporción que los hombres (42% frente al 84%). Por razones diferentes a las de épocas pasadas, la masturbación femenina sigue siendo una práctica poco legítima, y difícil de declarar. Un análisis de las declaraciones sobre la masturbación femenina muestra la persistencia de una cierta sub-declaración respecto a esta práctica.

Además, en el mundo masculino se vive con normalidad mientras que en el femenino, a menudo está asociado al vicio, a la suciedad “las mujeres que se masturban son una salidas, son más fáciles, etc.”. Esto produce bloqueos e inhibiciones a la hora de hablar sobre el tema. En el fondo, continúa subyaciendo la creencia de que la masturbación es un comportamiento sexual puramente masculino.

Asimismo, las actitudes hacia la masturbación son más negativas si ésta se da en la mujer²⁰². No obstante, en el estudio francés¹⁸⁰ las diferencias de género en las actitudes hacia la masturbación fueron prácticamente inexistentes, siendo los hombres ligeramente más favorables. La actitud femenina francesa, con respecto a la masturbación ha cambiado desde la época de la encuesta de Simon et al.¹⁸², donde las mujeres mostraron una actitud radicalmente distinta a la del hombre.

Es sorprendente constatar que aunque las prácticas de auto-erotismo son declaradas por más de la mitad de las personas, ellas no son aceptadas por una mayoría de la población. Una disonancia parece existir entre lo que se realiza en la práctica y lo que se juzga como socialmente aceptable o normativo.

Socialmente, la masturbación suele considerarse un sustituto del coito, un “sucedáneo”. Por tanto, la frecuencia con que se practica la masturbación decrece en los hombres, cuando mantienen relaciones sexuales en pareja. Sin embargo, en el caso de las mujeres ocurre lo contrario, es decir, muchas conocen el placer a través de las relaciones sexuales con la pareja y este descubrimiento les lleva a masturbarse. De hecho, una buena parte de las primeras experiencias de masturbación femenina, cuando ellas se producen, tienen lugar después de los 20 años. No obstante, a lo largo de toda la vida, los hombres practican más este comportamiento que las mujeres.

CUADRO-RESUMEN

Masturbación o Autoerotismo

- La masturbación se puede referir a la estimulación propia (autoerotismo) como a la estimulación que una persona le produce a otra (heteroerotismo) de forma manual.
- La masturbación se da con más frecuencia durante la adolescencia aunque puede practicarse a lo largo de toda la vida (infancia, pre-adolescencia, época adulta).
- No existe ninguna razón médico-clínica que asocie la masturbación a trastornos psicológicos o físicos, solamente puede ser nociva si se vive con ansiedad o se realiza de forma compulsiva.
- Actualmente, hay actitudes más positivas hacia la masturbación aunque todavía puede generar sentimientos ambivalentes, de culpa, de vergüenza, sobre todo en el caso de la mujer.
- Funciones de la masturbación: proporcionar placer, aprender sobre el propio funcionamiento sexual y enriquecer las relaciones sexuales en pareja.
- Las técnicas utilizadas por los hombres y las mujeres al masturbarse son interesantes debido en parte a que ellas proveen información a sus parejas sobre técnicas que mejoran y enriquecen las relaciones sexuales en pareja.

- Los hombres parecen realizar este comportamiento en mayor proporción y con mayor frecuencia que las mujeres, aunque un análisis de las declaraciones sobre la masturbación femenina muestra la persistencia de una cierta sub-declaración respecto a esta práctica.
- Además, las actitudes hacia la masturbación son más negativas si ésta se da en la mujer.
- Una disonancia parece existir entre lo que se realiza en la práctica y lo que se juzga como socialmente aceptable o normativo.
- Socialmente, las personas suelen considerar que la masturbación es un sustituto del coito.
- La frecuencia con que se practica la masturbación decrece en los hombres cuando mantienen relaciones sexuales en pareja, lo contrario de lo que sucede en las mujeres.

9.4.2.- Petting

El *petting* es el término inglés que hace referencia a “intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él, pudiendo incluir el orgasmo”. Entre estas conductas se pueden mencionar: susurros, besos, caricias en diferentes partes del cuerpo (pelo, cuello, interior de los muslos, etc.), heteromasturbaciones, acariciar el clítoris, relaciones sexuales buco-genitales, striptease, masajes eróticos, bailar románticamente, etc.

Existe la creencia de que la realización de estas prácticas que no incluyen el coito vaginal son más propias de la adolescencia, pero no de la población adulta que tiene ya experiencia de coito. La sociedad sigue manteniendo la idea de que la penetración vaginal es el que hace que la relación sexual sea “completa”. De hecho, según las encuestas francesas¹⁸⁰, inglesas²⁰³ y españolas²⁰⁴, el coito vaginal casi siempre está presente, mientras que otras prácticas son menos universales, aunque algunas de ellas han conocido una fuerte difusión en las últimas décadas. Además, en la mayoría de las relaciones sexuales, el resto de los comportamientos sexuales suelen constituir un mero prelude para el coito vaginal²⁰⁵, aunque algunas veces, y en particular en el caso de la mujer, sea poco o nada satisfactorio.

En los TSMS, los UD's participantes realizan una lista de 40 a 70 comportamientos sexuales, en unos 30 minutos. Esta lista permite ampliar el repertorio de conducta sexual de los sujetos, proporcionar información objetiva sobre estas prácticas y analizar las actitudes del grupo ante las distintas conductas sexuales que no incluyen el coito. Por ejemplo, en algunos talleres se puede aplicar una dinámica como es la discusión dirigida en la que son las propias mujeres las que pueden defender ante los hombres la práctica de estas conductas sexuales que no incluyen el coito, ya que en muchas ocasiones les resultan más placenteras y gratificantes, además de que casi la totalidad de ellas no conllevan ningún riesgo de ETS o SIDA. Los grupos pueden así desarrollar un amplio repertorio de comportamientos sexuales placenteros sin riesgos de enfermedades y que supongan una alternativa real al coito. A continuación, se aporta información sobre cada una de estas conductas, que debería ser proporcionada en los talleres para potenciar su práctica.

CUADRO-RESUMEN**PETTING**

- El petting es el término inglés que hace referencia a una gran variedad de “intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él, pudiendo incluir el orgasmo”.
- Existe la creencia de que la realización de estas prácticas que no incluyen el coito vaginal son más propias de la adolescencia, pero no de la población adulta que tiene ya experiencia de coito.
- En la mayoría de las relaciones sexuales, el resto de los comportamientos sexuales suelen constituir un mero preludeo para el coito vaginal.
- Es importante desarrollar una amplio repertorio de conductas sexuales placenteras sin riesgos de enfermedades y que sean una alternativa real al coito.

9.4.2.1.- Besar

El besar es una actividad que generalmente todo el mundo en nuestra cultura ha mantenido²⁰⁶. En el *beso simple*, las parejas mantienen sus bocas cerradas y se tocan mutuamente los labios. En el *beso profundo*, ambas personas abren ligeramente los labios e insertan sus lenguas en la boca de la pareja. La mayoría de las variaciones se basan en estas dos aproximaciones básicas, tal como mordisquear los labios o la lengua de la pareja o succionar los labios; ellos dependen sólo de la imaginación y las preferencias personales. Evidentemente todas las partes del cuerpo pueden ser besadas como la nariz, la frente, los párpados, el lóbulo de la oreja, el cuello, la cintura, el interior de los muslos, los genitales, el ano, los pies, etc., y cada una de ella produce sensaciones placenteras diferentes.

CUADRO-RESUMEN**BESAR**

- El besar es una actividad que generalmente todo el mundo en nuestra cultura ha mantenido.
- Existen dos variantes principales del beso: El beso simple y profundo.
- Todas las partes del cuerpo pueden ser besadas, produciendo sensaciones placenteras diversas.

9.4.2.2.- Acariciar

El acariciar y ser acariciado es esencial en la excitación sexual. Las regiones que son excitantes varían en gran medida de una persona a otra y dependen de cómo se está sintiendo la persona en ese momento; además es importante comunicar qué clase de caricias son más placenteras. Por ejemplo, como ya se ha comentado, una de las mejores maneras de saber cómo se deben realizar las caricias en la estimulación de los genitales de otra persona es saber cómo esa persona se masturba.

La estimulación manual de los genitales masculinos puede ser utilizada como un placer preliminar a la relación sexual coital, como un medio para inducir el orgasmo por sí mismo, o como una manera de producir una erección después de que el hombre ha tenido un orgasmo y quiere continuar con la relación sexual.

Como una técnica positiva para producir una erección, Comfort²⁰⁷ menciona el hacer rodar el pene entre las palmas de las manos. La presión firme con un dedo a mitad de camino entre la base del pene y el ano es otra posibilidad.

La mano puede ser utilizada para estimular los genitales de la mujer para producir el orgasmo, como un método preliminar de excitación de la mujer antes de la relación coital, o simplemente por el propio placer que proporciona a la mujer.

Generalmente es mejor, particularmente si la mujer no está todavía excitada, comenzar con una frotación suave y ligera del interior de los muslos y de los labios interiores y exteriores, así como frontando suavemente el clítoris. Primero, hay que recordar que el clítoris es muy sensible y que esta sensibilidad puede ser gratificante o dolorosa. Por tanto, al estimularlo hay que tener en cuenta una serie de precauciones. Segundo, el clítoris no debería nunca –excepto en el caso de algunas caricias suaves– acariciarse mientras está seco, ya que esta estimulación puede llegar a ser desagradable. Si la mujer está algo excitada, la lubricación puede obtenerse al tocar con los dedos la entrada de la vagina y extendiendo la lubricación hacia el clítoris. Si ella no está excitada o no produce mucha lubricación vaginal, se puede utilizar la saliva. La humedad hace la estimulación no sólo confortable sino también más excitante. Algunas mujeres encuentran la estimulación directa del clítoris dolorosa en algunas fases de la excitación. Esas mujeres prefieren la estimulación generalmente en uno de ambos lados del clítoris.

Teniendo en cuenta estas advertencias, el clítoris puede ser estimulado con movimientos circulares o deslizando el dedo de arriba a abajo. Los labios interiores y exteriores también pueden ser frotados o acariciados. Esas técnicas si se hacen con habilidad y paciencia, pueden llevar a la mujer al orgasmo. Otra técnica que puede ser exitosa en producir el orgasmo cuando la mujer está muy excitada es alternar la estimulación del clítoris con la estimulación vaginal, introduciendo un dedo.

CUADRO-RESUMEN**ACARICIAR**

- El acariciar y ser acariciado es esencial en la excitación sexual. Las regiones que son excitantes varían en gran medida de una persona a otra.
- Una de las mejores maneras de saber cómo se deben realizar las caricias en la estimulación de los genitales de otra persona es saber cómo esa persona se masturba.
- La estimulación manual de los genitales masculinos puede ser utilizada como un placer preliminar a la relación sexual coital, como un medio para inducir el orgasmo por sí mismo, o como una manera de producir una erección después de que el hombre ha tenido un orgasmo y quiere continuar con la relación sexual.
- La mano puede ser utilizada para estimular los genitales de la mujer para producir el orgasmo, como un método preliminar de excitación de la mujer antes de la relación coital, o simplemente por el propio placer que proporciona a la mujer.

9.4.2.3.- Sexo Buco-Genital

La *fellatio* (estimulación con la boca del pene) y el *cunnilingus* (estimulación con la boca de los genitales femeninos), que a menudo están asociadas, han sido experimentados por las tres cuartas partes de los individuos; y en el caso de los jóvenes entre los 25 y los 34 años, cerca del 90% ha practicado uno u otro comportamiento¹⁸⁰. Oliver y Hyde¹⁸¹ tampoco han encontrado diferencias en la incidencia de las relaciones sexuales buco-genitales entre hombres y mujeres. Tres hombres sobre cuatro y dos mujeres sobre tres han experimentado la *fellatio*. El *cunnilingus* es una práctica un poco más frecuente que la *fellatio*. Tres mujeres de cada cuatro y cerca de cuatro hombres de cada cinco dicen haberlo experimentado¹⁸⁰. Tanto la *fellatio* como el *cunnilingus* son comportamientos difíciles de integrar dentro del repertorio de actividades sexuales de personas que no los experimentaron en el momento de la socialización sexual.

En el *cunnilingus*, generalmente, la lengua estimula los genitales femeninos, especialmente el clítoris y las zonas de alrededor. Un buen preludeo del *cunnilingus* puede ser besar el interior de los muslos o el vientre, dirigiéndose gradualmente hacia el clítoris. La boca puede también estimular el interior de los labios, o la lengua puede estimular la entrada de la vagina o insertarla en el interior de ella. Durante el *cunnilingus*, algunas mujeres también disfrutaban teniendo un dedo introducido en la vagina o en el ano para añadir estimulación⁹⁷. Muchas mujeres valoran muy positivamente esta práctica porque es la mejor manera o quizás en algunos casos la única para obtener un orgasmo¹⁹⁷.

En la *fellatio* el pene es estimulado con la boca de su pareja, introduciéndolo en ella y desplazando los labios de arriba hacia abajo, es decir del glande a la base del pene. También la lengua puede deslizarse alrededor del cuerpo del pene o del glande. La *fellatio puede finalizar de dos maneras*: 1) el hombre retira el pene de la boca de la pareja y eyacula fuera o 2) el hombre eyacula dentro de la boca de la pareja.

Para que el hombre alcance el orgasmo, el movimiento tiene que ser continuo, e introduciendo el pene en la boca cada vez más profundamente y quizás también utilizando los dedos para rodear la base del pene y proporcionar más excitación. La mayoría de los hombres encuentran la *fellatio* como una experiencia muy estimulante. De aquí la alta frecuencia con que las prostitutas son requeridas para hacerlo.

La *fellatio* es muy practicada por los hombres homosexuales, y la proporción de los que la practican ha aumentando en los últimos años. Un gran porcentaje de hombres homosexuales la realizan mucho más frecuentemente que el coito anal, aunque la mayoría de los actos que reportan no conducen a la eyaculación en la boca. La eyaculación en la boca es más probable que ocurra con las parejas estables que con parejas casuales.

CUADRO-RESUMEN

SEXO BUCO-GENITAL

- La *fellatio* (estimulación con la boca del pene) y el *cunnilingus* (estimulación con la boca de los genitales femeninos) han sido experimentados por las tres cuartas partes de los individuos; y, en el caso de los jóvenes entre los 25 y 34 años, cerca del 90% ha practicado uno u otro.
- No hay diferencias importantes entre el porcentaje de hombres y mujeres que practican la *fellatio* y/o el *cunnilingus*.
- Tanto la *fellatio* como el *cunnilingus* son comportamientos difíciles de integrar dentro del repertorio de actividades sexuales de personas que no los experimentaron en el momento de la socialización sexual.
- Existen diversas técnicas del *cunnilingus* y muchas mujeres la valoran muy positivamente porque es la mejor manera o quizás en algunos casos la única para obtener un orgasmo.
- Existen diversas técnicas para realizar una *fellatio* y la mayoría de los hombres la encuentran como una experiencia muy estimulante.
- La *fellatio* puede finalizar de dos maneras: 1.- El hombre retira el pene de la boca de la pareja y eyacula fuera. 2.- El hombre eyacula dentro de la boca de la pareja.
- Los homosexuales practican la *fellatio* mucho más frecuentemente que el coito anal, aunque la mayoría de los actos que reportan no conducen a la eyaculación en la boca. Ésta es más probable que ocurra con las parejas estables que con parejas casuales.

9.4.3.- Coito Vaginal

Una de las conductas heterosexuales que está presente en el 98% de las relaciones sexuales es el coito vaginal, es decir, la introducción del pene en la vagina^{180,203,204}.

El estudio francés¹⁸⁰ ha mostrado que en los últimos 20 años se ha producido un adelanto en el inicio de las relaciones sexuales coitales, que ha afectado fundamentalmente a la mujer. La experiencia femenina se ha aproximado a la masculina. Sin embargo es importante señalar, que este adelanto se ha producido fundamentalmente en la década de los 70 y principios de los 80, mientras que en esta última década el incremento se ha estabilizado sin que se hayan producido cambios importantes, como confirman los datos obtenidos en otras investigaciones españolas²⁰⁴.

En cuanto al valor atribuido a la relación sexual y a la pareja todavía existen diferencias entre hombres y mujeres. En las mujeres, la relación sexual suele estar más ligada a un compromiso sentimental que en los hombres, excluyendo evidentemente las relaciones sexuales comerciales y otro tipo de situaciones coercitivas.

Existen muchas posturas a la hora de mantener una relación sexual coital. No todas las posturas son igual de gratificantes para todos los hombres, todas las mujeres o todas

las distintas parejas sexuales⁹⁷. En los “Talleres de Sexo Más Seguro” debería proporcionar una breve información sobre este tema²⁰⁸.

CUADRO-RESUMEN

COITO VAGINAL

- Una de las conductas heterosexuales que está presente en el 98% de las relaciones sexuales es el coito vaginal.
- Con respecto a la década de los 70, se observa un indicio más temprano de las relaciones coitales, fundamentalmente en la mujer.
- En los últimos años, no se han producido grandes cambios en cuanto a la edad de inicio y el porcentaje de jóvenes que mantienen relaciones sexuales coitales.
- En las mujeres, la relación sexual suele estar más ligada a un compromiso sentimental que en los hombres, excluyendo evidentemente las relaciones sexuales comerciales y otro tipo de situaciones coercitivas.

9.4.4.- Coito Anal

En el coito anal el hombre introduce su pene en el ano de la pareja²⁰⁹. En terminología técnica se denomina sodomía. Puede ser realizado bien por parejas homosexuales como heterosexuales. El ano también puede ser estimulado con la lengua (anilingus) o la mano.

El coito anal suele ser más dificultoso que el coito vaginal porque el recto no tiene un sistema de dilatación y lubricación natural, lo que en algunas ocasiones origina los desgarros musculares o roturas de las venas que se encuentran en la entrada del recto. El hombre debería humedecer el ano de la pareja bien con saliva o con lubricantes especiales. También se debería lubricar el pene. Aunque a algunas parejas heterosexuales les repele este comportamiento, otras lo encuentran gratificante. Algunas mujeres han informado que ellas han obtenido orgasmos durante la relación anal, particularmente cuando es acompañada de la estimulación manual del clítoris. Los homosexuales y bisexuales también obtienen orgasmos debido fundamentalmente a la estimulación de la próstata.

La penetración anal, o sodomía, en la reciente encuesta francesa¹⁸⁰, es una actividad minoritaria, que ha sido practicada al menos una vez por el 30% de los hombres y el 24% de las mujeres. No obstante, sólo el 3% de los hombres y de las mujeres dicen haberlo practicado a menudo. Aunque no es una práctica muy utilizada, no es desconocida en ninguna edad, ni generación. En la encuesta de Wellings et al.²⁰³ el 13,9% de los ingleses y el 12,9% de las inglesas declaran tener experiencia de coito anal, aunque menos del 7% de los hombres y las mujeres lo habían practicado en el último año. Datos similares encontró la encuesta del CESA en España – el 10% de los hombres declaró haber practicado la sodomía y la mayoría declaró haberlo hecho con poca frecuencia²⁰⁴. En la encuesta de Simon et al.¹⁸², entre los individuos de 20 a 49 años, el 24% de los hombres y el 16% de las mujeres lo habían experimentado al menos una vez en su vida; en el estudio francés de

Spira y Bajos¹⁸⁰, estas cifras, en las mismas edades, son el 34% y el 29% respectivamente. Esto sugiere tanto un aumento real de las prácticas, como un contexto social más tolerante que facilita la declaración.

Cabe resaltar que mientras que entre los heterosexuales la penetración vaginal es la práctica más frecuente, entre los homosexuales la sodomía es menos frecuente (insertiva 36% y receptiva 28%). En los encuentros homosexuales, sólo las caricias constituyen la práctica casi sistemática, y la fellatio es muy frecuente; en consecuencia, el coito anal no parece indispensable para que la relación sea calificada de sexual.

CUADRO-RESUMEN

COITO ANAL

- El coito anal o sodomía consiste en la introducción del pene en el ano de la pareja. Puede ser realizado bien por parejas homosexuales como heterosexuales.
- El coito anal suele ser más dificultoso que el coito vaginal porque el recto no tiene un sistema de dilatación y lubricación natural, lo que en algunas ocasiones origina los desgarros musculares o roturas de venas.
- Algunas mujeres han informado que ellas han obtenido orgasmos durante la relación anal, particularmente cuando es acompañada de la estimulación manual del clítoris. Los homosexuales también obtienen orgasmos debido fundamentalmente a la estimulación de la próstata.
- El coito anal es una práctica sexual minoritaria pero que parece ir en aumento.
- Entre los homosexuales no es una práctica sistemática, ella no parece indispensable para que la relación sea calificada de sexual.

9.4.5.- Variaciones en la Conducta Sexual

Como norma general, se ha tendido a clasificar los comportamientos sexuales en normales o anormales. Por ello, se considera importante aclarar el concepto de normalidad sexual. La sexualidad humana, entendida como una dimensión que tiende a la relación y comunicación con los demás, tiene múltiples y variadas posibilidades de satisfacción y realización.

Hasta hace poco tiempo la norma sexual se limitaba a la relación heterosexual institucionalizada. En la actualidad, se tiende a aceptar que el criterio de normalidad es variable y relativo desde el punto de vista social, cultural e individual. Cada sociedad y, en cada momento histórico, elabora una serie de normas que regulan la sexualidad de sus miembros.

Algunos sexólogos entienden por normalidad aquello que conduce a vivir las sensaciones y sentimientos placenteros sin causar daño a nadie. Un criterio de normalidad fundamental es el respeto hacia la otra persona, respeto de su sexualidad y por su libertad de elección en la realización de la misma¹⁹⁶.

Todas las **parafilias** –orientación del deseo hacia objetos o hacia personas que no consienten o a las que se les produce daño– (sadismo, voyeurismo, exhibicionismo, zoofilia, etc.) en la medida que tengan un carácter de necesidad compulsiva y sean la actividad sexual exclusiva o predominante se consideran orientaciones patológicas del deseo y sería deseable la psicoterapia psicológica. Sin embargo, existen muchos comportamientos sexuales cuya forma de satisfacción se basa en el mismo mecanismo de funcionamiento que las conductas relacionadas con estas parafilias. Aunque algunas de ellas se realizan con bastante frecuencia, otras son prácticamente inexistentes y su adopción podría incidir en un enriquecimiento de las relaciones sexuales y en una mayor prevención. A continuación, a la vez que se explica cada comportamiento en su grado más “patológico”, se mencionan ejemplos “normalizados” de los mismos y se recomienda que en los TSMS se invite a los usuarios de drogas a mencionar otros comportamientos sexuales “normalizados”.

El **exhibicionismo** consiste en que las personas disfrutan sorprendiendo a otros mostrando sus genitales. Como comportamientos sexuales exhibicionistas se consideran el hacer un **strepatease**, masturbarse delante de la pareja, etc.

El **voyeurismo** implica que las personas disfrutan de la tensión que les produce la observación de conductas sexuales, sin ser descubierta. En un **strepatease** se produce un comportamiento voyeurista desde el momento en que se produce excitación mirando a la persona desnudarse. Otros ejemplos pueden ser el mirar revistas pornográficas, ver películas pornográficas, mirar a la pareja mientras se masturba, etc.

El **fetichismo** sería la preferencia casi exclusiva por elementos parciales de determinadas personas (bragas, sujetadores, zapatos) u objetos. Cuya presencia es imprescindible para que se produzca la excitación. Ejemplos normalizados de fetichismo podría ser el llevar objetos pertenecientes a una persona que te atrae o por la que sientes un gran afecto, ponerse una prenda sexy que le excite a la pareja, comer un plátano de forma erótica delante de la pareja, etc.

En la **paidofilia** el objeto de satisfacción sexual es generalmente un niño. Puede considerarse una anomalía sexual ya que no respeta la libertad de la otra persona. Cuando es con personas mayores se denomina **gerontofilia**. Evidentemente, las relaciones afectivas con los niños o con los abuelos que te llevan a realizar juegos o tener manifestaciones cariñosas sin que haya búsqueda de placer sexual, se consideran ejemplos normalizados de este tipo de comportamientos.

En la **zoofilia**, el objeto de satisfacción es un animal. Se suele decir, que ha sido frecuente en medios rurales, en determinadas tareas y en ausencia de personas del otro sexo. Como un ejemplo normalizado de este tipo de comportamientos se puede mencionar la relación afectiva que las personas amantes de los animales establecen con los mismos.

El **sadismo** sería el placer mediante el sufrimiento que se produce en otra persona. El reverso se denomina **masoquismo**. En las relaciones sexuales e incluso afectivas cotidianas tenemos ejemplos de este tipo de comportamientos: cosquillas, pellizcos, mordiscos, peleas en plan juego, atarle a la cama a la pareja, etc.

Los **tocones** son personas que se excitan rozando su cuerpo, principalmente los genitales, con otros cuerpos de personas desconocidas en lugares y sitios públicos. El tacto es

uno de los sentidos más usados e importantes de cualquier relación sexual (ver pp. 262-263). Además, hay personas que por sus características personales o culturales utilizan muy a menudo el contacto físico en sus relaciones, sin que este tenga un sentido puramente sexual.

Todos estos comportamientos sexuales en su concepción más extrema son muy poco frecuentes, suelen vivirse a través de la fantasía o de relaciones de prostitución y, en grado puro, pueden reflejar problemas de personalidad. La mayor parte de las relaciones sexuales tienen, de alguna manera, algún matiz de estos comportamientos, que contribuyen a una mayor gratificación. Por ello, es preciso desmitificar tales conductas¹⁹⁶ y fomentar aquellas conductas “no patológicas” que pueden enriquecer la vida sexual.

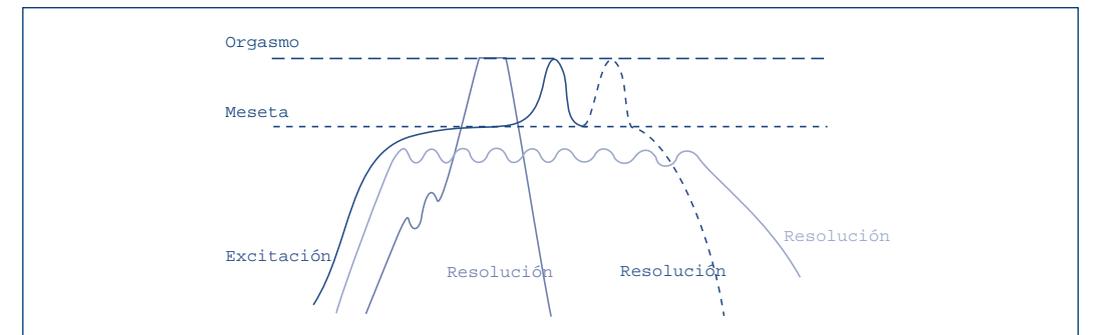
CUADRO-RESUMEN
VARIACIONES DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

- Existen un grupo de comportamientos sexuales que a menudo se han considerado “patológicos” y que sin embargo todas las personas tienen un pequeño matiz de muchos ellos.
- Cuando se dan de forma única y excluyente se denominan parafilias y pueden ser considerados como disfunciones de la orientación del deseo.
- En los “Talleres de Sexo Más Seguro” se deberían abordar aquellas prácticas sexuales relacionadas con estas conductas y que pueden enriquecer la vida sexual.

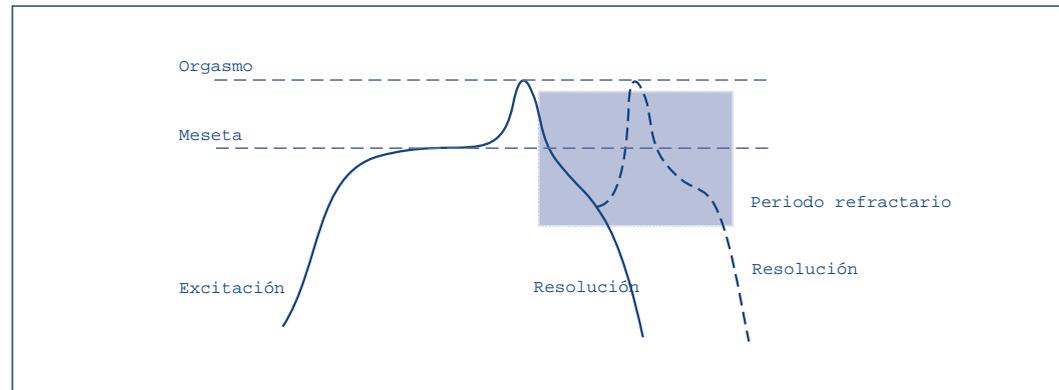
9.5.- RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La respuesta sexual supone una reacción física y psicológica ante una estimulación sexual-erótica, que puede ser individual o compartida. Esta respuesta no sólo es aplicable a la relación coital, sino que sería la respuesta global de la persona ante diferentes tipos de relación sexual, ya sea o no coital.

Inicialmente, Masters y Johnson²⁰⁰, en “*La Respuesta Sexual Humana*” proponen un **modelo de respuesta sexual que consiste en cuatro fases**: excitación, meseta, orgasmo y resolución.



Ciclo de respuesta sexual femenina (adaptado de Masters y Johnson²⁰⁰).



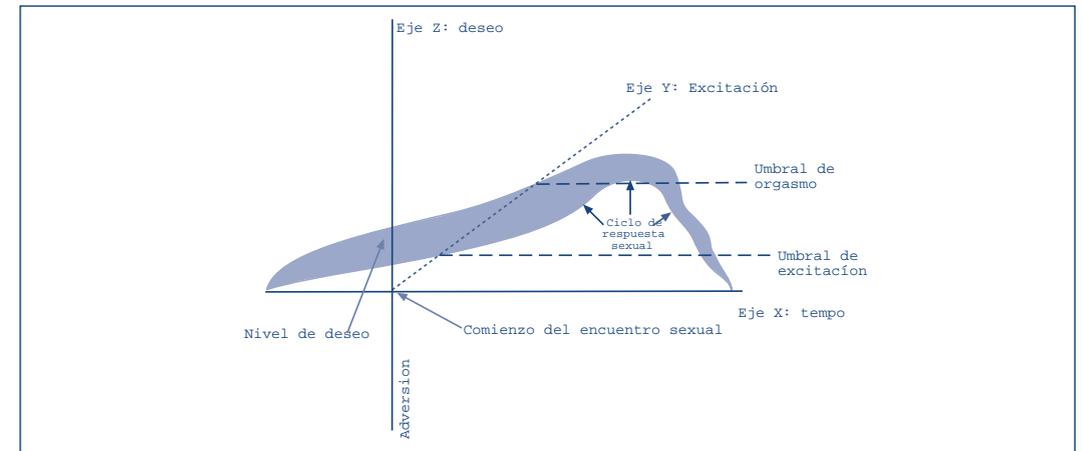
Ciclo de respuesta sexual masculina (adaptado de Masters y Johnson²⁰⁰).

Partiendo de este esquema del ciclo de respuesta sexual, Kaplan considera que la distinción entre excitación y meseta, no tiene suficiente base empírica. Por otra parte, considera que es insuficiente la atención que otorgan a los factores psicológicos y motivacionales.

Kaplan²¹⁰ enuncia, en un primer momento, que la respuesta sexual en ambos miembros de la pareja es bifásica, es decir, la respuesta sexual tiene dos fases bien diferenciadas, desde un punto de vista neurofisiológico: Excitación y Orgasmo. Este concepto bifásico de la respuesta sexual, es decir, que las fases de excitación y orgasmo son entidades separadas, se ha visto confirmado por la experiencia clínica.

Posteriormente, modifica sus presupuestos anteriores y enuncia el **Modelo Trifásico de la Respuesta Sexual**, al introducir el deseo sexual. Lief²¹¹ ya había escrito un artículo diferenciando el deseo sexual de la excitación y el orgasmo. El *deseo sexual* como fase de la respuesta sexual humana y, por tanto, el modelo trifásico de la respuesta sexual son reconocidos por la comunidad científica. Este modelo fue reconocido y recogido en el D.S.M. de la A.P.A., a partir de 1980. En resumen, el Modelo Trifásico de la Respuesta Sexual comprende tres fases²¹²: Deseo, Excitación y Orgasmo.

Según el modelo propuesto por Kaplan, la respuesta sexual comienza con una **fase de deseo** referida al sentimiento de necesidad de búsqueda de satisfacciones sexuales y suscitada por estímulos internos (p.e., fantasías) y/o externos (p.e., presencia de una persona por la que se siente atracción). No obstante, como Schnarch considera, el deseo no es tan sólo una fase previa, sino que es un factor psicológico que precede y acompaña a la excitación y al orgasmo. Por tanto, la representación gráfica de la RSH no puede representarse en un sólo plano. Es necesaria una representación tridimensional que incluya los tres ejes que intervienen en el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual: a) la intensidad del deseo, b) el nivel de excitación y c) el tiempo. Además, según Schnarch²¹³ el modelo tridimensional se ajusta mejor a la realidad fenomenológica, ya que las personas acuden al encuentro sexual con un moderado nivel de deseo y un cierto nivel de activación sexual.



Módulo tridimensional de la respuesta Sexual (adaptado de Schnarch²¹³).

La **fase de excitación** comienza con la estimulación sexual inicial, y dura de unos minutos a varias horas. *En el hombre la excitación se manifiesta por:* erección del pene, elevación de los testículos, erección de los pezones, expulsión del líquido preeyaculatorio. *En la mujer:* erección del clítoris, lubricación vaginal, aumento de la longitud de la vagina, engrosamiento de los labios vulvares, erección de los pezones y aumento de tamaño del pecho. Tanto en el hombre como en la mujer aumenta el ritmo cardíaco y respiratorio, la piel de todo el cuerpo se enrojece, se dilatan las pupilas, haciéndose nuestro cuerpo más sensible a las caricias y por tanto se va produciendo paulatinamente un aumento de la excitación que suele conllevar una falta del control racional lo que suele desencadenar el orgasmo. Estos cambios son necesarios para que la relación coital sea posible, aunque son respuestas a cualquier tipo de estimulación sexual. Cuando se alcanza un grado elevado de tensión sexual se pasa a la siguiente fase.

La **fase orgásmica** se caracteriza por la aparición de contracciones musculares rápidas y sensaciones placenteras que posteriormente dan paso a una gran relajación. Por tanto, el orgasmo supone la liberación de la tensión provocada por la vasocongestión y las miotonía producidas en las fases anteriores. En el estudio de Spira y Bajos¹⁸⁰, el 62% de los hombres y el 56% de las mujeres piensan que para que una relación heterosexual sea verdaderamente satisfactoria hace falta que las dos personas alcancen el orgasmo al mismo tiempo. Esta *norma del orgasmo simultáneo* parece estar bien establecida, aunque no se corresponde con la realidad, ya que solamente el 37% de los hombres y el 26% de las mujeres declaran, al mismo tiempo, que el orgasmo simultáneo es lo más satisfactorio y que lo alcanzan a menudo.

En la **fase de resolución** vuelven las estructuras biológicas al estado en que se encontraban en la preexcitación.

Por último, algunos autores consideran que existe una **fase de satisfacción** que proporciona tanto al hombre como a la mujer una sensación de relajación y un estado subjetivo de bienestar²¹⁴.

Existen algunas **diferencias importantes entre los hombres y mujeres en la RSH:**

1.- La mujer suele necesitar más tiempo para excitarse y alcanzar el orgasmo.

2.- La mujer puede tener la capacidad multiorgásmica, es decir, sin pasar por la fase de resolución puede llegar a sentir más de un orgasmo consecutivo. Mientras que el hombre, después de la fase de resolución entra en lo que ellos denominan un período refractario en el cual no es posible la excitación. El inicio de un nuevo ciclo de respuesta sexual sólo es posible pasado un cierto tiempo, que depende de la edad, el estado de salud, etc.

3.- Hay un porcentaje indeterminado de mujeres que tienen dificultades para alcanzar el orgasmo a través de la práctica exclusiva del coito, necesitando la estimulación directa o indirecta del clítoris para alcanzarlo. En el estudio realizado por la Universidad de Chicago y la Universidad Estatal de Nueva York¹⁷⁹, los datos del orgasmo en función del sexo indican que: tres de cada cuatro hombres lo disfrutan siempre que tienen una relación, y sólo una de cada tres mujeres se encuentra en la misma situación. Sin embargo, hombres y mujeres dicen alcanzar el orgasmo con la misma frecuencia a través de la masturbación.

En la actualidad existen diversos autores que se plantean la *importancia de los aspectos psicológicos en la respuesta sexual humana*²¹⁵. Por ejemplo, en el planteamiento desarrollado por Bancroft²¹⁶, los procesos cognitivos juegan un rol determinante en la experiencia sexual. Asimismo, el **Modelo del Quantum** propuesto por Schnarch²¹³ pretende igualmente dar cuenta de la relevancia de los procesos psicológicos en la respuesta sexual. De acuerdo con el modelo, el nivel total de estimulación que se puede alcanzar en la experiencia sexual, no depende sólo de la estimulación física que se produzca, sino también de la estimulación psicológica. Por estimulación física se entiende la transmisión de sensaciones placenteras a través de los receptores sensoriales, y por estimulación psicológica la producida por los procesos cognitivo y emocional.

Por tanto, siguiendo a este autor, la estimulación física y psicológica, funcionan de forma aditiva e interactúan recíprocamente, de forma que un menor nivel de estimulación física puede ser contrabalanceado, en algún grado, incrementando la estimulación psicológica, y, viceversa. Tanto el deseo sexual, como la propia excitación sexual promueven la emisión de emociones tanto positivas (amor, atracción, deseo, cariño, calidez, confianza, ternura, etc.), como negativas (miedo, culpa, ansiedad, inmerecimiento, desconfianza, etc.). Las primeras optimizan la estimulación, mientras que las segundas las restringen. Los *procesos psicológicos* incluyen *procesos cognitivos*, que a su vez comprenden *esquemas y estilos de procesamiento de información*, y *procesos afectivo-emocionales*. Todo ello puede potenciar la experiencia sexual desde el punto de vista de la satisfacción y la prevención.

La experiencia indica que cuando las personas van a mantener relaciones sexuales, es más fácil enrolarse en la relación que pararla y hablar de la necesidad de prevenir, ya que estos temas suelen resultar disruptivos. En algunas situaciones, el introducir la conversación sobre la necesidad de prevenir desencadena una serie de procesos cognitivos y emocionales negativos que podrían bloquear la adecuada excitación de la pareja. La mayoría de las parejas consideran que no se debe hacer explícito el hecho de que van encami-

nados a tener una relación sexual, justificándolo con argumentos como “eso ya se sabe”, “se supone”, etc. Sin embargo, en la medida en que la relación sexual avanza y la excitación comienza a aumentar y dirigirse al orgasmo, la probabilidad de que la pareja pare, hable y utilice una medida preventiva es cada vez menor. Los niveles de excitación muy altos y la consecución del orgasmo son prácticamente incompatibles con pensamientos como “tengo que decirle que se ponga un condón”, “y si esta persona es VIH positiva”, etc. Por lo tanto, la mayoría de las personas lo resuelven con pensamientos del tipo “sólo por una vez no pasa nada”, “además esta persona tiene un aspecto guay”, “además le conozco de toda la vida”, “cómo puedo desconfiar”, etc. Es decir, se desencadenan una serie de procesos cognitivos que permiten tranquilizar a la persona y concentrarse en su excitación sexual. Se ha observado que sólo en el caso de las parejas que tienen el hábito de utilizar el preservativo son las que tienen prácticamente todas las garantías de utilizarlo aunque no se hable de ello previamente.

Se recomienda que en los “Talleres de Sexo Más Seguro”, los formadores expliquen de forma sencilla la RSH, incidiendo sobre todo en la fase de excitación, en los cambios físicos y psicológicos que conlleva, en el orgasmo y resolución, así como en las diferencias existentes entre los hombres y mujeres. Es importante, subrayar la relación que existe entre las diferentes fases de la RSH y los distintos procesos cognitivos y emocionales que se van desencadenando y que influyen en la adecuada satisfacción de las relaciones sexuales y en la adopción de conductas preventivas.

CUADRO-RESUMEN

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

- La respuesta sexual supone una reacción física y psicológica ante una estimulación sexual-erótica, que puede ser individual o compartida y es aplicable a diferentes tipos de comportamiento sexual y no exclusivamente al coito.
- Siguiendo el Modelo Trifásico de la Respuesta Sexual Humana propuesto por Kaplan y las aportaciones de Schnarch, las fases de esta respuesta serían: deseo, excitación, orgasmo y resolución.
- Existen algunas diferencias importantes en la respuesta sexual entre hombres y mujeres, las cuales tienen una gran repercusión en la forma de satisfacción sexual masculina y femenina.
- En la actualidad existen diversos autores que plantean la importancia de los aspectos psicológicos en la respuesta sexual humana: procesos cognitivos y emocionales.
- Asimismo, estos procesos tienen grandes repercusiones en la adopción de conductas saludables, ya que hablar sobre la necesidad de prevenir puede desencadenar procesos cognitivos y emocionales negativos que bloqueen la excitación.
- Además, niveles de excitación muy altos encaminados hacia la consecución del orgasmo son incompatibles con pensamientos más racionales (“tengo que decirle que se ponga el condón) que son sustituidos por pensamientos más irracionales (“por una vez no pasa nada”, “además esta persona tiene un aspecto guay”, etc.) que permiten concentrarse en la excitación sexual.

- De hecho, sólo las parejas que tienen el hábito de utilizar el preservativo son las que tienen más garantías que el hombre se lo coloque en la fase de excitación inmediatamente antes de cualquier penetración y del orgasmo sin que se hable de ello previamente.
- En los TSMS, los formadores deben explicar de la forma sencilla y lúdica estas distintas fases de la RSH: deseo, excitación, orgasmo y resolución, así como las diferencias existentes entre los hombres y mujeres, la importancia de los distintos procesos cognitivos y emocionales que se van desencadenando y que influyen en la adecuada satisfacción de las relaciones sexuales y en la adopción de conductas preventivas.

9.6.- RIESGO DE LAS CONDUCTAS SEXUALES PARA EL SIDA Y LAS ETS

Evidentemente, aunque existen otras formas de transmisión del VIH/SIDA (de una mujer infectada embarazada al niño o a través de la lactancia materna, y todas las conductas asociadas a la transmisión sanguínea), en este apartado sólo se hace referencia a las conductas sexuales susceptibles de transmitir el VIH u otras ETS.

Todos los profesionales están de acuerdo en considerar que el *coito anal y vaginal* son las dos conductas sexuales que implican un mayor riesgo de transmisión de estas enfermedades.

Según el estudio realizado por Giesecke et al.²¹⁷, se estima que el *coito anal* posee el doble de riesgo que el coito vaginal. El coito anal es una de las prácticas sexuales de mayor riesgo para la transmisión del VIH, debido a que en algunas ocasiones la rotura de ciertas venas a la entrada del ano hace que las dos vías principales de transmisión, la sangre y el semen, estén presentes en este tipo de relación sexual. En el caso de los heterosexuales no es aconsejable que el hombre introduzca el pene en la vagina después de una relación anal porque el recto contiene numerosas bacterias que pueden originar entre otras enfermedades una vaginitis.

En relación al *coito vaginal*, la mujer en general es más susceptible a la infección debido a una serie de factores biológicos, anatómicos e histológicos, que la harían más vulnerable a la transmisión heterosexual:

1.- Las secreciones vaginales son menos infectivas que el semen debido a que el pH ácido vaginal convierte a la vagina en un medio desfavorable para el VIH, mientras que el pH básico del semen no sólo es un medio favorable para el VIH sino que, además, al ser depositado en la vagina durante la eyaculación, incrementa el pH de ésta, prolongando así la supervivencia del virus en su interior²¹⁸. Por otro lado, el semen depositado en la vagina suprimiría la proliferación de células T supresoras y citotóxicas y la actividad de las células *killer* permitiendo la supervivencia del VIH en el tracto genital femenino²¹⁹. Además, el tiempo de exposición en la mujer está prolongado, al permanecer el semen en el tracto genital femenino después del coito hasta ser absorbido completamente.

2.- Las diferencias anatómicas e histológicas en los órganos genitales masculinos y femeninos contribuirían a una mayor susceptibilidad de la mujer, debido a que los femeninos presentan una mayor superficie de contacto que los masculinos, y a que son más receptivos debido a la riqueza de células diana del VIH y a la gran permeabilidad de la mucosa uterina y vaginal. En el varón, la piel que recubre la parte interna del prepucio y del glande le protegería de la infección, zonas en las que apenas hay células diana, lo que, en ausencia de úlceras o abrasiones haría al pene invulnerable al VIH²²⁰.

3.- Otros factores adicionales que influirían en la mayor susceptibilidad de la mujer serían la existencia de: vaginitis recurrente¹⁸ y otras ETS³², debido bien al aumento de las células diana en la vagina inflamada bien a pequeñas lesiones epiteliales que facilitarían la invasión²²¹; el uso del DIU^{18,32}, ya que produce una inflamación crónica del cuello uterino y puede causar microlesiones, favoreciendo la infección, y en especial inmediatamente después de ser colocado²²²; las relaciones sexuales durante la menstruación^{223,224}; el coito anal³², debido a que suele resultar traumático para la mucosa rectal; y por último el uso de anticonceptivos orales^{225,226}.

El potencial riesgo de transmisión del VIH/SIDA, así como de otras ETS, a través del *sexo buco-genital* está expuesto a muchas dudas y debates. La interpretación de la evidencia actual sobre la transmisión del VIH se puede resumir en los siguientes puntos²²⁷:

- 1.- Los riesgos de transmisión del VIH a través del sexo buco-genital (fellatio y cunnilingus) es mucho menor que la relación sexual anal o vaginal.
- 2.- Los riesgos de la fellatio o el cunnilingus no son los mismos.
- 3.- El riesgo de infección al hacer una felación a un hombre con VIH es muy pequeño, pero real.
- 4.- En el caso de que se deposite el semen en la boca de la pareja, éste se puede escupir o tragar. Aunque no hay evidencias científicas, es razonable asumir que un mayor contacto del semen que contiene el VIH con la boca y la garganta incrementa la probabilidad de infectarse.
- 5.- Evidentemente cuando se eyacula fuera de la boca el riesgo presumiblemente debería ser menor, pero el hombre antes de eyacular expulsa un líquido preeyaculatorio de forma involuntaria. Existen dos casos documentados donde la fuente de la infección para el VIH parece ser este líquido. Esto es posible ya que la única diferencia entre una eyaculación y un líquido preeyaculatorio es que la eyaculación contiene esperma (que no es el principal lugar donde se deposita el VIH en la eyaculación) y se expulsa en mayor cantidad.
- 6.- El riesgo de infección al hacer un cunnilingus a una mujer con VIH es sólo teórico, ya que no hay ningún caso documentado.
- 7.- El riesgo de que una persona VIH+ lo transmita realizando una felación o un cunnilingus a otra, también sólo es teórico. Es extremadamente improbable que un hombre o una mujer, cuyos genitales han sido estimulados por la boca de una persona con VIH, se infecten. De hecho, no hay casos documentados de transmisión por esta vía.
- 8.- El anilingus (introducir la lengua en el ano) también se considera una práctica de riesgo para el SIDA, la hepatitis y otro tipo de infecciones.

Los *estudios epidemiológicos* más fiables y los *casos documentados* confirman la tendencia de que la transmisión es rara a través de la fellatio y desconocida a través del cunnilingus o en el caso de que a una persona le estimulen los genitales con la boca de una persona seropositiva²²⁷.

Por otra parte, los *estudios científicos*, realizados en el laboratorio, han detectado que si la persona a la que le estimulan los genitales con la boca es seropositiva, unas enzimas de la saliva de la persona que realiza la felación o el cunnilingus podrían protegerle de ser infectado a través de la boca o la garganta. En el caso de que la persona que realiza la fellatio o el cunnilingus esté infectado por el VIH, no habrá un nivel de infecciosidad del VIH en su saliva lo suficientemente elevado para infectar a la otra persona. La mucosa de la boca o la garganta contiene pocas células que sean vulnerables a la infección del VIH, mientras que en las paredes de la vagina y en el recto son más comunes. Además, existen pocas probabilidades de que sea absorbido a través de los tejidos de la boca o la garganta. Durante la fellatio o el cunnilingus las mucosas que revisten la boca y la garganta actúan como de barrera del VIH presente en los fluidos de la pareja. Además, el hacer un cunnilingus a una mujer VIH+ implica un menor contacto con el VIH que el hacer una fellatio a un hombre VIH+. Parece ser que existe más VIH en el fluido menstrual que en las secreciones cervicales y en éstas últimas más que en las vaginales. Ninguna investigación se ha realizado para descubrir si los niveles de VIH en el fluido cervical cambia durante la activación sexual, o si los niveles en la “eyacuación femenina” (que algunas mujeres experimentan durante el orgasmo) difieren de los niveles en el fluido cervico-vaginal²²⁷.

Desde un *punto de vista estrictamente biológico* es plausible y está comprobado que una persona se podría infectar con el VIH si realiza la fellatio a un hombre seropositivo. Asimismo, se valora como posible pero sólo teóricamente que una persona se infecte haciendo un cunnilingus a una mujer con VIH o que un hombre sería infectado por una persona seropositiva que le hace una felación. No obstante, se considera biológicamente imposible que una mujer sea infectada por una persona VIH+ si le realiza un cunnilingus²²⁷.

Otras conductas sexuales que deberían ser tomados en cuenta de cara al riesgo de transmisión del VIH son la utilización compartida de juguetes eróticos (vibradores, etc.) así como la penetración anal con el puño.

No obstante, no toda práctica concreta de riesgo comporta, necesariamente, una transmisión o reinfección del VIH. Es decir, no supone tanto para las personas seronegativas como seropositivas el mismo riesgo hacer una felación a un hombre VIH+ o teóricamente hacer un cunnilingus a una mujer VIH+, o mantener una relación sexual coital anal o vaginal con una persona VIH+ en diferentes circunstancias ya que existen varios *factores que podrían afectar al riesgo de transmisión sexual del VIH*:

- 1.- Las ulceraciones, heridas o alteraciones que tienen su origen en enfermedades de transmisión sexual^{174,228,229}.
- 2.- Las pequeñas fisuras o heridas que pueden producir en determinadas prácticas sexuales, tales como el coito anal o ciertas prácticas sado-masoquistas^{228,230}.
- 3.- En el coito anal, las hemorroides pueden constituir también un factor de riesgo²³¹.

4.- Las heridas y desgarramientos que suelen producirse en las violaciones²³².

5.- La realización del coito durante la menstruación²²⁸, ya que el VIH se encuentra con más facilidad en las células sanguíneas que en las secreciones vaginales, podría suponer para el hombre, unos mayores niveles de exposición al virus²³³.

6.- Algunos efectos debido al uso de determinados métodos anticonceptivos, tales como los anticonceptivos orales –especialmente los de alto contenido de estrógenos–, asociados a la ectopía de cérvix, la cual puede producir pequeñas hemorragias durante el coito^{174,233}, o los dispositivos intrauterinos (DIU). Respecto a este último elemento con vendría señalar que aun cuando no existen datos confirmados, al alterar la mucosa genital, debería considerarse como un factor que facilita la infección²³⁴.

7.- Cortes e inflamaciones en la boca, labios y encías causadas por infecciones de la garganta, alergias o ETS, como la gonorrea que podrían facilitar la transmisión del VIH y otras ETS, en el caso por ejemplo de la fellatio o el cunnilingus.

Además, según los últimos avances en la detección de la carga viral, es necesario tener en cuenta que²²⁷: a) La terapia anti-retroviral puede decrecer la carga viral en los fluidos sexuales. b) Las personas pueden transmitir el VIH en mayor medida justo después de ser infectados. c) Cuanto más avanzada esté la enfermedad más aumenta el nivel de infectividad. d) Las infecciones genito-urinarias incrementan la carga viral en el semen y en los fluidos cervico-vaginales. e) La ausencia de síntomas de algunas infecciones genito-urinarias (herpes, gonorrea, sífilis, clamídeas, etc.) lleva a algunas personas a que no sean conscientes de su enfermedad. f) Las fluctuaciones en los niveles de VIH en el fluido cervico-vaginal durante el ciclo menstrual. g) El uso de contraceptivos inyectables u orales puede aumentar los niveles de VIH. h) Las anomalías del cuello uterino pueden aumentar el nivel de infectividad. i) El embarazo también puede dar lugar a un incremento de los niveles de VIH.

Como consecuencia de lo expuesto, una estrategia para luchar contra la infección y reinfección es disminuir en la medida de lo posible, la vulnerabilidad del organismo a través de introducir cambios en los comportamientos que incrementan la presencia o acción de los cofactores peligrosos tanto en el caso de las personas que no están infectadas y que practican conductas de riesgo como las personas seropositivas asintomáticas o las que ya poseen un diagnóstico de SIDA.

Mientras que en relación al coito vaginal y anal, los mensajes preventivos pueden ser más claros, es difícil elaborar mensajes acerca del sexo buco-genital consistentes y simples, debido a que un mayor riesgo existe para la fellatio más que para el cunnilingus, pero las circunstancias individuales, las cuales podrían exponer a un individuo al riesgo de infección son muy variables, y requieren una aproximación individualizada.

No obstante, en los “Talleres de Sexo Más Seguro”, el trabajar con cierto nivel de incertidumbre es uno de los desafíos del trabajo de prevención en VIH, y la dificultad de muchas personas para aceptarlo. Por ejemplo, hay un cierto riesgo si se hace una fellatio a un hombre con VIH, y es muy pequeño, pero este pequeño riesgo varía en función del encuentro sexual. Además, aunque el estado de salud de la pareja afecta este riesgo, todavía es posible que ni la persona tenga información detallada de su propia salud.

CUADRO-RESUMEN

RIESGOS DE LAS CONDUCTAS SEXUALES

- Todos los profesionales están de acuerdo en considerar que el coito vaginal y anal son las dos conductas sexuales que implican un mayor riesgo de transmisión del VIH/SIDA y otras ETS.
- Se ha estimado que el coito anal posee el doble de riesgo que el coito vaginal.
- En relación al coito vaginal, la mujer en general es más susceptible a la transmisión heterosexual debido a una serie de factores biológicos, anatómicos e histológicos, y a otros factores adicionales.
- El potencial riesgo de transmisión de estas enfermedades a través del sexo buco-genital está expuesto a muchas dudas y debates:
 - Los riesgos de transmisión del VIH a través del sexo buco-genital (fellatio y cunnilingus) es mucho menor que la relación sexual anal o vaginal.
 - Los riesgos de la fellatio o el cunnilingus no son los mismos.
 - El riesgo de hacer una felación a un hombre con VIH es muy pequeño, pero real.
 - Durante la fellatio, el hecho de que se deposite el semen en la boca de la pareja y su carga viral son factores claves que determinan el riesgo de infección.
 - Evidentemente cuando se eyacula fuera de la boca el riesgo presumiblemente debería ser menor, pero el hombre antes de eyacular expulsa un líquido preeyaculatorio de forma involuntaria, que podría dar lugar a la infección por VIH.
 - El riesgo de hacer un cunnilingus a una mujer con VIH o el de que una persona seropositiva lo transmita realizando una fellatio o un cunnilingus a otra, es sólo teórico.
 - El anilingus también se considera una práctica de riesgo para el SIDA, la hepatitis y otro tipo de infecciones.
- Factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de transmisión del VIH:
 - a) Los que pueden facilitar o dificultar la penetración del virus en el organismo.
 - b) Los que pueden alargar o acortar la vida del virus en el interior del organismo, antes de que sobrevenga la infección
 - c) Los que pueden debilitar o fortalecer, directa o indirectamente, la acción del sistema inmunitario sobre el virus, una vez la infección ha tenido lugar.
- Mientras que en relación al coito vaginal y anal, los mensajes preventivos pueden ser más claros, es difícil elaborar mensajes acerca del sexo buco-genital consistentes y simples, debido a que un mayor riesgo existe para la fellatio más que para el cunnilingus, pero las circunstancias individuales, las cuales podrían exponer a un individuo al riesgo de infección son muy variables, y requieren una aproximación individualizada.

9.7.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son aquellas enfermedades de naturaleza infecciosa en las que la transmisión sexual tiene una importancia epidemiológica significativa, aunque este mecanismo de transmisión no sea el único ni el más importante.

En el capítulo 15 se hace una descripción detallada de algunas de estas enfermedades como son el SIDA y los distintos tipos de hepatitis. Por tanto, en este apartado se va a hacer referencia a otras enfermedades de origen bacteriano, vírico, micótico o protozoos:

Tabla 1: Principales Agentes Causales de las ETS y Enfermedades que ocasionan

AGENTE CAUSAL	ENFERMEDAD O SÍNDROMES MÁS FRECUENTES
BACTERIANAS Treponema Pallidum Neisseria Gonorrhoeae Haemophilus Ducreyi Calymmatobacterium Granulomatis Chlamydia Trachomatis Ureaplasma Urealyticum Mycoplasma Hominis Streptococcus grupo B Gardnerella vaginalis	Sífilis Gonococia Chancro blando Granuloma inguinal Linfrograma inguinal Uretritis y Cervicitis Cervicitis y Vaginosis Fiebre posparto, Sepsis recién nacido Vaginosis
VIRUS Virus del herpes simple 1 y 2 Papilomavirus humano Virus del Molluscum contagiosum Virus de la Hepatitis B Citomegalovirus VIH-1 y VIH-2	Herpes genital Condilomas Molluscum Contagiosum Hepatitis B Patología perinatal SIDA
PROTOZOOS Trichomonas vaginalis	Vaginitis y Uretritis
HONGOS Diversas especies del género Cándida	Vulvovaginitis y balanopostitis
ARTRÓPODOS Pthirus pubis Sarcoptes scabiei	Pediculosis pubiana Sarna

* Fuente: Solbes, Galiano y Gozalo²³⁵.

Se estima que las ETS constituyen, después de las infecciones respiratorias, la segunda causa de morbilidad en Europa. Se dan de 1,5 a 2 veces más frecuentemente en los varones que en mujeres y, sobre todo, en el grupo de edad de 15 a 24 años.

A continuación, se describen algunas de las ETS mencionadas en la tabla 1^{97,235}:

1.- *Gonorrea*. Infección causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. En los hombres, el síntoma primario de la gonorrea es un flujo uretral amarillento purulento que a veces va acompañado de molestias urinarias. El sitio habitual de la infección es la uretra y el estado se llama uretritis gonocócica. El flujo aparece entre los 3 y los 10 días después de contraer la enfermedad y en general se acompaña por ardor durante la micción y una sensación de prurito dentro de la uretra. La inflamación puede ceder a los dos o tres semanas sin tratamiento o puede persistir de forma crónica. La infección puede difundirse a las vías genito-urinarias, afectando la próstata, el epididimo, las vesículas seminales, la vejiga y los riñones. Se estima que en un 1% de los casos, la enfermedad se difunde a las articulaciones como son las rodillas, tobillos, muñecas o codos, causando artritis gonocócica, que es un estado muy doloroso. En las mujeres, los síntomas de la gonorrea pueden estar ausentes o ser leves en las primeras etapas. De hecho, algunos estudios indican que el 80% de las mujeres con gonorrea (y el 10% de los hombres) casi no tienen síntomas. El primer síntoma temprano puede ser un flujo vaginal amarillento (sin embargo, no todos son gonorreicos), y en algunos casos escozor al orinar. El sitio primario de la infección es en general el cuello uterino que se inflama (cervicitis), pudiéndose provocar posteriormente una infección pelviana (útero, trompas y ovarios). La cronificación de esta enfermedad puede ser una causa de esterilidad en las mujeres, en particular en aquellas que con frecuencia contraen gonorrea (por ejemplo, las prostitutas). Si la enfermedad se reconoce y se trata con prontitud, más del 90% de los casos mejoran de inmediato con un tratamiento rápido basado en antibióticos. En el caso de que la personas tengan alergia a la penicilina puede utilizarse la tetraciclina o eritromicina.

2.- *Sífilis o lúes*. Enfermedad bacteriana originada por el *Treponema pallidum*. Al igual que en la gonorrea se inicia en el sitio de contacto con la aparición de una o varias lesiones cutáneas primarias que se conoce como chancro. El chancro es una úlcera dura, redondeada, de bordes levantados y en general indolora. En el varón aparece por lo común sobre el pene, en el escroto o en la región púbica. En la mujer se localiza en general en los genitales externos, pero puede aparecer en la vagina o en el cuello uterino, así como en la boca, en el recto, sobre un pezón o en cualquier parte de la piel. El chancro aparece de dos a cuatro semanas después de contraer la enfermedad, y si no se trata, en general desaparece en varias semanas sin dejar huella. En general, el chancro es sólo la primera etapa en el desarrollo de una enfermedad crónica que puede llegar a ser mortal. El tratamiento con penicilina u otros antibióticos cuando se produce el chancro cura la mayoría de los casos, y las recaídas después del tratamiento adecuado son raras. Cuando la sífilis no se trata, la “etapa secundaria” se manifiesta en varias semanas o meses después de la cicatrización del chancro. Suele aparecer una erupción cutánea generalizada que es transitoria y puede o no acompañarse por síntomas vagos (cefalea, fiebre, indigestión, dolor de garganta, dolor muscular o articular). Muchas personas no asocian estos síntomas con el chancro primario. Después de la etapa secundaria todos los síntomas desaparecen y empieza el llamado

“período latente”. Durante este período que puede durar años, los microorganismos bacterianos horadan varios tejidos, particularmente los vasos sanguíneos, el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) y los huesos. Algunas investigaciones muestran que cerca del 50% de los casos no tratados alcanzan la etapa final de la sífilis (“terciaria”), en la que pueden darse insuficiencia cardíaca, ruptura de grandes vasos sanguíneos, pérdida del control muscular y del sentido del equilibrio, ceguera, sordera y trastornos mentales severos. En última instancia, la enfermedad puede ser mortal, pero el tratamiento con penicilina aún en etapas tardías puede ser benéfico, dependiendo del grado de deterioro de los órganos vitales.

3.- *Chlamydias*. Los microorganismos denominados *chlamydia trachomatis* son los que producen esta enfermedad (mujer: chlamydia; hombre: chlamydea o uretritis inespecífica). La uretritis inespecífica consiste en una inflamación de la uretra del hombre que no es causada por una gonorrea, pero cuyos síntomas son bastante similares. Los principales síntomas de esta enfermedad son ligeras molestias al orinar, y en el caso del hombre, son bastante similares a los de la gonorrea. Sin embargo, la gonorrea tiende a producir más dolor en la micción y mayor cantidad de flujo con un aspecto similar al pus. La chlamydea se trata con tetraciclina o eritromicina debido a que no responde a la penicilina. Si no se trata, en el caso de los hombres puede originar complicaciones como son lesiones uretrales, infección del epididimo, el síndrome de Reiter (uretritis, inflamaciones de los ojos y artritis), etc. Y en el caso de las mujeres: lesiones en el cuello uterino, salpingitis (infección de las trompas de falopio), enfermedades pélvicas, y posible infertilidad.

4.- *Chancro blando*. Es causada por un bacilo denominado *Haemophilus Ducreyi* (*Bacilo de Ducrey*). La lesión primaria de esta enfermedad es un chancro que se parece al chancro sifilítico en aspecto, pero en contraste a la lesión sifilítica, es bastante doloroso. El tratamiento con sulfonamidas es muy efectivo.

5.- *Granuloma Inguinal*. Es causada por un agente infeccioso denominado *Calymmatobacterium Granulomatis*. La enfermedad se caracteriza por lesiones cutáneas ulceradas, indoloras, progresivamente diseminadas. Los sitios más comunes de infección son la piel y las membranas mucosas de los genitales, pero la enfermedad puede también afectar el recto, los glúteos o la boca. Los antibióticos más efectivos para el tratamiento son la tetraciclina y la estreptomina.

6.- *Herpes genital*. Es una enfermedad de los órganos genitales causada por el virus del herpes simple Tipo II y, en algunos casos por el virus Tipo I. Se manifiesta, tanto en el hombre como en la mujer, por la aparición de unas vesículas que al final estallan formando pequeñas úlceras que curan espontáneamente. Se acompañan de sensación de escozor y quemazón, además de fiebre, dolor en la micción y cefaleas. En las mujeres, estas vesículas se suelen localizar en los labios vaginales, y en los hombres, en el pene. También, se pueden situar alrededor del ano. Aunque las úlceras cicatrizan en unas tres semanas en el primer período de la infección, el virus permanece en el cuerpo, pudiendo permanecer de forma latente durante el resto de la vida o manifestarse de forma periódica. En la actualidad no existe un tratamiento totalmente efectivo, aunque el acyclovir previene o reduce la recurrencia de los síntomas.

7.- *Condiloma acuminado*. Se produce por un virus denominado *Papilomavirus humano* que se manifiesta exclusivamente por la aparición de pequeñas verrugas localizadas de preferencia en los genitales externos, vagina o cuello uterino en la mujer y glánde en el hombre. El tratamiento consiste en la destrucción de dichas verrugas por diversos procedimientos. El no acuminado podría considerarse más importante respecto al riesgo que representa, dado que produce un mayor número de lesiones asintomáticas de alta prevalencia e incidencia, así como un mayor número de citologías con resultados falsos negativos que obligarían a controles repetidos dado al mayor riesgo a cierto tipo de papiloma virus.

8.- *Vaginitis y Uretritis*. No se trata propiamente de ETS, sino de una manifestación sintomática. Son infecciones muy frecuentes que en algunos casos pueden ser producidas por un protozoo denominado *Trichomonas vaginalis* que afecta fundamentalmente a la vagina y a la vejiga urinaria. La infección es de carácter leve pero los síntomas pueden ser muy molestos. En la mujer, picores y escozor vulvar, así como secreción anormal vaginal. En el hombre, muchas veces se produce sin síntomas. Se cura de forma simple mediante un tratamiento de óvulos vaginales, asociado a comprimidos para ingerir por boca.

9.- *Cándidas*. Es quizá la infección más frecuente, producida por un hongo. No es una ETS de forma estricta, ya que puede adquirirse sin que la vía de contagio sea sexual. Se manifiesta preferentemente en la mujer con picores, escozor y sensación de quemazón en los genitales. La secreción vaginal es anormal. El hombre puede notar enrojecimiento a nivel del glánde. La curación es sencilla mediante un tratamiento local vaginal y vulvar y también oral.

CUADRO-RESUMEN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Las ETS son aquellas enfermedades de naturaleza infecciosa en las que la transmisión sexual tiene una importancia epidemiológica significativa, aunque este mecanismo de transmisión no sea el único ni el más importante.
- En la tabla 1, se presentan distintas enfermedades de origen bacteriano, vírico, micótico o protozoos.
- Se estima que las ETS constituyen, después de las infecciones respiratorias, la segunda causa de morbilidad en Europa. Se dan de 1,5 a 2 veces más frecuentemente en los varones que en mujeres y, sobre todo, en el grupo de edad de 15 a 24 años.
- Se describen las siguientes ETS: gonorrea, sífilis, chlamydias, chancro blando, granuloma inguinal, herpes genital, condiloma acuminado, vaginitis y uretritis, así como las candidias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ OMS. Instrucciones y Asistencia en cuestiones de Sexualidad Humana. *Serie I*, 572. Ginebra: OMS, 1975.
- ² Ubillos S. Informe sobre Sexualidad. *Plan de Acción Joven: Informe sobre la realidad juvenil*. Dpto. de Cultura y Turismo del Gno. Vasco. Consejo de la Juventud de Euskadi, 1992.
- ³ Ubillos S. *Guía de Educación Sexual para Jóvenes (2): Recursos para diseñar un Programa*. Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Guipuzcoa, Dpto. de Juventud y Deportes, 1995.
- ⁴ Estébanez P, Cifuentes I. Diferencias de riesgo por género para el VIH entre los UDVP (Parte I). *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA*, 1996; 7(1): 8-14.
- ⁵ Estébanez P, Cifuentes I. Diferencias de riesgo por género para el VIH entre los UDVP (Parte II). *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA*, 1996; 7(2): 62-67.
- ⁶ Sasse H, Salmaso S, Conti S et al. Risk behaviour for VIH-1 infection in italian drug users: report from a multicenter study. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1989; 2(5): 486-496.
- ⁷ Schoenbaum E, Hartel D, Selwyn P et al. Risk factors for Human Immunodeficiency Virus infection in intravenous drug users. *N England Journal Medecine*, 1989; 321(13): 874-879.
- ⁸ WHO. *Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic: A capsule summary*. Ginebra, Autor, 1991.
- ⁹ Donoghoe M, Stimson G, Dolan K. Sexual behaviour of injecting drug users and asociated risks of HIV infection for noinjecting sexual partners. *AIDS Care*, 1989; 1: 51-58.
- ¹⁰ Murphy D. Heterosexual contacts of intravenous drug abusers: implications for the next spread of the AIDS epidemic. *AIDS and Substance Abuse*, 1989: 89-97.
- ¹¹ Zunzunegui MV, Rodríguez MA, Sarasqueta C. Drogadicción intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid 1990. *Gaceta Sanitaria*, 1993; 34(7): 2-11.
- ¹² Stark K, Müller R, Guggenmoos-Holzmann I et al. HIV infection in intravenous drug abusers in Berlin: risk factors and time trends. *Klin Wochenschr*; 1990; 68: 415-420.
- ¹³ Kline A, Strickler J. Perceptions of risk for AIDS among women in drug treatment. *Health Psychology*, 1993; 12, 4: 313-323.
- ¹⁴ Freeman R, Rodríguez G, French J. A comparison of male and female intravenous drug users risk behaviours for HIV infection. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 20, 1994; 20(2): 129-157.
- ¹⁵ Stark K, Müller R. HIV prevalence and risk behaviour in injecting drug users in Berlin. *Forensic Science International*, 1993; 62: 73-81.
- ¹⁶ Salmaso S, Conti S, Sasse H et al. Drug use and HIV-1 infection: report from the second italian multicenter study. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1991; 4(6): 607-613.
- ¹⁷ Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. Parenteral and sexual transmission of Human Immunodeficiency Virus in intravenous drug users: a study of seroconversion. *American Journal Epidemiology*, 1992; 135(3): 225-233.
- ¹⁸ Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the Human Immunodeficiency Virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994; 5(6): 570-575.

- ¹⁹ Quirk y Rhodes T. Drugs as “reason” and “excuse” for unsafe sex. *Executive Summary*, 1995, April; 40.
- ²⁰ Rhodes T, Donoghoe M, Hunter G et al. Continued risk behaviour among positive drug injectors in London: implications for intervention. *Addiction*, 1994; 88: 1552-1560.
- ²¹ Strang J, Powis B, Griffiths P et al. Heterosexual vaginal and anal intercourse amongst London heroin and cocaine users. (Short paper). *International Journal STD y AIDS*, 1994; 368(5): 1-4
- ²² Insúa P. La Prevención del Sida a Nivel Comunitario: Un Programa de Investigación-Acción con el colectivo de Consumidores de Droga por Vía Parenteral. En San Juan C. (coord.), *Intervención Psicosocial: Elementos de Programación y Evaluación Socialmente Eficaces*. Colombia, Anthropos, 1996.
- ²³ Falck RS, Wang JC, Carlson RG y Siegal HA. Factors influencing condom use among heterosexual users of injection drugs and crack cocaine. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997; 24(4): 204-210.
- ²⁴ Menoyo C, Urzelai A, Zubia I, Zulaika D. Variación temporal de las conductas de riesgo en relación con la infección por VIH. IV Congreso Nacional sobre el Sida. *SESIDA*, 1998; 9(3): 133-135
- ²⁵ Friedman S, Jose B, Neaigus A et al. Consistent condom use in relationships between seropositive injecting drug users and sex partners who do not inject drugs. (Short communication). *AIDS*, 1994; 8: 357-361.
- ²⁶ Watters J, Estilo M, Kral A et al. HIV infection among female injection-drug users recruited in community settings. *Sexually Transmitted Diseases*, 1994; 21(6): 321-328.
- ²⁷ Pavia M, Indovino A, Nobile CGA et al. Intravenous drug users and AIDS. *European Journal Public Health*, 1997; 7(2): 199-204.
- ²⁸ Planes M. *La magnitud y la demora en las consecuencias como variables críticas en el auto-control: Aplicación al caso de comportamientos de riesgo al VIH*. Edición en microfilm. Bellaterra, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, 1991.
- ²⁹ De la Fuente L, López R, Bravo M^aJ. *Infección por VIH en usuarios de drogas*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- ³⁰ Nelson K, Vlahov D, Cohn S et al. Sexually transmitted diseases in a population of intravenous drug users: association with seropositivity to the Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Journal Infection Disease*, 1991 September; 164: 457-463.
- ³¹ Serraino D, Franceschi S, Vaccher E et al. Risk factors for Human Immunodeficiency Virus infection in 581 intravenous drug users, Northeast Italy, 1984-1988. *International Journal Epidemiology*, 1991; 20(1): 264-270.
- ³² Zunzunegui V, Casabona J, Laguna J et al. Factores de riesgo para la transmisión heterosexual del VIH de varón a mujer: un estudio multicéntrico español. *Medicina Clínica (Barc)*, 1992; 98(19): 721-725.
- ³³ Estébanez P, Sarasqueta C, Fitch K et al. Prevalencia del VIH-1 y otras enfermedades de transmisión sexual en prostitutas españolas. *Medicina Clínica (Barc)*, 1992; 99(5): 161-167.
- ³⁴ Van Ameijden E, Van Den Hoek A, Van Haastrecht H et al. Trends in sexual behaviour and the incidence of sexually transmitted diseases and HIV among drug-using prostitutes. Amsterdam 1986-1992. *AIDS*, 1994; 8(2): 213-221.
- ³⁵ Astemborski J, Vlahov D, Warren D et al. The rating of sex for drugs or money and HIV seropositivity among female intravenous drug users. *American Journal Public Health*, 1994; 84(3): 382-387.
- ³⁶ European Working Group on HIV infection in Female Prostitutes. HIV infection in european female sex workers: epidemiological link with use of petroleum-based lubricants. *AIDS*, 1993; 7(3): 401-408.
- ³⁷ Estébanez P. Prostitución y SIDA. En Nájera R. (ed.), *SIDA: De la Biomedicina a la sociedad*. Madrid, EUDEMA, 1990; 339-353.
- ³⁸ Casabona J, Sánchez E, Salinas R, Lacasa C, Verani P. Seroprevalence and risk factors for HIV transmission among female prostitutes: A community survey. *European Journal of Epidemiology*, 1990; 6: 248-252.
- ³⁹ Palacio V, Vázquez S, Quirós R, Vázquez F, González A, Llaneza J. Incidence of HIV in prostitutes in Oviedo, Spain. *AIDS*, 1989; 3: 461-462.
- ⁴⁰ Hankins C, Gendron S, Handley M et al. HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology. *American Journal Public Health*, 1994; 84(10): 1637-1640.
- ⁴¹ Fishbein M, Guinan M. Behavioral science and public health: a necessary partnership for HIV prevention. *Public Health Reports*, 1996; 111 (Supl.): 5-10.
- ⁴² Bayés R. *Sida y Psicología*. Barcelona, Martínez Roca, 1995.
- ⁴³ Covell RG. The management of HIV positive drug users. *European Symposium on AIDS and drug abuse*. Estocolmo, 1989.
- ⁴⁴ Fahrner EV. Preventing HIV transmission: contacting drug users. *European Symposium on AIDS and drug abuse*. Estocolmo, 1989.
- ⁴⁵ Plan Nacional sobre Drogas. *Infección por VIH entre usuarios de drogas*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- ⁴⁶ McDonald C, Loxley W, Marsh A. A bridge too near?. Injecting drug users' sexual behaviour. *AIDS Care*, 1994; 6: 317-326.
- ⁴⁷ Battjes RJ, Pickens RW, Brown, LS. HIV infection and AIDS risk behaviors among injecting drug users entering methadone treatment: an update. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1995; 10: 90-96.
- ⁴⁸ Des Jarlais DCD, Friedman SR, Friedmann P et al. HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS*, 1995; 9: 611-617.
- ⁴⁹ Rhodes T. Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of 'risk behaviour'. *Sociology of Health and Illness*, 1997; 19(2): 208-227.
- ⁵⁰ Carou M, González A, Bermejo P, Bravo A, Marcos C, Mariño A, Casete L, López N. Conductas de riesgo en UDI: ¿se modifican las prácticas sexuales de riesgo?. IV Congreso Nacional sobre el Sida. *SESIDA*, 1998; 9(3): 178-180.
- ⁵¹ Becker et al. *The health belief model and personal health behaviour*. New Jersey, Slack, 1974.
- ⁵² Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 1974; 2: 328-35.
- ⁵³ Ajzen I, Fishbein M. Attitude and Behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 1977; 84: 888-918.

- ⁵⁴ Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and predicting Social Behavior*. USA, Prentice-Hall, Inc, 1980.
- ⁵⁵ Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: The role of intention, perceived control, and prior behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1986; 26: 305-328.
- ⁵⁶ Schifter DE, Ajzen I. Intention, perceived control and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985; 49: 843-851.
- ⁵⁷ Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, Inc., 1977 (Versión Castellana: Teoría del Aprendizaje Social, Madrid, Espasa-Calpe, 1982).
- ⁵⁸ Byrne D. Sex Without contraception. In Byrne D, Fisher WA (eds.), *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1983.
- ⁵⁹ Fisher WA, Byrne D, White LA, Kelley K. Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 1988; 25: 123-151.
- ⁶⁰ Rachlin H. Self-control. *Behaviorism*, 1974; 2: 94-107.
- ⁶¹ Morrison DM. Adolescent contraceptive behavior: A review. *Psychological Bulletin*, 1985; 98: 538-568.
- ⁶² Maticka-Tyndale E. Sexual Script and AIDS Prevention: Variations in Adherence to Safer-Sex Guidelines by Heterosexual Adolescents. *The Journal of Sex Research*, 1991; 28(1): 45-66
- ⁶³ Triandis HC. Values, attitudes and interpersonal behavior. In *Nebraska Symposium of Motivation (1979)*, ed. M.M. Lincon: Univ. Nebraska Press, 1980; 195-259.
- ⁶⁴ Triandis H. Recherches recentes sur l'individualisme et le collectivisme. *Les cahiers internationaux de Psychologie Sociale*, 1994; 23: 14-27
- ⁶⁵ Levinson RA. Contraceptive self-efficacy: A primary prevention strategy. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 3, 1984; 3: 1-15.
- ⁶⁶ Levinson RA. Contraceptive self-efficacy: A perspective on teenage girls' contraceptive behavior. *The Journal of Sex Research*, 22, 1986; 22(3): 347-369.
- ⁶⁷ Nájera P. La educación para la salud sobre VIH/SIDA (II). *Seisida*, 1996; 7(8): 466-470.
- ⁶⁸ Abraham C, Sheeran P. In search of a psychology of safer-sex promotion: beyond beliefs and texts. *Health Education Research*, 1993; 8(2): 245-254.
- ⁶⁹ Catania JA, Kegeles A, Coates TJ. Towards and understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (AARM). *Health Education Quarterly*, 1990; 17: 27-39
- ⁷⁰ Green LW. Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods and examples. *Health Education Monographs* 1974; (supl. 2): 34-64.
- ⁷¹ Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Mayfield, Palo Alto, CA, 1980.
- ⁷² Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: An environmental and educational approach*. Mountain View Calif., Mayfield Publishing, 1991.
- ⁷³ Bimbela JL, Majó X, Polo LI, Sanclemente C. *Memoria Activitats*. Equip Prevenció Sida (EPS), Ayuntamiento de Barcelona, 1990.
- ⁷⁴ Bimbela JL y Gómez C. Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1994; 47: 151-159.
- ⁷⁵ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983; 51: 390-395.
- ⁷⁶ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In Hersen M, Eisler RM, Miller PM (eds.), *Progress in behavior modification*. Sycamore, Illinois, Sycamore Press, 1992: 184-214.
- ⁷⁷ Bandura A. Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977; 84: 191-215.
- ⁷⁸ Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 1986.
- ⁷⁹ Villamarín F. Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*, 1994; 61: 9-18.
- ⁸⁰ Prochaska JO, Harlow LL, Redding CA, Snow MG, Rossi JS, Velicer WF. Models of behavior change for condom use: Preliminary analyses in an AIDS-risking community sample (policopiado), 1990.
- ⁸¹ Schneider JH, Wolitski RJ, Corby NH. Impact of a Longitudinal Community HIV Intervention Targeting Injecting Drug Users Stage of Change for Condom and Bleach Use. *American Journal Health Promotion*, 1997; 12(1): 15-24.
- ⁸² Ubillos S. *Guía de Educación Sexual para Jóvenes (I). Contenidos*. Donostia, Diputación Foral de Gipuzkoa, Dpto de Juventud y Deportes, 1995.
- ⁸³ Insúa P, Ubillos S, Romo I, Elizalde B, Urcelai A, Zubía I. Sexo Seguro: Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH para CDVPs. En Usieto R, De Andrés R, Cuberta F., (eds.), *SIDA: Transmisión Heterosexual del VIH*. Guadalajara, CESA, 1993.
- ⁸⁴ De la Loma A. Aportaciones a la epidemiología del SIDA desde un centro de atención primaria. En *II Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA*. Madrid, Ayuntamiento de Madrid (policopiado), 1988.
- ⁸⁵ De Vicenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *The New England Journal of Medicine*, 1994; 331: 341-346.
- ⁸⁶ Barrio G, De la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Medicina Clínica*, 1993; 101: 344-355.
- ⁸⁷ Catania J et al. Predictors of condoms use and multiple-partener sex among highly sexually active adolescent women. *Fifth International Conference on AIDS: Abstracts*, 1989 (International AIDS Association, pág. 711).
- ⁸⁸ DiClemente R, Forrest K, Mickler S. Differential effects of AIDS knowledge and perceived susceptibility on the reduction of high-risk behavior among college adolescents. *Fifth International AIDS Conference. Abstracts*, 1989. (International AIDS Association, pág. 742).
- ⁸⁹ Sankary T. The impact of teenager's knowledge and concern of AIDS on sexual behavior and prevention strategies. *Fifth International AIDS Conference. Abstracts*, 1989 (International AIDS Association, pág. 727).
- ⁹⁰ Baum A, Nesselhof, S. Psychological Research and the Prevention. Etiology and Treatment on AIDS. *American Psychologist*, 1988; 43(11): 900-906.
- ⁹¹ U.S. Department of Health and Human Services. *Pretesting in health communications*. Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 1980.
- ⁹² Rodhes T, Quirk A. Sexual Safety and Drug Use. *Executive Summary*, 39, February-March.
- ⁹³ Vlahov D, Muñoz A, Antohony J et al. Association of drug injection patterns with antibody to Human Immunodeficiency Virus type 1 among intravenous drug users in Baltimore, Maryland. *American Journal Epidemiology*, 1990; 132(5): 847-856.

- ⁹⁴ Sopelana P, Diéguez A, Bautista L. Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 en drogodependientes en Madrid, durante un período de 5 años. *Medicina Clínica (Barc)*, 1991; 97(16): 601-603.
- ⁹⁵ Fisher WA, Byrne D, White LA. Emocional barriers to contraception. In Byrne D, Fisher WA (eds.), *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1983.
- ⁹⁶ Byrne D. Social Psychology and the study of sexual behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1977; 3: 3-30.
- ⁹⁷ Hyde JS. *Understanding Human Sexuality*. EEUU, McGraw Hill, 1994.
- ⁹⁸ Kowalewski MR, Henson KD, Longshore D. Rethinking perceived risk and health behavior: a critical review of HIV prevention research. *Health Education and Behavior*, 1997; 313-324.
- ⁹⁹ Van der Pligt J. Perceived risk and vulnerability as predictors of precautionary behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 1998; 3(part. 1): 1-14.
- ¹⁰⁰ Viladrich C. *Modelos de toma de decisión individual en psicología*. Tesis doctoral no publicada. Bellaterra, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, 1986.
- ¹⁰¹ Johnson EJ, Tversky A. Affect, generalization and the perception of risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983; 45(1): 20-31.
- ¹⁰² Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Facts versus fears: Understanding perceived risk. In Kahneman D, Slovic P, Tversky A (eds.), *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge, Cambridge University Press, 1982: 463-489.
- ¹⁰³ Kahneman D, Tversky A. Subjective probability: A judgement of representativeness. En immunodeficiency syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 1982; 320: 1388-1393.
- ¹⁰⁴ Rodin J, Salovey P. Health Psychology. *Annual review of psychology*, 1989; 40: 533-579.
- ¹⁰⁵ Rothman AJ, Kein WM, Weinstein ND. Absolute and Realtive Biases in Estimations of Personal Risk. *Journal Applied Social Psychology*, 1996; 26: 1213-1236.
- ¹⁰⁶ Hansen WB, Hahn GL, Wolkenstein BH. Perceived Personal Immunity: Beliefs about Susceptibility to Aids. *The Journal of Sex Research*, 1990; 27(4): 622-628
- ¹⁰⁷ van der Velde FW, van der Pligt J, Hooykaas Ch. Perceiving AIDS-related risk: Accuracy as a Function of Differences in Actual Riesk. *Health Psychology*, 1994; 13(1): 25-33.
- ¹⁰⁸ Planes M, Moix J. Predictores del interés por la prevención en algunos transtornos de salud. *Clinica y Salud*, 1993; 4: 41-51.
- ¹⁰⁹ Weinstein ND. Why I won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 1984; 3: 431-457.
- ¹¹⁰ Weinstein ND. Unrealistic ooptimism about illness susceptibility: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 1986; 10: 481-500
- ¹¹¹ Gerrard M, Gibbons FX, Bushman BJ. Relation between Perceived Vulnerability to HIV and Precautionary Sexual Behavior. *Psychological Bulletin*, 1996; 119: 390-409.
- ¹¹² Corby NH, Schneider JM, Wolitski RJ. Using the theory of planned behavior to predict intention to use condoms among male and female injecting drug users. *Journal of Applied Social Psychology*, 1996; 26: 52-75.
- ¹¹³ Gras ME. *La magnitud y la probabilidad de la pérdida como condicionante del riesgo asumido por los automovilistas*. Tesis doctoral no publicada. Bellaterra, Barcelona, Universida Autònoma de Barcelona, 1994.
- ¹¹⁴ Nájera P. Comentario a Kowalewski MR, Henson KD, Longshore D. Rethinking perceived risk and health behavior: a critical review of HIV prevention research. *Health Education and Behavior*, 313-324. *Seisida*, 1998; 9(1): 33.
- ¹¹⁵ Van Ameijden EJC, Coutinho RA. Maximum impact of HIV prevention measures targetes at injecting drug users. *AIDS*, 1998; 12(6): 635-633.
- ¹¹⁶ Bayés R. Modulación emocional de los comportamientos de riesgo y marginación. IV Congreso Nacional sobre Sida. Programas y Resúmenes de Ponencias. *Seisida*, 1997; 8(4): 108-110.
- ¹¹⁷ Jeffery RW. Risk behaviors and health. *American Psychologist*, 44, 1989; 44: 1194-1202.
- ¹¹⁸ McReynolds WT, Green L, Fisher EB. Self-control as choice management with reference to the behavioral treatment of obesity. *Health Psychology*, 1983; 2(3): 261-276.
- ¹¹⁹ Rachlin H, Logue AW, Gibbon J, Frankel M. Cognition and behavior in studies of choice. *Psychological Review*, 1986; 93: 33-45.
- ¹²⁰ Schweitzer JB, Sulzer-Azaroff B. Self-control: Teaching tolerance for delay in impulsive children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1988; 50: 173-186.
- ¹²¹ Green L, Snyderman M. Choice between rewards differing in amount and delay: Towards a choice model of self control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1980; 34: 135-147.
- ¹²² Kahneman D, Tversky A. Choices, values and frames. *American Psychologist*, 1984; 39: 1333-1335.
- ¹²³ Solomon MZ, De Jong. Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implications for AIDS health education. *Health Education Quarterly*, 1986; 13: 301-316.
- ¹²⁴ Waldron VR, Caughlin J, Jackson D. Talking specifics: facilitating effects of planning on AIDS talk in peer dyads. *Health Communication*, 1995; 7: 249-266.
- ¹²⁵ Richard R, de Vries NK, van der Pligt J. Anticiped regret and precautionary sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 1998; 28(15): 1411-1428.
- ¹²⁶ Páez D, Ubillos S, Pizarro M, León M. Modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada aplicados al caso del Sida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1994; 47: 141-149.
- ¹²⁷ Weeks K, Levy SR, Zhu C, Perhats C, Handler A, Flay BR. Impact of a school-based AIDS prevention program on young adolescents' self-efficacy skills. *Health Education Research*, 1995; 10(3): 329-344.
- ¹²⁸ Lear D. Sexual communication in the age of AIDS: the constructiion of risk and trust among young adults. *Social Science Medecine*, 41, 1995; 41: 1311-1323.
- ¹²⁹ Maxwell C, Boyle M. Risky of heterosexual practices among women over 30: gender, power and long term relationships. *AIDS Care*, 1995; 7: 277-293.
- ¹³⁰ Greenblatt R et al. Predictors of condom use and STDs in a group of sexually active adolescent women. *Fifht International AIDS Conference. Abstracts*, 1989 (International AIDS Association, pág. 702).
- ¹³¹ Traeen B et al. Condom behavior in 17, 18 and 19 year old Norwegians. *Fifht International AIDS Conference. Abstracts*, 1989. (International AIDS Association, pág. 727).
- ¹³² Grund JPC, Friedman SR, Stern LS et al. Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Social Science Medecine*, 1996; 42: 691-703.

- ¹³³ Fisher J. Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 1988; 43: 914-920.
- ¹³⁴ Klee H, Morris J. (1995). The role of needle exchanges in modifying sharing behaviour: cross-study comparisons 1989-1993. *Addiction*, 1995; 90: 1635-1645.
- ¹³⁵ Peri JM, Saltó C, Bayés R. Factores facilitadores del cambio de comportamientos de riesgo al VIH en usuarios de drogas por vía parenteral. *Medicina Clínica*, 1994; 102: 237-238.
- ¹³⁶ Des Jarlais DC, Friedman SR. The psychology of preventing AIDS among intravenous drug users: A social learning conceptualization. *American Psychologist*, 1988; 43(11): 865-870.
- ¹³⁷ Miller DT, Prentice DA. The Construction of Social Norms and Standards. In Tory Higgins E, Kruglanski A.W. (eds.), *Social Psychology. Handbook of Basic Principles*. New York, The Guilford Press, 1996: 799-829.
- ¹³⁸ Sheerab P, Abraham Ch, Orbell S. Psychosocial Correlates of Heterosexual Condom Use: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 1999; 125(1): 90-132.
- ¹³⁹ Gibbons FX, Helweg-Larsen M, Gerrard M. Prevalence Estimates and Adolescent Risk Behavior: Cross-Cultural Differences in Social Influence. *Journal of Applied Psychology*, 1995; 80(1): 107-121.
- ¹⁴⁰ Prentice DA, Miller DT. Pluralistic Ignorance and the Perpetuation of Social Norms by Unwitting Actors. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1996; 28: 161-209.
- ¹⁴¹ Guenther-Grey C, Noroian D, Fonseka J, Higgins D. Developing community networks to deliver HIV prevention interventions. *Public Health Reports*, 1996; 110 (Supl. 1): 41-49.
- ¹⁴² Sager R. Nontraditional employees: Indigenous outreach workers employed as ADIS educators for street addicts. *Journal of Community Psychology*, 1993; 21: 200-209.
- ¹⁴³ Pérez Avilés S. Agentes de Salud o mediadores en VIH/SIDA. IV Congreso Nacional sobre el Sida. *SESIDA*, 1998; 9(3): 243-244.
- ¹⁴⁴ Bandura A, Walters RH. *Social learning and personality development*. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1963.
- ¹⁴⁵ Fisher JD, Misovich SJ. Social influence and AIDS preventing behavior. In Edwards J et al. (eds.), *Applied Social Psychology annual*, 9. New York, Plenum, 1988.
- ¹⁴⁶ Rhodes T, Donoghoe M, Hunter G et al. Sexual behaviour of drug injectors in London: implications for HIV transmission and HIV prevention. *Addiction*, 1994; 89: 1085-1096.
- ¹⁴⁷ Richardson S, Papaevangelou G, Ancelle-Park R. Knowledge, attitudes and beliefs of European injecting drug users concerning preventive measures for HIV. *European Journal Epidemiology*, 1994; 10: 135-142.
- ¹⁴⁸ Melnick S, Renslow S, Louis T et al. The terry beirn community programs for clinical research on AIDS. Survival and disease progression according to gender of patients with HIV infection. *JAMA*, 1994; 272(24): 1915-1921.
- ¹⁴⁹ McDonald TK, Zanna MP, Fong GT. Why common sense goes out the window: Effects of alcohol on intentions to use condoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1996; 22: 763-775.
- ¹⁵⁰ Steele CM, Josephs, RA. Alcohol myopia: its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 1990; 45: 921-933.
- ¹⁵¹ Fenaughty AM, Fisher DG. High-risk behavior among drug users. The utility of a typology of alcohol variables. *Sexually Transmitted Diseases*, 1998; 25(1): 38-43.
- ¹⁵² Perlman JA, Kelaghan J, Wolf PH, Baldwin W, Coulson A, Novello, A. HIV risk difference between condom users and nonusers among U.S. heterosexual women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1990; 3: 155-165.
- ¹⁵³ Kamenga M, Ryder RW, Jingu M, Mbuyi N, Mbu L, Behets F, Brown Ch, Heyward W. Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: Experience at an HIV counselling center in Zaire. *AIDS*, 1991; 5: 61-67.
- ¹⁵⁴ Chan-Chee C, De Vincenzi I, Solé-Pla MA, Ancelle-Park R, Brunet JB (1991). Use and misuse of condoms. *Genitourinary Medicine*, 1991; 67: 173.
- ¹⁵⁵ Alonso C, Bayés, R. Dudas, creencias y opiniones sobre la transmisión del SIDA en la práctica deportiva. *Revista de Psicología del Deporte*, 1993; 3: 55-66.
- ¹⁵⁶ Wulfert E, Wan CK. Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology*, 1993; 12(5): 346-353.
- ¹⁵⁷ Menoyo C, Zulaika D, Urcelia A, Lamikiz E, Zubia I. Behaviours change's among Basque Country Injecting Drug Users's (IDU's): 1992-1996. *12th World AIDS Conference*. Poster Abstract N° 23224, Geneva, 1998.
- ¹⁵⁸ Calvo F. *Las tres epidemias del SIDA en la provincia de las Palmas*. Tesis doctoral no publicada. Madrid, Universidad Complutense, 1992.
- ¹⁵⁹ Smith Muñoz CL. El sexo no vale la pena. *El País*, 7 de diciembre 1993: 45.
- ¹⁶⁰ El Mundo. Salud: Prevención de enfermedades venereas y embarazos no deseados. EEUU centra sus programas de educación sexual en la abstinencia. *El Mundo*, 6 de abril de 1999; 33.
- ¹⁶¹ Rivas A. Los Jóvenes de Hoy. *El País*, 21/11/1993.
- ¹⁶² Rotheram-Borus MJ, Koopman C, Rosario M. Develomental Tailoring Prevention Programs. In Di Clemente R (ed.), *Adolescents and Aids: a generation in jeopardy*. Newbury Park, Sage, 1992.
- ¹⁶³ Seal DW, Palmer-Seal DA. Barriers to Condom Use and Safer Sex Talk among College Dating Couples. *Journal Community Applied Social Psychology*, 1996; 6: 15-33.
- ¹⁶⁴ Blanton H, Gerrard M. Effect of sexual motivation on men's risk perception for sexually transmitted disease: There must be 50 ways to justify a lover. *Health Psychology*, 1997; 16(4): 374-379.
- ¹⁶⁵ Lacoste JA, Gallo M, García FJ, Martínez A. SIDA y familia. Repercusiones en el niño. *Revista Española de Pediatría*, 47, 1991; 47(4): 292-295.
- ¹⁶⁶ U.S. Department of Health and Human Services. Recommendations for HIV testing for inpatients and outpatients in acute-care hospital settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1993; 42: 1-6.
- ¹⁶⁷ Jano. *Medicina y Humanidades. IX Conferencia Internacional sobre el SIDA* celebrada en Berlín, 1993; 45: 815-817.
- ¹⁶⁸ Pedrol E, Masanés F, Fernández-Solá J, Pumarola T, Camp J, Urbano-Márquez A. Seroprevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en un servicio de urgencias de un área urbana. *Medicina Clínica*, 1992; 98: 761-763.
- ¹⁶⁹ Willig C. 'I Wouldn't Have Married the Guy if I'd Have to Do That': Heterosexual Adults' Constructions of Condom Use and their Implications for Sexual Practice. *Journal Community y Applied Social Psychology*, 1995; 5: 75-87.

- ¹⁷⁰ Cochran SD, Mays VM. Sex, lies and HIV. *New England Journal of Medicine*, 15 de marzo, 1990; 774.
- ¹⁷¹ Bayés R, Pastells S, Tuldrà A. Conducta heterosexual y percepción de riesgo de contagio al VIH/SIDA en una población universitaria española. Comunicación presentada al V Congreso Español de Sexología. Granada, Septiembre, 1994.
- ¹⁷² Saxe L. Lying. Thoughts of an applied social psychologist. *American Psychologist*, 1991; 46(4): 409-415.
- ¹⁷³ Anderson RM, May RM. Epidemiological parameters of HIV transmission. *Nature*, 1988; 339: 514-519.
- ¹⁷⁴ Nájera R. Epidemiología. En Nájera R (ed.), *SIDA: De la Biomedicina a la sociedad*. Madrid, EUDEMA, 1990: 115-163.
- ¹⁷⁵ Johnson AM. Condoms and HIV transmission. *The England Journal of Medicine*, 1994; 331: 391-392.
- ¹⁷⁶ Carranza J, Monclús M. *Trabajo de investigación sobre heroinómanos y seropositividad al VIH*. Barcelona, SPOTT (policopiado), 1989.
- ¹⁷⁷ López F. *Lecciones de sexología I y II*. Salamanca, Universidad de Salamanca, 1986.
- ¹⁷⁸ López F, Fuertes A. *Para comprender la sexualidad*. Estella (Navarra), Verbo Divino, 1989.
- ¹⁷⁹ Kolata G et al. *Sex in America: A definitive Survey*. New York: Little, Brown, 1994.
- ¹⁸⁰ Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France*. Paris, Rapports officiels, La Documentation Française, 1993.
- ¹⁸¹ Oliver MB, Hyde JS. Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 1993; 114: 29-51.
- ¹⁸² Simon P, Gondonneau J, Mironer L, Dourlen-Rollier AM. *Rapport sur le comportement sexuel des français*. Paris, R. Julliard y P. Charron, 1972.
- ¹⁸³ Melbye M, Biggar R. Interactions between persons at risk for AIDS and the general population in Denmark. *American Journal Epidemiology*, 1992; 135(6): 593-602.
- ¹⁸⁴ Fay RR, Turner F, Klassen AD, Gagnon JH. Prevalence and Patterns of Same-Gender Sexual Contact Among Men. *Science*, 1989; 243: 338-348.
- ¹⁸⁵ Storms MD. Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980; 38: 783-792.
- ¹⁸⁶ Wolff C. *Love between women*. New York, Harper y Row, 1971.
- ¹⁸⁷ McCaghy CH. Child molesting. *Sexual behavior*, 1971, 1, 16-24.
- ¹⁸⁸ Jay K, Young, A. *The gay report*. New York, Summit Books, 1979.
- ¹⁸⁹ Sorensen RC. *Adolescent sexuality in contemporary America*. New York, World, 1973.
- ¹⁹⁰ Marmor JJ et al. Possible female to female transmission of human immunodeficiency virus. *Annals of Internal Medicine*, 105, 1986; 195: 969.
- ¹⁹¹ Monzon OT, Capellan JMB. Female-to-female transmission of HIV. *Lancet*, 1987, July.
- ¹⁹² Pomeroy WB. The diagnosis and treatment of transvestites end transsexuals. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1975; 1: 215-224.
- ¹⁹³ Talamini JT. *Boys will be girls: The hidden world of the heterosexual male travestite*. Washington, DC, University Press of America, 1982.
- ¹⁹⁴ Martinson FM. Eroticism in infancy and childhood. In Constantine LL, Martinson FM (eds.), *Children and sex*. Boston, Little, Brown, 1981.
- ¹⁹⁵ Arafat IS, Cotton WL. Masturbation practices of males and females. *Journal of Sex Research*, 1974; 10: 293-307.
- ¹⁹⁶ García JL. *Guía práctica de información sexual*. Irún, Edutest, 1984.
- ¹⁹⁷ Hite S. *The Hite report*. New York, Macmillan, 1976.
- ¹⁹⁸ Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia, Saunders, 1953.
- ¹⁹⁹ Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, Saunders, 1948.
- ²⁰⁰ Master WH, Johnson V. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown, 1966. (Trad. cast.: *Respuesta Sexual Humana*. Intermédica, Buenos Aires, 1976).
- ²⁰¹ Sadock BJ, Sadock VA. Techniques of coitus. In B. J. Sadock et al. (Eds), *The sexual experience*. Baltimore, Williams y Wilkins, 1976.
- ²⁰² Rodríguez A, Moya MC. La Conducta Sexual Humana. Una aproximación psicosocial. En Barriga S, León Rubio JM^a, Martínez MF (eds.), *Intervención Psicosocial*. Barcelona, Hora, 1987: 269-296.
- ²⁰³ Wellings K, Field J, Johnson AM, Wadsworth J. *Sexual Behaviour in Britain*. Londres, Penguin, 1994.
- ²⁰⁴ Usieto R, Sastre J. Comportamiento sexual y transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. En Basabe N, Páez D, Usieto R, Paicheler H, Deschamps JC (eds.), *El desafío social del Sida*. Madrid, Fundamentos y CESA, 1996.
- ²⁰⁵ Jimeno A, Alvarez C, Rodríguez P, Martínez JL. *Guía del profesor*. Ayuntamiento de Zaragoza, Area de Sanidad y Acción Social, Centro de Documentación y Publicaciones, 1991.
- ²⁰⁶ Delamater J, MacCorquade P. *Premarital sexuality: Attitudes, relationships, behavior*. Madison, University of Wisconsin Press, 1979.
- ²⁰⁷ Comfort A. *The joy of sex*. New York, Crown, 1972.
- ²⁰⁸ Ochoa E. *200 Preguntas sobre Sexo*. Madrid, Biblioteca de la Salud, Grupo Correo de Comunicación, 1996.
- ²⁰⁹ Morin J. *Anal pleasure and health*. Burlingame, CA, Down There Press, 1981
- ²¹⁰ Kaplan HS. *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. New York, Bruner and Mazel Publication, 1974 (Trad. cast.: *La nueva terapia sexual*. Alianza editorial. Madrid, 1978).
- ²¹¹ Lief HI. Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 7, 1977; 7: 94-95.
- ²¹² Kaplan HS. *Disorders of sexual desire*. New York, Simon y Schuster, 1979.
- ²¹³ Schnarch DM. *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. New York, N.W. Norton y Company, 1991.
- ²¹⁴ Carballo VE, Buéla-Casal G, Carrobbles JA. *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Madrid, Editorial Siglo XXI, 1996.
- ²¹⁵ Rosen RC, Beck JG. *Patterns of sexual arousal*. New York, The Guilford Press, 1988.
- ²¹⁶ Bancroft J. *Humans sexuality and its problems*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1989.
- ²¹⁷ Giesecke J, Ramstedt K, Granath F, Ripa T, RadÖ G, Westrell M. Partner notification as a tool for research in HIV epidemiology: Behaviour change, transmission risk and incidence trends. *AIDS*, 1992; 6: 101-107.

- ²¹⁸ Voeller M, Anderson D. Heterosexual transmission of HIV (Letter). *JAMA*, 1992; 267: 1917-1918.
- ²¹⁹ Anderson D, Hill J. Cellular and soluble factors in semen and the vaginal environment that may influence the heterosexual transmission of HIV type 1. In Horowitz, B., Mardh, P. (eds.), *Vaginitis and vaginosis*. New York, Wiley-Liss, 1991; 69-76.
- ²²⁰ Polk B. Female-to-male transmission of AIDS (Letter). *JAMA*, 1985; 254: 3177.
- ²²¹ Holst E, Hovellius B, Mardh P. Bacterial vaginosis: microbiology and clinical findings. *European Journal Clinical Bacteriology*, 1987; 6: 536-541.
- ²²² Mussico M, Nicolosi A, Costigliola P et al. The role of contraceptive practices in HIV sexual transmission among heterosexual couples. En Nicolosi A (ed.), *HIV Epidemiology: Models and Methods*. New York, Raven Press, 1994: 121-136.
- ²²³ Hellmann N, Desmond-Hellmann S, Nsubiga P et al. Genital trauma during sex is a risk factor for HIV infection in Uganda. *VII International Conference on AIDS*. Florence, 1991 (Abstract M.C. 3079).
- ²²⁴ Green S, Goldberg D, Nathawani et al. Intercourse during menstruation among prostitutes. *JAMA*, 1990; 264: 333.
- ²²⁵ Simonsen J, Plummer F, Ngugi E. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990; 4: 139-144.
- ²²⁶ Plummer F, Simonsen J, Cameron W et al. Cofactors in male-female transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal Infection Disease*, 1991; 339: 785-788.
- ²²⁷ Alcorn K. *AIDS Reference Manual*. London, NAM Publications, 1997.
- ²²⁸ Piot O, Laga M, Ryder R, Perriens J, Temmerman M, Heyward W, Curran JW. The global epidemiology of HIV infection: Continuity, heterogeneity, and change. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1990; 3: 403-412.
- ²²⁹ WHO. Global programme on AIDS and programme on STD. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1989; 2: 248-255.
- ²³⁰ Pratt RJ. *AIDS: A strategy for nursing care*. Londres, Arnold, 1987.
- ²³¹ Bayés R, Alvarado MJ, Berga N, De Balanzó B, Segura P, Traumont, JR. Tratamiento no farmacológico del estreñimiento crónico. *Papeles del Colegio*, 1984; 18: 31-36.
- ²³² Murphy S, Kitchen V, Harris JR, Foster SM. Rape and subsequent seroconversion to HIV. *British Medical Journal*, 1989; 229: 7-18.
- ²³³ Casabona J (ed.). *La SIDA: Aspectes clínics i epidemiologia a Catalunya*. Barcelona, Doyma, 1992.
- ²³⁴ Master WH, Johnson VE, Kolodny RC. *La sexualidad humana. La dimensión biológica* (traducción). Barcelona, Grijalbo, 1987.
- ²³⁵ Solves A, Galiano JJ, Gozalo JL. Prevención ETS (SIDA y HEPATITIS B). En Macías BE, Arocha JL (eds.), *Salud Pública y Educación para la Salud*. Las Palmas, ICEPSS Editores, S.L., 1996.

PARTE III

TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

CAPÍTULO 10

OBJETIVOS DE LOS TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

10.1. OBJETIVOS GENERALES

Las estrategias de Salud Pública que tienen como finalidad reducir los niveles globales de daños a la salud asociados al consumo de drogas se articulan en cuatro ejes¹ que podríamos considerar como objetivos generales:

a) Identificar los daños o las consecuencias para la salud derivadas de un consumo de drogas de “mayor riesgo”:

1. Trastornos asociados con la calidad y cantidad de drogas consumidas, la combinación de ellas, sus contaminantes: sobredosis mortal y no mortal, fibrosis pulmonar (por inyección de adulterantes insolubles como el talco).
2. Trastornos asociados con la vía de administración y el patrón de consumo, como las enfermedades infecciosas asociadas a la conducta de inyección: SIDA, infección por VIH, hepatitis B y C, otras infecciones bacterianas, por hongos, por parásitos y virus; infecciones locales (celulitis, abscesos, flebitis), infecciones de órganos (abscesos pulmonares o cerebrales, endocarditis, oftalmítis) o generalizadas (septicemia).
3. Daños ocasionados por la técnica de inyección: daños a nervios periféricos, embolia pulmonar, gangrena venosa, etc.
4. Problemas de salud relacionados con las condiciones de vida (dieta insuficiente, vivienda insalubre, hacinamiento, etc.) como la neumonía y tuberculosis; y con el estilo y contexto de vida como accidentes, violencia, enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual, etc.
5. Efectos mentales adversos directamente relacionados con la acción de las drogas, ya sean agudos o crónicos (euforia, psicosis, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de personalidad, etc.).
6. Problemas neonatales: síndrome de abstinencia del recién nacido, transmisión de enfermedades infecciosas (VIH, VHC, VHB, etc.).

b) Identificar los comportamientos de riesgo que ocasionan estos daños para la salud (mezclar drogas, utilizar material de inyección ya usado).

c) Identificar los determinantes de estos comportamientos de riesgo que ocasionan daños a la salud.

d) Desarrollar intervenciones que ayuden a reducir los comportamientos de riesgo, los daños y sus determinantes.

10.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

NIVEL INDIVIDUAL Y DUAL:

- Aumentar y mejorar en los usuarios los conocimientos, actitudes y comportamientos para un consumo inyectable de menor riesgo.
- Aumentar la percepción de riesgo/daño para la salud asociado a las prácticas de consumo de drogas.
- Aumentar la auto-eficacia personal frente a situaciones de riesgo.
- Favorecer la identificación de las situaciones en las que se produce un consumo de riesgo.
- Promover la anticipación de las situaciones de consumo de riesgo.
- Incrementar la valoración de los beneficios resultantes de un determinado cambio en las prácticas de consumo, particularmente en lo referido a favorecer el cambio de vía de administración, de la inyectada a la inhalada.
- Incrementar la percepción de que los pares están cambiando su comportamiento y apoyan los cambios.
- Promover la adquisición de habilidades físicas y sociales necesarias para adoptar un consumo de menor riesgo; entre ellas: mejorar las habilidades de técnicas de inyección de menor riesgo; mejorar las habilidades en situaciones (duales o grupales) de negociación del consumo.
- Mejorar los conocimientos de los usuarios sobre la existencia, características y funcionamiento de los servicios asistenciales y sociosanitarios.
- Disminuir el intervalo entre inicio del consumo y contacto con los servicios asistenciales.
- Aumentar el número de usuarios vacunados de la hepatitis B.
- Aumentar el número de usuarios que conocen su estado serológico respecto de la infección por el VIH.
- Aumentar el número de usuarios VIH+ que realizan seguimiento y tratamiento con antiretrovirales.
- Aumentar la información y accesibilidad a tratamientos de la hepatitis C.
- Mejorar el conocimiento de los usuarios de drogas por vía parenteral sobre la existencia y características de los sistemas de provisión de material de inyección estéril del municipio.

NIVEL CONTEXTUAL:

Además de las características individuales y duales existen otros factores que influyen las prácticas de riesgo. Entre ellos se encuentra el contexto social en el que los individuos realizan los comportamientos de riesgo y las reglas que los rigen. Resulta evidente que muchos de los objetivos que se plantean a este nivel se escapan de las posibilida-

des de un taller. Sin embargo hemos optado por incluirlos, dado que son elementos que influyen las prácticas de riesgo y que pueden ser perseguidos por intervenciones específicas realizadas por los equipos, al margen de los talleres o como complemento de ellos.

- Incrementar la densidad de las redes sociales de los consumidores, favoreciendo su contacto con personas consumidoras y no consumidoras en cualquiera de los ámbitos cotidianos: asistencial, laboral, asociativo, etc.
- Identificar aquellos mitos de grupo que favorecen la adopción de prácticas de riesgo y actuar en consecuencia.
- Realizar intervenciones grupales destinadas a promover una conciencia sanitaria general entre la población consumidora de drogas.
- Formar a líderes comunitarios en la prevención, conocimiento y opciones de salud frente a los diferentes daños que se asocian con el consumo.
- Favorecer la participación e implicación de los usuarios en el diseño e implementación de intervenciones con objetivos de salud: diseñar material y estrategias preventivas con la participación de usuarios e impulsar la creación de asociaciones de consumidores de drogas.
- Realizar intervenciones con usuarios que fomenten una mejor imagen social de ellos.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios sociosanitarios específicos e inespecíficos.
- Favorecer situaciones físicas en las que el consumo sea de menor riesgo (por ejemplo, habilitar salas de inyección).

Las intervenciones que se deriven de estos objetivos deben ser tanteadas, consensuadas y organizadas con personas representativas de los grupos a los que se dirige la intervención.

CAPÍTULO 11

DAÑOS A LA SALUD OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE DROGAS ENDOVENOSAS

Este capítulo pretende describir de forma sencilla y clara los daños a la salud más frecuentemente asociados al consumo inyectable de drogas, con el fin de que el formador, agente de salud o participantes de los talleres tengan unos conocimientos de base para identificar y aconsejar ante ciertas situaciones sanitarias, así como para facilitar el diseño temático de los talleres. Ante la heterogeneidad de los conocimientos sobre aspectos sanitarios de los profesionales de los centros de atención y ONGs, hemos optado por dirigir este capítulo hacia aquellos profesionales sin una formación específica en este terreno.

Los aspectos referentes a sobredosis serán ya abordados en el capítulo 14.

Como cualquier otra sustancia de consumo, las drogas tienen repercusiones sobre la salud en función de sus particulares efectos sobre el organismo, su composición, cantidad, grado de pureza, aditivos o contaminantes². La vía de administración de la sustancia incorpora riesgos particulares; una especial repercusión para la salud de los consumidores es aquella que se deriva de las infecciones relacionadas con el consumo intravenoso.

La vía intravenosa implica atravesar la piel con la jeringuilla en busca de una vena. En el curso de esta operación es posible que el UDVP se autoinocule microorganismos de diferente procedencia, dando lugar a distintos tipos de infecciones³. Los microorganismos más frecuentemente identificados en las infecciones que presenta esta población son: bacterias (la más prevalente es el estafilococo aureus procedente de la propia piel del usuario), virus de la hepatitis B, C y D y probablemente el virus de la hepatitis G; virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hongos como la candida albicans y otros como parásitos o protozoos^{4,5}.

La procedencia u origen de estos microorganismos es variada aunque permanentemente relacionada con los modos o prácticas utilizados para la inyección. La propia sustancia, al proceder del mercado ilegal y no estar sometida a ningún tipo de control sanitario puede estar contaminada; las jeringuillas y/o agujas, filtros, recipientes de mezcla, agua y otros disolventes pueden estar contaminados con gérmenes procedentes del medio ambiente, de la propia piel del usuario o de su flora oral (algunos adictos chupan sistemáticamente la aguja o los filtros antes de ser utilizados)². La práctica de compartir material previamente utilizado por otro inyector es la vía más eficaz de transmisión de enfermedades víricas entre la población UDVP⁶. El agua de los waters o de charcos utilizada para disolver la sustancia es fuente importante de infecciones por parásitos³. Otros disolventes como el limón, utilizado frecuentemente para disolver la heroína base o marrón, facilita la adqui-

sición de infecciones por candidas (candidiasis) que pueden ocasionar afectaciones de las válvulas del corazón, de articulaciones, cerebro (abscesos por hongos) y también de los ojos^{7,8}.

11.1. INFECCIONES LOCALIZADAS: INFECCIONES CUTÁNEAS Y DE PARTES BLANDAS

En muchos casos la infección queda localizada en la zona de venopunción, afectando al tejido subcutáneo o bien a la propia vena, ocasionando abscesos, celulitis o tromboflebitis. La etiología es bacteriana y, con alta frecuencia, el estafilococo aureus de la piel del inyector es el agente responsable^{4,5}.

En las infecciones por debajo de la piel suelen aparecer señales de inflamación (color rojo, dolor, aumento de la temperatura local o aumento del tamaño) y si afecta a una articulación, dificultad en el movimiento. No tienen por qué causar fiebre o afectación del estado general, aunque en casos graves puede darse. En el absceso, la infección queda encerrada por una reacción fibrosa e inflamatoria. Cuando ésta se halla de manera difusa bajo la piel se conoce como celulitis y si no se trata, puede afectar a otras estructuras como los músculos, nervios y vasos de la zona^{5,9}.

Cuando la infección tiene lugar en la propia vena recibe el nombre de flebitis. Además de ocasionar dolor y endurecimiento de la vena, ésta queda “inutilizable” durante un cierto tiempo y puede ocasionar trastornos en la circulación general. La cocaína inyectada ocasiona frecuentemente flebitis. La flebitis reiterada favorece que el consumidor no halle zonas donde inyectarse y tenga que recurrir a localizaciones peligrosas por su riesgo de infección o por su proximidad a órganos vitales. Las venas de las ingles, cuello y abdomen son las venas más peligrosas^{3,4,6}.

Para evitar en lo posible la aparición de flebitis es conveniente saber pincharse correctamente. Ha de recomendarse utilizar torniquetes, que muestran más fácilmente las venas de los brazos y desinfectar la piel siempre antes de inyectarse⁹.

La recomendación general ante la sospecha de infecciones localizadas es consultar con el servicio médico del equipo o de atención primaria. Generalmente va a requerirse tratamiento antibiótico acompañado, o no, de pequeña cirugía, tratamiento antiinflamatorio y otras medidas sintomáticas¹⁰.

11.2. INFECCIONES GENERALIZADAS Y A DISTANCIA

Los síntomas habituales son fiebre y escalofríos, que pueden confundirse con los efectos de algún contaminante de la sustancia. Cuando la fiebre persiste más de dos días tras la inyección y en ausencia de otros síntomas (p. ej. tos, vómitos.), hay que pensar en que la causa pueda ser una bacteriemia.

Una de las complicaciones graves más frecuentes es la endocarditis infecciosa^{5,9}. Supone la afectación de las válvulas cardíacas, siendo la más comúnmente comprometida la válvula tricúspide (corazón derecho). Se trata de una afección grave que puede llevar a

la muerte en ausencia de tratamiento. Otras infecciones a distancia frecuentes en UDVP son las que afectan al cerebro (abscesos cerebrales) o en alguna articulación (artritis), sobre todo cuando el estado general de la persona es precario.

En consecuencia, la persistencia de fiebre 2 días después de realizada la administración de droga por vía intravenosa constituye una urgencia médica que precisa atención hospitalaria y la realización de análisis y cultivos de sangre para intentar detectar la causa de la fiebre.

Debe recordarse la importancia de la desinfección de la piel: los antecedentes de abscesos y endocarditis en UDVP que desinfectan su piel con alcohol antes de inyectarse son menores que en los que no realizan esta práctica¹¹.

11.3. HEPATITIS POR VIRUS

La Hepatitis es un síndrome de inflamación de las células hepáticas de causas variadas: agentes infecciosos, determinados medicamentos e ingesta crónica de alcohol o de tóxicos¹²⁻¹⁵.

En la mayoría de los casos la hepatitis pasa desapercibida por ausencia de síntomas. Cuando se manifiesta, los síntomas más característicos son la coloración amarillenta de la piel y de los ojos, la orina de color más intenso y las deposiciones más blancas. Otros síntomas son cansancio, dolor de cabeza, pérdida de apetito, náuseas, dolores abdominales, fiebre, dolores articulares y erupción cutánea^{13,14}. La hepatitis evoluciona generalmente de manera favorable hacia la curación espontánea, pero las provocadas por virus dejan en el organismo el recuerdo de haber estado en contacto con el virus, lo que se detecta a través de los anticuerpos.

Muchas infecciones generalizadas pueden dar inflamación del hígado y, por tanto, hepatitis, pero un apartado importante lo constituyen las hepatitis víricas. Estas son infecciones producidas por virus que afectan de manera casi exclusiva al hígado, de las que hoy en día se conocen seis: A, B, C, D (delta), E y G¹⁴. Las hepatitis B, C y D se transmiten a través de la sangre y, por tanto, al compartir jeringuillas¹³. El virus de la hepatitis G se ha encontrado en población UDVP con una prevalencia superior a la encontrada en la población de donantes de sangre, por lo que cabe pensar en una transmisión parenteral.

La **Hepatitis A** se transmite a través de alimentos o del agua de la bebida^{13,16}. En general es una enfermedad benigna pero en ocasiones puede tener una evolución fulminante, de extraordinaria gravedad. También puede tener mayor gravedad en personas infectadas por el virus de la hepatitis C. Se dispone de una vacuna frente al virus de la hepatitis A.

La **Hepatitis B** se transmite a través de la sangre (transfusiones, tatuajes o por compartir jeringas contaminadas) y también por relaciones sexuales no protegidas, de madres a hijos durante el embarazo y el parto y, en raras ocasiones, también a través de objetos^{13,16}.

En muy pocos casos (alrededor del 10-15%)¹⁶ da síntomas claros. Por ello, la forma más corriente de diagnosticar la infección por Hepatitis B es en el curso de un análisis de sangre rutinario. Saber a través de los análisis si una persona ha estado en contacto con el

virus de la Hepatitis B es sencillo. Se basa en recurrir a la memoria inmunitaria del organismo: si el individuo ha estado en contacto con el virus de la Hepatitis B ha producido anticuerpos y son éstos los que darán positivo en el análisis de sangre.

Aproximadamente en un 10% de casos esta hepatitis evoluciona a la cronicidad, definida por la persistencia de una serología positiva al antígeno de superficie (HBsAg), ya sea en forma de portador asintomático o con hepatitis crónica, pudiendo en este caso evolucionar a cirrosis hepática¹⁶.

Como se conoce una vacuna efectiva frente a este virus, el objetivo sanitario fundamental para combatir esta enfermedad es la vacunación. En el Estado Español, se está realizando la vacunación sistemática a niños de 11-12 años. Además es recomendable para personas con riesgo elevado de contraer la enfermedad: receptores de transfusiones, UDIs, homosexuales masculinos, personas que realizan la prostitución, entorno directo y parejas sexuales de portadores crónicos, hijos de madres infectadas, personal sanitario, viajeros a regiones endémicas (África, Asia) y personas con múltiples parejas sexuales¹³.

La vacuna disponible en nuestro país se elabora, desde 1988 por recombinación genética¹⁷. No tiene capacidad de infección por lo que no puede dar lugar a la enfermedad. Se ha comprobado que la mayoría de las personas que reciben 3 dosis de vacuna frente a la hepatitis B desarrollan protección frente a la misma. Hay diferentes pautas todas ellas basadas en producir en el organismo la suficiente respuesta con anticuerpos para que dé lugar a inmunidad, siendo el responsable del programa de vacunación quien debe recomendar qué pauta es la más adecuada en cada caso.

Si no existe un riesgo inmediato de infección conviene realizar una pauta convencional, más lenta, pero que proporciona un nivel más alto de protección (0, 1 y 6 meses). Cuando existe riesgo real de infección, la alternativa más ensayada y que ha ofrecido mejores resultados es la de cuatro dosis separadas en el tiempo (0, 1, 2 y 12 meses), con esta pauta se consiguen más precozmente niveles de protección aunque estos caen antes, por ello es importante la dosis de recuerdo al cabo de un año¹³. No existe contraindicación para ser administrada a mujeres embarazadas.

La **Hepatitis Delta** es ocasionada por un virus que por sí mismo no puede vivir y, por tanto, no tiene capacidad de infectar. Se multiplica aprovechando la existencia del virus de la hepatitis B. Es decir, ha de multiplicarse forzosamente en presencia del virus B. Por tanto, evitar la infección por hepatitis B, evita también la hepatitis delta¹³.

La **Hepatitis C** era conocida hasta 1988 como hepatitis no A no B. El virus de la hepatitis C es un virus muy contagioso por sangre; su contagio por vía sexual parece ser menos frecuente y se sabe que existen otras vías de contagio aún no bien aclaradas¹⁵. El mecanismo de transmisión principal es el contacto con sangre, ya sea de manera manifiesta (jeringas compartidas, pinchazos accidentales) como inaparente (cuchillas de afeitarse, tatuajes, restos de sangre en las manos u objetos, filtros, agua o recipiente para la preparación de una dosis inyectable, etc.). La transmisión vertical madre-hijo¹⁵ es rara (5-6%) en ausencia de una coinfección con VIH y en este último caso alcanza un 14%. Un 75-85% de las personas infectadas desarrollarán una hepatitis C crónica que, además de poder transmitir el virus presentan el riesgo de desarrollar una cirrosis o cáncer de hígado^{13,15}.

La rápida diseminación de este virus es debida en parte a su gran capacidad para mutar y a su resistencia, que hace que en diferentes estudios sobre UDIs la proporción de infectados sea superior a la del VIH, alcanzando valores entre el 60 y 90%¹².

La infección por el virus de la hepatitis C se detecta a través del recuerdo del sistema inmunitario que genera anticuerpos (que no son protectores) frente al virus. Además de medir la respuesta del individuo frente a la presencia del virus en su organismo, es posible determinar la cantidad de virus (o carga viral) en sangre, a través del cálculo del número de copias de ácido ribonucleico (RNA) por mililitro.

No existe vacuna frente al virus de la hepatitis C. Es un virus muy resistente y muy contagioso. Esto hace pensar que en un futuro, asistiremos a un incremento de enfermedades hepáticas en el colectivo de los usuarios de drogas por vía parenteral.

Varios estudios señalan la precocidad de la contaminación por el VHC en los UDVP; así en inyectores de inicio reciente la prevalencia de VHC es cuatro veces superior¹⁵ que la de VIH, y se observa que en el primer año de consumo intravenoso se producirían más del 70 % de los contagios. Por tanto, hay que insistir en las medidas preventivas: evitar compartir la parafernalia de inyección (agua, filtro, tapón, jeringa, etc.), pero también los tubos que sirven para esnifar o fumar drogas ilegales. En este sentido, en un estudio¹⁸ realizado con donantes de sangre en USA, se encontró que la infección por VHC estaba independientemente asociada con una historia de uso de cocaína esnifada, lo que indica la posible transmisión a través de los tubos de esnifar. Por último conviene recalcar que no está demostrado que la desinfección de las jeringas con lejía sea eficaz frente a este virus.

El seguimiento de los afectados debe evaluarse caso por caso. Puede haber progresión de la enfermedad a pesar de que no aparezcan síntomas y que los análisis del hígado en sangre sean normales. Uno de los elementos esenciales en la mejora del pronóstico de la hepatitis C es evitar todo consumo de alcohol¹⁵.

Hay que ofrecer la posibilidad de un seguimiento especializado e informar a los pacientes que existen tratamientos como el interferón, la ribavirina o ambos, y que para el control de la evolución es conveniente la determinación de la carga viral (a realizar en laboratorios especializados) y a menudo la biopsia hepática con anestesia local.

El interferón es un medicamento que se administra por vía subcutánea tres veces por semana durante un período de tiempo habitualmente de un año. Produce la disminución del número de copias de virus de la hepatitis C o carga viral y, en algunos casos esta respuesta es sostenida. Esta buena respuesta tiende a identificarse con normalización de las pruebas hepáticas, si estaban alteradas, disminución de la carga viral hasta niveles indetectables y que éstos cambios se mantengan después de 6 meses de realizado el tratamiento¹⁶. La ribavirina es un medicamento de administración oral que puede usarse en monoterapia o combinado con el interferón¹³. La existencia de una baja cantidad de virus C (carga viral antes del tratamiento inferior a 100.000 copias/ml) y la ausencia de lesiones hepáticas establecidas son elementos que pueden predecir una buena respuesta al tratamiento.

11.4. VIH/SIDA

La infección por VIH/SIDA es actualmente una enfermedad crónica y progresiva, que requiere atención médica continuada, cuyo pronóstico a medio plazo ha mejorado con las pautas actuales de combinaciones de antirretrovirales y con el tratamiento y profilaxis de las infecciones oportunistas¹⁹.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) afecta el sistema inmunitario y hace a las personas más vulnerables a ciertas infecciones²⁰ (neumonía por *Pneumocystis carinii*, tuberculosis, candidiasis, etc.) y cánceres (cáncer invasivo de cuello de útero, sarcoma de Kaposi, etc.).

El VIH se transmite mediante el contacto directo con la sangre, semen o flujo vaginal de una persona infectada. Las mayores concentraciones de VIH se encuentran en la sangre y semen y, en menor medida, en las secreciones vaginales. Por tanto las formas potenciales de transmisión serían las transfusiones y derivados de sangre infectada (hoy en día ya inexistentes), compartir jeringas y otro material de inyección, de madre a hijo durante el embarazo y parto y por relaciones sexuales no protegidas¹⁹⁻²³.

Para saber si una persona está infectada por el VIH se realiza un análisis específico, habitualmente con la técnica tipo ELISA, destinado a detectar el recuerdo del sistema inmunitario de haber estado en contacto con el virus²³. Este análisis establece la presencia de anticuerpos, no protectores, frente al virus. En caso de que el resultado sea negativo conviene repetir la prueba cada seis meses en la población que presenta prácticas de riesgo, recordando la existencia del “período ventana” (periodo de incubación del virus después de una infección reciente: unos tres meses), durante el cual el virus puede estar en el organismo (y transmitirse) pero no ser detectado por el análisis ELISA. Cualquier caso con test anti VIH positivo debe necesariamente ser corroborado con los denominados “tests de confirmación” (Western Blot u otros). A partir de 1996 se han producido importantes modificaciones en el cuidado de los pacientes infectados por el VIH. Por una parte se ha generalizado el acceso a la determinación de la carga viral y por otro se dispone de combinaciones de medicamentos antirretrovirales más eficaces²³.

Hasta la generalización de la utilización de la carga viral, un elemento básico en el seguimiento de pacientes con infección por VIH era el recuento de linfocitos CD4 o T4. Los leucocitos o glóbulos blancos están integrados por distintos tipos de células. Uno de ellos son los linfocitos, a su vez divididos en diferentes tipos de células entre los que se hallan los CD4, cuya función primordial es la defensa frente a las infecciones. El VIH afecta especialmente estas células y una forma de valorar el daño sobre la persona afectada es calcular la cantidad de CD4 en sangre. Sin tratamiento, la infección por VIH conduce habitualmente a una disminución de las células CD4²².

El organismo sano generalmente tiene más de 1.000 CD4/mm³. Los sujetos infectados por el VIH, con valores de CD4 alrededor de 500 pueden presentar infecciones oportunistas como tuberculosis, herpes o cáncer cervical (en mujeres). Por debajo de 300 puede aparecer neumonía por *Pneumocystis carinii*; por debajo de 200, toxoplasmosis cerebral y por debajo de 100, infecciones por hongos, citomegalovirus y la aparición de linfomas¹³.

Los análisis de la cantidad de virus o número de copias de ácido ribonucleico de VIH por mililitro de sangre constituyen una medida directa de la infección. Ya no se trata de evaluar el daño habido en el organismo, sino de medir directamente la actividad del virus.

Las determinaciones sucesivas permiten valorar la eficacia de los tratamientos¹³. El objetivo es conseguir una cantidad de virus indetectable por los análisis (por la prueba de la Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR), que viene a significar la disminución de la cantidad de virus por debajo de las 200 copias/ml.

A la vez que han aparecido más ajustados sistemas de medir la progresión de la enfermedad, contamos con combinaciones más eficaces de fármacos, como los inhibidores de la proteasa que se combinan habitualmente con otros medicamentos del grupo de los inhibidores de la transcriptasa inversa. Debe saberse que estos fármacos presentan, no obstante, importantes efectos adversos que pueden condicionar su utilización.

Los profesionales sanitarios se enfrentan con el reto de poner a disposición de los usuarios de drogas afectados por el VIH los avances científicos disponibles. Demostradas las ventajas de realizar tratamiento se hace imprescindible una campaña de información de la población afectada, incidiendo en líderes de opinión y en la transmisión de mensajes entre iguales, de manera que puedan mostrar las ventajas de realizar el tratamiento y la posibilidad de cumplirlo adecuadamente. En cualquier caso, debe respetarse la decisión individual, una vez se ha informado de las ventajas e inconvenientes de los fármacos, de iniciar o no tratamiento antirretroviral. Por último, hay que seguir insistiendo en la necesidad de realizar tratamientos preventivos, fundamentalmente frente a la tuberculosis, la neumonía por *P. Carinii* y la infección por *Toxoplasma Gondii*, en sus indicaciones convencionales.

Recordamos aquí el decálogo propuesto por el Plan Nacional sobre Sida¹⁹ para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral:

1. Dada la especial característica de la infección VIH, uno de los factores más importantes para conseguir los objetivos planteados con el tratamiento antirretroviral es la correcta adherencia con el mismo, por tanto no se deben escatimar esfuerzos ni recursos que permitan la instauración de programas que incidan en ella positivamente.
2. Los factores que influyen en la adherencia dependen del individuo, de la enfermedad, del régimen terapéutico y del equipo asistencial.
3. Ante la prescripción del tratamiento antirretroviral hay que tener en cuenta que excepcionalmente constituye una emergencia y que hay que preparar al paciente para afrontar la difícil tarea de realizarlo correctamente. Es necesario identificar y tratar las situaciones concomitantes que pueden impedir una adherencia correcta como son la ansiedad, la depresión, el alcoholismo, la drogodependencia o la problemática social.
4. El tratamiento debe ser individualizado según las necesidades y posibilidades de cada paciente. La información correcta y detallada y el disponer de un equipo asistencial con el cual se establezca una relación de confianza, flexibilidad y accesibilidad es necesario para lograr los objetivos planteados.

5. La evaluación de la adherencia debe ser parte de la asistencia en el seguimiento del paciente. Se propone la utilización de varios métodos complementarios entre sí: la evolución de la carga viral plasmática, la entrevista y cuestionario estructurado, el recuento de comprimidos sobrantes y la asistencia a las citas de dispensación.
6. La valoración de la adherencia se debe realizar por fármaco y entre cada período de dispensación, con el objetivo de solucionar los posibles problemas
7. El período de dispensación no debe ser superior a dos meses. Con ello se favorece el apoyo a la adherencia, reforzando la importancia de la misma en cada visita y, a su vez, se evita el derroche de medicación en pacientes que no la aprovechen o la acumulen debido a su bajo cumplimiento.
8. El equipo asistencial debe ser multidisciplinar y mantener, entre los integrantes, un constante intercambio de información. Estará formado por médicos, que realizan la prescripción, farmacéuticos, encargados del asesoramiento farmacológico y la dispensación del tratamiento y enfermeras, psicólogos y psiquiatras como apoyo en la atención al paciente.
9. En todo momento, todo el equipo asistencial debe enfatizar la importancia de la adherencia, las razones de la misma y las consecuencias que implica un tratamiento incorrecto con el fin de corregirlas a través de las medidas de intervención propuestas.
10. Si a pesar de todas estas recomendaciones no se consigue mejorar la adherencia puede ser adecuado en algunos pacientes suspender temporalmente el tratamiento antirretroviral.

11.5. TUBERCULOSIS

La epidemia de tuberculosis se ha visto gravemente dimensionada en la última década en nuestro entorno. La existencia de infección por VIH se identifica como el primer factor de riesgo de padecer tuberculosis (TB), el consumo de drogas y la estancia en prisión son otros de los factores de riesgo. Actualmente supone un problema de salud pública de primera magnitud²⁴⁻²⁶.

Clásicamente la TB ha presentado mayor incidencia en el colectivo de usuarios de drogas que en la población general; éste hecho se ha venido interpretando como resultado de la convergencia de diferentes factores como son: las alteraciones inmunológicas propiamente asociadas a la adicción, las características sociodemográficas y estilo de vida del adicto y, en la última década, la infección por VIH²⁴.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el Bacilo de Koch. Aunque la localización más conocida es la pulmonar, la tuberculosis puede afectar todo el organismo. Se habla, por tanto, de tuberculosis hepática, ganglionar, ósea, intestinal, ginecológica y de meningitis tuberculosa. La afección pulmonar es la más frecuente y prácticamente la única que es contagiosa. La sintomatología puede ser inespecífica, pero habitualmente cursa con tos, fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso y fatiga. La vía de transmisión es aérea y se produce a través de las gotas que se expulsan al hablar, estornudar o toser^{27,28}.

Tras el primer contacto con el bacilo puede no desarrollarse la enfermedad, quedando éste acantonado en el organismo; hablamos en estos casos de infección tuberculosa. El riesgo de desarrollar enfermedad a lo largo de la vida, tras una infección en personas inmunocompetentes, es del 10-15%, distribuyéndose en igual proporción en los dos primeros años tras la infección y a partir de los 65 años. En el caso de personas con infección tuberculosa e infección por VIH, el riesgo de padecer enfermedad asciende al 5-10% anual^{29,30}.

El bacilo de la tuberculosis deja un recuerdo inmunológico, de manera que ante un nuevo contacto hay una respuesta del organismo. Esta característica ha sido aprovechada para diseñar una prueba que distingue qué personas han estado o no en contacto con el agente de la tuberculosis: el Mantoux. También se conoce esta prueba con el nombre de tuberculina o PPD. Actualmente se establece diagnóstico de infección tuberculosa en Mantoux iguales o superiores a 5 mm²⁶.

En población consumidora de drogas se recomienda simultanear la realización de Mantoux con la radiografía de tórax, fundamentalmente en poblaciones como la los usuarios de drogas españoles, con una alta prevalencia de infección por VIH y, por ello, con más probabilidad de aparición de anergias (en los anérgicos aún existiendo infección tuberculosa la reacción cutánea a la tuberculina es negativa, por verse alterada la respuesta inmunitaria del organismo)²⁶. La continuidad del estudio de estos pacientes con estudios de anergia, o la repetición de PPD tras inclusión del paciente infectado por VIH en tratamiento antirretroviral, corresponden al ámbito de especialistas en patología infecciosa.

Si la placa de tórax es compatible con TB o la clínica es sugerente, se continúa el estudio con examen microscópico (técnica de Ziehl-Neelsen) y cultivo de esputo, aunque el examen microscópico sea negativo. Esto no excluye la existencia de enfermedad tuberculosa. El cultivo en medios clásicos (como el de Lowenstein) requiere de varias semanas para descartar la presencia de bacilos en la muestra. Técnicas más modernas pueden acortar sensiblemente este período, sin embargo ni están disponibles en todos los servicios, ni de momento resultan más fiables.

Por tanto si existe una alta sospecha de enfermedad tuberculosa y una vez tomadas las muestras microbiológicas, el tratamiento debe iniciarse de forma inmediata sin esperar los resultados del cultivo. Si se confirma la existencia de enfermedad hay que instaurar el tratamiento también de forma inmediata. El tratamiento de la enfermedad tuberculosa se realiza habitualmente con una combinación de 3 ó 4 fármacos antituberculosos. Frecuentemente se asocian isoniacida, rifampicina, piracinamida y /o etambutol en la fase de inducción²⁶. La decisión de qué combinación utilizar dependerá asimismo de las resistencias locales, de si se conoce el caso índice y su antibiograma y del propio antibiograma del caso, por tanto y aunque esta combinación presentada es muy habitual, el tratamiento en cada caso estará valorado por el especialista. Al cabo de 10 ó 15 días de tratamiento adecuado, en régimen de aislamiento, el paciente deja de ser bacilífero (contagioso), pero el tratamiento hay que realizarlo estrictamente durante los 6-9 meses siguientes para evitar recidivas o reactivaciones del proceso.

La correcta cumplimentación del tratamiento es fundamental para la curación total, así como para evitar la creación de resistencias. Este tratamiento resulta largo y no siempre

exento de efectos secundarios, por lo que se deben habilitar medidas que faciliten al usuario su cumplimentación^{31,32}. Tales medidas pasan por ofertar de manera urgente su inclusión en un programa de tratamiento de la dependencia lo más adaptado a su realidad, gestionar eficazmente la problemática social y psiquiátrica si existen, proporcionando el ingreso en unidades de media estancia si el caso lo requiere. La supervisión directa y diaria del tratamiento tuberculostático se hace imprescindible en el caso de los consumidores de drogas, asociando su toma a la ingesta de metadona, o bien acercando y supervisando la medicación a través de un cuidador primario competente o en su defecto a través de enfermería con visitas domiciliarias.

Asimismo, los casos en que existiendo infección se descarta la presencia de enfermedad son subsidiarios de tratamiento preventivo. Éste consiste en la toma de un tuberculostático, habitualmente isoniacida, diariamente durante un periodo de 6 meses a 1 año, dependiendo del caso, lo que protegerá al paciente de desarrollar la enfermedad. Las medidas facilitadoras deben ser las mismas que en el tratamiento de la enfermedad, asegurándose la supervisión de la medicación²⁶.

Dado que la adhesión al tratamiento es el factor determinante para la curación y prevención de esta patología, los esfuerzos en garantizar tal adhesión por parte de los equipos que intervienen en el ámbito de las drogodependencias tendrán también efectos directos en el control global de la epidemia de tuberculosis.

CAPÍTULO 12

REVISIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS Y DETERMINANTES: INFLUENCIAS EN LAS PRÁCTICAS DE CONSUMO DE LOS UDVP

El consumo de drogas por vía parenteral es una práctica difundida en muchos países, especialmente en los del mundo occidental³³. Cualquier droga que se disuelva en agua puede ser inyectada. En nuestro país, las drogas que más se usan para inyectar son la cocaína y la heroína³⁴, pero en otros países predomina la inyección de anfetaminas, buprenorfina, benzodiacepinas o barbitúricos, menos frecuentes en el Estado Español.

En este capítulo, se realiza una revisión de los determinantes de los comportamientos de riesgo que ocasionan problemas de salud derivados del consumo inyectado de drogas. La práctica de inyectarse drogas conlleva una serie de comportamientos de riesgo (por ejemplo, compartir una jeringa) que generan una serie de daños a la salud (infección por VIH) y consecuentemente una mayor morbilidad y mortalidad en UDVPs (SIDA). Estos comportamientos están influenciados por una multitud de aspectos y circunstancias que favorecen o dificultan su aparición y que denominaremos determinantes.

Utilizaremos el concepto de determinante para referirnos a aquellos factores o atributos que pueden ser modificados por una intervención de la que se derive una reducción de la probabilidad de que ocurra una determinada práctica, enfermedad o daño. Existen otra serie de factores que se asocian a la ocurrencia de una práctica, enfermedad o daño, que no son modificables mediante intervenciones, por ejemplo la edad, etnia o sexo, a los que llamamos marcador de riesgo. No obstante, el conocimiento de estos factores debe también ser utilizado para dar prioridad a aquellas intervenciones sobre los determinantes del riesgo modificables, en individuos o grupos de población que los presenten.

12.1. DETERMINANTES INDIVIDUALES

En los últimos años y gracias al progreso de la Salud Pública frente al reto de las enfermedades crónicas en general y las cardio-vasculares en particular, se han desarrollado tres modelos teóricos para estudiar como el individuo interpreta y valora la información sobre un comportamiento, y como es capaz de actuar de otra forma. En estos tres modelos, el Modelo de Creencias de Salud^{35, 36}, la Teoría de la Acción Razonada³⁷ y la Teoría del Aprendizaje Social³⁸ se asume que el individuo toma decisiones y tiene potencialmente el control de su comportamiento (ver capítulo 8, pp. 183-248).

En conjunto, estos tres modelos han permitido identificar una serie de determinantes individuales de los comportamientos de riesgo como:

- la percepción de riesgo/daño para la salud de un comportamiento determinado (percibir que la mezcla de determinadas drogas tiene un alto riesgo de sobredosis),
- la auto-eficacia personal (sentirse capaz de consumir un poco menos cuando la tolerancia es baja),
- la valoración de los beneficios resultantes de un determinado cambio de comportamiento (creer que el esfuerzo actual que supone consumir menos puede evitar una sobredosis),
- la percepción de que los compañeros están cambiando su comportamiento y apoyan los cambios (apreciar que hoy en día la mayoría de los compañeros de drogas ya no aceptan jeringuillas usadas para cuidar su salud) y
- la adquisición de habilidades físicas (saber como inyectarse en lugares de menor riesgo) y sociales (saber negociar la no-utilización de jeringas usadas en casos de apuro), que son necesarias para cambiar un comportamiento.

En la literatura científica, los primeros estudios epidemiológicos en los que se investigó la relación entre el consumo inyectado de drogas y la infección por VIH, VHB y VHC, permitieron identificar mayoritariamente factores de riesgo individuales relacionados con la transmisión parenteral de estos agentes patógenos³⁹⁻⁴². Posteriormente, dada la relevancia para la Salud Pública de la transmisión del VIH, el interés por los factores comunitarios y estructurales⁴³⁻⁵⁴ entre los UDVPs trascendió del ámbito cualitativo y antropológico al epidemiológico.

12.2. DETERMINANTES CONTEXTUALES (COMUNITARIOS Y ESTRUCTURALES)

Los intentos individuales por cambiar la conducta se ven influenciados por otras variables como las opiniones, influencias y acciones del grupo de pares y de los grupos sociales de pertenencia y por los contextos sociales, políticos y legales en los cuales ocurre el consumo de sustancias^{1,50-52}.

Por lo tanto, además de las características individuales existen otros factores causales que contribuyen al riesgo de infección por VIH, VHB, VHC, sobredosis, etc. Entre estos otros factores se encuentra el contexto social en el cual los individuos realizan los comportamientos de riesgo y en el que se exponen por ejemplo a la infección por VIH (prevalencia de infección en la comunidad donde los consumidores se inyectan). Entre estos factores de encuentran^{1,50}:

- Características de las redes sociales de los consumidores de drogas. Estas redes incluyen tanto sus relaciones con las personas con las que compran o usan drogas, es decir la posición que el individuo que consume ocupa en estas redes (gana dinero vendiendo pequeñas dosis, vendiendo jeringuillas, ayudando a otros a inyectarse, etc.), como sus relaciones con las personas con las cuales interacciona en el ámbito

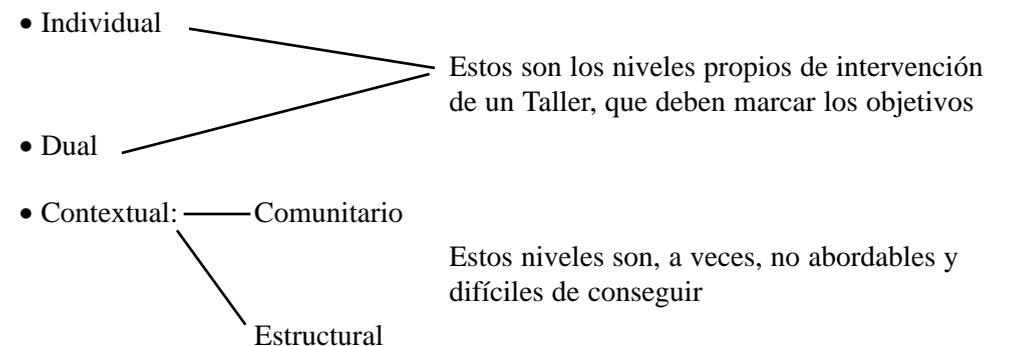
laboral, emocional, afectivo, etc. Hay que recordar que las redes de los UDVP pueden funcionar como canales de influencia social, pero también como canales de infección.

- El acceso a los servicios socio-sanitarios.
- Los factores económicos que puedan determinar la disponibilidad de drogas y de equipos de inyección estériles por ejemplo.
- Las limitaciones de los recursos públicos y privados que determinan la existencia y las características de la red de atención social y sanitaria (la oferta y accesibilidad a programas atractivos para el consumidor como los programas de metadona o heroína y que atiendan sus necesidades: programas de intercambio de jeringuillas, centros de acogida, etc.).

12.3. NIVELES DE INTERVENCIÓN

La distinción de la naturaleza de estos dos grandes grupos de determinantes es relevante para identificar, diseñar e implantar las distintas intervenciones que son necesarias para ayudar a las personas a realizar cambios de comportamiento y mantenerlos a lo largo del tiempo, así como para valorar el tipo de intervenciones que pueden llevarse a cabo desde los distintos niveles en los que puede situarse el/los agentes que diseñan y ejecutan estas intervenciones.

Hay que tener en cuenta que tanto los comportamientos de riesgo como sus determinantes suelen ser multicausales, lo que exige el desarrollo de intervenciones múltiples y simultáneas en **varios niveles**¹: sobre las características de los individuos y sobre los estilos de vida individuales, la oferta de los servicios asistenciales, las normas de grupo, la negociación entre individuos, el entorno social amplio, factores políticos y legislativos, etc. La división que hacemos para presentar distintos niveles de intervención es puramente descriptiva. Consideraremos tres niveles de intervención:



12.3.1. Nivel Individual

Se refiere a las intervenciones que se diseñan y desarrollan utilizando un modelo individual médico tradicional, en la concepción más clásica e individualista de la prestación de servicios de salud.

Como exponentes de este nivel de intervención estarían aquellas intervenciones dirigidas a modificar las creencias y conocimientos de los individuos sobre los riesgos para la salud, promover la motivación al cambio de comportamiento y aumentar la capacidad individual para realizar y mantener cambios de comportamiento.

12.3.2. Nivel Dual

En un nivel intermedio entre el individual y el comunitario situaríamos las intervenciones a nivel dual (a 2), es decir las destinadas a modificar aquellos aspectos que influyen la negociación de los comportamientos entre dos personas (influencia de un individuo sobre otro, reglas de comunicación entre ambos, etc.).

12.3.3. Nivel Contextual

12.3.3.1. Nivel comunitario

En este apartado se incluirían aquellas intervenciones destinadas a modificar las redes de los consumidores de drogas que incluyen tanto sus relaciones con las personas con las que compran o usan drogas, como las relaciones con las personas con las cuales interactúan de otro modo (en el ámbito laboral, emocional, afectivo, etc.). Las redes de los consumidores pueden funcionar como redes de infección (redes de riesgo o forma con la que los consumidores susceptibles y los ya infectados se ponen en contacto unos con otros) y como redes de influencia social, generadoras y diseminadoras de influencia social.

En el ambiente de los consumidores las informaciones “corren”, se comparten con facilidad y rapidez. La red social de información sobre las consecuencias de sus prácticas habituales, los mecanismos que las influyen y las medidas para prevenirlas en un determinado grupo suelen ser bastante homogénea. En este colectivo, el aprendizaje está mediado por el grupo, ya que la mayoría se inician en el consumo con amigos y lo hace por la vía que es habitual entre sus pares, incorporando frecuentemente los modos y prácticas saludables o nocivas que éstos tengan⁴⁷⁻⁵⁴.

También el grupo se revela influyente en lo referido a las actitudes y los valores: “la norma” (ver capítulo 8, norma subjetiva, pp. 215-225). No sólo porque se comparta una determinada autopercepción del riesgo, sino que éste es frecuentemente valorado positivamente por grupos de consumidores y de adolescentes⁴⁷.

La ventaja de contar con la colaboración de consumidores o personas clave cercanas a ellos, es que éstas realizan intervenciones en el seno de su propio contexto, con su grupo de pares y sobre la base de sus propias redes de relaciones. Disponen de un fácil acceso a las zonas de consumo y conocen todo aquello que lo rodea, saben el lenguaje de la calle y son reconocidos por sus pares como “de pertenencia”.

Otro nivel de intervención es el de la participación de la comunidad local (barrio, municipio, ciudad, etc.). Es preciso realizar intervenciones a este nivel para generar cambios en las actitudes, respuestas y conductas relacionadas con el uso de sustancias. Es necesario implicar a miembros claves de organizaciones locales y vecinales, estar a la escucha de sus problemas y fomentar su participación en la planificación, definición y organización de las intervenciones.

12.3.3.2. Nivel estructural

Las intervenciones a nivel estructural serían aquellas destinadas a modificar la accesibilidad a servicios de tratamiento, la disponibilidad de material de inyección, las circunstancias del contexto de consumo (por ejemplo en prisión), las leyes y la actitud de la policía hacia el consumo, etc. en un determinado lugar (grupo de pares, prisión, barrio, ciudad, país).

Las intervenciones que los equipos pueden realizar a este nivel son limitadas, aunque no por ello deban dejar de considerarse, pues no hay duda que las leyes represivas, las acciones de la policía o la dificultad de acceso a servicios adaptados influyen las prácticas de los consumidores de drogas. Disponibilidad y accesibilidad a servicios son factores clave en una estrategia de prevención de los daños asociados al consumo¹.

Es pues necesario disponer de la ayuda de personas que pueden influir en las políticas que limiten o dificulten la disponibilidad y accesibilidad de los servicios o un consumo de menos riesgo.

12.4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE DETERMINANTES DE RIESGO EN UDVP

La siguiente revisión se ha realizado únicamente sobre aquellos estudios epidemiológicos que han identificado los factores de riesgo, mayoritariamente individuales, de los principales problemas de salud de los UDVPs, así como de sus determinantes. Para la selección de estudios epidemiológicos se ha tenido en cuenta la validez de su diseño (estudios longitudinales) y el hecho de que se hubieran realizado en nuestro ámbito, a pesar de no tener el mejor diseño epidemiológico. Asimismo, para cada uno de los factores o determinantes se recogen los distintos niveles sobre los que se deberían diseñar e implantar intervenciones preventivas.

Determinantes de riesgo relacionado con los daños ocasionados por consumo inyectado de drogas.

Factor de riesgo/ Factor de protección	Tipo de Factor	Niveles de Intervención necesarios	Referencia estudio epidemiológico
Sexo femenino	Factor de riesgo de infección por VIH convertido Marcador de riesgo que determina compartir jeringuillas	Dar prioridad a intervenciones que modifiquen otros determinantes de comportamientos de riesgo en mujeres	Gossop ⁵⁵ (1993) Frischer ⁵⁶ (1993)
Inicio reciente en el consumo inyectado Primeros 18 meses- 2 años de consumo inyectado	Marcador de riesgo que determina infección por VIH, VHB, y VHC	Dar prioridad a intervenciones que modifiquen otros determinantes de comportamientos de riesgo en los primeros años de consumo inyectado	Vlahov ⁵⁷ (1990) Van Ameijden ⁵⁸ (1992) Bravo ^{59, 60} (1996)
Inicio en el consumo inyectado a edad temprana (variable según los estudios)	Marcador de riesgo que determina infección por VIH, VHC y compartir jeringuillas	Dar prioridad a intervenciones que modifiquen otros determinantes de comportamientos de riesgo en jóvenes inyectores	Saxon ⁶¹ (1994) Garfein ⁶² (1998) Rodríguez ⁶³ (1996) Mandell ⁶⁴ (1994) Rodés ⁶⁵ (1998)
Inyectarse cocaína o speedball (únicamente o además de heroína)	Factor de riesgo individual de infección por VIH, VHB, y VHC	Identificación los factores que influyen el consumo de cocaína	Marmor ⁶⁶ (1987) Chaisson ⁶⁷ (1989) Anthony ⁶⁸ (1991) Van Ameijden ⁶⁹ (1993)
Consumir cocaína y speedball	Factor de riesgo individual que determina compartir jeringuillas	Intervención individual y comunitaria	Garfein ⁶² (1998) Rodríguez ⁶³ (1996) Mandell ⁶⁴ (1994) Rodés ⁷⁰ (1998)
Inyectarse más de una droga Policonsumo	Factor de riesgo individual y social que determina aceptar jeringuillas usadas	Intervención individual y comunitaria	Strathdee ⁷¹ (1997)
Fumar crack, especialmente en mujeres	Factor de riesgo individual de infección heterosexual por VIH	Dar prioridad a intervenciones que modifiquen otros determinantes de comportamientos de riesgo en mujeres consumidoras de crack	Edlin ⁷² (1994)

Factor de riesgo/ Factor de protección	Tipo de Factor	Niveles de Intervención necesarios	Referencia estudio epidemiológico
Severidad de la dependencia	Factor de riesgo individual de compartir jeringuillas	Dar prioridad a intervenciones que modifiquen otros determinantes de comportamientos de riesgo en adictos con dependencia severa	Gossop ⁷³ (1993)
Años de inyección. Consumidor con una larga historia de inyección	Factor de riesgo individual de infección por VIH, VHB, y VHC	Dar prioridad a intervenciones que modifiquen otros factores de riesgo en adictos con larga historia de consumo inyectado	Hernández-Aguado ⁷³ (1993) Garfein ⁶² (1998)
Frecuencia de inyección. Consumidores que se inyectan una o más veces al día frente a consumidores que se inyectan semanal o mensualmente	Factor de riesgo individual de infección por VIH, VHB, y VHC Factor de riesgo individual que determina compartir jeringuillas	Identificación de los factores que influyen este comportamiento Intervención individual	Marmor ⁶⁶ (1987) Rodríguez ⁶³ (1996) Mandell ⁶⁴ (1994) Strathdee ⁷¹ (1997) Van Ameijden ⁶⁹ (1993)
Tener síntomas de abstinencia (por ejemplo: al salir de prisión, etc.)	Factor de riesgo individual que determina que se comparta el material de inyección	Intervención individual	Mandell ⁶⁴ (1994)
Estar actualmente en un Programa de mantenimiento con Metadona	Factor de protección individual que determina abandonar o disminuir la frecuencia de inyección y compartir las jeringuillas	Intervención individual y estructural	Baker ⁷⁴ (1995)
Inyectarse con una jeringa usada antes por otro consumidor	Factor de riesgo individual de infección por VIH, VHB, y VHC	Identificación de los factores que influyen el aceptar jeringas usadas	Vlahov ⁵⁷ (1990) Marmor ⁶⁶ (1987) Nicolosi ¹³³ (1992) Hernández-Aguado ¹³¹ (1993)
Reutilizar la jeringuilla propia en más de una ocasión	Factor de riesgo individual de infección por VHC	Intervención individual	Garfein ⁶² (1998)

Factor de riesgo/ Factor de protección	Tipo de Factor	Niveles de Intervención necesarios	Referencia estudio epidemiológico
Aceptar o transferir una dosis de droga preparada con otra jeringa. (back o frontloading)	Factor de riesgo individual de infección por VIH, VHB, y VHC	Identificación los factores que influyen este comportamiento	Jose ⁷⁶ (1993) Mandell ⁶⁴ (1994) Rodés ⁶⁵ (1998)
Bajo nivel educativo bajo (pocos años de escolarización)	Factor de riesgo individual que determina infección por VIH y compartir jeringuillas	Intervención individual y comunitaria	
Haber estado anteriormente en prisión	Factor de riesgo individual que determina compartir jeringuillas	Dar prioridad a intervenciones individuales entre consumidores con bajo nivel educativo Intervención social	Rodríguez ¹²¹ (1996) Mandell ¹²² (1994) Hernández-Aguado ¹³¹ (1993)
No tener una fuente de ingresos económicos legal	Factor de riesgo individual que determina compartir jeringuillas	Identificación de determinantes de compartir jeringuillas en prisión	Mandell ⁶⁴ (1994)
Carecer de domicilio estable	Factor de riesgo individual que determina compartir jeringuillas	Dar prioridad a intervenciones individuales en consumidores con bajos ingresos económicos Intervención comunitaria y estructural	Magura ⁷⁷ (1989) Rodríguez ⁶⁵ (1996)
Inyectarse en casa	Factor de riesgo individual que determina compartir jeringuillas	Intervención comunitaria y estructural	Frischer ⁵⁶ (1993) Saxon ⁶¹ (1994)
Tener o vivir una pareja sexual que también se inyecta drogas	Factor de protección independiente de infección por VIH y VHB	Intervención individual	Van Ameijden ⁶⁹ (1992)
Intercambiar sexo por drogas o dinero	Factor de riesgo individual que determina compartir material de inyección	Intervención individual y dual (pareja)	Booth ⁷⁸ (1994) Saxon ⁶¹ (1994)
Ser varón y tener relaciones homosexuales	Factor de riesgo individual y dual de consumo no higiénico	Intervención individual, comunitaria y estructural	Booth ⁷⁸ (1994)
Haber tenido relaciones sexuales sin consentimiento; especialmente en mujeres (abuso sexual)	Factor de riesgo individual de compartir jeringuillas	Intervención individual y comunitaria	Rodríguez ⁶⁵ (1996) Mandell ⁶⁴ (1994) Strathdee ⁷¹ (1997)
	Factor de riesgo individual y social que determina aceptar jeringuillas usadas	Intervención individual, comunitaria y estructural	Strathdee ⁷¹ (1997)

Factor de riesgo/ Factor de protección	Tipo de Factor	Niveles de Intervención necesarios	Referencia estudio epidemiológico
Percepción que aunque se comparta la jeringuilla el riesgo individual de infección por VIH es bajo	Factor de riesgo individual que determina prácticas de inyección no higiénicas	Intervención individual	Booth ⁷⁹ (1994) Myers ⁸⁰ (1995)
Percepción que el riesgo individual de sobredosis es bajo (inferior al 50%)	Factor de riesgo individual	Intervención individual y comunitaria	McGregor ⁸¹ (1998)
Saberse infectado por el VIH	Factor de protección individual que determina compartir o aceptar jeringuillas usadas	Intervención individual y estructural	Bravo ⁶⁰ (1996) Diaz ⁸² (1998) Strathdee ⁷¹ (1997)
Desconocer el estado de la infección VIH	Factor de riesgo individual que determina compartir jeringuillas	Intervención individual y comunitaria	Magura ⁷⁷ (1989)
Valorar pobremente los beneficios que se derivan de dejar de compartir jeringuillas	Factor individual de protección para compartir el material de inyección	Intervención individual y comunitaria	Magura ⁷⁷ (1989)
Percepción que los compañeros de drogas dejan de compartir y dan soporte a dejar de compartir jeringuillas	Factor de riesgo individual que aumenta los riesgos relacionados con el uso de drogas	Intervención individual y comunitaria	Friedman ⁸³ (1987)
Sentirse presionado a compartir por los amigos o compañeros de drogas	Factor de protección de la red social que determina el uso compartido.	Intervención comunitaria	Latkin ⁸⁴ (1995)
Tener una red social personal muy densa y Amplia	Factor de riesgo individual	Intervención individual y comunitaria	Rodríguez ⁶⁵ (1996)
Desconocer las vías de transmisión del VIH	Factor de riesgo individual de uso de desinfectante (lejías)	Intervención individual, comunitaria y estructural	Celentano ⁸⁵ (1991)

Partiendo de esta revisión de la literatura y del trabajo de terreno a través de entrevistas estructuradas, grupos focales, TCMR y observaciones sobre los comportamientos de los usuarios de drogas que acuden a nuestro servicio, resumimos en el siguiente cuadro los determinantes más habitualmente implicados en las prácticas de riesgo. No deben considerarse como generalizables a todas las ciudades ni grupos de usuarios y deben servir de base para definir los objetivos de los talleres.

Deseamos insistir en que el consumo de drogas es una práctica compleja, por lo que las prácticas de riesgo también lo son y ponen en juego a múltiples determinantes entremezclados. De esta afirmación se deriva que un comportamiento de riesgo no debe definirse con una frase breve (compartir jeringas) sino que, dado que pone en evidencia la actuación de determinantes de distinta naturaleza y que precisan distintos niveles de intervención, la frase que lo defina debe contener cada uno de ellos, de lo que resultará una frase larga y compleja.

CUADRO-RESUMEN MARCADORES DE RIESGO Y DETERMINANTES

Sexo. En general las mujeres realizan más prácticas de riesgo y tienen mayor probabilidad de infectarse por el VIH. Particularmente aquellas que han sufrido abusos sexuales tienen mayor riesgo de ser seropositivas. La prostitución y las circunstancias que la rodean aumentan los riesgos. Un grupo especial lo constituyen el colectivo de travesties, en los que está muy arraigada la práctica de inyectarse hormonas femeninas intramusculares y la inyección de drogas por vía intramuscular. Hemos observado muestras de travesties con tasas de infección VIH por encima del 90%.

Edad. Los usuarios que empiezan a inyectarse a edades más jóvenes tienen más tendencia a compartir jeringas usadas.

Carencias sociales. Los usuarios sin fuentes de ingresos, sin vivienda, altamente marginalizados realizan prácticas de consumo de alto riesgo.

Tiempo de consumo. En los primeros años de consumo inyectado se dan con mayor frecuencia prácticas de riesgo. A su vez, los años de inyección aumentan el número de exposiciones y por tanto el riesgo de estar infectado por el VIH, VHB y VHC.

Frecuencia de inyección. A mayor frecuencia de inyección mayor riesgo. Esto es particularmente característico de los inyectores de cocaína.

Grado de dependencia. A mayor grado de dependencia, mayor riesgo de infección.

Estado de las venas. Los usuarios que presentan una higiene deficiente, venas en mal estado, abscesos, etc. realizan prácticas de más riesgo.

Circunstancias del consumo. Son momentos de especial riesgo (de infecciones o de sobredosis) el salir de una institución (prisión, hospital, Comunidad Terapéutica, etc.) o el consumir en prisión. Haber estado en prisión aumenta la probabilidad de contraer la infección por el VIH. Tras un periodo de abstinencia el riesgo de sobredosis

es mayor. Estar en un PMM o conocer su estado serológico son factores que disminuyen los riesgos.

Nivel educativo. Las personas con pocos años de escolarización presentan mayor riesgo de compartir jeringuillas y de estar infectadas por el VIH.

Poca percepción de riesgo o daño. Las personas que creen que el riesgo de infectarse por VIH tras compartir jeringas es bajo tienen más tendencia a compartir el material. Lo mismo ocurre con las sobredosis. Saberse infectado por el VIH, tener una pobre valoración de los beneficios de no compartir y desconocer las vías transmisión del VIH son factores que aumentan las prácticas de riesgo.

Forma de obtener la droga. Frecuentemente la compra de droga se realiza en parejas o grupos, por lo que la situación que acontece precisa el reparto de la droga entre varios, es decir que conlleva una manipulación. Es importante anticipar que cada uno de los que va a comprar droga disponga previamente de su propio material. Comprar drogas solo es una práctica de menos riesgo. Comprar a un camello conocido disminuye la probabilidad de sufrir una sobredosis. Comprar la droga en un piso define un contexto más tranquilo en el que se puede hablar sobre la pureza. Los cambios de camello son situaciones de mayor riesgo de sobredosis.

Disponer del material necesario. La existencia de PIJ diversificados dispuestos a suministrar el máximo número de jeringas al máximo número de usuarios, el acceso a jeringas en farmacias, a horarios y en zonas clave, el acceso a tratamientos y el conocimiento de la red asistencial y de dispositivos de intercambio de jeringas disminuyen las prácticas de riesgo. La anticipación de conseguir la jeringa antes que la droga es un determinante clave para evitar situaciones críticas.

Lugar y circunstancias de consumo. El consumo en la calle es una práctica de más riesgo que el consumo en casa. Los horarios en los que los PIJ no operan o las farmacias están cerradas son momentos de mayor riesgo (particularmente las noches, sábados por la tarde y domingos). Las redadas policiales ejercen influencia para un consumo más ansioso y promueven cambios en la pureza de las drogas.

Calidad y tipo de drogas. La existencia de heroína o cocaína de alta pureza y químicamente acondicionadas para consumo por vía fumada contribuyen al consumo por vías no inyectadas.

La seroprevalencia VIH, VHB y VHC entre los inyectores de la ciudad o en sus redes sociales condiciona la probabilidad de infectarse cuando se comparte material de inyección.

Cambiar de ciudad. Sitúa al consumidor en situaciones en las que desconoce dónde comprar drogas, adquirir jeringas o cómo acceder a los servicios de salud. Muchos usuarios viajan y se trasladan de una ciudad a otra con cierta frecuencia.

Qué se consume. El tipo de sustancia que se consuma influencia las prácticas de riesgo. Éstas son mayores en aquéllos que consumen cocaína o speedball, aquellos que consumen o se inyectan más de una droga y que mezclan éstas con benzodiazepinas.

Ansiedad. Dos circunstancias que influyen sobre el nerviosismo a la hora de consumir son el síndrome de abstinencia y la presencia de policía en el entorno.

Con quién se consume. Consumir solo, en pareja (tener o vivir con una pareja sexual que también consume) o en grupos ocasiona una situación de manipulación o trasvase de drogas. A su vez consumir solo es una práctica de riesgo para la evolución fatal de una sobredosis.

Red social. Disponer de una red social densa y amplia ejerce una influencia clave en las prácticas de riesgo. Las reglas del grupo de pares pautan los comportamientos de la red social.

Saber inyectarse. La falta de habilidades para la inyección sitúa a la persona en manos de otro, lo que contribuye a la aparición de situaciones no higiénicas de consumo.

CAPÍTULO 13

REVISIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO INYECTADO DE DROGAS

Los estudios etnográficos de UDVPs en zonas fuertemente afectadas por el VIH/SIDA, cruciales para guiar el desarrollo, la implementación y la evaluación de los primeros programas de prevención, indican que aquellos usuarios que conocían los riesgos de VIH asociados con las prácticas de inyección empezaron a realizar cambios en sus conductas para reducir estos riesgos^{86,87}. Para aquellos usuarios de drogas que no pueden o no quieren dejar el consumo inyectado de drogas, el usar una sola vez todos los componentes del propio equipo de inyección es la aproximación más efectiva para limitar la propagación de las enfermedades de transmisión sanguínea⁸⁸. Por lo tanto, para el control de estas enfermedades debe tenerse en cuenta la ecología social que contempla la interacción de los usuarios de drogas y los equipos de inyección con las políticas de drogas, elementos clave de los patrones de consumo y de riesgo.

La Salud Pública dispone de una amplia experiencia en el control de las enfermedades transmisibles por vectores artrópodos (malaria, fiebre amarilla, dengue, etc.), disponiendo de cuatro amplios grupos de intervenciones: la inmunización, la eliminación del vector, el control del vector biológico y la protección personal^{89,90}. Actualmente, no se dispone de una vacuna eficaz para prevenir la infección por VIH. La eliminación del vector, realizada a través de leyes o actitudes que restringen el acceso a los equipos de inyección, no ha dado resultados e incluso ha forzado a los inyectores a compartir con mayor frecuencia el equipo de inyección. El control biológico del vector, en este caso mediante la introducción de lejía para esterilizar las jeringuillas, es parcialmente efectivo, debido en parte a que no se tienen en cuenta las circunstancias en las que se produce la inyección de drogas. Sin embargo el control biológico del vector proporciona la base para la introducción de equipos de inyección estériles que reemplacen los usados, alterándose de forma significativa el riesgo ambiental de los consumidores de drogas. La protección personal es una estrategia común para la prevención tanto de las enfermedades transmitidas por vectores como de las enfermedades de transmisión sexual. La provisión médica a los adictos de formas de opiáceos que no requieran la inyección para su consumo (metadona, buprenorfina o LAAM), la prescripción controlada de drogas inyectables (heroína, morfina o metadona) y las mejoras al acceso de equipos de inyección estériles, reducen de forma importante la exposición del individuo que se inyecta al VIH, VHB y VHC, independientemente que éste siga o no un tratamiento de su drogodependencia⁹¹. Cuanto más accesibles sean las drogas de sustitución y los equipos de inyección estéril, más alta será la proporción de adictos que los usen, y por lo tanto, mayor será la protección que se proporcionará al conjunto de la población consumidora y sus contactos secundarios, incluyendo los sexuales.

Es de gran trascendencia recordar que ya en el año 1974, en el 20º Informe del Comité de Expertos, la OMS⁹² declaraba:

« ... el Comité piensa que el objetivo más amplio en la prevención debería ser el de prevenir o reducir la incidencia y severidad de los problemas asociados a un uso no médico de las drogas. Este amplio objetivo es más importante que la prevención o la reducción del uso per se ».

La investigación sobre como prevenir la infección por VIH entre los UDVPs empezó⁹³ muy poco después de 1981. En esos tiempos, existía la asunción general de que éstos eran tan auto-destructivos y su conducta tan caótica que no podrían modificarla para evitar la infección por VIH. En este capítulo presentaremos distintos estudios que han mostrado cambios de conductas y reducción del riesgo como respuesta a una variedad de programas de prevención: educación básica sobre VIH, acercamiento comunitario, mejora del acceso a equipos de inyección estériles, programas para la organización de los usuarios de drogas y tratamiento de la drogodependencia. Los usuarios de drogas también han sido capaces de modificar su conducta en respuesta a campañas de información, información oral de su red social, incluso en ausencia de programas formales de prevención del VIH⁸³.

Los estudios que han utilizado como medida de resultado la infección por VIH, han confirmado la validez de las reducciones de riesgo notificadas⁹¹. Así, bajas tasas de infección por VIH se han demostrado asociadas a la participación en programas de acercamiento en la calle, programas de intercambio de jeringuillas y tratamiento del abuso de drogas. Actualmente, la comunidad científica internacional reconoce que la mayoría de UDVPs cambian su conducta de riesgo y que estos cambios de conducta ocasionan reducciones en las tasas de infección por VIH, VHB y VHC.

Sabemos que la epidemia de la infección por VIH entre y desde los inyectores de drogas puede prevenirse de una forma relativamente fácil, habiéndose ya identificado intervenciones preventivas efectivas. Los países que han implementado estas intervenciones a tiempo han tenido en general pocas dificultades para controlar el VIH entre las poblaciones UDVPs⁸⁶. Sin embargo, los países que han fallado en la implementación rápida y de intensidad adaptada a la magnitud del problema, tienen situaciones epidemiológicas no controladas que, habiéndose iniciado desde los UDVPs, se han diseminado ya entre la población general⁹⁴.

Estas intervenciones son particularmente efectivas si son implementadas precozmente, intensamente y de forma combinada¹. La naturaleza de las conductas que deben ser modificadas por estas intervenciones, así como el reconocimiento de que los individuos o las redes sociales de individuos están en situaciones distintas con respecto a la alteración de su conducta, sugieren la necesidad de llevar a cabo varias intervenciones que modifiquen las normas conductuales de la comunidad y las conductas de riesgo y crear oportunidades para realizar y mantener los cambios de conducta en un ambiente que proporcione soporte a estos cambios. Además, es preciso que estas intervenciones se integren en un sistema de provisión de servicios, siendo el marco más evidente el de los centros de tratamiento de drogodependencias.

En una importante revisión sobre las estrategias de prevención del VIH⁹⁵ se resumen esquemáticamente el conjunto de intervenciones más efectivas (Tabla 1, pp. 332-333). Este autor define la importancia de las acciones combinadas y complementarias entre acercamiento comunitario y de redes, programas de intercambio de jeringas y servicios de tratamiento, señalando a estos últimos como el lugar ideal para realizar y evaluar las intervenciones de prevención del VIH.

Sin embargo, antes de revisar las evidencias del impacto en la Salud Pública de las distintas intervenciones, es preciso realizar un comentario metodológico. En Salud Pública a menudo no es posible ni ético realizar ensayos estrictamente randomizados y controlados de las intervenciones preventivas. En medio de una epidemia como la del SIDA, diversas circunstancias pueden obstaculizar el control metodológico estricto de factores colaterales que pueden enmascarar el impacto de una intervención. Asimismo, la naturaleza ilegal del consumo de drogas impide la recogida de la información requerida para estudiar los esfuerzos en modificar los riesgos asociados al ambiente social y conductual cambiante en el que se da el consumo de drogas ilegales. Sin embargo, estas limitaciones no eximen de la articulación de los mejores esfuerzos para proteger la Salud Pública o la utilización en nuestras actuaciones de las mejores evidencias existentes. Es por ello que, para evaluar las evidencias científicas, en lugar de seguir la aproximación más tradicional, se sigue una aproximación alternativa, basada en la preponderancia y el patrón de las evidencias disponibles. A modo de ejemplo, la no-valoración en su justa medida de la importancia para la Salud Pública de unos Programas de Intercambio de Jeringuillas que proporcionen suficiente material estéril a un número máximo de UDVPs, (dado que la eficacia de estos programas ha sido demostrada no con estudios experimentales pero si con estudios que presentaban limitaciones metodológicas observacionales, ecológicas o cuasi-experimentales), equivale a prescindir de las evidencias científicas existentes y determina una política de Salud Pública incorrecta.

A continuación se realiza una revisión de las evidencias sobre el impacto en la Salud Pública de tres tipos de intervenciones para interrumpir la transmisión de estas enfermedades entre los inyectores de drogas: los Programas de Intercambio de Jeringuillas, los Programas de Mantenimiento con Metadona y los programas de acercamiento comunitario y de redes.

Como estrategia común a estos tres tipos de intervenciones se presenta en la Tabla 2 (pp. 334-335) una sinopsis de la revisión realizada por Booth⁹⁶ sobre las intervenciones educativas desde centros de tratamiento⁹⁷⁻¹⁰³, dirigidas no sólo a usuarios que están realizando tratamiento de su drogodependencia en ese momento, sino también a usuarios que están en lista de espera de un PMM o usuarios que no realizan ningún tratamiento. Solo dos estudios cuasi-experimentales (pretest-posttest con grupo control) han mostrado diferencias significativas y consistentes entre los dos grupos^{97,98}. El que los estudios restantes no mostrasen diferencias significativas es debido con bastante probabilidad a que presentaban limitaciones metodológicas importantes; la coincidencia de un cambio de comportamiento con una intervención educativa no necesariamente permite atribuir a esta última un efecto causal; en muchos de estos estudios no se controló la posible contaminación de la intervención educativa por otro tipo de intervenciones, por ejemplo de acercamiento,

implementadas fuera del centro de tratamiento. Es por ello que las evidencias en la actualidad no son inequívocas; no obstante, en los países en los que continúan aumentando los casos de SIDA, directa o indirectamente relacionados con la inyección de drogas, las intervenciones educativas no se necesitan menos que cuando se estudiaron estas primeras intervenciones.

13.1. LOS PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGAS

Los Programas de Intercambio de Jeringas constituyen una estrategia clave para contener la extensión de la infección por el VIH en los UDVPs¹⁰⁴⁻¹¹⁹. Los PIJ empezaron de forma experimental en el verano de 1984 en Amsterdam¹²⁰. Un grupo de adictos organizados como “Junky Union”, alarmado por un brote de hepatitis B entre los inyectores, propuso abrir un PIJ para evitar nuevas infecciones y fueron autorizados por la Municipalidad de manera experimental. En 1985 emergió el SIDA como problema de Salud Pública y durante 1986 los PIJ fueron reconocidos como servicios clave para frenar el SIDA¹²¹. De esta experiencia cabe destacar la autoorganización de los propios usuarios de drogas en la prevención y el interés para la Salud Pública de las asociaciones de usuarios, frecuentes en otros países y apenas anecdóticos en el Estado Español.

La actuación biológica específica de los PIJ se orienta a reducir el tiempo de circulación de las agujas y jeringuillas contaminadas. De este modo, menos individuos tendrán la oportunidad de utilizar una jeringuilla contaminada. Los PIJ disminuyen la vida media de las jeringuillas de dos formas, primero aumentando el número de jeringuillas estériles disponibles en un momento determinado y segundo aumentando la tasa de recogida de jeringuillas contaminadas^{117,118}.

Actualmente existen múltiples y apremiantes evidencias^{104-119,122-128} de que los PIJ son efectivos para prevenir la diseminación del VIH, VHB y VHC. En la literatura han aparecido más de 24 artículos que han establecido el impacto positivo de los PIJ en las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas (frecuencia de inyección, hábito de compartir jeringuillas, etc.). Un buen resumen de estos artículos y una amplia bibliografía al respecto puede encontrarse en los recientes artículos de Lurie¹²⁹, Drucker¹³⁰ y Vlahov y Junge¹³¹ de los que se proporciona una sinopsis en la Tabla 3 (pp. 336-337).

Vlahov y Junge¹³¹ revisan estudios sobre la efectividad de los PIJ en la prevención del SIDA. Esta revisión de la literatura confirma que los PIJ ocasionan efectos positivos en la prevención de consecuencias dañinas para la salud asociadas al uso de drogas inyectadas y no incrementan el uso de drogas.

Doce estudios epidemiológicos observacionales¹⁰⁴⁻¹¹⁹ realizados por distintos investigadores han encontrado que los PIJ reducen la transmisión del VIH sin aumentar el número de usuarios de drogas o de usuarios que se inyectan drogas. Los estudios conductuales de usuarios de drogas que utilizan estos programas comparados con los que no los usan han mostrado en general una reducción de las conductas de riesgo. Un solo estudio observacional, hasta ahora no replicado, ha señalado que los usuarios de drogas que no utilizaban el PIJ tenían un riesgo de infección por VHB o VHC de 7 a 8 veces superior al que tenían los que sí lo usaban¹³². No obstante, se han utilizado dos modelos mate-

máticos para estimar que un PIJ puede reducir como mínimo en un tercio la incidencia de VIH entre los UDVPs¹¹⁷ y además en un estudio ecológico¹¹⁶ realizado en más de 20 ciudades con una seroprevalencia del VIH entre usuarios de drogas inferior al 10%, se observó que en las ciudades en las que se introdujo un PIJ la prevalencia era del 6% al finalizar el periodo de observación, mientras que en las ciudades en las que no se introdujo la prevalencia era del 21%.

Estos programas han sido implementados en la mayoría de países occidentales afectados por la epidemia del SIDA, siendo relevante en su implementación además de la flexibilidad del esquema de intercambio, el mantenimiento de una diversificación adecuada respecto a su tipo (móviles, máquinas, con agentes de salud), su ubicación (oficinas de farmacia, equipos de terreno, centros específicos para consumidores sin tratamiento, centros de tratamiento, etc.), así como la monitorización del grado adecuado de su cobertura¹³³.

13.2. LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Los usuarios de drogas que están en Programas de Mantenimiento con Metadona tienen un menor riesgo de infección por VIH^{130,134-138} y esta conclusión es muy plausible ya que la inyección de heroína desciende generalmente de forma muy importante tras iniciar el tratamiento. La reducción de las conductas de riesgo ha sido demostrada en 7 ensayos controlados randomizados, más de 11 estudios observacionales y cinco cuasi-experimentales¹³⁰. La reducción de la seroprevalencia del VIH ha sido demostrada en 11 estudios observacionales y la reducción de la seroincidencia del VIH en 2. La dosis de metadona representa un elemento clave en la reducción de las prácticas de riesgo¹³⁹. Una buena revisión de algunos de estos estudios así como las correspondientes referencias bibliográficas pueden encontrarse en el artículo de Drucker¹³⁰ del que se proporciona una sinopsis en la Tabla 4 (pág. 338).

Está ampliamente consensuada la necesidad de incrementar la capacidad de tratar a los usuarios de drogas, con una prioridad hacia los dependientes de opiáceos que no están en tratamiento y aquellos en lista de espera de programas de mantenimiento con metadona. Los usuarios de drogas en tratamiento tienen menos tendencia a inyectarse y por tanto menos probabilidad de infectarse por el VIH^{134-138,140-144}. Friedman¹⁴⁵ encuentra en el informe NADR (*National AIDS Demonstration Research*) que los participantes que están en tratamiento tienen menos tendencia a la seroconversión que los que se mantienen fuera de tratamiento. Metzger¹⁴⁶ realiza una completa revisión de la literatura sobre la utilidad del tratamiento de la drogodependencia en la prevención del VIH.

La efectividad de los programas de mantenimiento con metadona, en términos de retención en tratamiento, de reducción del consumo de heroína, de tasas de encarcelamiento, y de aumento de la reinserción socio-profesional está demostrada por tres ensayos controlados¹⁴⁷⁻¹⁷⁹. Los tratamientos con metadona favorecen la reducción de riesgos infecciosos por la disminución del consumo de heroína y de las prácticas de riesgo¹⁵⁰.

El estudio del GAO (General Accounting Office)¹⁵¹, demuestra variaciones importantes entre los programas en términos de retención, de consumo de heroína ilegal o de otras drogas. El estudio de Ball y Ross¹⁵⁰ demuestra la importancia de los factores ligados a la organización de los programas terapéuticos. La retención en tratamiento está en estrecha relación con la existencia de servicios de rehabilitación para los pacientes, una filosofía orientada hacia el largo plazo, dosis adecuadas de metadona, directores muy competentes y equipos estables y afables. Los autores insisten sobre la primacía de los factores-programa sobre los factores ligados a los pacientes.

13.3. INTERVENCIONES COMUNITARIAS DE ACERCAMIENTO PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS (ICA-RR) E INTERVENCIONES DE RED

El acercamiento (“outreach”) es un método inspirado en la educación sanitaria y los servicios de salud y sociales dirigidos a poblaciones marginales, fundamentado en las intervenciones comunitarias y etnográficas. En esencia, los trabajadores de acercamiento difieren de otros más “tradicionales” en que realizan su trabajo en el terreno de otros. Estos terrenos pueden ser aquellos en los que se suelen mover los usuarios de drogas, los de otras asociaciones o servicios o los de los amigos y familiares de los usuarios¹⁵².

Las estrategias de ICA-RR fueron diseñadas para alcanzar a aquellos usuarios que no pueden, o no quieren, acceder a tratamiento o que son incapaces o no desean abandonar la inyección de drogas, con el objetivo de capacitarles para cambiar sus prácticas de riesgo relacionadas con el VIH y la reutilización multipersonal de jeringas.

Las ICA-RR son una adaptación del modelo de “outreach” que se originó en Chicago en los años 60 en respuesta a una epidemia de consumo de heroína. Hughes¹⁵³ contrató a usuarios de heroína formados, para suministrar intervenciones de acercamiento a usuarios de drogas en zonas del mercado negro, con el objetivo de animarlos a entrar en programas de metadona. Otros investigadores¹⁵⁴⁻¹⁶² incorporaron aspectos del trabajo de Hughes, formando a equipos móviles de trabajadores locales para acceder, atraer e intervenir con usuarios de drogas que no estaban en tratamiento en sus propios contextos de vida.

Las ICA-RR se realizan con “agentes locales” (muchos de ellos usuarios estabilizados) para que conecten con otros que no están en tratamiento, estableciendo una relación de confianza e iniciando actividades de reducción de riesgo en la calle y en otros contextos.

Al inicio de la epidemia del VIH los trabajadores de reducción de riesgos aportaban un paquete de opciones de prácticas y medios para facilitar el cambio de comportamiento que se organizó en la llamada jerarquía de la reducción de riesgos:

- 1º) abandona la inyección,
- 2º) si no abandonas la inyección utiliza tu propia jeringa , y
- 3º) si vas a utilizar la jeringa de otro, desinfectala con lejía.

En 1987 el NIDA, basándose en el trabajo de Hughes, lanzó un programa de investigación sobre ICA-RR llamado *National AIDS Demonstration Research Program (NADR)*

en 29 centros y en 1990 el *Cooperative Agreement (CA) for AIDS Community-Based Outreach Intervention Research Program* lo hizo en 23 centros⁴³. Diferentes tipos de ICA-RR se desarrollaron y aplicaron a más de 150.000 UDVPs y sus parejas sexuales. Fueron revisados y adaptados a subgrupos específicos como consumidores de crack, mujeres y homosexuales. A su vez los mensajes se hicieron más extensos incluyendo información sobre la prevención del VIH, VHB, VHC y ETS. El *U.S. Department of Health and Human Services HIV Prevention* señala que: “las personas que se inyectan deberían ser regularmente aconsejadas para abandonar la vía inyectable y el uso de drogas, entrar en tratamiento y, si continúan inyectándose, seguir los siguientes pasos para reducir sus riesgos personales y para la Salud Pública: nunca reutilizar o compartir jeringas, agua o equipo de inyección; usar solo jeringas obtenidas de una fuente fiable; usar jeringas nuevas y estériles, usar agua estéril o en cualquier caso agua limpia de origen fiable (grifo) y un recipiente nuevo o desinfectado; usar un nuevo filtro para preparar las drogas; desinfectar el lugar de inyección con alcohol antes de la inyección y retornar las jeringas en un lugar seguro después de su uso”⁴³.

En una revisión de la literatura sobre intervenciones de acercamiento⁴³ se revisan 36 publicaciones científicas de estudios ICA-RR y prevención del VIH. El foco específico de esta revisión fueron las intervenciones de calle y los cambios en las prácticas de riesgo (medidos por cuestionarios sobre prácticas de riesgo VIH o resultados serológicos) en UDVPs que no estaban en tratamiento. De las 36 publicaciones, 19 eran del NADR, 12 del CA y 5 de otros estudios. Fueron altamente consistentes en observar reducciones significativas en las prácticas de riesgo de los usuarios de drogas que participaron en las intervenciones de acercamiento. Los autores señalan que:

- El acercamiento es una estrategia eficaz para alcanzar a los usuarios de drogas fuera de tratamiento y aportar los medios para el cambio de comportamiento.
- La mayoría de los usuarios de drogas reducen sus riesgos tras participar en un programa de acercamiento.
- Las reducciones en las prácticas de riesgo están directamente asociadas a menores tasas de nuevas infecciones VIH en la población.

La mayoría de los trabajos revisados por Coyle⁴³ ponen el acento en los modelos de cambio de comportamiento, especialmente en las teorías de la comunicación, la credibilidad del emisor del mensaje y las teorías del comportamiento, fundamentalmente en lo que se refiere a la percepción de vulnerabilidad. Estas estrategias buscan aumentar la conciencia sobre los riesgos del VIH dando materiales para protegerse (lejía, jeringas, preservativos). Se derivan del Modelo de Creencias de Salud que destaca seis factores: percepción de riesgo y gravedad, ventajas e inconvenientes de la conducta preventiva, interés del individuo por su salud y factores ambientales. Este modelo postula que las personas cambiarán sus comportamientos en relación a la salud si piensan que tienen serios riesgos y que son capaces de protegerse ellos mismos (ver capítulo 8, pp. 183-248).

Broadhead¹⁶³, por su parte, compara el acercamiento tradicional (aproximación al cliente utilizando trabajadores profesionales) con acercamiento conducido por pares (la aproximación llamada de red social). Halla que ambas intervenciones estaban asociadas

con reducciones significativas en las prácticas de riesgo relacionadas con el VIH, pero que la conducida por pares era superior en cuanto al número de usuarios de drogas reclutados, su diversidad étnica y geográfica, la eficacia de la educación preventiva del VIH y el coste. Los resultados de este estudio sugieren que las intervenciones conducidas por pares pueden ser eficaces para contactar un número mayor y más diverso de personas a coste moderado, y que los usuarios de drogas pueden asumir roles más eficaces y de mayor peso en las ICA-RR.

A partir de algunas investigaciones realizadas con gays sobre sus redes sociales y sexuales relacionadas con la transmisión del VIH¹⁶⁴, se abre una vía para la intervención en red. El paradigma de las redes representa un cambio de perspectiva al analizar los riesgos como transacciones de comportamiento entre individuos y grupos, focalizándose en el contexto en el que las drogas se obtienen, preparan, mezclan y se comparten y en las prácticas de riesgo sexuales. Las características de las redes influyen las prácticas y la probabilidad de transmisión viral y aportan nuevos elementos para diseñar, conducir y analizar la efectividad de las intervenciones de prevención con usuarios de drogas. Estas intervenciones se han diseñado para influenciar a nivel del grupo y de sus comportamientos, por lo que su evaluación representa un cambio cualitativo al evaluar los cambios grupales más que únicamente los cambios de comportamiento individual.

Otros autores¹⁶⁵⁻¹⁶⁷ informan sobre intervenciones que han tenido éxito y que han estado orientadas a la red con el objetivo de introducir cambios de comportamiento en sus miembros, reduciendo las prácticas de riesgo, acelerando la entrada en tratamiento y frenando la propagación del VIH. Básicamente los enfoques de red han sido utilizados para identificar miembros clave, contando con ellos para reclutar e intervenir con miembros de sus redes sexuales y de drogas a través de un proceso de difusión de información sobre reducción de riesgos y alcanzando a un amplio número de usuarios.

El estudio de Neaigus¹⁶⁵ revisa el diseño y los resultados de las intervenciones basadas en conceptos de red sobre la diada (relación entre dos personas), los riesgos personales de los miembros de la red (una persona y sus relaciones) y el aspecto sociométrico de la red (lazos dinámicos e interrelacionales entre los miembros de una población). Las redes de los usuarios de drogas son determinantes significativos del riesgo para seroconvertirse y, lo que es más importante, pueden utilizarse con éxito para prevenir la transmisión de la enfermedad. Estos autores señalan que las evaluaciones han hallado las intervenciones sobre red más efectivas para reducir los riesgos que las individuales. Subrayan que cambiando las normas de comportamiento y la cultura de pares las intervenciones sociométricas de red tienen un potencial de gran reducción de riesgos y que muchos usuarios pueden ser alcanzados con un efecto multiplicativo generado por sus propios lazos sociales. Finalmente destacan la conveniencia del análisis de redes en la investigación de riesgos sobre el VIH, pues el VIH se transmite cuando los infectados y los posibles receptores entran en contacto próximo bajo la influencia de relaciones, interacciones y reglas.

Por último, Latkin¹⁶⁶ señala en su estudio el rol de los líderes de pares como agentes del cambio comportamental para la prevención del VIH en sus redes y comunidades. Específicamente forman a líderes de pares en Baltimore como educadores para promover

la prevención del VIH en los miembros de su red. En el seguimiento, tanto los líderes como los miembros de la red señalan reducción en los riesgos, incluyendo un aumento del uso higiénico de jeringas.

13.4. CONCLUSIÓN

El conjunto de estos estudios demuestra la necesidad de la complementariedad entre todas las intervenciones IAC-RR + redes, PIJ y provisión de tratamiento como marco global de la realización de intervenciones educativas y de prevención del VIH. Específicamente las intervenciones de acercamiento son eficaces para contactar con usuarios de drogas y prevenir el VIH y también son útiles para derivarlos a tratamiento y reforzar la retención. Los PIJ sirven como fuente mayor de suministro de material de inyección y para fomentar el acceso y derivar pacientes a los programas de tratamiento. Los programas de tratamiento son el mecanismo ideal para difundir y evaluar intervenciones de prevención del VIH.

Tal como señalan Brown y McLellan¹⁶⁸, los programas de tratamiento de drogodependencias deberían proporcionar a todos sus clientes: servicios de educación y prevención del VIH, counselling y la posibilidad de realizar el test del VIH. Las investigaciones realizadas a nivel internacional han demostrado que la transmisión del VIH en usuarios de drogas es prevenible. La mayor barrera para reducir la transmisión del VIH en los consumidores no es la falta de conocimientos sino el fracaso en implementar programas de prevención eficaces en muchos países del mundo¹⁶⁹.

Tabla 1. Estrategias de prevención de enfermedades de transmisión parenteral para Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (Needle, 1998)⁹⁵

Tipo de estrategia	Acercamiento Comunitario	Programa de Intercambio de Jeringuillas	Tratamiento de la Drogadicción	Intervención en Redes sociales
Población diana	<ul style="list-style-type: none"> • UDIs sin tratamiento • Parejas sexuales de UDIs • Redes de consumidores 	<ul style="list-style-type: none"> • UDIs con y sin tratamiento • Subgrupos especiales (mujeres) 	<ul style="list-style-type: none"> • UDIs sin tratamiento • Usuarios no inyectores • Usuarios en tratamiento, retención 	<ul style="list-style-type: none"> • UDIs con y sin tratamiento • Redes de consumo de UDIs • Redes de consumo de no inyectores
Estrategia de captación	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores acercamiento comunitario • Líderes de opinión • Compañeros de drogas • Redes sociales • Locales de fácil acceso • Calle • Camionetas móviles 	<ul style="list-style-type: none"> • Calle • Locales de fácil acceso • Camionetas móviles • Centros sanitarios • Oficinas de Farmacia • Intercambiadores satélites • Grupos de usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Acercamiento • Auto-derivación • Programas de Intercambio de Jeringuillas • Tribunales 	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes de opinión • Intercambiadores satélites • Usuarios en tratamiento
Comportamientos de riesgo y de protección	<ul style="list-style-type: none"> • Uso compartido de jeringuillas y equipo de inyección • Desinfección de jeringuillas • Frecuencia de inyección 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso compartido de jeringuillas y equipo de inyección • Desinfección jeringuillas • Recogida jeringuillas sucias • Uso de drogas • Normas sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Retención en tratamiento • Prevención de recaídas • Conductas de riesgo de inyección y no-inyección 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas de las redes • Estructura y dinámica de la red de riesgo • Comportamiento de uso de drogas de los individuos miembros de la red

Tipo de estrategia	Acercamiento Comunitario	Programa de Intercambio de Jeringuillas	Tratamiento de la Drogadicción	Intervención en Redes sociales
Mecanismos para el cambio de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Mensajes jerarquizados de reducción del daño • Test y consejo VIH • Derivación a centros de tratamiento • Distribución e intercambio de jeringuillas estériles por usadas • Normas relacionadas con el uso arriesgado de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución e intercambio de jeringuillas estériles por usadas • Distribución de lejía • Derivación a centros de tratamiento • Mensajes jerarquizados de reducción del daño • Test y consejo VIH • Diagnóstico de TB y ETS 	<ul style="list-style-type: none"> • PMM • Consejo individual y/o grupal • Test y consejo VIH • Derivación a otros centros de salud • Educación para la reducción del riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia normativa en los comportamientos de riesgo • Difusión de información
Hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de los comportamientos de riesgo en el uso de drogas • Aumento de derivaciones a centros de tratamiento • Reducción la incidencia de VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de comportamientos de riesgo en la inyección de drogas • No promueve el uso de drogas • Aumento derivación a centros de tratamiento • No aumento ni disminución de jeringuillas sucias abandonadas • Estabilización o disminución de prevalencia: VIH, HBV, HCV • Reducción de incidencia: VIH, HBV, HCV 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación y reducción del uso de drogas • Reducción de los comportamientos de riesgo para VIH por uso de drogas • Reducción de incidencia: VIH, HBV y HCV 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos en la adopción de información nueva sobre reducción de riesgos

Tabla 2. Efectividad de las intervenciones educativas entre UDIs (Booth, 1998)⁹⁶.

Investigador y año de publicación	Diseño del estudio Número de participantes	Objetivo del estudio	Intervención	Hallazgos significativos
Siegal ⁹⁷ (1991)	Pretest-posttest en 264 UDI sin tratamiento. Asignación aleatoria	Comprobar si las conductas de inyección se reducen más con una intervención ampliada con una estándar	Intervención educativa estándar sobre el VIH de 75 minutos, con role playing y demostraciones; o la estándar más tres sesiones educativas de 1-2 horas sobre patología, adicción a drogas y sexo seguro	52% de los sujetos en la intervención estándar adoptaron conductas seguras en uso de jeringuillas en comparación al 72% de los de la intervención ampliada
Stephens ⁹⁸ (1991)	Pretest-posttest de 877 UDI reclutados en la calle y 22 en tratamiento	Mirar si se dan cambios significativos de conducta tras las intervenciones. Mirar si la magnitud de los cambios depende del nivel de intervención	Intervención educativa estándar, 45-60 minutos con vídeo, información general y demostraciones; o cuatro sesiones educativas sobre transmisión del VIH, reducción del riesgo y comunicación con compañeros	En ambos grupos se observaron reducciones significativas de los riesgos relacionados con inyección. No diferencias significativas según el nivel de intervención
Calsyn ⁹⁹ (1992)	Pretest-posttest en 218 pacientes en PMM o programa libre de drogas. Asignación aleatoria	Comprobar que una intervención educativa sobre el sida y el conocimiento del estado serológico reducen las conductas de riesgo	Sesión grupal de 90 minutos, o la misma sesión más test del VIH; o 4 meses de lista de espera	Disminuciones globales del porcentaje que se inyecta drogas, del 82% al 52%; comparando agujas del 79% a 47%. No diferencias según el tipo de intervención.
McCusker ¹⁰⁰ (1992)	Pretest-posttest en 567 clientes de programa de desintoxicación de 21 días. Asignación aleatoria	Comparar los efectos de dos intervenciones para reducir el riesgo de VIH, una intervención informativa y otra ampliada	Dos sesiones grupales de 1 hora con vídeos y conferencias durante la primera o segunda semana de tratamiento; o seis sesiones de 1 h. Sobre puesta en práctica de conocimientos	Al final del seguimiento, todos los grupos notificaron reducción de riesgos; con la intervención ampliada, mayor reducción de riesgo solo en la frecuencia de inyección

Investigador y año de publicación	Diseño del estudio Número de participantes	Objetivo del estudio	Intervención	Hallazgos significativos
Simpson ¹⁰¹ (1993)	Pretest-posttest a 462 UDI sin tratamiento de tres ciudades. Asignación aleatoria	Comparar los efectos sobre las conductas de riesgo de una intervención estándar con los de una intervención ampliada	Test VIH y counselling gratuitos y asignación a dos grupos, la estándar (una sesión de 30 minutos) y la ampliada (dos sesiones, en total de 90 minutos)	La reducción de riesgo ocurrió durante el primer mes. A los 6 meses las reducciones de riesgo observadas no se relacionaban con el tipo de intervención
Baker ¹⁰² (1993)	Pretest-posttest a 80 clientes de un programa de metadona. Asignación aleatoria	Evaluar la efectividad en la prevención de recaídas y una intervención breve para reducir comportamientos de riesgo del VIH	Una intervención breve motivacional de 60-90 minutos o bien 60-90 minutos intervención motivacional y sesiones para prevenir recaídas; o no-intervención	Al final del seguimiento no se observaron diferencias en el riesgo del mes anterior. El grupo con prevención de recaídas menos riesgo total de VIH
Stephens ¹⁰³ (1993)	Pretest-posttest de 8.485 UDI sin tratamiento de 20 ciudades. Asignación aleatoria	Comparar efectos de intervenciones estándar con ampliadas; valorar el momento más indicado de la intervención; analizar componentes de la intervención y la reducción de riesgos	Gran variedad de intervenciones estándar y ampliadas. En la mayoría de casos la ampliada era la estándar de mayor duración	Discreta pero significativa reducción del riesgo, mayor con intervenciones ampliadas. El tiempo de la intervención relacionado con la reducción de riesgo; relación de todos los elementos de la intervención con la reducción de riesgos

Tabla 3. Estudios de efectividad de los PIJs publicados desde 1993

Investigador, localización y Año del estudio	Diseño del estudio Tamaño de la muestra	Reclutamiento de Participantes	Resultados
Hunter ¹⁰⁴ Londres, Inglaterra 1990-93	Serías transversales ±500 cada año	UDI con tratamiento y sin tratamiento	La proporción de UDIs que usan el PIJ como fuente principal de jeringas aumentó del 14% al 28%. El número de inyecciones diarias disminuyó de 1.9 en 1987 a 0.7 en 1992. La edad media de los UDI aumentó de 36 años en 1987 a 42 en 1992
Des Jarlais ¹⁰⁵ Nueva York, EE.UU. 1984, 1990-92	Serías transversales 1.115	Programa de desintoxicación	La edad media de los UDI aumentó de 32 a 36 años. El número de inyecciones de cocaína al mes disminuyó de 55 a 43. La frecuencia de inyección de otras drogas permaneció estable
Hagan ¹⁰⁶ Tacoma, EE.UU. 1988	Retrospectivo de cohortes 426	Programa de Intercambio de Jeringas	El número de inyecciones al mes permaneció estable. Reducción relativa del 64% entre los que compartían al menos una vez al mes, y 67% reducción en pasar la jeringuilla usada
Paone ¹⁰⁷ Nueva York, EE.UU. 1992-93	Retrospectivo de cohortes 1.752	Programa de Intercambio de Jeringas	Disminución del número de inyecciones al mes de 95 a 86. La inyección con jeringas previamente usadas descendió del 12% al 4%
Schoenbaum ¹⁰⁸ Nueva York, EE.UU. 1989-93	Prospectivo de cohortes 329	Programa de Mantenimiento con Metadona	Disminución relativa del 61% en la proporción de UDIs que continuaban inyectándose entre los que no usaban el PIJ, en comparación 14% entre los que si lo usaban. El compartir jeringuillas bajó más entre los que usaban el PIJ que entre los que no lo usaban
Vlahov ¹⁰⁹ Baltimore, EE.UU. 1994-95	Prospectivo de cohortes 221	Programa de Intercambio de Jeringas	El porcentaje de los que se inyectaban a diario bajó del 97% al inicio hasta el 77% a los 6 meses. El número de inyecciones por día bajó de 5.7 al inicio hasta 4.2 a los 6 meses. El porcentaje de UDI que usaron una jeringa usada en los últimos 6 meses pasó del 22% al 8% a los 6 meses de seguimiento. El porcentaje de los que daban su jeringa a un amigo pasó del 27% al 6%. El número de inyecciones por jeringuilla bajó de 12.8 al 3.6 a los 6 meses de seguimiento

Investigador, localización y Año del estudio	Diseño del estudio Tamaño de la muestra	Reclutamiento de Participantes	Resultados
Watters ¹¹⁰ San Francisco, EE.UU. 1986-1992	Serías transversales 5.644	Centros de tratamiento y en la calle	La proporción que usaron el PIJ como mínimo 25 veces durante el último año, aumentó del 14% en 1989 hasta el 28% en 1992. Disminución de compartir desde el 66% en 1987 hasta el 36% en 1992. El mayor uso del PIJ se encontró asociado a menos compartir
Hankins ¹¹¹ Montreal, Canadá.1993	Serías transversales	Programa de Intercambio de Jeringas	El paso de jeringuillas bajó del 31% al 20%. El uso de lejía aumentó del 30% al 62%
Van Ameijden ¹¹² Amsterdam, Holanda. 1986-1992	Serías transversales 616	UDI con tratamiento y sin tratamiento	La utilización actual del PIJ se encontró asociada a una reducción en la reutilización de jeringuillas
Frischer ¹¹³ Glasgow, Escocia. 1990	Retrospectivo de cohortes 503	UDIs que usan y no usan un programa de Intercambio de Jeringas	Los que utilizan el PIJ habían realizado mas cambios de reducción del daño que los que no lo utilizaban
Keene ¹¹⁴ Gales, Reino Unido 1990-91	Retrospectivo de cohortes 328	UDIs que usan y no usan programa de Intercambio de Jeringas	Durante el último año el 18% de los que usaron el PIJ habían compartido comparado con el 52% de los que no lo usaron
Des Jarlais ¹¹⁵ Mundial 1984-1993	Ecológico >7300	UDIs en 5 ciudades con seroprevalencia estable	Todas las ciudades con seroprevalencia baja y estabilizada, habían realizado esfuerzos para proporcionar equipos de inyección estériles a los UDIs
Hurley ¹¹⁶ Mundial 1983-1993	Ecológico 332.892	UDI de 81 ciudades (75% con tratamiento)	La seroprevalencia del VIH bajó 5.8% por año en 29 ciudades con PIJ y subió 5.9% al año en ciudades sin PIJ
Kaplan ¹¹⁷ New Haven, EE.UU. 1990-1992	Modelización matemática		La seroprevalencia del VIH en las jeringas retornadas al PIJ disminuyó del 69% hasta el 45%. Estos cambios no eran explicables por cambios demográficos de los clientes
Lurie ¹¹⁸ EE.UU. 1987-2000	Estudio de modelización matemática		Hasta 9.666 infecciones por el VIH se hubieran podido prevenir si en 1995 se hubieran implantado PIJs. El tratamiento de estas infecciones hubiese conestado 244 millones de dólares americanos
Des Jarlais ¹¹⁹ Nueva York y Puerto Rico 1988-1995	Prospectivo de cohortes 1.630	IDUs con y sin tratamiento	Los UDI que usaban el PIJ tenían 3.5 veces menos probabilidades de seroconvertir al VIH
Bruneau ¹¹⁹ Montreal, Canadá 1988-1995	Prospectivo de cohortes 974	IDUs con y sin tratamiento	Los que habían usado el PIJ al inicio tenían 2.2 veces más probabilidades de seroconvertir que los no lo habían usado

Tabla 4. Estudios publicados desde 1987 sobre la efectividad del Tratamiento con Metadona en la modificación de las conductas de uso de drogas (Drucker, 1998)¹³⁰.

Investigador, localización y año del estudio	Diseño del estudio Número de participantes	Resultados
Moss ¹³⁴ San Francisco, EE.UU. 1994.	Observacional 2531 UDI heterosexuales	La tasa de seroconversión al VIH fue de 1,9% personas/año. Reducción de las conductas de riesgo a los 5 años: cocaína inyectada 18%, uso de 'galerías de chute' 13%. La retención en el programa de mantenimiento con metadona es altamente protectora: la tasa de seroconversión en sujetos que llevan 1 año o más es de 1% personas/año
Metzger ¹³⁵ Filadelfia, EE.UU. 1993.	Observacional 152 UDI en tratamiento, 103 sin tratamiento	Al inicio, el 10% de los que estaban en metadona y el 16% de los que no estaban en tratamiento eran VIH positivos. A los 18 meses, 3,5% de los que estaban en metadona y 22% de los que no lo estaban seroconvirtieron al VIH. Los sujetos que estaban en metadona, se inyectaron menos y compartieron menos que los sujetos que no estaban en tratamiento
Vanichseni ¹³⁶ Bangkok, Tailandia. 1991.	Ensayo clínico controlado, mantenimiento con metadona y desintoxicación con metadona (45 días). 240 UDI	Los clientes en mantenimiento con metadona consumían menos heroína durante el tratamiento
Schoenbaum ¹³⁷ Nueva York, EE.UU. 1990.	Observacional 452 pacientes en tratamiento con metadona	La infección por VIH se encontró asociada a un mayor número de inyecciones al mes, un mayor porcentaje de inyecciones con jeringas usadas y un mayor número de inyecciones de cocaína al mes
Serpelloni ¹³⁸ Verona, Italia. 1994	Estudio de caso-controles anidado. 40 casos y 40 controles	La seroconversión al VIH se encontró asociada con el número de ciclos de tratamiento, la dosis diaria de metadona y la retención (análisis univariado). La dosis diaria de metadona y el tiempo sin tratamiento son factores de riesgo más importantes. El riesgo de infección por VIH aumentaba 1.5 veces más por cada 3 meses sin estar en tratamiento

CAPÍTULO 14

CONTENIDO DE LOS TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

Consumir drogas ilegales es siempre un riesgo, por lo que no es recomendable hablar de consumo seguro. Expresiones como consumo higiénico, limpio o consumo de menos riesgo son más adecuadas, siendo esta última la que proponemos como más pertinente. Dentro del consumo de menos riesgo debe diferenciarse entre consumo inyectable de menos riesgo y consumo por vías de menos riesgo: oral, esnifada, fumada.

Para que una inyección de drogas no ocasione graves problemas sanitarios debe procederse con mucha cautela y precisión. A pesar de ello, todas las precauciones son pocas, pues el inyectarse una sustancia siempre tiene sus riesgos si se produce fuera del marco sanitario y aún más cuando se trata de sustancias ilegales y no controladas. La inyección de una sustancia ilegal nunca puede producirse en condiciones de plena seguridad pues dada la no esterilidad de las drogas de la calle (heroína, cocaína) las condiciones de plena asepsia no son posibles.

La intención de este capítulo es doble. Por un lado dar a conocer aspectos relacionados con el consumo de drogas a aquellos profesionales que no tengan experiencia en un contacto directo con usuarios que continúan inyectándose (pp. 340-357). Por otro lado se pretende dar a conocer una metodología de trabajo que pueda permitir a los equipos de drogodependencias conocer las prácticas de consumo más habituales practicadas por los UDVPs de sus ciudades o barrios. Así presentaremos una metodología seguida en el SAPS (Servicio de Atención y Prevención Sociosanitaria; Cruz Roja en Barcelona) para aumentar nuestro conocimiento sobre las prácticas de consumo de los usuarios. Desglosando cada uno de los elementos del equipo de inyección y registrando las informaciones que se van recibiendo –desde el PIJ, talleres, entrevistas individuales, charlas informales– sobre la utilización de drogas, disponibilidad de material de inyección, alternativas frente a situaciones de riesgo, etc. se seleccionan aquellas informaciones más relevantes, como las prácticas de riesgo, sus determinantes y una serie de observaciones locales que se van ampliando constantemente y que configuran un documento de referencia para el servicio. Es importante protocolizar un sistema ordenado de recogida de información en base a la estructura propuesta en el capítulo 12 (pp.311-315). Por último, al final del capítulo 14 se describen algunas situaciones específicas (14.4. pág. 358: Fumar en plata y 14.5. pág. 359: Sobredosis).

14.1. CONOCIMIENTOS DE LAS PRÁCTICAS DE CONSUMO

Las prácticas de consumo son muy variables según los usuarios, sus hábitos y sus contextos. Algunos de los factores que influyen en estas prácticas y los riesgos que se corren están generalmente relacionados con^{3,6,170}:

- la forma de obtener la droga (comprar solo, con un amigo, entre varios colegas, etc.);
- disponer del material necesario (y en buenas condiciones higiénicas) para preparar la inyección (jeringa, agua bidestilada, tapón o cuchara, toallitas de alcohol, filtro, ácido cítrico para la heroína marrón o papel de plata);
- el lugar donde se va a realizar el consumo (calle, casa, cárcel);
- el tipo de droga que se consume;
- la vía de administración (oral, parenteral, sublingüal, mucosa y/o transdérmica);
- si el consumo se realiza sólo o en compañía de alguna persona;
- si la persona que acompaña consume y tiene su propio material;
- si el acompañante sabe cómo actuar ante una sobredosis;
- si sabe inyectarse: conoce la técnica adecuada (puntos de inyección, dirección de la inyección, encontrar vena, etc.);
- la presión, las ansias y las prisas por consumir (miedo a perder la dosis, presencia de policía, estar en la calle, síndrome de abstinencia, tolerancia, etc.).

Para valorar y poder iniciar, conjuntamente con los UDVPs, un proceso en la modificación de las prácticas que conllevan riesgo para la salud es necesario conocer los determinantes que influyen en dichas prácticas, las formas de consumir drogas, el lenguaje utilizado en su contexto habitual y los canales de comunicación más eficaces¹⁷¹.

Las informaciones que vamos a aportar van dirigidas a profesionales que no mantienen un contacto directo con las circunstancias de consumo de los UDVPs y sus prácticas de consumo. Sin duda para equipos de “primera línea” estos conocimientos les serán familiares. Fundamentalmente pretenden facilitar la puesta en marcha desde los servicios de talleres con usuarios de drogas adecuados a las realidades locales. Por ello no deben considerarse como generalizables, ya que están extraídos de una realidad de trabajo concreta, en una ciudad del Estado Español.

14.1.1. Vías de consumo

Las vías por las que se puede absorber una sustancia en el organismo determinan diferentes aspectos en la dinámica y biodisponibilidad de las sustancias activas¹⁷²⁻¹⁷⁵, por lo que creemos importante describirlas:

- **Vía oral.** Se absorbe en el aparato digestivo. Pasa por el hígado, corazón derecho, corazón izquierdo, aorta y circulación sistémica.
- **Vía sublingüal.** Se absorbe a través del plexo mucoso de debajo de la lengua, pasa directamente al corazón derecho. Es una vía muy rápida. Varios fármacos cardiocirculatorios se vehiculizan por esta vía, así como la buprenorfina (Buprex).

- **Vía mucosa.** La absorción se realiza a través de las mucosas.
Mucosa rectal. Es la vía de los supositorios.
Mucosa nasal. Drogas que se absorben esnifadas o en gotas.

Mucosa bronquial y pulmonar. Por esta vía se absorben los medicamentos por aerosol (broncodilatadores, corticoides) y las drogas inhaladas/fumadas. En pacientes intubados esta vía se utiliza para la administración de adrenalina.

- **Vía transdérmica.** Vía muy cómoda, interesante y muy explorada en la actualidad en el ámbito de la medicina. Se utiliza para vehiculizar vasodilatadores, nicotina, hormonas, etc.
- **Vía parenteral.** Incluye las vías subcutánea, intramuscular, endovenosa, intrarraquis, intratecal, intracardiaca, etc.

14.2. PRINCIPIOS GENERALES DE LA INYECCIÓN HIGIÉNICA

Paso a paso para una inyección de menos riesgo^{3,6,170}:

1. Disponer de un equipo de inyección nuevo (jeringa, agua bidestilada, toallita de alcohol, filtro, tapón) para cada persona; ir acompañado hacia un lugar tranquilo y discreto.
2. Lavarse las manos con agua y jabón. Si no es posible, se las pueden frotar con una toallita de alcohol, sobre todo los dedos que luego darán forma al filtro.
3. Desinfectar con alcohol o agua y jabón el tapón o cuchara en la que se va a preparar la mezcla. Evitar que nada del equipo toque cualquier instrumento usado por otra persona, o lugar en el que puedan haber bacterias o virus (saliva, manos sucias, restos de sangre...).
4. Calcular la dosis en función de la calidad de la sustancia y la tolerancia de la persona. Usar ácido cítrico, ascórbico o limón recién cortado para la heroína marrón. Reducir la sustancia a polvo muy fino. Para cargar la jeringa utilizar un filtro (nuevo) dándole forma con los dedos evitando el contacto con la boca (saliva). Comprobar en la jeringa que la mezcla es transparente, sin grumos ni burbujas. Una vez cargada la jeringa se ha de tener presente poner de nuevo el capuchón para evitar que la aguja esté en contacto con cualquier superficie, mientras se busca el punto de inyección.
5. El torniquete ayuda a “pillar” la vena. No es recomendable hacer el nudo muy fuerte ni mantener el torniquete puesto durante mucho tiempo. Si no se encuentra la vena se puede hacer un poco de ejercicio o aplicar agua caliente, lo que contribuirá a localizarla más fácilmente, pues aumenta el retorno venoso al corazón. Hay que desatar el torniquete antes de empujar el émbolo.

6. Buscar la vena más grande y cambiar de vena cada vez; si no fuera posible se buscará un nuevo punto como mínimo a 2.5 cm de distancia del último punto de inyección.
7. Tras localizar el punto de inyección desinfectar la piel con una toallita de alcohol. Las zonas de inyección menos peligrosas son los brazos, alternando los puntos de inyección. La aguja se inserta con el bisel hacia arriba, en un ángulo pequeño (15° o 30°) y siempre en dirección al corazón.
8. Al insertar la aguja, aspirar para saber si está en vena. Si es así, retirar el torniquete y empujar el émbolo lentamente. Inyectarse muy rápido puede aumentar las posibilidades de sufrir una sobredosis. Una vez terminado, retirar la jeringa, taparla y presionar sobre el punto de inyección con una toallita desinfectante durante un rato.
9. Tras consumir se debe tener en cuenta qué hacer con la jeringa. Deshacerse de ella de forma segura evita que nadie se pueda pinchar accidentalmente ni la vuelva a utilizar. Se recomienda intercambiarla por una nueva en un Programa de Intercambio de Jeringas, y si no es posible, guardarla en una lata de refresco para tirarla a la basura.

A tener en cuenta:

La inyección se debe realizar en las venas (son superficiales) y no en arterias³ (más profundas). En el caso de pinchar en una arteria, el émbolo saldrá bruscamente hacia atrás (la sangre arterial ejerce más presión que la venosa sobre el émbolo). Ante esta situación se debe retirar la jeringa y comprimir la zona durante al menos 5 minutos. La zona de punción se hinchará rápidamente, se pondrá roja provocando dolor. Es recomendable acudir a un servicio médico^{3,6,170}.

También es importante tener algo a mano para parar una posible hemorragia (medidas de hemostasia), como un pañuelo de papel seco y hacer presión sobre la vena o por debajo del punto de inyección.

Si se ha inyectado fuera de vena o sangra debajo de la piel es conveniente aplicar una pomada (antihemorroide o cualquier pomada que contenga heparina –*Menavent, Hirudoid, Thrombocid*–) o agua con sal y cubrirlo con un vendaje compresivo.

El bombeo es una práctica muy frecuente entre los UDVPs, particularmente con la cocaína y consiste en la extracción de sangre de la vena y la inyección repetida de parte de la mezcla de sangre y droga contenida en la jeringa.

Es importante conocer que las venas tienen unas válvulas que hacen que la sangre vaya siempre en dirección hacia el corazón. Inyectando en esa dirección se evita dañar las venas. Las venas están generalmente en la superficie de la piel, la sangre es más oscura y circula a menos presión que en las arterias. Con experiencia y con un buen conocimiento sobre las venas es poco complicado encontrar una.

Un elemento muy importante a tener en cuenta y que a veces queda relegado a un segundo plano es cómo realizan los UDVPs la partición de una dosis. Generalmente consiste en diluir la droga perteneciente a dos o más personas en una jeringa y repartirla a las jeringas de cada uno de los inyectores (frontloading, backloading)^{65,176-180}. Esta partición se suele hacer al “milímetro” una vez diluida ya la mezcla, utilizando la jeringa para medir y repartir de forma exacta (utilizan las marcas en el cilindro de la jeringa). Las situaciones en que esta práctica se realiza pueden ser muy distintas: un compañero que “está de mono”, una deuda o invitación, comprar a medias, etc. Por ello es posible no haberse inyectado nunca con jeringas usadas previamente por otros, pero sí haber recibido su parte de la dosis a través de una jeringa de otra persona. Obviamente la práctica conlleva riesgo de VIH, VHB y VHC si alguna de las jeringas ya ha sido usada. Una alternativa puede ser preparar y medir la dosis con una jeringa nueva y colocar las particiones en el tapón o cuchara (limpio) para que cada uno vaya cogiendo su parte.

14.3. EL EQUIPO DE INYECCIÓN

En este apartado se presentan para cada uno de los 8 “componentes” del equipo de inyección:

- Una descripción general.
- Informaciones a transmitir.
- Prácticas a valorar.
- Observaciones locales.

A.- Jeringa: *chuta, máquina, flauta, insulina, hipodérmica, espada, etc.*

Existen distintos tipos de jeringa. Lo más importante es que sea estéril y nueva. Esa es la mejor prevención de enfermedades. Cuanto más pequeña sea la aguja, menos dañará las venas y otros tejidos.

Las personas que se inyectan drogas suelen utilizar jeringas de insulina de 1 ml. En Barcelona se utilizan dos tipos: la “americana” formada por un solo cuerpo, y la “nacional” (española o “normal”) cuya aguja se puede separar del resto de la jeringa y es de un grosor mayor que la “americana”.

El tipo de jeringa debe adaptarse a las particularidades de cada sustancia, de cada persona y del punto de inyección.

Existen algunas alternativas para situaciones de riesgo que se deben trabajar con los usuarios, cuando no se dispone de una jeringa nueva:

1. Esnifar o fumar una parte de la dosis para enfrentarse a los síntomas de abstinencia. Luego buscar una jeringa nueva,
2. Hervir la jeringa usada, aunque casi todas las jeringas se deterioran al hervirlas.
3. Desinfectarla con lejía (eficaz para el VIH y VHB, no está demostrada su eficacia para el VHC).

Es recomendable, después de utilizar una jeringa, aclararla varias veces con agua –fría mejor que caliente–. Esto no evita que esa jeringa pueda transmitir enfermedades, pero siempre es mejor que nada y además se evita que la aguja quede obstruida.

INFORMACIONES A TRANSMITIR

Usar siempre una jeringa nueva para cada inyección.

No compartir la jeringa: Ni dejarla ni prestarla ni coger la de otra persona.

Existen alternativas en caso de no tener jeringas.

Al partir la dosis, utilizar jeringas nuevas para cargar de jeringa a jeringa.

No chupar la aguja antes de inyectarse.

Recordar otras vías de consumo (hacer un “chino” o esnifar).

Anticipar posibles situaciones de riesgo.

Conocer los daños ocasionados por cada práctica de riesgo (VIH, VHC, VHB, sobredosis, septicemias, endocarditis...)

PRÁCTICAS A VALORAR

¿Sueles llevar jeringas encima antes de ir a pillar? ¿A que es debido?

¿Qué tipo de jeringas utilizas?

¿Te bombearas? ¿Por qué? ¿Con qué sustancias?

¿En que situaciones has utilizado una jeringa utilizada por otro? ¿Y una jeringa cogida del suelo?

¿Cuántos picos te pones con una misma jeringa?

¿Aclaras la jeringa después de usarla?

¿Chupas la aguja antes de inyectarte?

¿Cómo partes un pico para dos? ¿Y si sois tres? ¿Y si una jeringa está sucia?

¿Crees que hay momentos del día o semana en los que es más difícil conseguir una jeringa?.

¿Crees que hay zonas en las que es difícil encontrar una jeringa?

¿Qué dificultad disponer de jeringas?

¿Rompes la aguja después de usar la jeringa? ¿Dónde tiras la jeringa?

¿Cuales son las situaciones en la que te falta una jeringa? ¿A qué se deben?

OBSERVACIONES LOCALES

Hemos observado que las jeringas americanas son más utilizadas por mujeres, por consumidores de drogas que se inician en la vía parenteral y por usuarios que tienen las venas en muy mal estado. Hay usuarios que realizan la mezcla con una jeringa normal y luego la traspasan a una americana para inyectarse.

La práctica de chupar la aguja una vez filtrada la mezcla (para retirar los posibles pelillos que quedan adheridos a la aguja) está bastante extendida. También hay usuarios que chupan la aguja para “comprobar” lo que se van a inyectar (a través del sabor dicen tener una idea de la calidad e incluso de la posibilidad de saber con qué está cortada).

Algunos usuarios creen que si prueban (en la boca) la cocaína antes, no sienten nada cuando se la inyectan. Muchos usuarios comentan que utilizan la misma jeringa varias veces, aunque generalmente la aclaran primero, aunque no después de ser utilizada, sino cuando la van a reutilizar. En general una jeringa es utilizada 3-4 veces por la misma persona. En lugares donde escasea el material, como la prisión y algunas zonas de venta, se utilizan jeringas prestadas o alquiladas.

El bombeo es una práctica muy generalizada, especialmente para la inyección de cocaína. Algunos creen que permite que suba el sabor de la sustancia más rápido, otros consideran que es por vicio y otros sienten el flash más intenso. Desde una perspectiva científica no tiene ninguna justificación. Se invoca que la razón es garantizar que toda la sustancia que está en la jeringa entrará en la vena. Entre los consumidores de heroína blanca (sal) es menos frecuente, pues el flash es propio de la sustancia, es decir, no necesita el bombeo para sentir dicho efecto. Esta técnica ocasiona a menudo, que la jeringa se obture al coagularse rápidamente la sangre.

Algunos usuarios mantienen la jeringa clavada en su vena durante varios minutos tras la inyección.

Para muchos usuarios es habitual compartir la dosis entre varios, sobre todo por que la compra de la droga no se suele hacer en individual, por razones de economía (mejor relación cantidad/precio al comprar más dinero).

B.- El agua: ampolla, botellín, botella (ampollas de agua estéril, de plástico)

Lo más higiénico es utilizar agua estéril bidestilada. El agua del grifo es potable, pero no estéril, lo mismo que el agua mineral embotellada. Si no se dispone de agua estéril es mejor utilizar agua nueva (no estancada en un charco o una cisterna). El agua fría del grifo es más limpia que la caliente. Otra opción es el agua hervida, una vez enfriada.

Debe tenerse precaución al cargar agua de una botella de agua estéril con una jeringa ya usada, pues se corre el riesgo de infectar el agua de esa botella, el recipiente o cuchara que se vaya a emplear y que otra persona que cargue de ese agua se pueda infectar.

INFORMACIONES A TRANSMITIR

- El agua también puede transmitir enfermedades.
- Usar siempre agua limpia (mejor botellas de agua bidestilada estéril).
- No utilizar botellas de agua estéril ya abiertas, encontradas en zonas de consumo.
- Precaución al cargar de la botella (la jeringa sucia la última).

PRÁCTICAS A VALORAR

- ¿De dónde coges el agua habitualmente?
- ¿Cargáis varios de la botellita?
- ¿Usas el agua de la botellita para limpiar la jeringa después de utilizarla?
- ¿Qué haces con la botella de agua después de usarla? ¿la vacías?
- ¿Has usado botellas de agua estéril abiertas y utilizadas por otros?

OBSERVACIONES LOCALES

El uso de botellitas de agua estéril está muy extendido. Con la jeringa es uno de los 2 componentes mínimos para inyectarse. En el caso de no disponer de estas botellitas se usa generalmente agua de botella o de una fuente.

En zonas determinadas donde se consume se encuentran recipientes con agua (latas, potes, etc.) guardados estratégicamente para poder utilizarlos ante una emergencia. Algunos UDVPs comentan que utilizan botellas de agua ya abiertas cuando se encuentran sin agua para prepararse la inyección.

Algunos usuarios utilizan la botella de agua estéril, una vez cortada (suele ser de plástico), para realizar la mezcla. Otros, suelen pedir botellas de más para la limpieza de la jeringa una vez utilizada, ya sea para guardarla o para devolverla. Es una práctica recomendable; aunque no elimina riesgos sí los reduce.

C.- La cuchara, tapón, lata, recipiente, etc.

En la calle es más habitual utilizar el tapón de una botella de agua, una chapa, la parte posterior de una jeringa americana (tapón precintado) o de una lata de refresco. La desinfección con la toallita de alcohol debe recomendarse siempre, o en su defecto agua y jabón. Se ha de insistir sobre el uso individual de la cuchara/recipiente, aunque el consumo se realice entre varios.

Hay que alertar sobre el peligro de transmisión existente al utilizar la cuchara o el recipiente para hacer la mezcla en malas condiciones higiénicas. Algunos virus muy resistentes (como el de la hepatitis B y C)¹⁸¹ pueden vivir en una superficie largo tiempo.

Es necesario triturar la sustancia para que quede tan fina como sea posible (como el polvo de talco), pues ello ayuda a que se disuelva mejor cuando se mezcla con agua. En algunas ocasiones se utiliza para triturar la sustancia (pastillas) una segunda cuchara que también debe limpiarse con la toallita de alcohol.

La heroína marrón, en general, se tiene que calentar durante poco tiempo ya que cuanto más se calienta más “restos” (insolubles) forma. Con ácido cítrico o limón la heroína marrón habitual en Barcelona no precisa calentarse. La heroína blanca y la cocaína se disuelven sin necesidad de calentar.

INFORMACIONES A TRANSMITIR

- En un tapón usado puede haber virus VIH, VHB y VHC.
- Preparación de la mezcla en un recipiente estéril o limpio.
- Uso individual del recipiente.
- Preparar la mezcla siempre con una jeringa limpia. Si alguien tiene una jeringa sucia, que sea el último en coger la dosis.

PRÁCTICAS A VALORAR

- ¿Recipiente individual o colectivo? ¿para dos (tu pareja)?
- ¿Qué usas como recipiente?
- Tipo de recipiente ideal: material, forma, tamaño.
- ¿De dónde coges el recipiente?
- ¿Qué haces con él después de usarlo?
- ¿Desinfección o limpieza del recipiente?

OBSERVACIONES LOCALES

Hay UDVPs que llevan encima el recipiente en el que hacer la mezcla, en cambio hay otros que lo buscan en el momento de ir a consumir (alguno dice que incluso el hecho de llevar un tapón los delata ante la policía como consumidores).

Las parejas habituales suelen usar el mismo recipiente para hacer la mezcla y luego, para partir la dosis, trasvasan de una jeringa a otra.

D.- El filtro

No todos los filtros son adecuados. El filtro ideal debería ser estéril, no debería ser manipulado con los dedos para darle dimensión y forma¹⁸². Debería ser de unas fibras difíciles de romper, es decir que no se deshilara. Si estas fibras entran en la vena, pueden provocar trastornos. Son mejores los filtros hechos de fibras flexibles naturales de algodón y estériles, pero son de muy difícil obtención¹⁸³. En algunos países, no en Estado Español, se entrega en el kit un filtro. La mayoría de los filtros utilizados por nuestros usuarios deben ser manipulados, lo que facilita la transmisión de enfermedades infecciosas.

Generalmente se usa un filtro de cigarrillo. Se arranca una tira longitudinal del cigarrillo y se hace una “bolita” con él. Al ser el corte longitudinal y no transversal, el filtro contiene menos hilos sueltos que pueden meterse en el organismo a través de la jeringa, provocando temblores, malestar general o favoreciendo infecciones (estafilococos). Tan sólo filtran partículas superiores a 15 micras de tamaño. ¡Ojo con los filtros de cigarrillo ya fumado, pues contienen alquitrán!

Se ha de prevenir sobre los microorganismos de la saliva que se pueden traspasar al filtro tanto a la hora de retirarlo del cigarro como a la hora de hacer la bolita. Pueden entrar en vena y causar graves infecciones. Recomendar manipular el filtro lo menos posible y sólo con los dedos. Lo importante es usar un filtro nuevo cada vez.

La heroína marrón contiene más impurezas que la blanca por lo que es más frecuente el uso de filtro; si no se dispone de filtro una alternativa es inclinar ligeramente la cuchara manteniendo los residuos en el lado contrario al que se utiliza para aspirar.

Compartir filtros es una práctica de alto riesgo de transmisión de la hepatitis C y el VIH y hay que saber que los filtros son habitual “moneda de cambio”.

INFORMACIONES A TRANSMITIR

Utilizar siempre un filtro nuevo.

No compartir el filtro: no coger ni dejar el filtro.

No chupar el filtro antes de utilizarlo..

Manipularlo poco, con las manos limpias.

PRÁCTICAS A VALORAR

¿De dónde sacas el filtro?

¿Has tenido que pedir un filtro alguna vez?

¿Cómo haces la bolita?

¿Utiliza ese filtro alguien más?

¿Lo sueles guardar? ¿Dónde lo tiras?

¿Qué haces si no dispones de filtro?

¿Chupas el filtro antes de usarlo? ¿Lo arrancas con la boca?

¿Has dejado o pasado el filtro a alguien? ¿Te lo han pedido en alguna ocasión?

OBSERVACIONES LOCALES

A veces se suele guardar el filtro en el plástico del tabaco para usarlo otra vez. Algunos usuarios se guardan los filtros cuando toman caballo marrón (si es blanco no se suele utilizar). También suelen utilizar el de su pareja. No siempre se usa uno nuevo cada vez. Algunos se meten el filtro en la boca para chuparlo después de haber consumido. Otros usuarios se guardan los filtros para inyectarse algo por la mañana cuando están de “mono”.

Cuando aparecen los síntomas del síndrome de abstinencia (“mono”) y no se dispone de la dosis de heroína hay “presiones” por parte de algunos consumidores hacia otros para que les den el filtro ya usado y poder aprovechar la poca cantidad de sustancia que pueda quedar en él. En algunos casos, ciertos usuarios se dedican a la búsqueda de filtros usados escurriéndolos para prepararse una dosis que les quite el “mono”.

E.- El desinfectante

Para evitar infecciones por bacterias de la piel, principalmente el estafilococo, se aconseja el uso de toallitas impregnadas de alcohol. Éstas deben usarse antes y después de la inyección (también se suelen usar para desinfectar la cuchara/recipiente y para las manos).

Lo más importante es su uso antes, siendo una práctica poco frecuente en usuarios en situación marginal (calle) y causa frecuente de infecciones localizadas (celulitis, flebitis, abscesos) o generales (septicemia, bacteriemia).

Se deben entregar desde los PIJs tantas toallitas de alcohol como sean solicitadas, incluso más. Otra forma de desinfección del punto de inyección es utilizar agua y jabón, pero es difícil acceder si el consumo se realiza en la calle.

INFORMACIONES A TRANSMITIR

- Llevar toallitas de alcohol encima.
- Utilizar la toallita antes de inyectarse.
- Dejar evaporar el alcohol.
- Usar la toallita también después de inyectarse.
- Recordar el uso del agua y jabón.

PRÁCTICAS A VALORAR

- ¿Utilizas la toallita antes?
- Otros usos que le das a la toallita.
- ¿Hay UDVPs que te suelen pedir toallitas de alcohol antes de inyectarse?
- ¿Cuántas toallitas de alcohol crees que necesitas para cada inyección?
- ¿Piensas que llevan suficiente alcohol?

OBSERVACIONES LOCALES

Muchos usuarios relacionan la toallita con alcohol con limpiarse la sangre que sale después de inyectarse y no antes. Algunos usuarios utilizan muchas toallitas sobretodo cuando no pueden pillarse la vena y realizan varios intentos. Las toallitas son utilizadas muchas veces para limpiarse heridas (pequeños cortes) y/o restos de sangre seca.

F.- La sustancia y el acidificante.

Existen muchas clases de heroína en función de su procedencia, elaboración y redes de tráfico (amarilla, gris, blanca, negra, marrón). En nuestro país, la heroína blanca (sal), inexistente en muchas ciudades, tiene mayor pureza que la marrón (más sucia), procedente del sudoeste de Asia. Actualmente (diciembre 1998) el gramo de heroína marrón se encuentra en Barcelona a unas 5.000-8.000 pts. y la blanca entre 12.000 y 14.000 pts. Caballo, jaco, polvo o reina son algunos de los nombres utilizados para designar a la heroína.

Reconocer la sustancia por el olor, color y/o sabor es de poca utilidad. Por ejemplo, el sabor/olor amargo de la heroína es simulado por multitud de sustancias del corte, entre ellas el retrovir.

La heroína es un opiáceo semisintético (diacilmorfina) que se obtiene a partir de la morfina, alcaloide del opio. La presencia de dos grupos acetilo en los carbonos 3 y 6 aumentan la solubilidad de la molécula en los lípidos y explican la rapidez de acción sobre un órgano esencialmente compuesto de fosfolípidos como el cerebro (el flash). La heroína

na atraviesa la barrera hematoencefálica más rápidamente que la morfina debido a su mayor liposolubilidad. Una vez en el cerebro es rápidamente hidrolizada a morfina, que constituye la forma realmente activa sobre los receptores. Por ello la vida media plasmática de la heroína es breve y dura entre 3 y 10 minutos, según los autores¹⁸⁴. No se encuentra ninguna traza de heroína en la orina. Sin embargo uno de sus metabolitos, la 6-monoacetilmorfina puede detectarse hasta 7 horas después. El resultado del catabolismo de la heroína es la morfina, cuya vida media varía entre 1,5 y 4 horas, posteriormente sigue una serie de reacciones químicas que la descomponen en codeína y otros catabolitos¹⁸⁴.

De manera general, aunque no siempre es así, en nuestro contexto nos encontramos con que la heroína en forma base (heroína base) se corresponde con la llamada heroína marrón, más apta para su consumo por vía inhalada (“chino”, fumar en plata, “dragón”). En función de cómo la heroína esté elaborada, la recuperación por vía fumada oscila enormemente: productos como la cafeína, barbitúricos o metacualona facilitan la volatilización, mientras que otras sustancias como la procaína, ácido ascórbico o paracetamol la disminuyen¹⁸⁵.

Por otro lado, la sal de heroína (sulfato o clorhidrato) se corresponde en general con la heroína blanca, una sustancia fácilmente soluble en agua y más apta para su consumo inyectable, aunque también es posible inhalarla a pesar de que casi la totalidad de ella se carboniza al calentarla, es decir que no se volatiliza¹⁸⁵.

El informe¹⁸⁶ del departamento del Instituto Nacional de Toxicología de la CCAA de Madrid de 1996 señala que los adulterantes más frecuentes de la heroína son la cafeína, paracetamol y piracetam, siendo simbólica la presencia de otras sustancias como procaína, griseofulvina, metacualona, fenobarbital, lidocaína o benzocaína. Las combinaciones más frecuentes son cafeína+paracetamol, cafeína+piracetam, paracetamol+piracetam y cafeína+paracetamol+piracetam.

El estudio de De la Fuente¹⁸⁷ nos aporta una óptima visión de los tipos de heroína en las ciudades hasta 1993. Así, la pureza de la heroína de la calle oscila, en general, entre 20 y 45%, a excepción de Mallorca en la que sobrepasa el 60%. En general se observa un aumento de la pureza de la heroína en casi todas las ciudades en los últimos años. En las zonas mediterráneas se detecta una mayor presencia de heroína blanca. Mallorca, Tarragona y Barcelona son ciudades en las que predomina la heroína blanca y la vía inyectable, mientras que Madrid o Sevilla son ciudades donde predomina la heroína marrón y el consumo fumado. Al igual que en otros estudios, el autor sugiere la asociación entre tipo de heroína y vía de consumo y apoya la idea de que las características del mercado (disponibilidad de diferentes tipos, precio, pureza, etc.) pueden modificar las formas de consumo, cantidad y vías de administración.

Haciendo referencia a lo anterior, la heroína marrón se corresponde con la heroína base, por lo que para hacerla apta para el consumo inyectado (sea soluble) necesita de una sustancia ácida (base+ácido = sal+agua). Este ácido puede ser el ácido cítrico, ácido ascórbico, ácido acético (vinagre) o jugo de limón. Sea cítrico o ascórbico, es recomendable utilizar la mínima cantidad posible para proteger las venas⁶ (una décima parte).

El limón, una vez cortado y en ausencia de nevera, se contamina fácilmente con *Candida albicans*, representando un riesgo de infección importante que puede dañar los ojos si es reutilizado en estado no fresco^{7,8,188-190}. El vinagre a menudo no es ni puro ni estéril; puede producir dolores de cabeza y escozores al inyectarlo, y también puede dar temblores.

La cocaína se presenta como polvo blanco en forma de sal soluble (clorhidrato), sin olor. Farlopa, nieve, perica o blanca son sus nombres en argot. Su precio oscila en Barcelona entre 10.000-12.000 pts. el gramo.

Deben diferenciarse tres formas de presentación de los derivados cocaínicos que son la pasta de coca o basuco, el clorhidrato de cocaína y el crack¹⁹¹:

1. La pasta de coca o basuco es el primer producto que se extrae durante el proceso de elaboración de la cocaína. Se prepara añadiendo hojas de coca maceradas a ácido sulfúrico, queroseno o gasolina, álcali y permanganato potásico. El resultado es el sulfato de cocaína llamado pasta de coca o basuco, poco frecuente en nuestras latitudes. Se suele mezclar con tabaco o cannabis y se fuma. Es decir es una base.
2. La cocaína. Es el resultado de añadir a la pasta de coca o basuco el ácido clorhídrico, por lo que se obtiene hidrocloreto de cocaína, es decir lo que se llama clorhidrato de cocaína o simplemente cocaína, es decir una sal.
3. Pasta básica de cocaína (alcaloide de cocaína o base; también llamado crack). El hidrocloreto de cocaína se convierte en una base tratándole con un álcali. Para ello se pueden utilizar diversos métodos como añadir bicarbonato sódico o amoníaco. No es fácilmente soluble ni en las mucosas ni en sangre, pero es posible inyectárselo si se acidifica.

En el Estado Español en los círculos de consumo se utiliza el término de base, en base o basuco para referirse tanto al método de consumo fumado como al tipo de derivado utilizado. Realmente lo que consumen es crack, aunque no suelen denominarlo con este término¹⁹¹.

La utilización de la cocaína en forma de crack¹⁹² es una variante de la técnica llamada “free basing”, ya descrita anteriormente para otras sustancias como la heroína y las anfetaminas¹⁹³. Significa la transformación de una sal (habitualmente el clorhidrato) en base libre tras añadirle un álcali. La técnica se apoya en que las bases libres (alcaloides libres) de muchas sustancias son más volátiles que las sales. Por lo tanto estas bases libres pueden inhalarse tras ser calentadas y ser absorbidas rápidamente por la mucosa pulmonar.

La preparación del crack¹⁹³:

En un recipiente se coloca el clorhidrato de cocaína y se le añade una parte de amoníaco. Se forma un precipitado de cocaína base, que se calienta y quedan pequeñas piedras. El proceso ocasiona a menudo una purificación, pues la precipitación no afecta a las impurezas, con lo que aumenta su potencia. El punto de fusión de la cocaína base es de 70°, temperatura a la cual se evapora fácilmente. El punto de fusión del clorhidrato de cocaína es de 170°. El crack se puede fumar también mezclado con tabaco, aunque en este proceso se pierde una cantidad de la sustancia. El clorhidrato de cocaína no puede ser fumado, ya que se quema en la parte incandescente del cigarrillo antes de poder evaporarse debido a su elevado punto de fusión.

Otras sustancias que se suelen inyectar son la Pentazocina y/o Sosegón, Metasedin o Tranxilium. El Buprex suele consumirse también en forma inyectable o fumada (la expresión en argot “corre bien” define la particularidad de una sustancia para ser fumada en plata). Las pastillas de Rohipnol también se fuman en plata, pues es difícil diluirlas. Las anfetaminas se encuentran en cápsulas, comprimidos o ampollas inyectables. Anfetas, chufas, speed o pepas son algunos de los nombres que reciben (1.500 pts. unidad aproximadamente en el mercado negro).

Es importante que los equipos de drogodependencias dispongan de información sobre el mercado local. Para ello se deben buscar informaciones en la Dirección Territorial del Ministerio de Sanidad y Consumo o en el Instituto Nacional de Toxicología de cada CCAA, aunque no siempre está disponible.

INFORMACIONES A TRANSMITIR

- Triturar bien la sustancia antes de diluirla.
- Tolerancia: dosis menor después de un período de abstinencia.
- Alertar sobre mezclar sustancias.
- Ante la duda, probar un poco primero, una “puntita”.
- El limón siempre recién cortado. No guardarlo.
- Mejor ácido cítrico o ascórbico que limón.
- Proporción cítrico/heroína: 1/10.

PRÁCTICAS A VALORAR

- ¿Consumo de pastillas, speed, ... por vía parenteral?
- ¿Qué tipo de heroína utilizas?
- ¿Trituras bien la sustancia antes de disolverla?
- ¿Qué usas para disolver la heroína marrón?
- ¿Consumes heroína y cocaína juntas o separadas?

OBSERVACIONES LOCALES

La cocaína puede ser de color rosa por el corte (puede ser por cortarla con acetona). Hay personas que fuman la heroína blanca aunque esto es una práctica poco rentable.

En algunas zonas la heroína blanca está hecha una piedra por lo que se tiene que machacar mucho. La heroína marrón no se tiene que calentar mucho pues parece como chicle al ponerla en contacto con el agua.

La posibilidad de probarla antes de comprarla es valorada como muy difícil, también les cuesta pensar en meterse un poco para ver como está, en lugar de toda de una vez. Algunos usuarios tienen tendencia a probar la sustancia fumándola cuando cambian de camello.

El consumo de pastillas en el caso de consumidores de heroína se debe en algunos casos a no tener dinero suficiente para comprarse una “bola” (se le llama así a la sustancia debido a su envoltorio de plástico en forma de bola: bola de caballo, bola de coca).

Hay camellos diferentes según vendan heroína, cocaína o pastillas. También se venden en diferentes zonas según la sustancia.

El ácido cítrico ha tenido muy buena aceptación. Muchos UDVPs lamentan el haber echado alguna vez mucha cantidad de ácido cítrico para disolver la heroína marrón, pues por no perder la dosis se lo han inyectado provocando una sensación de quemazón en la zona de punción. Algunas personas llevan en el bolsillo una bolsita con filtros o algodones impregnados de vinagre, listos para usar.

Actualmente se observa un incremento de UDVPs que consumen speedball (heroína y cocaína) y un aumento en el consumo de benzodicepinas.

G.- Torniquete. Lugares de inyección y zonas de consumo.

El torniquete ayuda a dilatar las venas. Cualquier venda elástica (fácil de aflojar), cinturón, cordones, manga de la camisa, preservativo, guante de látex, sirve. Si es muy fino puede hacer daño cuando se aprieta; es mejor que sea elástico tanto para ponerlo como para sacarlo. En algunas papelerías se pueden encontrar gomas elásticas a buen precio y puede ser interesante su distribución desde los PIJ, en talleres o en entrevistas individuales para hablar sobre la utilización de una técnica adecuada.

Si la inyección se realiza en el brazo, es mejor que éste cuelgue para que se llene de sangre y luego se haga el nudo^{3,6}. El nudo no debe estar muy fuerte ni mantenerse durante mucho tiempo ya que no deja circular la sangre. Es importante asegurarse de que se podrá abrir el torniquete. Se aconseja coger un extremo (de la correa, cinta) con la boca, ya que en caso de una sobredosis, la boca se abrirá y el torniquete se aflojará sólo. Con un torniquete apretado durante mucho tiempo es probable perder la parte del cuerpo que no recibe flujo sanguíneo.

Si el pinchazo se va a realizar en el brazo, se colocará el torniquete tres dedos por encima del codo, de manera que lo comprima suavemente. Incluso si se encuentran bien las venas sin el torniquete su utilización permite que la vena esté más dilatada y se causan menos daños. Antes de inyectarse, el torniquete debe ser retirado o aflojado.

La vena debe ser lo más gruesa posible, alternando el lugar de inyección para facilitar su recuperación y mantener las venas siempre en buenas condiciones. Es importante localizar un punto nuevo a unos centímetros del último punto utilizado. La razón es evitar cicatrices, moratones, callos y problemas de circulación sanguínea.

Buenos sitios para pincharse por vena son los brazos, antebrazos, las manos (con agujas finas) y la parte interna del codo. En las piernas existen también venas de fácil acceso, pero una flebitis o absceso en la pierna impedirá andar.

Existen lugares más peligrosos para inyectarse. Inyectarse en el cuello es muy peligroso pues una infección puede dañar zonas vitales. Inyectarse en las ingles también puede ser peligroso pues hay un nervio y una arteria justo al lado de la vena. Inyectarse en el abdomen puede afectar al peritoneo (membrana que envuelve y contiene los intestinos y órganos intraabdominales).

Como zonas de consumo se debe recordar que es mejor buscar sitios no muy escondidos ni consumir solo. Si hay alguna persona cerca puede echar una mano si pasa algo. Tener claras las nociones básicas para atender un caso de sobredosis puede salvar una vida, asimismo, es recomendable que las personas que acompañan a los inyectores conozcan estas nociones básicas para poderlas aplicar si ocurriera algún percance.

INFORMACIONES A TRANSMITIR

Usar un torniquete disminuye daños.

Aflojar el torniquete antes de inyectarse la sustancia.

Cuidado con los lugares elegidos para la inyección (zonas peligrosas: cuello, abdomen, ingle). No pincharse en arteria.

Alternar punto de inyección, dejando una distancia entre pico y pico de unos 2 cm.

Ir acompañado o no esconderse facilita la ayuda en caso de sobredosis.

Inyectarse en dirección al corazón.

PRÁCTICAS A VALORAR

¿Usas torniquete?

¿Qué usas como torniquete?

¿Zona del cuerpo dónde te pinchas?

¿Te inyectas en dirección al corazón?

¿Te cuesta pillar la vena? ¿Cuántos pinchazos te das antes de pillar vena?

¿Desatas el torniquete antes de inyectarte?

OBSERVACIONES LOCALES

Hay UDVPs que llevan encima algún utensilio para hacerse el torniquete (goma o cordón que tiene hecho un agujero por el que pasan un extremo y que se desafloja por sí mismo), también se suele utilizar el cinturón, o presionan apretándose la misma manga de la camiseta o camisa. Algunos UDVPs no utilizan nada porque se encuentran rápidamente la vena.

Existe el temor a desaflojar el torniquete antes de inyectarse por el riesgo de poder perder la vena.

Es generalizado pincharse en el pliegue del brazo, a partir de ese punto van bajando hacia la mano. Algunos flexionan el brazo y se pinchan en dirección contraria a la corriente sanguínea.

Ciertos usuarios muestran preferencia por utilizar un mismo punto y hasta que éste no está mal no buscan otro (por temor a las marcas).

H.- Desinfectar y limpiar el material de inyección

No disponer de una jeringa y tener la sustancia puede crear problemas. Es recomendable conseguir siempre antes la jeringa que la sustancia. Una de las alternativas más eficaces, si sólo se dispone de una jeringa usada, es la desinfección con lejía²; otros métodos de eficacia más limitada, pero que sirven para reducir los riesgos, son el yodo, alcohol o la ebullición¹⁹⁴. En cualquier caso, ninguno de estos métodos es 100% seguro y lo menos arriesgado es utilizar una jeringa estéril.

Para hervir se necesita un cazo, agua, un hornillo y veinte minutos como mínimo. Aún siendo ésta la única forma de desinfectar que protege contra la mayoría de las infecciones, es una de las menos utilizadas por los consumidores de drogas, fundamentalmente porque no siempre es posible y porque la mayoría de las jeringuillas existentes en el mercado se deterioran cuando se hierven.

El procedimiento de la lejía requiere enjuagar previamente la jeringa con agua fría, llenar la jeringa de lejía y garantizar que ésta esté en contacto con el interior de la jeringa al menos 30 segundos; este paso debería realizarse al menos dos veces más, para maximizar su acción. Posteriormente debe aclararse varias veces la jeringa con agua fría. Este método es el recomendado por el CDC¹⁹⁴.

La eficacia de la lejía frente a la hepatitis C no ha sido demostrada⁴. La lejía de uso doméstico inactiva el VIH y el virus de la hepatitis B si se usa correctamente⁴. Es una técnica adaptada a algunos contextos como las prisiones, dónde se alquilan las pocas jeringas disponibles en cada galería a precios entre 500 y 1.000 pts., pero en la calle es poco frecuente y en los PIJ no se ofrece.

Procedimiento de la lejía:

Llenar la jeringa por la aguja con agua fría limpia y vaciarla en el desagüe o por el water. Repetirlo 2 veces más. Cargar con lejía la jeringuilla sin quitarle la aguja, dejar algo de aire y agitarla activamente durante treinta segundos. Vaciarla como antes y repetir la operación 2 veces más. Meter agua fría por la aguja hasta llenar la jeringa del todo, vaciarla y repetirlo 2 veces más.

Otro nivel de mensaje es el dirigido a la limpieza –aclarado, no desinfección– de la propia jeringa después de un uso individual, indicado cuando se dispone sólo de una jeringa y el usuario se va a inyectar varias dosis. Se debe recomendar llenar con agua la jeringa sin quitar la aguja hasta que esté llena del todo, vaciarla y repetirlo 10 veces. No es un método de desinfección sino de limpieza.

INFORMACIONES A TRANSMITIR

Aclarar la jeringa con agua después de su utilización.

Lejía: apropiado si no hay alternativa (siempre y cuando se haga correctamente).

Recalcar el enjuague con agua después de desinfectarla con lejía.

Recordar otras vías de consumo (chino, esnifar).

Alertar que la lejía inactiva el virus del VIH pero no hay estudios de la eficacia ante la hepatitis C.

PRÁCTICAS A VALORAR

¿Aclaras la jeringa después de usarla? ¿cuántas veces?

¿Desinfectas la cuchara?

¿Sabes desinfectar con lejía una jeringa?

¿Sabes hacerte un chino (por si no tienes jeringa)?

¿Has utilizado la lejía para desinfectar alguna jeringa?

OBSERVACIONES LOCALES

En general, conocen la posibilidad de desinfectar la jeringa con lejía pero el sistema de hacerlo no, confundiendo lavar o aclarar con desinfectar. Es poco frecuente que los UDVPs que viven en situación de marginalidad tengan lejía a mano.

La posibilidad de fumarse una parte por la cuestión de la ansiedad mientras consiguen una jeringa o la limpian no parece atractiva ya que piensan que pierden sustancia y después no les subirá.

14.4. - HACERSE UN CHINO, CAZAR EL DRAGÓN, FUMAR EN PLATA.

Esta forma de consumo de la heroína empezó como una moda a principios de los años cincuenta en Hong Kong. En algunos países esta práctica de consumo es cada vez más frecuente¹⁹⁵⁻¹⁹⁶. En nuestro contexto se le suele llamar fumar en plata, simplemente plata o fumarse un chino y poco a poco se está convirtiendo en la manera principal de consumir la heroína o cocaína en muchas ciudades del Estado¹⁸⁵.

Hacer un chino parece una técnica simple, pero requiere una cierta práctica. El nombre de cazar al dragón procede de la forma del humo, en espiral, que recuerda a la cola de un dragón.

Hacerse un chino^{4,195-198}:

Disponer de un trozo de papel de aluminio, alisarlo con un papel higiénico por ejemplo y quemar la fina capa de plástico. Poner la heroína en la tira de papel de aluminio y calentar la heroína por debajo del papel con la llama pequeña de un mechero. La sustancia se derrite y puede moverse fácilmente haciendo surcos o líneas. Los vapores que emana son inhalados por un tubito en la boca.

El papel de aluminio es para la persona que fuma el equivalente de la jeringa para el que se inyecta. Es suficiente que éste sea metálico y que pueda calentarse bien y gradualmente. Se debe recomendar calentar un poco el aluminio antes de poner la heroína, así se quema la fina capa de plástico que hay en él².

No todas las clases de heroína son adecuadas para hacer un chino, siendo mejor la heroína marrón, proveniente de los países del Oriente Medio. Los vapores de la heroína marrón contienen más heroína que los de la blanca¹⁸⁵. La sustancia con la que se corta la heroína también tiene su importancia y es posible alcanzar mayor efecto fumando una heroína de menor pureza pero bien elaborada (con sustancias que faciliten su volatilización), que con una mucho más pura pero elaborada con otros ingredientes.

Los que fuman en plata pueden comprobar más fácilmente la calidad de la heroína. La de buena calidad se derrite fácilmente al calentarla y se convierte en un aceite claro que se desliza por el aluminio¹⁹⁶⁻¹⁹⁸. Cuando el aceite se solidifica se convierte en una sustancia resinosa. Esta resina debe ser dura como el cristal y transparente. También se puede saber si es de buena calidad por el sabor que tiene al fumarla. Hay gente que dice que tiene un sabor amargo y agrio a la vez, otros que sabe a masilla y para algunos es desagradable.

Hacerse un chino presenta menos riesgos para la salud que inyectarse, ya que las sustancias no entran directamente en el torrente sanguíneo. La heroína inhalada entra en los pulmones por las vías respiratorias y por vía mucosa se absorbe al torrente sanguíneo. No hay riesgo de contagio del VIH, aunque no se elimina por completo el riesgo de contagio de otras infecciones (¡válido el mensaje de no utilizar el tubito de otro!) o de sobredosis.

14.5. SOBREDOSIS

Muchas personas consumen simultáneamente varias sustancias, por lo que no siempre es fácil reconocer una sobredosis específica.

Una sobredosis puede ocurrir cuando hay mucha cantidad de droga en el organismo (o es de mucha pureza), se mezclan sustancias (especialmente benzodiazepinas) o ha disminuido la tolerancia de la persona. En algunos casos, se han producido muertes por reacción alérgica (anafilaxia) a alguna sustancia contenida en la droga, por lo que algunos autores las incluyen entre las causas de las llamadas “reacciones adversas a drogas inyectables”. En Barcelona, la mayoría de las muertes bruscas relacionadas con las drogas están ocasionadas por la mezcla de opiáceos como la heroína y metadona y benzodiazepinas¹⁹⁹.

En general, en nuestro medio el corte (adulterantes) de la heroína suele estar realizado con sustancias no peligrosas a las dosis que se hallan, como cafeína, paracetamol, piracetam, salicilatos, griseofulvina, metacualona, y lidocaína o mezclas de ellas¹⁸⁶.

En cuanto a la cocaína los adulterantes más frecuentes son: anestésicos locales (procaína, lidocaína), piracetam, efedrina, paracetamol y cafeína. Esporádicamente aparecen muestras de cocaína con presencia de sustancias más peligrosas, como en 1997 en que se detectaron la presencia de atropina. Los diluyentes más habituales suelen ser glucosa, manitol, lactosa y sacarosa¹⁸⁶.

En general, la sobredosis de opiáceos ocasiona pérdida de consciencia, depresión o parada respiratoria que a su vez ocasiona cianosis (color azulado) de labios y cara. Se detecta por miosis (pupilas como puntas de alfiler), el sopor (sueño extremo hasta llegar al coma) y una depresión respiratoria que puede llegar a parada respiratoria producir asfíxia y muerte⁴. Ante una sobredosis, se debe llamar a los servicios médicos y controlar que las funciones vitales (respiración y pulso) no cesen. Una vez que los servicios médicos lleguen si se trata de una sobredosis de opiáceos, inyectarán a la persona una dosis de naloxona, antídoto de los opiáceos.

La naloxona es un antagonista de los opiáceos; actúa en 2-5 minutos y tiene una vida media de unos 65 minutos. Estudios realizados en Roma^{200,201} y Londres²⁰² señalan que respectivamente un 44% y un 36% de los UDVPs han presentado previamente una sobredosis no mortal y proponen la dispensación controlada de naloxona en el marco de un programa de educación sanitaria²⁰³.

La sobredosis de cocaína puede ocasionar estado de ansiedad, temperatura corporal alta, taquicardia, hipertensión, depresión respiratoria, pérdida de conocimiento y convulsiones, entre otras. En casos graves puede ocasionar parada cardíaca. Ante los síntomas psicológicos, lo mejor es mostrarse tranquilo y explicarle que es un efecto provocado por la droga. Si presenta problemas físicos se debe llamar a los servicios médicos y controlar que las funciones vitales (respiración y pulso) no cesen⁴.

Las tres preguntas que deben guiar nuestras acciones ante una sobredosis son: ¿Responde?, ¿Respira?, ¿Tiene pulso?.

Ante una sobredosis hay que hacer dos cosas: pedir ayuda sanitaria e iniciar la reanimación. Si la persona está un poco consciente se la debe hacer andar, decirle que respire profundamente y que mantenga los ojos abiertos. Mientras llega la ayuda se deben iniciar las maniobras de reanimación.

Mirando y escuchando o poniendo la mano cerca de su boca o nariz se puede comprobar la respiración. El pulso se comprueba poniendo los dos dedos (el pulgar no) en la arteria del cuello, examinando los dos lados. El estado de consciencia se comprueba intentando despertar a la persona, incluso haciéndole daño apretando fuerte debajo de la clavícula, en la nariz o en la mandíbula.

Algunos mensajes para prevenir las sobredosis son⁴:

1. Recomendar prudencia al probar una nueva sustancia, ante la compra a un nuevo camello (diferente pureza y corte) o tras un período de abstinencia (prisión, hospital, tratamiento); en estas situaciones es mejor probar la sustancia esnifando un poco, haciendo un chino o inyectándose la mitad de la cantidad, ya que así se puede evitar una sobredosis.
2. Evitar mezclar sustancias. Usar más de una droga depresora (alcohol, heroína, metadona, tranquilizantes, hipnóticos) aumenta las posibilidades de sobredosis.
3. Recordar no inyectarse solo ni en un lugar cerrado ya que nadie podrá ayudar en caso de sobredosis.
4. Fomentar la conciencia colectiva de realizar talleres de prevención e intervención frente a sobredosis

Si el “camello” es conocido (por comprarle habitualmente), la relación existente puede aprovecharse para consultar la pureza, calidad, corte, en comparación con ventas anteriores. Si el camello no es conocido se aconseja probar primero un poco, por la vía habitual de consumo, para ver la reacción que ocasiona⁴.

14.6. FAVORECER LA COLABORACIÓN DE LOS USUARIOS EN LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

A continuación, se relatan una serie de acciones específicas llevadas a cabo por el equipo del SAPS (Creu Roja de Barcelona), dirigidas a fomentar la colaboración de los usuarios en las estrategias de intervención. El desarrollo de estas actividades conduce a crear un entorno en el que se optimizan los TCMR.

La gran mayoría de los equipos que han desarrollado intervenciones de reducción de daños han ido modificando su representación sobre las poblaciones de consumidores de drogas. Estos, aún manteniendo el consumo de drogas, muestran una gran capacidad para aprender, interesarse y modificar sus comportamientos. Esta evidencia ha contribuido a que los “técnicos” hayan facilitado una dinámica en la que los consumidores de drogas pueden resituarse y asumir una función más responsable, colaborando en los objetivos de los servicios.

El tipo de colaboración puede variar desde una idea de intervención puntual, charlas de reflexión conjunta sobre la política de drogas, el funcionamiento del servicio o cualquier otro tema de mutuo interés hasta la elaboración de un proyecto de intervención y la solicitud de una subvención. La única regla a respetar es sencilla: **usuarios y técnicos colaboran**, cada uno con su saber. Para que esta colaboración pueda concretarse se precisa de la participación activa de los consumidores, de agentes con capacidades para acercarse a estas personas y evidentemente de modelos de intervención que se adapten a estas situaciones.

Algunos equipos asistenciales pueden iniciar los talleres fácilmente porque ya disponen de espacios de cooperación entre usuarios y técnicos. Es posible que otros equipos carezcan de estas dinámicas y puedan beneficiarse de la puesta en marcha de procesos que desarrollen la emergencia de las competencias de sus usuarios. En cualquiera de los casos, las actividades que en este capítulo se presentan han sido para nosotros la “puerta de entrada” a los talleres y podrían servir de marco para que otros equipos, adaptándolas a sus formas de trabajo, puedan preparar el terreno para la realización de talleres.

Este tipo de intervenciones presenta algunos aspectos comunes:

- **El porqué inicial:** Es necesario que exista una motivación inicial, que se apoya en una persona (técnico o usuario) que aporta una idea. Es muy importante que la idea esté bien elaborada y sintetizada, pues proyectos ambiguos suelen acabar en acciones ambiguas. El principio general es “Quiero hacer este proyecto en el que la experiencia y conocimiento de los usuarios (subcultura de la calle, acercamiento a otros usuarios, técnicas de consumo, actitudes de los usuarios, etc.), sean aprovechados”. Evidentemente la idea debe ser atractiva para usuarios y técnicos y de utilidad para la comunidad. En este aspecto los objetivos de Salud Pública son uno de los ámbitos de claro interés para todos.
- Los técnicos deben ser cuidadosos y no tener excesivo protagonismo, deben ayudar cuando se les solicite y mantenerse en segundo plano: **disponibles** cuando sean requeridos. Tras el encuentro entre los promotores del proyecto se pasa a la definición del tipo de intervención que quieren promover y la definición de sus líneas de acción. Es importante que los técnicos utilicen un lenguaje claro, lejos de tecnicismos.
- Es necesario disponer de una **estructura mínima**, (locales de reunión, teléfono, ordenador, etc.), unas **reglas** de funcionamiento del grupo consensuadas entre los participantes (horarios, quién participa, condiciones en las que no se participa). Estas reglas deben estar escritas y pueden ser revisadas ante nuevas situaciones. Un libro de actas y una metodología de trabajo con roles acordados, y si posible cambiantes, facilitan el funcionamiento de las reuniones.
- **Capacidad de convocatoria:** es interesante contar con la iniciativa de los propios usuarios. Si la difusión del proyecto o idea es realizada por ellos mismos y estos poseen cierta capacidad de movilización, la convocatoria es más eficaz.
- **Financiación:** toda organización necesita de un mínimo potencial económico que le permita cubrir las necesidades básicas. Si un proyecto arranca desde una asociación

o un servicio asistencial ya se dispone de una estructura operativa. Se plantea entonces la cuestión del pago a los usuarios. Como en cualquier ámbito, es posible trabajar con personas voluntarias, pero la continuidad del proyecto se consolida si se puede pagar, aunque sea puntual o parcialmente.

- Es de utilidad contar con la **cooperación de otras organizaciones** que realicen actividades similares o cercanas. En este sentido, colectivos de defensa de los derechos humanos, sanitarios, jurídicos o sociales son de gran utilidad para apoyar estas iniciativas. La difusión en los medios de comunicación es de refuerzo para todos cuando el proyecto esté claramente consolidado.

Es muy importante que todos los participantes tengan una definición común de: ¿qué se pretende?, ¿qué se hace para alcanzarlo? y ¿por qué se ha elegido este camino?.

Presentamos una serie de conceptos clave sobre la participación activa de los usuarios como colaboradores del servicio:

CONCEPTOS CLAVE PARA FAVORECER LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN LA PREVENCIÓN

Establecer espacios de diálogo entre usuarios y técnicos.

Definir acciones en el exterior del servicio que pueden realizarse uniendo las competencias de usuarios y técnicos y que sirvan para mejorar la imagen social de los usuarios. Incluye acciones dirigidas a los responsables de la planificación sanitaria.

Procurar que las acciones no sean difusas y tengan objetivos concretos, que los usuarios puedan ver los beneficios de unirse.

Prever la elaboración de material de prevención uniendo conocimientos de usuarios y técnicos.

Promover que los usuarios se sientan actores sociales en objetivos de salud.

14.6.1. Asamblea

Bajo este concepto se aglutinan aquellas intervenciones que de manera más o menos improvisada se organizan en torno a un espacio de diálogo entre usuarios y técnicos. Este espacio permite debatir temas de interés que preocupan a los usuarios de drogas y a los técnicos.

Objetivo:

- **Implicar a los usuarios en el funcionamiento del servicio y establecer debates de interés para ellos (actitud de la policía, acceso a tratamientos, derechos jurídicos, efectos de las drogas, características de las muertes por sobredosis de la ciudad, adecuación del material de inyección a las necesidades de los usuarios, etc.).**

En algunos casos se pueden realizar otras acciones como una recogida de firmas para hacer llegar las demandas a los responsables de esos temas en cuestión.

Cuando el grupo presenta una continuidad en su funcionamiento se pueden plantear actividades específicas que permitan consolidarlo como por ejemplo:

- Recogida de material de inyección por las zonas de consumo.
- Diseño de material informativo con mensajes de prevención referentes al consumo de drogas.
- Artículos para revistas destinadas a población consumidora o en tratamiento.
- Participación en jornadas y debates en calidad de expertos.
- Creación de una asociación.
- Formación de los miembros del grupo en aspectos de consumo de menor riesgo y sexo más seguro.

14.6.2. Recogida de material de inyección

La recogida de material de inyección responde al interés del colectivo de usuarios de nuestro servicio por mejorar la imagen social del consumidor de drogas y con la perspectiva de que dicha actividad revierta, de alguna forma, en la comunidad.

Eliminar objetos potencialmente contaminantes de la vía pública es una acción de salud pública, disminuyendo la probabilidad de reutilización de jeringas por otros consumidores y evitando las punciones accidentales. Es una contribución a la prevención de enfermedades como el SIDA, hepatitis y tétanos y a la vez, da respuesta al malestar expresado por los vecinos en cuanto al abandono de jeringas en la vía pública. A su vez tiene como consecuencia la implicación de los consumidores en la transmisión de mensajes tales como el de no abandonar el material de inyección en la vía pública, sirviendo de plataforma para otras campañas dirigidas a sus pares. La intervención comporta que el consumidor de drogas actúe como protagonista de una acción social, como sujeto activo en el proceso.

Objetivos:

- **Favorecer la participación de los consumidores de drogas en la transmisión de mensajes sobre no abandonar jeringas en los lugares públicos o en las zonas de consumo u otro tipo de mensajes de prevención.**
- **Disminuir el número de jeringas abandonadas en zonas públicas.**
- **Mejorar la imagen social del consumidor de drogas.**

Para poder dar estabilidad a esta intervención es importante que se acuerde desde el inicio unas mínimas premisas de funcionamiento: día y horario, itinerario a seguir, acta de la intervención, identificación acreditativa de los participantes, material necesario (container, guantes, pinzas, linterna, cámara de fotos, bloc de notas, bolígrafo, mapa de la zona, etc.).

El pago a los participantes quedará supeditado a la disponibilidad de un presupuesto concreto para esta actividad. Formas alternativas de pago serían dar lotes de alimentación y/o higiene, tickets de metro, tarjetas telefónicas, etc.

Con el fin de evaluar esta intervención deberían tenerse en cuenta tanto aspectos cuantitativos como cualitativos:

- **Cuantitativamente:** las anotaciones de cada salida permiten llevar un control del número de jeringas recogidas, así como el número de colaboradores de la actividad. Cada mes se realiza el mismo recorrido para valorar el aumento o disminución del material recuperado.
- **Cualitativamente:** se tienen en cuenta tanto aspectos relacionados con la participación de los usuarios en la actividad como modificaciones apreciadas en las zonas de consumo (cambios en la cantidad de material encontrado, visión de los vecinos, características de las zonas de consumo, etc.). Dentro de este punto cabe destacar el efecto en cascada en la concienciación de los propios usuarios para no abandonar el material de inyección.

Se trata de un tipo de intervención simple que aporta beneficios a la comunidad y que permite cohesionar a un grupo de usuarios y técnicos en una actividad concreta y mensurable.

14.6.3. Elaboración de material de prevención

Los usuarios necesitan informaciones exactas y veraces, en un lenguaje comprensible (“su lenguaje”) y emitidas desde una fuente creíble. La mezcla de informaciones que provienen de la investigación y del terreno enriquecen tanto el proceso de diseño como el material diseñado.

La elaboración de material informativo contando con la colaboración, en su diseño y distribución, de usuarios de drogas permite una mayor adaptación de éste a la población diana, facilitando su credibilidad. Los mensajes e imágenes que se utilicen, extraídos de la experiencia y conocimientos de los propios usuarios y la información que puedan aportar los profesionales, son un vehículo sencillo para la transmisión de mensajes preventivos en relación al VIH/SIDA, hepatitis, ETS, sobredosis, alimentación, higiene, seguimiento sanitario, legislación, etc.

Se ha de tener presente también la incorporación de aspectos de estilo de vida, así como confirmar que los contenidos e imágenes que aparezcan sean considerados por el grupo como apropiados.

Objetivo:

- **Implicar a un grupo de usuarios de drogas en el diseño de campañas y materiales de prevención sobre consumo de menos riesgo, sobredosis, sobre el acceso a servicios de atención y asistencia, etc.**

La convocatoria a diversas reuniones permitirá que las personas participantes puedan definir las prioridades, validar los contenidos, redactar los mensajes y adecuar la imagen al texto. La posibilidad de que participe un diseñador gráfico en aspectos concretos del diseño facilitará el trabajo del grupo.

Diversos aspectos relacionados con la distribución del material también se han de tener en cuenta: desde dónde (en la calle, centros de asistencia, farmacias, centros ambulatorios,

hospitales, prisiones, etc.), enmarcado en qué intervención (intercambio, consulta individual, grupo focal, sin intervención clara, etc.), e incluso quién lo distribuye (los propios usuarios de drogas, profesionales de la red, etc.).

Un sistema de evaluación fácil consiste en contabilizar el número de ejemplares distribuidos, las personas diferentes a las que se le ha entregado (si es posible), la aceptación y los comentarios sobre el diseño y contenido, etc.

14.6.4. Taller breve y carnet de colaborador

En función del tiempo disponible, estructura del servicio, objetivos a conseguir o población atendida es posible realizar un taller breve de aproximadamente una hora. Esta modalidad pretende captar a aquellos usuarios que no se adaptan a unos talleres más estructurados y de mayor duración, realizando una mínima intervención. En este taller breve se trabajan contenidos básicos sobre consumo de menos riesgo y sobredosis.

Como certificación de su participación se entrega a los usuarios un carnet que acredita a la persona como colaboradora de un programa de promoción de la salud en la comunidad. En nuestro caso el carnet contiene los logos institucionales de nuestro servicio: Ministerio de Asuntos Sociales, *Generalitat de Catalunya*, Ayuntamiento de Barcelona y *Creu Roja* en Barcelona. Además este carnet se entrega a todos los participantes de los demás talleres del servicio y le da un valor similar al de certificado de asistencia. En su diseño se ha de contar con la participación de los propios usuarios de drogas, ya que así se adecuará a las expectativas que ellos tienen.

El hecho de que sea nominal facilita la aceptación de éste por parte de la población de consumidores, también se ha de tener en cuenta la posibilidad de dejar un espacio para una fotografía tipo carnet para los que lo deseen.

El esquema del taller breve es el siguiente:

FORMAS DE COMPARTIR MATERIAL DE INYECCIÓN	
DIRECTA	INDIRECTA
JERINGA	FILTRO
	CUCHARA/TAPÓN
	AGUA

JERINGA ¡uso individual!

Siempre una jeringa nueva para cada pico.

Es importante no chupar la aguja antes de inyectarse.

Cuidado al repartir la dosis para varios.

AGUA ¡ uso individual!

Lo más higiénico es utilizar agua estéril. Si no es posible, utilizar agua nueva (no estancada en un charco o una cisterna), la fría del grifo es mejor que caliente.

¡Precaución al cargar agua de una botella con una jeringa ya usada pues se corre el riesgo de infectar el recipiente o cuchara!

CUCHARA/TAPÓN/CULO DE LATA DE REFRESCO ¡uso individual!

Preparar la mezcla en un recipiente limpio, con una jeringa limpia. Si alguien tiene una jeringa sucia, que sea el último en coger la dosis.

Es recomendable desinfectarlo con una toallita de alcohol o con agua y jabón.

FILTRO ¡uso individual!

Usar un filtro nuevo cada vez.

La saliva contiene unos gérmenes que se pueden quedar en el filtro al chuparlo. Estos gérmenes, si entran en vena, pueden causar graves infecciones. Es recomendable manipular el filtro lo menos posible y sólo con los dedos.

Compartir filtros es una práctica de riesgo de transmisión de la hepatitis B, C y el VIH.

DESINFECTANTE ¡uso individual!

Para evitar infecciones por bacterias de la piel, se aconseja el uso de toallitas impregnadas de alcohol. Estas deben usarse antes y después de la inyección. También se suelen usar para desinfectar la cuchara/recipiente.

SUSTANCIA ¡prueba un poco primero!

Si cambias de camello, es aconsejable probar un poco para ver la reacción que te produce la sustancia.

Es importante que la sustancia esté bien triturada, pues disolver una sustancia fina en agua es más fácil.

¡Cuidado! Con el tiempo, el cuerpo se habitúa a una cantidad o calidad de la sustancia, esto es tolerancia. Tras un período de abstinencia –prisión, ingreso hospitalario, tratamiento de desintoxicación- la cantidad a inyectarse deberá ser menor que cuando se abandonó el consumo ya que sino puedes sufrir una sobredosis.

ACIDIFICANTE

Si usas limón, recuerda que una vez cortado y fuera de la nevera, se contamina fácilmente con cándida, siendo un riesgo de infección reutilizarlo. Si usas ácido cítrico, no abuses.

TORNIQUETE ¡aflojalo antes de inyectarte!

Un torniquete ayuda a que las venas se dilaten. Cualquier venda elástica (fácil de aflojar), cinturón, cordones, manga de la camisa, preservativo, guante de látex, puede servir.

El nudo no debe estar muy fuerte ni mantenerlo durante mucho tiempo ya que no deja circular la sangre. Antes de inyectarte retirar o aflojar el torniquete.

LUGARES DE INYECCIÓN ¡busca las venas más gruesas y superficiales!

Buenos sitios: brazos, antebrazos, manos (con agujas finas) y parte interna del codo.

Zonas peligrosas: cuello, abdomen, ingle. No toques las arterias.

No te pinches siempre en el mismo sitio, alterna el lugar de inyección. Las venas se recuperarán antes y las mantendrás en buenas condiciones.

ZONAS DE CONSUMO ¡evita ir solo!

No pincharse en lugares muy escondidos ya que si tienes una sobredosis no te pueden ver ni ayudar. Evita inyectarte solo.

DESINFECTAR EL MATERIAL DE INYECCIÓN

Si se realiza de forma correcta (30 segundos), la lejía destruye el VIH pero no está demostrado que destruya el virus de la hepatitis C. Es recomendable aclarar la jeringa después de cada uso, cuando no dispongas de más jeringas. Otra alternativa, si no dispones de jeringa, es fumar en plata o esnifar.

SOBREDOSIS

¿CÓMO PREVENIR?

1. Si dudas de la calidad (cambio de camello) o llevas tiempo sin consumir, consume una cantidad inferior a la que te ponías.
2. Evita las mezclas: benzodicepinas, heroína, metadona, alcohol.
3. Consume acompañado de alguien.

CÓMO IDENTIFICAR UNA SOBREDOSIS?

1. Comprobar si respira (movimiento tórax)
2. Buscar el pulso en el cuello
3. Mirar si las pupilas son como cabezas de alfiler.

¿QUÉ HACER ANTE UNA SOBREDOSIS?

1. Retira cualquier estorbo (jeringa, torniquete)
2. Pellizcarle fuertemente para saber si está consciente, mirar la respiración y el pulso.
3. Avisar inmediatamente al 061 y mientras llega el servicio médico, iniciar las prácticas de reanimación.

14.6.5. Poster “SI TE METES...NO TE MATES”

La intención de este proyecto fue reunir usuarios, técnicos de drogodependencias y equipos de diseño en la creación de un póster dónde aparecieran los elementos necesarios para un consumo inyectable y que sirviera a su vez para facilitar la discusión en los talleres de consumo de menos riesgo.

La actividad se realizó con un grupo de personas, consumidores de drogas, que aportaron los conocimientos, ideas y sugerencias necesarias para una mejor aceptación del póster por el colectivo de consumidores. Para el diseño y realización del póster se contó con un diseñador gráfico.

Se eligieron unos candidatos según algunas características: capacidad de trabajar en grupo, interés por el proyecto, dibujantes, personas con conocimientos reales sobre el consumo callejero y las prácticas de riesgo más habituales, capacidad de adaptar mensajes,

creatividad, espontaneidad. Se avisó a los candidatos una semana antes, pidiendo su confirmación y entregándoles un papelito (formato cartera, bolsillo) donde se especificaban las fechas y horario, lugar de encuentro y forma de remuneración.

El enganche al proyecto, al margen de la remuneración, era realizar un póster innovador, colaborar en una obra que posteriormente podría ser visualizada por muchas personas en diferentes contextos y ámbitos geográficos.

Las reuniones se plantearon independientes, es decir, se valoró más la participación activa de los usuarios interesados en el tema que la asistencia continuada. Se pagaron 2.000 pts. por sesión de trabajo.

Se acordó que en el póster debían verse dos zonas muy diferenciadas: una con gente en situación de más riesgo y otra en situación de menos riesgo (saludables). La mascota debería transmitir contenidos en materia de prevención. Después de cada sesión se realizaba intercambio de jeringas y donación de preservativos a quien lo solicitaba.

14.6.6. Trivial del riesgo

Se trata de un proyecto definido pero que nunca se ha llevado a cabo. Se presenta aquí porque puede ser una idea a desarrollar por algún equipo. Se definió como un material educativo de características similares a los juegos de mesa que podemos encontrar en el mercado y que, por otro lado, aportaría contenidos relacionados con la disminución de daños y riesgos en el campo del consumo de drogas.

Metodología:

Primera fase:

- Delimitar las temáticas: consumo de menos riesgo (jeringa, agua, toallita de alcohol, zona de inyección, sustancia, ácido cítrico, situaciones de riesgo, factores que los influyen, etc.); sexo más seguro (prácticas sexuales de menos riesgo, negociación del uso de preservativo, prostitución, etc.); sobredosis (causas, identificación, actuación ante, prevención) y atención sanitaria (analíticas, vacunación, hepatitis, VIH, tratamientos, etc.). Estas informaciones pueden salir a partir de los talleres, charlas, entrevistas individuales o reuniones con consumidores de drogas.
- Propuesta de tablero de juego: A partir del modelo de tablero del “Juego de la Oca”, se diseña uno específico en el que las casillas muestren un dibujo relacionado con cada una de las temáticas elegidas. Cada temática se vincula a un color:
- Propuesta de normativa/funcionamiento Número de jugadores; como mínimo 4 y cómo máximo 12 (3 por ficha).

Segunda fase: confeccionar las preguntas tipo y pruebas.

Tercera fase: confección del tablero, las tarjetas y definición de las normas del juego.

- 3 de consumo de menos riesgo (azul)
- 3 de sexo (rojo)
- 3 de sobredosis (amarillo)
- 3 de atención sanitaria (verde)

14.6.7. Bola de nieve (BdN)

Las operaciones BdN se fundamentan en la experiencia de auxiliares sanitarios en países del tercer mundo con poblaciones alejadas de los centros sanitarios. Se plantea que personas conocidas, reconocidas y aceptadas por la población a la que se dirige la intervención sean las que transmitan los mensajes de prevención influenciando a sus pares y cohesionando una normativa de grupo más sana, en base a que la fuente transmisora de la información es de gran credibilidad²⁰⁴. Es decir, en nuestro contexto se intenta que sean los propios usuarios de drogas los que transmitan los mensajes de prevención. Se trata de una prevención participativa en la que los propios usuarios son vehículo y diana de los mensajes: los mensajes preventivos siguen las mismas vías que las de la transmisión del virus. Tras participar en varias sesiones de capacitación, los usuarios toman contacto con sus pares para difundir mensajes y material de prevención.

Por otro lado se pretende que la realización de las operaciones deje huella también en las instituciones y los profesionales (externos a los servicios) que participan en las operaciones. Resulta evidente que los profesionales que encuentran a los usuarios en un contexto relacional de docencia modifican su propia representación y experimentan algo nuevo en la interacción con ellos²⁰⁵.

Metodología:

La metodología se fundamenta en los principios de la educación entre pares. La única exigencia para los usuarios es la de presentarse en estado sobrio; no se exige la abstinencia ni ningún otro criterio. El perfil de los participantes es amplio: usuario de drogas en tratamiento o no, fundamentalmente consumidores de heroína-cocaína con buenos contactos en el medio de consumo y venta de drogas.

Para la selección de los participantes se han utilizado diferentes métodos. Inicialmente se seleccionaron a partir de los servicios o redes asistenciales; posteriormente por el boca a oreja y porque los propios participantes aportan nuevos participantes²¹⁵.

Los participantes reciben una formación en un número variable de sesiones (entre 4 y 8, según las ciudades) cuyos contenidos giran en torno al SIDA, las hepatitis y la manera de prevenirlas, técnicas de entrevista, de animación y juegos de rol sobre como acercarse a otros usuarios. Tras haber finalizado la formación, los participantes salen a la calle y recogen informaciones, a través del cuestionario, de los usuarios con los que han contactado (aproximadamente 10-15 UD). El objetivo de este cuestionario es doble: por un lado sirve como guía de entrevista para abordar los temas (prácticas de inyección, SIDA, hepatitis, etc.) y por otro lado, permite describir el perfil de los entrevistados, medir ciertos parámetros de riesgos y examinar los factores que los determinan.

Con estas operaciones se pretende también conocer la evolución de las formas de consumo de drogas, la promoción de la realización del test VIH, VHC y la vacunación de la hepatitis B.

El pago por toda la intervención es de unas 20.000 pts, además de tarjetas para utilizar los transportes públicos a cada participante. Los agentes firman un documento de presta-

ción de servicios, equivalente a un contrato. Se les entrega también un “documento de protección” que acredita su condición de asalariados, con el objetivo de protegerlos. Asimismo se informa a las fuerzas del orden del inicio de las campañas.

Otro objetivo importante es conseguir que un máximo de personas conozca la operación BdN. Para ello los agentes llevan una pequeña bolsa-maleta en la que destaca el nombre de BdN y bolígrafos BdN que pueden repartir entre la población que conectan, para que así el nombre y los objetivos de la operación circulen entre el máximo número de personas. También se pretende difundir entre los usuarios las diferentes ofertas de programas y servicios en relación con el SIDA, hepatitis y drogodependencias (kit de intercambio, farmacias, médicos de cabecera, centros de diagnóstico VIH, vacunaciones, tratamientos, etc.).

Los formadores suelen ser médicos de Atención Primaria, especialistas en drogodependencias, farmacéuticos, enfermeros ó asistentes sociales, en general externos a los servicios dónde se realizan las operaciones.

Contenido de las sesiones de formación

Las sesiones se organizan con los siguientes contenidos:

- Toma de contacto y explicación general del funcionamiento. Reglas y objetivos.
- Tres exigencias: presencia obligatoria a las sesiones, trabajo sobre el terreno y realización de 15 cuestionarios y apadrinar a un nuevo agente.
- Distribución y aplicación del cuestionario “a propósito del SIDA”, que valora los conocimientos de los participantes. Los animadores entregan la maleta, una tarjeta de transporte, los bolígrafos, el contrato, el documento de protección y un conjunto de documentos en relación al SIDA y hepatitis.
- SIDA y hepatitis: transmisión y prevención.
- Feed-back de las precedentes sesiones, preguntas. Comentarios en torno a los cuestionarios. Se realiza un juego de rol sobre el trabajo sobre el terreno: como abordar al otro, como hacer preguntas y favorecer la discusión.
- Reflexiones y dudas sobre los aspectos médicos, presentación del kit, distribución de los cuestionarios, el material, los preservativos y consejos finales.
- Evaluación: en grupo y en individual. Se valora el desarrollo del trabajo de campo, las dificultades, la actitud de los encuestados. A esta sesión suelen acudir los apadrinados futuros agentes (según las ciudades).

Dinámica del proceso

En general los grupos son de 8-12 agentes. Pueden participar en 2 ó 3 operaciones, variando este criterio según las ciudades. Se intenta que 2-3 de ellos repitan operación, de manera que en el grupo de 8 hayan varios que ya han realizado alguna operación BdN.

El coste total de una operación gira en torno a las 400.000 pesetas. En Bruselas en un año se suelen realizar 4-5 operaciones. Si una persona falta a 2 sesiones se le aparta cordialmente hasta otra operación.

Comentarios

Trabajar en el ámbito de la reducción de riesgos implica, necesariamente, ir al terreno en el que se encuentran las poblaciones llamadas “alejadas”. Este “alejamiento” se inserta, en el campo de las drogodependencias, en un contexto formado por los usuarios de drogas, los servicios y los profesionales. Es por ello que las operaciones BdN tienen en cuenta estos elementos contextuales para intervenir a tres niveles. La estructura de la intervención es, pues, tridimensional.

Los UD participan como expertos en contactar con otros UD y como agentes de prevención. El acercamiento de los agentes a las instituciones facilita su accesibilidad a estos servicios. Las intervenciones se enmarcan en el tejido social y sanitario de cada ciudad, con una óptica de movilidad, evitando una dinámica rígida y planteando un movimiento flexible, de interacción de equipos y multidireccional. El nomadismo de las intervenciones permite plantear cuestiones sobre el SIDA en las diferentes instituciones, lo que en sí mismo transmite el mensaje de que la prevención del SIDA y las hepatitis es cosa de todos.

Las operaciones BdN plantean ciertas dificultades metodológicas que deben ir resolviéndose a medida que vayan implantándose. Algunas de ellas son:

- Dificultades en algunos equipos que tienen una intervención terapéutica en el ámbito de las drogodependencias ante un nuevo tipo de relación con los usuarios de drogas.
- Ampliar el contenido y los objetivos de las intervenciones a otros temas distintos que el SIDA, cuando la fuente de subvención proviene de los programas de prevención del SIDA (prevención y actuación ante una sobredosis, consumo de menos riesgo, sexo más seguro, etc.).
- Clarificar el estatuto del agente y su condición ante los equipos: asalariado, aprendiz, colaborador, alumno, etc.
- Optimizar el tipo de colaboración que se puede mantener con el agente después de finalizar su intervención.
- Mejorar la fiabilidad de las intervenciones realizadas por los agentes y la evaluación.

14.6.8. Organizaciones de usuarios y experiencias de colaboración entre usuarios y técnicos

El proceso de participación de los usuarios de drogas en acciones de salud se ha realizado en cada país por vías distintas y con ritmos diferentes. Un ejemplo clásico es el de las Junkiebond en Holanda, que pusieron en marcha en 1984 el primer programa de intercambio de jeringas del mundo, siendo absorbido posteriormente por la administración debido a su utilidad. Describiremos sucintamente algunos tipos de intervenciones que ponen en juego la participación de los usuarios.

14.6.8.1. Fundamentos de las asociaciones de usuarios

En algunos países (USA, Australia, Bélgica, Holanda, Francia, Inglaterra y Dinamarca) varias organizaciones de usuarios de drogas han visto la luz de manera autoorganizada. Estos grupos han realizado reuniones abiertas en las que han discutido sobre la situación de los consumidores en la sociedad, la política legal y sanitaria, los daños del consumo de drogas y los cambios necesarios en los hábitos de consumo, han creado boletines de información o videos y los han utilizado como instrumentos para implicar a otros usuarios. Estas asociaciones han demostrado que estimulan la política de bienestar social, el acceso a tratamiento de los usuarios de drogas, las regulaciones políticas basadas en el respeto a su dignidad y dirigidas a reducir los riesgos y daños asociados a sus consumos (por lo que muchas de ellas reciben subvenciones de las diferentes administraciones) y son a su vez un modelo de identificación para otros consumidores. En nuestro país este movimiento por parte de los usuarios no parece haber prosperado, a pesar de que existan en diferentes ciudades algunas plataformas orientadas hacia ello.

De esta forma se estructuran algunos grupos más vinculados a aspectos asistenciales (consumo de menos riesgo, prevención de recaídas, acceso a tratamiento) y otros más dirigidos a la valoración y modificación de la política de drogas y a tener un eco social. Los primeros se suelen encuadrar dentro de los denominados grupos de autoayuda y los segundos dentro de los llamados grupos de interés. La diferenciación es puramente descriptiva pues, en la realidad, es habitual que los grupos posean características entremezcladas.

En general, los miembros pueden ser usuarios de drogas activos, en tratamiento, exusuarios, simpatizantes, técnicos, etc. El criterio para formar parte de estas Asociaciones no suele ser el uso de drogas o la abstinencia de ellas, sino el compromiso con una determinada visión sobre las drogas y los consumidores. Es frecuente que en estos grupos existan personas de diferentes procedencias, algunos que aportan estabilidad y continuidad y otros más idóneos para realizar intervenciones con el grupo diana. La mayoría de grupos existentes están formados por usuarios/exusuarios y técnicos en busca de objetivos comunes. En algunos son mayoritarios los “no técnicos”, y así consta en sus estatutos, limitando el porcentaje de técnicos que pueden formar parte de la asociación. En general se trata de iniciativas por parte de los usuarios que encuentran apoyo en estructuras o personas del ámbito asistencial.

CAPÍTULO 15

ETNOGRAFÍA Y CONSUMO DE DROGAS

La atención a usuarios de drogas pone de manifiesto la necesidad de un acercamiento a sus contextos y formas de vida que transcurren un tanto al margen de las normas y reglas del resto de la sociedad. Este acercamiento nos ha de facilitar el ajuste de las intervenciones sociosanitarias y educativas a las particularidades de la población a la que se dirige la intervención. Desde esta perspectiva no basta con un conocimiento “objetivo y mensurable” de las sustancias y sus consumidores, sino que será además necesario conocer los contextos y dinámicas de vida cotidiana de estas personas. En base a las aportaciones de la antropología, proponemos aquí una metodología simple y básica destinada a optimizar y organizar la información y el conocimiento de los usuarios de drogas.

15.1. REGISTRAR HECHOS: INSTRUMENTOS “ETNOGRÁFICOS”

La antropología tiene como principal instrumento la Etnografía, que resulta de gran utilidad para reforzar las intervenciones de reducción de daños. La Etnografía es aquella forma de investigación que implica una interacción continuada e intensa en el propio medio cotidiano del grupo que se observa; es una práctica de investigación que se realiza a nivel microsociedad y que ha sido utilizada por múltiples profesionales, muchos de ellos del ámbito de la medicina. Antes de la emergencia del modelo biomédico, algunos médicos hacían básicamente etnografía por medio de una observación cotidiana de las comunidades en que vivían y trabajaban, conociendo sus contextos sociales y relaciones. Esta forma de abordar la relación asistencial empieza a quedar en segundo plano desde el descubrimiento de los microorganismos y los remedios para luchar contra sus acciones patógenas.

El etnógrafo presencia continuamente una serie de prácticas sociales y de percepciones culturales que, si por un lado dan cuenta de la estructura y dinámica social más general, por el otro contribuyen a reorientarlas, a darles cierta continuidad, a producir rupturas, a sintetizarlas de diversas maneras. De esta manera alcanza una gran riqueza de información, pues nos encontramos con una realidad influenciada por los aspectos individuales de comportamiento y las relaciones, por la intervención del azar y de otros elementos que pueden no ser reducibles a una racionalización inmediata, pero que se han de tener en cuenta en la intervención y que no podríamos captar de ninguna otra manera. En un informe de la OMS¹ sobre Valoración del Uso de Drogas Endovenosas se expone que se deberían priorizar ciertas metodologías, a partir de la *ratio* costes/beneficios; entre ellas:

- 1) recopilación y cotejo de las informaciones existentes.
- 2) estudios basados en informantes clave.
- 3) estudios basados en observaciones directas.

- 4) encuestas a población general.
- 5) encuestas a poblaciones específicas.
- 6) sistemas de notificación.

Las tres primeras prioridades son prácticas investigativas asociadas a la etnografía, siendo la 2ª y 3ª algunas de sus partes fundamentales.

El dato antropológico, al estar enraizado en la compleja realidad cotidiana, alcanza información estratégica respecto a problemas donde las técnicas médico-epidemiológicas obtienen información limitada, y su obtención es más económica en personal, tiempo y coste²⁰⁶. Así, una etnografía de usuarios de drogas²⁰⁷ supone aprender a interpretar sus actos en el lenguaje de su propia cultura; a modo de ejemplo vemos cómo algunos consumidores manifiestan dificultades para realizar un consumo de menos riesgo cuando están, o temen estar, bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Añadamos también a las obvias necesidades de la intervención comunitaria la de *formar a los agentes de salud* en el campo de drogodependencias para que puedan incorporar de alguna forma “un *chip*” para la observación y el registro etnográfico en la labor que llevan a cabo.

Una primera necesidad de orden práctico es el *conocimiento de la comunidad*²⁰⁸ con la que se trabaja: reconociendo las limitaciones que impone la atención individualizada, existe un imperativo de acción comunitaria que conlleva la necesidad de conocer previamente las características socioculturales definitorias de los diferentes sectores de población y que rigen sus “estilos” de vida. Así, interesa conocer grupos y subgrupos de población, sus formas de interacción y redes, la identificación de “líderes” de práctica y opinión, etc., para poder determinar las vías posibles de intervención socializada, diversificada y con participación de los afectados. Se entiende además que los servicios han de disponer de una capacidad de ser “observatorios sociales” y saber dotarse de las técnicas investigadoras adecuadas para obtener informaciones que les permitan adaptar sus intervenciones.

Partiendo de lo hasta aquí expuesto, procede ahora desarrollar una presentación de las posibilidades prácticas que la metodología etnográfica ofrece en el ámbito de la intervención comunitaria y de la educación sanitaria en drogodependencias, que resultan de gran utilidad en el diseño de los talleres de consumo de menos riesgo. Vaya por adelantado que los contenidos de este capítulo son aplicables a múltiples contextos y no son más que algunas ideas estructuradas para sensibilizar al personal socio-sanitario no iniciado en esta metodología. Animamos a los equipos de drogodependencias para que contacten con alguno de los muchos antropólogos que existen en nuestras ciudades con la perspectiva de optimizar una estrategia etnográfica que les permita la obtención de informaciones cualitativas para mejorar sus intervenciones.

15.2. HERRAMIENTAS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN CUALITATIVA

Conviene ahora explicar de modo introductorio cómo “mira”, registra y analiza la etnografía.

A.- Tipos de información significativa en etnografía

En antropología aplicada se consideran, entre otras, tres tipos de informaciones de principal interés:

- a) *estructuras y relaciones sociales*: los dispositivos de una comunidad para regular su vida interna y los modos de interacción de personas y grupos entre sí y con el conjunto social;
- b) *estructuras y relaciones “mentales”*: las normas, ideales y representaciones individuales, grupales y comunitarias que rigen los aspectos de percepción, motivación y participación en todos estos niveles.
- c) *itinerarios personales y dinámicas grupales / sociales*: re-construcción de la “historia social” a través de personas “normales” en lugar de “personajes”, con el objetivo de reflejar la vida y dinámica cotidiana, más allá de los hechos destacados o extraordinarios.

B.- Sistematizar la información

La primera cuestión es cómo clasificar las informaciones, sin ignorar que los antropólogos realizan sus investigaciones en base al conjunto social: la distinción de grupos/subgrupos con características específicas que impliquen diferencias en la intervención {subdivisiones de la *población diana*}. Si bien esto sería lo ideal para un estudio antropológico, en lo que se refiere a los talleres el objetivo inicial es menos ambicioso y se dirige a archivar y clasificar las informaciones que de ellos surgen de manera organizada.

Partiendo de los objetivos generales y específicos de los talleres y aprovechando las informaciones que de éstos irán surgiendo, la etnografía nos enseña a diferenciar diferentes “grupos de información”, ya sea ésta en base a subgrupos de usuarios (jóvenes, sin techo, magrebies, etc) o en base a los diferentes determinantes de las prácticas de riesgo asociadas al consumo (consumo en la calle, en casa, consumo entre varios, negociación ante una práctica de riesgo, reglas grupales, sustancias utilizadas, etc).

C.- Crear y mantener un ‘banco de datos’

El modo de acumulación de la información se centrará en un registro de *fichas o carpetas* temáticas, clasificadas, ya sea según pertenencia a los grupos/subgrupos o en base a los determinantes de las prácticas de riesgo asociadas al consumo. En estas fichas se ha de establecer un rango de ítems que correspondan tanto a las temáticas más verbalizadas por los usuarios, como a las establecidas como prioridades asistenciales y de otros órdenes por los profesionales (ejemplos: “cultura sanitaria”; situación serológica de los usuarios, conocimientos sobre SIDA, uso de jeringuillas y resto de material de consumo, prácticas de riesgo, influencia de pares, líderes, dificultades para un consumo de menor riesgo, representación de los usuarios de drogas sobre los daños de la hepatitis C, etc). Los registros se obtienen a partir de los datos obtenidos en la dinámica de los talleres, teniendo presente que las informaciones se pueden dar de manera formal y/o informal (el espacio de descanso es un buen momento para recopilar informaciones que pueden parecer poco relevantes), sin olvidar la observación de las habilidades de los participantes en dinámicas prácticas (inyección, reanimación cardio-pulmonar, etc.) así como aquellas informaciones que debemos tener en cuenta a partir de las situaciones grupales que se crean.

Es pues importante registrar, principalmente, lo que se dice, teniendo también presente lo que se hace. Cabe destacar que la posibilidad de una *observación directa*, en su terreno, de las prácticas de los individuos, grupos formales o informales, o de la comunidad amplia (*observación de campo*), contribuiría a la verificación de las informaciones registradas, una vez contrastados los registros del discurso y la práctica, pero este es un objetivo más ambicioso que desde la articulación de talleres no es inicialmente posible pero sí adaptable a aquellos equipos que intervienen sobre el terreno (PIJ móviles).

D.- El cuaderno de campo

En general, los registros tenderán a asimilarse con lo que en etnografía, y en ciencias naturales, se conoce como *cuaderno de campo*. Las premisas básicas de esta modalidad de registro consisten en que se trata de un registro *detallado, estructurado y continuo*; su validez depende estrictamente del cumplimiento de tales condiciones.

La existencia de una forma de recogida de datos en el recurso desde el que se realizan los talleres es un elemento a tener en cuenta; en caso de que no sea así, es importante dedicar un tiempo a diseñar y pensar cómo será ese instrumento (fichas específicas, cuaderno, etc).

Con la progresiva informatización de todas las áreas profesionales, podemos pensar que ese sería el soporte ideal de un diario de campo, pues aporta garantías como: durabilidad (aunque siempre expuesta a los temidos “accidentes de sistema”, etc.), facilidad de reimpresión, manejo de hipertextos, etc. No obstante, y sin desdeñar la posibilidad, recomendamos el empleo de *verdaderos* cuadernos para empezar; el aprendizaje, y también el “oficio”, en etnografía es un proceso artesanal en sus características fundamentales.

En la implementación de los talleres también se puede plantear la posibilidad de utilizar medios audiovisuales para registrar informaciones (grabadora, cámara de vídeo, cámara fotográfica, etc.), solicitando previamente el acuerdo de los participantes. La metodología de grupo necesita recoger en sus dinámicas la observación como elemento indispensable. Esto implica considerar que el trabajo con grupos conlleva también un registro oral, socializado, que ha de ponerse en contraste con informaciones recogidas en observación directa y mediante técnicas de entrevista individual. Y que cada grupo de discusión o taller necesita tanto de un moderador como de un anotador que registre fielmente los discursos de sus participantes y los eventos de grupo que influyen en el discurso colectivo resultante.

E.- Algunas estrategias para un primer análisis de la información

¿Qué se hace con la información recogida? Empezamos por considerar que para plantear un uso de los datos, hay un previo interés de ajuste de las intervenciones, que muy probablemente ya ha inducido la forma y las temáticas en que se han estructurado esas fichas. Partiendo de esto, el primer análisis consistiría en extraer las informaciones más relevantes para “cruzar” y comparar los datos, extrayendo *fichas temáticas*. A modo de ejemplo podría observarse que algunos UDVPs “pillan” antes la droga que la jeringa, que no conocen la severidad de las complicaciones asociadas a la hepatitis C o que continúan remarcando los efectos negativos de los tratamientos antiretrovirales. Estas observaciones

deberán guiar los objetivos de nuevos talleres orientados a mejorar la situación sanitaria y social de los usuarios de drogas.

Las observaciones etnográficas pueden realizarse desde contextos de intervención muy variados, teniendo en cuenta que la intervención en disminución de daños y riesgos asociados al consumo se beneficia de este tipo de estudios. Así pues, nos encontramos con estudios antropológicos con características más teóricas como las “rutinas del yonqui” y otros documentos que son el fruto de la investigación de equipos profesionales que integran elementos de investigación antropológica a su intervención: “transacciones en algunos poblados de la droga”.

15.3. VIDA EN LA CALLE

Gamella²⁰⁹ realiza un análisis etnográfico sobre las rutinas del yonqui como un modelo de los esquemas de acción más frecuentes de los consumidores de drogas ilegales (heroína). Según Gamella, los esquemas ayudan a organizar la información que va llegando temáticamente y, a partir de la información previa, ayudan a la gente a decidir qué información es importante y cuáles son los elementos focales para procesar la nueva información. En general los esquemas son socialmente transmitidos, y ayudan a la persona a conformar, orientar y construir sus propias experiencias.

Describe cuatro momentos y temas centrales. Cada uno de los momentos depende del anterior y se configura a partir de acciones más o menos estereotipadas según las circunstancias. Cualquiera de ellos puede darse dentro de otro. Conocer qué hace el sujeto sobre el que queremos intervenir y en qué momento se encuentra, puede hacer más eficiente la intervención.

Buscarse la vida: buscar recursos (dinero) para sufragar lo que “necesita”. Esta actividad a menudo estructura y dota de sentido la vida diaria de los consumidores de drogas. Debemos tener presente que se darán formas concretas según las localidades, y nombres diferentes.

Pillar: las actividades que contribuyen a la obtención de la sustancia. El proceso de adquisición es una compra monetaria: pillar es ir a comprar drogas, pero puede hacerse en forma de trueque, invitación o participación. Préstamos, donaciones o incluso mendigando porciones de una dosis o hasta los algodones.

Ponerse: Administración de la sustancia para que produzca el efecto buscado. Ponerse, chutarse, picarse, fumar en plata, meterse, son las acciones más estereotipadas, esquemáticas y predecibles de todas las que conforman las rutinas de los consumidores, aunque están expuestas a variaciones, incidencias y excepciones según las circunstancias. El conocimiento de estas circunstancias puede ayudar a diseñar intervenciones más efectivas.

Estar bien / estar mal: al ponerse se espera apreciar el efecto de la sustancia: alivio, disminución de tensión o malestar, euforia y, en mayor o menor grado, placer. Si los síntomas de la carencia o abstinencia se han comenzado a notar, el ponerse puede actuar como una cura o medicación contra esos síntomas (muy variados).

Estar bien es un objetivo y una fase en la vida activa del consumidor que se vive de forma transitiva, a la espera de que se acabe el efecto y volver a empezar. Buscarse la vida puede volver a comenzar en el mismo momento de sacar la aguja. El consumidor confía en la capacidad de la sustancia que se pone para hacer desaparecer los síntomas de malestar.

15.4. TRANSACCIONES EN ALGUNOS “POBLADOS DE LA DROGA”

Presentamos ahora cómo se pueden realizar registros de campo desde una perspectiva etnográfica. El informe que sigue se ha realizado en uno de los poblados (lugar de alta concentración de venta y consumo de drogas) de Madrid. Una profesional del terreno ha ido recogiendo lo que los usuarios de su servicio le han ido contando, y lo que ella misma ha visto en su trabajo. Recopilando y clasificando los testimonios y observaciones, ha producido un pequeño estudio práctico y útil para conocer algunas circunstancias que se han de tener en cuenta acerca de la población a la que atienden. Nótese especialmente que se da importancia a la forma en que las personas se expresan, por medio de citas textuales; además de la expresividad de esas citas, una utilidad posterior hace referencia al manejo del “idioma” propio de la población con que trabajamos, y nos dará señas útiles para cuando tengamos que transmitir mensajes de forma eficaz.

La compra y venta de heroína y cocaína que se realiza en estos poblados no es la única actividad de mercado: existen otras relaciones económicas que se derivan de la venta de bienes y servicios. Todas ellas, aunque con un acentuado carácter marginal, suponen verdaderas relaciones institucionalizadas en esta subcultura, donde cada sujeto participante conoce su papel y el de los demás, sus funciones, la estructura jerárquica existente, la forma de pago, qué precios se consensúan, cuales están preestablecidos y, sobre todo, las “reglas del juego”.

Las actividades desarrolladas por los drogodependientes no tienen como fin la acumulación de bienes, sino que el objetivo perseguido consiste en cubrir sus necesidades de consumo; esto produce una “monetarización” de la droga, convirtiéndose así en la forma de pago más habitual.

A.- El machaca

Se denomina con este nombre al usuario que realiza una actividad remunerada para el traficante de drogas. Estos traficantes suelen componer un núcleo familiar en el que la actividad de venta está asumida por toda la familia, si bien se suele hablar de “la gitana” como la principal protagonista de la venta. Casi en su totalidad estas familias son de etnia gitana y los machacas son “payos”, aunque se ha observado algún caso de lo que ellos denominan “quinquilleros” entre los vendedores.

Según el volumen de venta que soporte una vivienda o tienda, tendrá un número determinado de machacas. De la misma manera, si lo requiriera la demanda, el trabajo se realizaría en turnos de mañana, tarde y noche. Esto supone que el número de machacas que trabaja para un vendedor sea variable: actualmente en uno de los poblados son entre uno y siete y en una ocasión una casa llegó a tener a su servicio a doce personas, en otro poblado no tienen más de cuatro empleados, según las fuentes consultadas.

Funciones del machaca:

- 1^a- Vigilancia: dar el aviso o “el agua” cuando existe presencia policial. Al grito de coca-cola, Enrique y otras voces empleadas dan la alerta de agentes de seguridad y otras amenazas.
- 2^a- Captación de clientela: suelen situarse en la entrada de los asentamientos y comentan a los posibles clientes la buena calidad de heroína y cocaína que hay en su casa. Estos machacas pueden también comerciar paralelamente con jeringuillas.
- 3^a- Tareas puntuales: pueden realizar trabajos como búsqueda de maderas para las estufas, limpieza, pequeñas obras de albañilería, etc.
- 4^a- Tareas domésticas: desempeñadas por mujeres payas, pueden ser contratadas por horas a la semana o establecerse como internas para la familia. Aunque en este caso no está muy claro que se le denomine con la acepción de machaca. Generalmente la mujer drogodependiente no gusta a la mujer gitana, por lo que raramente realizará funciones de confianza. Sólo se conocen en los cuatro poblados un caso de mujer machaca que se dedique a la tarea de vigilancia y captación de clientela y dos de travestís; el resto de machacas conocidos son hombres.
- 5^a- En algunos casos y una vez demostrada la fidelidad y confianza a la familia, pueden llegar a realizar tareas directas en el peso y venta de sustancias.
- 6^a- Control de calidad: en el organigrama de venta de droga estos sujetos pueden ser utilizados como catadores de las sustancias ofrecidas por los vendedores al por mayor, orientando al vendedor al por menor sobre la calidad del género que va a adquirir.
- 7^a- Preparación de los envoltorios contenedores de la droga (recorte de bolsas).
- 8^a- “Comerse marrones” o “sacar la cara” por un traficante. Un ejemplo habitual es la posesión de pesas, que constituye una prueba clara de que en esa vivienda se venden sustancias ilegales. En el caso de que exista un registro de la vivienda suelen deshacerse de ella, por lo que tienen varias. Si no pudieran hacerla desaparecer puede autoinculparse el machaca, a cambio, mientras esté en prisión por este motivo (u otros relacionados con el encubrimiento del vendedor), recibirá lo que ellos denominan “pecunio” por el favor (en el caso presentado por el informante era de 15.000 a 20.000 pesetas a la semana), siendo otro machaca el encargado de ingresarle el dinero en prisión.

Remuneración:

Estos sujetos perciben un bien a cambio de su actividad, por lo que se les podría definir como trabajadores: en un 90% de las ocasiones reciben droga como honorario.

A los trabajadores que realizan actividades de vigilancia, domésticas, etc, se les suele pagar por periodos establecidos de cuatro o cinco horas con una papelina de cocaína y otra de heroína. A los trabajadores que captan clientela se les paga cuando se ha realizado una caja de quince a veinte mil pesetas, recibiendo entonces una micra de heroína y otra de cocaína. Si han llevado a un cliente que compra una cantidad considerable (por ejemplo, más de dos gramos) suele darles en ese momento lo que ellos denominan “una puntita”.

Puntualmente reciben dinero para comida (bocadillos, bollos, café, refrescos), tabaco y otros, pero en pequeñas cantidades y cuando lo solicitan los trabajadores.

Los empleadores suelen dar de comer a sus empleados, generalmente de lo que ellos comen, pero una vez que éstos han terminado. Normalmente el trabajador dispone de un cubierto y plato propio y exclusivo. Todo esto se consensúa entre el trabajador y el empleador por lo que existen variaciones.

Los trabajadores que realizan tareas de vigilancia se sitúan en la entrada de la casa para avisar, y dentro de la casa para abrir la puerta y controlar a los compradores. Los que captan clientes se sitúan por todo el poblado, especialmente en las entradas.

B.- Cundas

Hacer cundas” o “ir de cunda”: servicio por el cual una persona que posee vehículo ofrece el traslado a otros drogodependientes al “mercado” para abastecerse. El que hace la cunda será el conductor, el que va de cunda será el pasajero.

Al ser preguntados los informantes por el significado de la palabra, algunos refirieron haber sido tomado del argot carcelero y que designaba el traslado del penado de una prisión a otra, pero la mayoría de los consultados desconocían su origen.

Este servicio supone una doble ganancia para el que lo realiza, puesto que es remunerado por los pasajeros y por “la gitana” a la cual le lleva la clientela:

a) Los pasajeros: cada ocupante paga una cantidad fijada de antemano, que suele estar establecida en base al trayecto, oscilando entre 300 y 1.000 pesetas. Existe una excepción, en caso de que fuera una pareja o bien se paga como una persona sola o bien se le aplica una tarifa reducida. Los informantes manifiestan que el colectivo de prostitutas son grandes usuarias de este servicio y reconocen que son las que más abusos sufren al estar sujetas a tarifas más elevadas.

b) El traficante: “Te presentas a la gitana y le dices que haces cundas y que le vas a traer a más clientes, entonces te da una puntita. Normalmente te da una micra de cada [heroína y cocaína] tras la segunda cunda”.

C.- Boteros

A este grupo pertenecen usuarios de drogas que sufren un severo deterioro social, y consecuentemente, debido al estilo de vida que desarrollan, también sanitario.

Viven en las inmediaciones de los poblados, normalmente a la intemperie y su medio de subsistencia consiste en ayudar a otros drogodependientes a inyectarse, debido a que estos desconocen la técnica o que poseen unas zonas de inyección en muy mal estado.

Suelen almacenar las jeringas usadas para, posteriormente, intercambiarlas en los servicios móviles. Así, constituyen un grupo de grandes intercambiadores. También suelen vender amoniaco, papel de aluminio y pastillas.

De la forma de remunerar su actividad les viene el nombre de “boteros”, ya que la persona que requiere sus servicios les paga dejando una cantidad de droga en el bote utilizado para realizar la mezcla. Esta cantidad varía dependiendo de la amistad, necesidad o consenso al que hayan llegado ambos.

El botero suele almacenar la sustancia en una jeringa hasta conseguir la cantidad suficiente para inyectarse (es frecuente verles con esta jeringa colocada en la oreja).

D.- “Plata, chutas con agua, amoniaco...”

Con este pregón un número considerable de personas reciben al visitante que acude a los poblados. Debido a la gran competencia reinante no dejan de anunciar a viva voz su mercancía.

Desde el programa de intercambio que cubre estos poblados se les denominan vendedores-colaboradores, puesto que es innegable la función que cumplen en estas plazas o mercados. La escasa previsión de la que adolecen con frecuencia los consumidores se ve solventada por el servicio prestado por estos “vendedores ambulantes”. Su cada vez mayor número refleja que todavía hoy es una actividad rentable, aunque los precios se ajustan cada vez más a la baja. Dentro de esta flotilla de vendedores se pueden distinguir dos grupos:

a) los profesionalizados: se dedican a la recolecta y almacenamiento de jeringas abandonadas en los “pinchatorios” o “picaderos”. Constituyen un grupo de grandes intercambiadores, suelen tener una presencia bastante regular y fija tanto en el poblado como en los servicios de intercambio. En numerosas ocasiones se autoperciben como funcionales y útiles para la comunidad, puesto que alegan ofrecer un material necesario y ayudar a mantener los alrededores más limpios.

b) los esporádicos: dentro de estos se encuentran personas consumidoras de cocaína, que necesitan un dinero extra para dicho consumo y personas que por circunstancias adversas realizan esta actividad puntualmente. En ambos casos se presentan con pocas jeringas para intercambiar.

En circunstancias normales el precio de la jeringa con agua, en el mercado, se encuentra por 100 pesetas, no obstante este precio oscila según la carencia o abundancia de material. Normalmente no hay intercambio (es decir, no se pide la chuta usada) sino venta, que puede ser tanto a cambio de dinero, de un filtro usado, o un poco de droga o invite. Y no siempre la jeringa se da acompañada de agua y toallita.

El precio del papel de aluminio y el del amoniaco varía según la cantidad que el comprador se lleve, siendo cinco duros una cifra aceptable; la misma retribución suele fijarse también para el ácido cítrico o para los cigarrillos sueltos.

Otro servicio que se conoce es el de “pillar vena” por parte de algún vendedor, que tiene por norma pinchar en el cuello, y al precio de un pico o cinco.

La frase: “vendo tranquis” o “quién tiene tranquis” es bastante habitual, siendo el tramkazin la pastilla reina en el mercado actual Su precio por unidad es de 100 pesetas, aunque existen rebajas cuanto mayor sea el pedido.

E.- Trueque

Otra actividad realizada con frecuencia es el intercambio de objetos “de dudosa procedencia” por droga. Esta transacción comercial se encuentra especialmente regida por una relación basada en la desigualdad:

- “Ayer triunfé. Me fui a una tienda y no había dependiente, me dio tiempo hasta de pensar qué me iba a llevar. Me cogí una caja de detergente y una botella de béis. A la que

se lo vendí, como le gustaba mucho el béilis, me dio dos micras de coca y dos de caballo...” – “Pues yo lleve un día un microondas y me dio diez mil pesetas en droga” – “... y yo un chorizo y un salchichón de bellota, que olía que daba gusto, y solamente me dieron una micra de cada”.

- En algunas ciudades, la venta de artículos sustraídos en supermercados a personas conocidas se llama “hacer la mecha”. Cada “mecha” tiene una red propia establecida de personas participantes, y los bienes pueden ser comida, bebida y ropa, principalmente.

Al ser una actividad eminentemente esporádica, no se puede determinar un perfil específico de drogodependientes que se dediquen en exclusividad a estas tareas, si bien es cierto que los vendedores tienen a bien estas operaciones como forma de pago de las transacciones realizadas con las drogas, siempre que los bienes sean de su interés.

Otras formas de ganarse la vida en algunas ciudades, fuera de los poblados, suelen ser la venta de postales sustraídas en quioscos, y que se ofrecen a turistas a cambio de la voluntad; ofrecer diferentes materiales informativos sobre prevención (revistas, trípticos, etc., de los centros) a viandantes, a cambio de la voluntad; ofrecer servicios sexuales a cambio de dinero u otras prestaciones (alquiler de una habitación por ejemplo); limpiar cristales en los semáforos, vender artículos (pañuelos de papel, mecheros, bolígrafos, etc.) o pedir en el metro y un largo etcétera.

15.5. COMENTARIO

Lo hasta aquí expuesto corresponde no a una explicación metodológica sino a una introducción general sobre los grandes trazos de metodología antropológica aplicada. La realización concreta de métodos de campo correspondería a diseños y necesidades específicos, y lo correcto será asentarlos a través de una sensibilización teórico-práctica específica. Es aquí donde la antropología ofrece un aporte a la participación, interdisciplinar y dentro de la comunidad, en programas de intervención sociosanitaria: como colaboradora en investigación, acción y formación a partir de las metodologías que le son propias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Guía para la valoración y respuesta rápida sobre el uso de drogas endovenosas (UDE-VRR). *Organización Mundial de la Salud*. Borrador. Ginebra, 1998.
2. Trautmann F, Barendregt. *Manual europeo de apoyo entre compañeros*. NIAD, Utrecht, 1994.
3. Trimbos Institute. Stichting Mainline. European Commission. DG V. Rate your risks. *The facts about infections*. Amsterdam, 1998.
4. Derricot J, Preston A. *The safer injecting briefing*. HIT. Liverpool, 1999.
5. WHO. Physical complications of drug and alcohol abuse. Assessing the standards of care in substance abuse treatment. *Programme on Substance Abuse. WHO/PSA/93.5*. Annex IV, 1993.
6. Preston A, Derricot J. *The safer injecting handbook*. ISDD. London, 1997.
7. Newton John HF, Wise K, et al. Role of the lemon in disseminated candidiasis of heroin abusers. *Medicine Journal of Australia*, 1984; 140 (13): 780-781.
8. Shankland G.S, Richardson M.D. Possible role of preserved lemon juice in the epidemiology of candida endophthalmitis in heroin addicts [letter]. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 1989; 8 (1): 87-89.
9. Gershon R. M. Infection control basis for recommending one-time use of sterile syringes and aseptic procedures for injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998; 18 (Suppl 1): S20-S24.
10. Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, et al. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana*. Masson SA. Barcelona, 1998.
11. Herb F, Watters JK, Case P, et al. Endocarditis, subcutaneous abscesses and other bacterial infections in intravenous drug users and their association with skin cleaning at drug injection sites. *Fifth International Conference on AIDS. Montreal*. Canada, 1989.
12. Alter MJ, Moyer LA. The importance of preventing Hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998; 18 (Suppl.1): S6-S10.
13. Picazo JJ, Romero J. *Hepatitis y Sida*. Centro de Estudios Ciencias de la Salud, Madrid, 1997.
14. Dolan M. *The hepatitis C Handbook*. Iain M Murray-Lyon MD (eds). London, 1998.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C Virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR CDC Surveillance Summaries* (Atlanta), 1998; 47 (RR 19): 1-39.
16. Schering-Plough. *Actualización en hepatitis virales*. Madrid, 1997.
17. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 1998; 6 (22): 209-220.
18. Conry-Cantilena C, Van Raden M, Gible J, et al. Routes of infection, viremia and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1996; 334: 1691-1696.
19. Plan Nacional sobre el Sida. <http://www.msc.es/sida/home.htm>, 1999.

20. Centers for Disease Control and Prevention. Classifications system for human T lymphotropic virus tipus III lymphadenopathy-associated virus infections. *MMWR CDC Surveillance Summaries* (Atlanta), 1986; 35: 334-339.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR CDC Surveillance Summaries* (Atlanta), 1987; 36: 3-16.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Revision classification system for HIV infection and surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR CDC Surveillance Summaries* (Atlanta), 1992; 41: RR-17.
23. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Guía sobre la infecció pel VIH i la SIDA per a professionals d'atenció primària*. Generalitat de Catalunya, 1994.
24. Rey R, Ausina V, Casal M, et al. Situación actual de la tuberculosis en España. Una perspectiva sanitaria en precario respecto a los países desarrollados. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 1995; 105: 703-707.
25. Cayla JA, Galdos H, Garcia P, et al. *La tuberculosis en Barcelona*. Informe 1993. IMS. Barcelona: Servicio de Epidemiología del Instituto Municipal de la Salud, 1993.
26. Consenso Nacional para el control de la Tuberculosis en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 1992; 98: 24-31.
27. De March P. Situación actual de la tuberculosis en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 1991; 97: 463-472.
28. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Guia per a la prevenció i el control de la tuberculosi*. Secció de Publicacions de la Secretaria General del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1992.
29. Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: code of Practice. *Thorax*, 1994; 49: 1193-1200.
30. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1989; 320 (9): 545-550.
31. Selwyn PA, Sckell BM, Alcabes P, et al. High risk of active tuberculosis in HIV-infected drug users with cutaneous anergy [published erratum appears in JAMA 1992 Dec 23-30;268(24):3434] *JAMA*, 1992; 268 (4): 504-509.
32. Durante AJ, Selwyn PA, O'Connor PG. Risk factors for and knowledge of Mycobacterium tuberculosis infection among drug users in substance abuse treatment. *Addiction*, 1998; 93 (9): 1393-1401.
33. Wodak A, Des Jarlais D.C. Estrategias para la prevención de la infección por VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral y, de éstos a los que no se inyectan. *Boletín de Estupefacientes*, 1993; Vol XLV nº 1: 51-66.
34. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1997, Delegación del Gobierno para el *Plan Nacional sobre Drogas*. Ministerio del Interior, 1998.
35. Becker et al. *The Health believe model and personal health behaviour*. Slack. New Jersey, 1974.
36. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*. 1974; 2:328-335.

37. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall. USA, 1980.
38. Bandura A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Espasa Calpe. Madrid, 1982.
39. Des Jarlais DC, Friedman SR. HIV infection among intravenous drug users: epidemiology and risk reduction. *AIDS*, 1987; 1: 67-76.
40. Donoghoe MC, Stimson GV, Dolan K, et al. Changes in HIV risk behaviour in clients of syringe-exchange schemes in England and Scotland. *AIDS*, 1989; 3: 267-272.
41. Hart GJ, Carvel A.L, Woodward N. Evaluation of needle exchange in central London. *AIDS*, 1989; 3: 261-265.
42. Chaisson R, Moss A, Onishi R, et al. HIV infection in heterosexual intravenous drug users in San Francisco. *American Journal of Public Health*. 1987; 77: 169-172.
43. Coyle SL, Needle RH, Normand J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: A review of published outcome data. *Public Health Reports*, 1998; 113 (1): 19-30.
44. Broadhead R, Heckathorn D, Grund J, et al. Drug users versus outreach workers in combating AIDS: preliminary results of peer-driven intervention. *The Journal of Drug Issues*, 1995; 6 (4): 274-287.
45. Bottonley T, Smith M., Wiberely C. Peer education among crack users: not so cracked. *Druglink*, 1995: 11-15.
46. Home Office. *Sharing Our Experiences and Learning from Others Like us: Peer education for drugs prevention*. HMSO, London, 1994.
47. Klee H. Amphetamine-misusing groups: A feasibility study of the use of peer group leaders for drug prevention work among their associates. Home Office Drugs Prevention Initiative. Paper 3. *Home Office*, London, 1995.
48. Power R. Methodological and practical implications of employing drug users as research workers. In Boulton M. (ed.), *Challenge and innovation: methodological advances in social research on HIV/AIDS*. Taylor and Francis, London, 1994.
49. Stimson GV, Power R. Assessing AIDS prevention for injecting drug users: some methodological considerations. *British Journal of Addiction*. 1992; 87 (3): 455-465.
50. National Institute on Drug Abuse. *The indigenous leader outreach model: Intervention Manual*. U.S. Department of Health and Human Services, 1990.
51. Shiner M, Newburn M. Young people, Drugs and Peer Education: an evaluation of the Youth Awareness Programme (YAP). *Home Office Drugs Prevention Initiative*, Paper 13. Home Office. London, 1996.
52. Walling A. *A Descriptive Evaluation of the North East Essex Volunteer Drugs Service*. Essex University Press, Colchester, 1996.
53. O'Hare Pat, Newcombe R, Matthews A, et al. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Grup IGIA. Barcelona, 1995.
54. Cottler L, Compton WM, Arbi BA, et al. Peer-delivered interventions reduce HIV risk behaviors among out-of-treatment drug abusers. *Public Health*, 1998; 113 (1): 31-41.
55. Gossop M, Griffiths P, Powis B, et al. Severity of heroin dependence and HIV risk. Sharing injection equipment. *AIDS Care*, 1993; 5: 159-168.
56. Frischer M, Haw S, Bloor M et al. Modelling the behaviour and attributes of injecting drug users: a new approach to identifying HIV risk practices. *International Journal of Addictions*, 1993; 28: 129-152.

57. Vlahov D, Muñoz A, Anthony JC, et al. Association of drug injection patterns with antibody to human immunodeficiency virus type 1 among intravenous drug users in Baltimore Maryland. *American Journal of Epidemiology*, 1990; 132: 847-856.
58. Van Ameijden EJC, Van den Hoek JAR, Van Haastrecht HJA, et al. The harm reduction approach and risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) seroconversion in injecting drug users, Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 1992; 136: 236-243.
59. Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente L, et al. Conductas de riesgo para la transmisión del VIH entre los usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringas en Madrid, 1993. *Gaceta Sanitaria*, 1996; 10: 261-273.
60. Bravo MJ, Colomo C, Barrio G, et al. Infección por VIH y conductas de riesgo entre los consumidores de drogas atendidos por un programa de intercambio de jeringuillas. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 1994;102:719
61. Saxon AJ, Calsyn DA, Jackson T. Longitudinal changes in injection behaviors in a cohort of injection drug users. *Addiction*, 1994; 89: 191-202.
62. Garfein RS, Doherty MC, Monterroso ER, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users. *Journal of AIDS and Human Retrovirology*, 1998; 18 (Suppl 1): S11-S19.
63. Rodriguez MA, Zunzunegui MV, Friedman SR, et al. Sharing syringes in Madrid. A social phenomenon. *European Journal of Public Health*, 1996; 6: 11-14.
64. Mandell W, Vlahov D, Latkin C, et al. Correlates of needle sharing among injection drug users. *American Journal of Public Health*, 1994; 84: 920-923.
65. Rodés A, Vall M, Casabona J, et al. Prevalencia del VIH y de los comportamientos asociados a su transmisión entre usuarios de drogas por vía parenteral reclutados en la calle. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 1998; 111: 372-377.
66. Marmor M, Des Jarlais DC, Cohen H et al. Risk factors for infection with human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers in New York City. *AIDS*, 1987; 1: 39-44.
67. Chaisson RE, Bachetti P, Osmond D, et al. Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. *JAMA*, 1989;261: 561- 565.
68. Anthony JC, Vlahov D, Nelson KE, et al. New evidence of intravenous cocaine use and risk of Infection with human immunodeficiency virus type 1. *American Journal of Epidemiology*, 1991;134: 1175-89.
69. Van Ameijden EJC, Van den Hoek JAR, Mientjes GHC, et al. (1993). A longitudinal study on the incidence and transmission patterns of HIV, HBV and HCV infection among injecting drug users in Amsterdam. *European Journal of Epidemiology*, 1993: 255-262.
70. Rodés A, Pérez C. Monitoratge de la prevalença d'infecció per l'HIV i dels comportaments associats amb la seva transmissió entre les persones que s'injecten drogues il·legals. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Document tècnic del CEESCAT*, nº 6. Barcelona, 1996.
71. Strathdee SA, Patrick DM, Archibald CP, et al. Social determinants predict needle-sharing behaviour among injection drug users in Vancouver, Canada. *Addiction*, 1997; 92 (10): 1339-1347.
72. Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, et al. Intersecting epidemics-crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. *New England Journal of Medicine*, 1994; 331: 1422-1427.
73. Hernandez Aguado I, Bolumar F. Determinants of HIV-1 infection in Intravenous Drug users in Valencia, Spain, 1987-1991. *International Journal of Epidemiology*, 1993; 22: 537-540.

74. Baker A, Kochan N, Dixon J, et al. HIV risk-taking behavior among injecting drug users currently, previously and never enrolled in methadone treatment. *Addiction*, 1995; 90: 545-554
75. Nicolosi A, Coorea Leite ML, Molinari S, et al. Incidence and Prevalence Trends of HIV infection in Intravenous Drug users Attending Treatment Centres in Milan and Northern Italy, 1986-1990. *Journal of AIDS*, 1992; 5: 365-373.
76. Jose B, Friedman SR, Neagius A, et al. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS*, 1993; 7: 1653-1660.
77. Magura S, Grossman JI, Lipton DS, et al. Determinants of needle sharing among intravenous drug users. *American Journal of Public Health*, 1998; 79: 459-462.
78. Booth RE, Watters JK. How effective are risk-reduction interventions targeting injecting drug users?. *AIDS*, 1994; 8: 1515-1524.
79. Booth RE. Predictors of Unsafe needle practices: injection drug users in Denver. *Journal of AIDS*, 1994; 7: 504-508.
80. Myers T, Millson M, Rigby J, et al. A comparison of the determinants of safe injecting and condom use among injecting drug users. *Addiction*, 1995; 90: 217-226.
81. McGregor C, Darke S, Ali R, et al. Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions. *Addiction*, 1998; 93 (5): 701-711.
82. Diaz T, Chu SY, Weinstein B, et al. Injection and syringe sharing among HIV-infected injection drug users: implications for prevention of HIV transmission. *Journal of AIDS and Human Retrovirology*, 1998; 18 (Suppl 1): S76-S81.
83. Friedman SR, Des Jarlais DC, Sotharan JL et al. AIDS and self-organization among intravenous drug users. *International Journal of Addictions*, 1987; 2: 201-219.
84. Latkin CA, Mandell W, Vlahov D, et al. Personal network characteristics as antecedents to needle-sharing and shooting gallery attendance. *Social Networks*, 1995; 17: 219-28.
85. Celentano DD, Vlahov D, Menon AS, et al. HIV knowledge, and attitudes among intravenous drug users: comparison to the U.S. population and by Drug Use Behaviors. *Journal of Drug Issues*, 1991; 21: 635-649.
86. Stimson GV. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science Medicine (Oxford)*, 1995; 41: 699-716.
87. Des Jarlais DC, Friedman SR, Friedman P, et al. HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS*, 1995; 9: 611-617.
88. NIH Consensus Statement. *Interventions to prevent HIV risk behaviors*. 1997; 15, 2: 1-41.
89. Salleras L. *Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1985.
90. Vaquero JL. *Salud Pública*. Ediciones Piramide, Madrid, 1989.
91. Des Jarlais DC, Friedman SR, Choopanya K, et al. International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users. *AIDS*, 1992; 6: 1053-1068.
92. WHO. Expert Committee on Drug Dependence. *Twentieth Report. Technical Report Series*, 551, Geneva, 1974.
93. Shick, J, Dorus W, Hughes P. Adolescent drug using groups in Chicago parks. *Journal Of Drug and Alcohol Dependence*, 1981; 3: 199-210.
94. Cattacin S, Panchaud Ch. *Les politiques de lutte contre le VIH/SIDA en Europe de l'ouest. Du risque à la normalisation*. Ed. L'Harmattan, Paris, 1997.

95. Needle R H, Coyle S L, Normand J, et al. HIV Prevention with drug-using populations. Current status and future prospects: Introduction and overview. *Public Health Reports*, 1998; 113 (1): 4-18.
96. Booth R.E, Kwiatkowski C, Iguchi M, et al. Facilitating treatment entry among out-of-treatment injection drug users. *Public Health Reports*, 1998; 113 (1): 116-128.
97. Siegal HA, Falck RS, Carlson RG, et al. Changes in needle risk behaviors: A preliminary comparative analysis of the Dayton-Columbus NADR Programs Standard and Enhanced Intervention Tracks at six months. *Research in Progress*. Washington DC: NOVA Research Co, 1991.
98. Stephens RC, Feucht TE, Roman SW. Effects of an Intervention Program on Aids related drug and needle behaviour among intravenous drug users. *American Journal of Public Health*, 1991; 81:568-571.
99. Calsyn DA, Saxon AJ, Freeman G, et al. Ineffectiveness of AIDS education and HIV antibody testing in reducing high-risk behaviors among injecting drug users. *American Journal of Public Health*, 1992; 82: 573-575
100. McCusker J, Stoddard AM, Zapka JC, et al. AIDS education for drug abusers: evaluation of short-term effectiveness. *American Journal of Public Health*, 1992; 82: 533-540.
101. Simpson DD, Camacho LM, Vogtsberger KN et al. Reducing AIDS risks through community outreach interventions for drug injectors. *Psychol Addict Beh*, 1994; 8: 86-101.
102. Baker A, Heather N, Wodak A, et al. Evaluation of a cognitive-behavioral intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS*, 1993; 7:247-256.
103. Stephens RC, Simpson DD, Coyle CB, et al. Comparative effectiveness of NADR interventions. In *Handbook on AIDS and the Injection Drug User*. Edited by Brown BJ, Beschner G. Westport: Greenwood Press, 1993.
104. Hunter GM, Donoghoe MC, Stimson GV, et al. Changes in the injecting risk behaviour of injecting drug users in London, 1990-1993. *AIDS*, 1995; 9:493-501
105. Des Jarlais DC, Friedman SR, Sotheran JL, et al. Continuity and change within an HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *JAMA*, 1994; 271:121-127.
106. Hagan H, Des Jarlais DC, Friedman SR, et al. Risk for human immunodeficiency virus and hepatitis B virus in users of the Tacoma syringe exchange program. In: *Proceedings: Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Washington: National Academy Press, 1994: 24-34.
107. Paone D, Des Jarlais DC, Caloir S, et al. New York City syringe exchange: an overview. In *Proceedings: Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Washington, National Academy Press, 1994: 47-63
108. Schoenbaum EE, Hartel DM, Gourevitch MN. Needle exchange use among a cohort of injecting drug users. *AIDS*, 1996; 10 : 1729-1734.
109. Vlahov D, Junge B, Brookmeyer R. Reductions in high-risk drug use behaviours among participants in the Baltimore needle exchange program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997; 16:400-406.
110. Watters JG, Estilo MJ, Clark GL, et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA*, 1994; 271: 115-120.
111. Hankins C, Gendron S, Bruneau J, et al. Evaluating Montreal's needle exchange CACTUS-Montreal. In *Proceedings: Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. National Academy Press, Washington, 1994: 83-90.
112. Van Ameijden EJ, Van den Hoek JA, Coutinho RA. Injecting risk behavior among drug users in Amsterdam, 1986 to 1992, and its relationship to AIDS prevention programs. *American Journal of Public Health*, 84 : 275-281.
113. Frischer M, Elliot L. Discriminating needle exchange attenders from non-attenders. *Addiction*, 1993; 88:681-687.
114. Keene J, Stimson GV, Jones S, et al. Evaluation of syringe-exchange for HIV prevention among injecting drug users in rural and urban areas of Wales. *Addiction*, 1993: 1063-1070.
115. Des Jarlais D, Friedman P, Hagan H, et al. The protective effect of AIDS-related behavioral change among injection drug users: a cross-national study. *American Journal of Public Health*, 1996; 86: 1780-1785.
116. Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 1997; 349: 1797-1800.
117. Kaplan EH, Khoshnood D, Heimer R. A decline in HIV-infected needles returned to New Haven's needle exchange program: client shift or needle exchange? *American Journal of Public Health*, 1994; 84:1991-1994.
118. Lurie P, Drucker E. An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle exchange programme in the USA. *Lancet*, 197, 349: 604-608.
119. Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D, et al. HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet*, 1996; 348: 987-991.
120. Buning E, Van Brussel GH, Van Santen G.(1988). Amsterdam's drug policy and its implications for controlling needle sharing. In Battjes RJ, Pickens RW (eds), *Needle sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives. NIDA Monograph 80*. Washington, Government Printing Office; 1988: 59-74. DHHS Pub. No. (ADM) 89-1567.
121. Van den Hoek A, Coutinho R. Evaluation of the needle/syringe exchange in Amsterdam, The Netherlands. In *Proceedings workshop on needle exchange and bleach distribution programs. National Research Council and Institute of Medicine*. Washington, National Academy Press, 1994: 67-71.
122. Milson P, Myers T, Calzavara L, et al. A decade of HIV prevention among injection drug users in Toronto, Canada. *12th World AIDS Conference, Geneva*. 1998 [23190].
123. Vlahov D, Flynn C, Brookmeyer R. Lower risk of HIV infection with continued regular participation in needle exchange program. *12th World AIDS Conference, Geneva*, 1998 [33384].
124. Vlahov D, Fuller C, Ompad A.D. Changing patterns in injection practices and other drug use before and after the start of NEP among adolescent and young adults who recently initiated injection drug use in the Risk Evaluation and Community Health Study (REACH II) *12th World AIDS Conference*, 1998 [33394].
125. Lurie P.G, Drucker E, Knowles A. Still working after all these years: Increasing evidence of needle exchange program effectiveness in studies published since 1993. *12th World AIDS Conference, Geneve*, 1998 [33403]
126. Brooner R, Kidorf M, King V. et al. Reduced drug use in needle exchange participants. *12th World AIDS Conference, Geneva*, 1998. [33408]
127. Davoli M, Verster A, Spadea T. The effects of two years of harm reduction in Rome. *12th World AIDS Conference, Geneva*, 1998 [577/33391]
128. Gold M, Gafni A, Nelligan P, et al. Needle exchange programm: an economic evaluation of a local experience. *Canadian Medical Association Journal*, 1997; 157 (3): 255-262.

129. Lurie P, States and Reingold AL, Bowser B, et al. *The public health impact of needle the exchange programs in the United and abroad*. San Francisco (CA): University of California, Berkeley, School of Public Health; The Institute for Health Studies, 1993.
130. Drucker E, Lurie P, Wodak A, et al. Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS*, 1998; 12 (suppl A): S217-S230.
131. Vlahov D, Junge B. The Role of Needle Exchange Programs in HIV Prevention. *Public Health Reports*, 1998; 111 (1): 75-80.
132. Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 1997; 146: 994-1002.
133. Rodés A. *Programas de intercambio de jeringuillas para la prevención del VIH en países del sur de Europa*. PESESUD, CEESCAT, Comisión Europea. DGV, 1998.
134. Moss AR, Vranizan K, Gorter R, et al. HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990. *AIDS*, 1994; 8: 223-231.
135. Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of AIDS*, 1993; 6: 1049-1056.
136. Vanichseni S, Wongsuwan B, Choopanya K, et al. A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV. *International Journal of Addictions*, 1991; 26: 1313-1320.
137. Schoenbaum EE, Hartel DM, Selwyn PA, et al. Risks factors for HIV infection in intravenous drug users. *New England Journal of Medicine*, 1989; 321: 874-879.
138. Serpelloni G, Carrieri MP, Rezza G, et al. Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: a nested case-control study. *AIDS Care*, 1994; 6: 215-220.
139. Caplehorn JR, Irwig L, Saunders JB. Physicians' attitudes and retention of patients in their methadone maintenance programs. *Subst Use Misuse*, 1996 May; 31(6):663-77.
140. Metzger DS. Drug abuse treatment as HIV prevention. In: *Interventions to prevent HIV risk behaviors: programs and abstracts*. National Institutes of Health: Office of Medical Applications of Research. Consensus Development Conference, 1997; 93-96.
141. Ball J.C, Lange W.R, Myers C.P, et al. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 1998; 29:214-226.
142. Hubbard RL, Marsden ME, Cavanaugh E, et al. Role of drug-abuse treatment in limiting the spread of AIDS. *Reviews of Infectious Diseases*, 1988; 10:377-384.
143. Battjes RJ, Pickens RW. Needle sharing among intravenous drug abusers: an overview. In Battjes RJ, Pickens RW (eds), *Needle sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 80. Washington: Government Printing Office, 1988: 1-6. DHHS Pub. No. (ADM) 89- 1 567.
144. Pickens RW, Fletcher BW. Overview of treatment issues. In: Pickens RW, Leukefeld CG, Schuster CR, editors. *Improving drug abuse treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 106; Rockville (MD): NIDA, 1991: 1-19.
145. Friedman SR, Jose B, Deren S, et al. Risk factors for human immunodeficiency virus seroconversion among out-of-treatment injectors in high and low seroprevalence cities. The National AIDS Research Consortium. *American Journal of Epidemiology* (Baltimore), 1995; 142:864-74.

146. Metzger D.S, Navaline H, Woody G.E. Drug abuse treatment and AIDS prevention. *Public Health Reports*, 1998; 111(1): 97-106
147. Dole V.P, Robinson J.W, Orraca J, et al. Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *New England Journal of Medicine*, 1969; 280:1372-1375.
148. Newman R. G, Whitehill W.B. Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong. *Lancet*, 1979; 485-488.
149. Gunne L.M, Grönbladh L. The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*, 1981; 7:249-256.
150. Ball J.C, Ross A. *The effectiveness of methadone maintenance treatment patients, programs, services and outcome*. Springer-Verlag Eds, New York, 1991.
151. GAO. General Accounting Office. Report to the chairman, select Committee on Narcotics Abuse and Control. House of Representatives. Methadone maintenance : some treatment programs are not effective; *Greater Federal Oversight Needed, Washington DC* : General Accounting Office, 1990.
152. De Andrés M, Hernández T. *Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas* Crefat. Madrid, 1998.
153. Hughes P. *Behind the wall of respect: Community experiments in heroine addiction control*. Chicago: University of Chicago Press, 1977.
154. Raymond C. Study of IV drug users and AIDS finds differing infection rate, risk behaviors. *Journal of the American Medical Association*, 1988; 260(21): 310-315.
155. Shick J, Wiebel, W. Congregation sites for youthful multiple drug abusers: locations for epidemiological research and intervention. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 1981; 7: 63-79.
156. Watters J. K, Biemacki P. Targeted sampling: Options for the study of hidden populations. *Social Problems*, 1989; 36(4): 416-430.
157. Wiebel, W. Combining ethnographic and epidemiologic methods for targeted AIDS interventions: The Chicago Model. In National Institute on Drug Abuse, Needle sharing among intravenous drug abusers: National and international perspectives (*NIDA Research Monograph No. 80*). Rockville, MD: U.S. Public Health Service, 1988.
158. Wiebel, W. Identifying and gaining access to hidden populations. In National Institute on Drug Abuse. The collection and interpretation of data from hidden populations (*NIDA. Research Monograph No. 98*). Rockville, MD: U. S. Public Health.Service, 1990.
159. Wiebel W, Fritz R, Chene D. Description of intervention procedures utilized by the AIDS Outreach Intervention Projects, University of Illinois at Chicago, School of Public Health. In *National Institute on Drug Abuse, Proceedings of the Community Epidemiology Work Group*. Chicago-June 1989 (vol. 111:68-79). Rockville, MD.U.S. Public Health Service, 1989.
160. Wiebel W, Jimenez A, Johnson, W, et al. Positive effect on HIV seroconversion of street outreach intervention with IDUs in Chicago,1988-1992. *IX Intemational Conference on AIDS, Berlin, Germany*, 1993.
161. Wiebel W, Lampinen T. AIDS and intravenous drug abuse. In Drug abuse and drug abuse research: The third triennial report to Congress from the Secretary, *Department of Health and Human Services* (DHHS No. ADM 91-1704, 85-110). Rockville, MD, 1991.
162. Wiebel W, Lampinen T. Primary prevention of HIV-1 intravenous drug users. *Journal of Primary Prevention*, 1991; 12(1): 35-47.

163. Broadhead RS, Douglas D, Heckathorn D. Harnessing peer networks as an instrument for Aids prevention: results from a peer driven intervention. *Public Health Reports*, 1998; 113 (1): 42-57.
164. Auerbach DN, Darrow WW, Jaffe HW, et al. Cluster of cases of the AIDS: patients linked by sexual contact. *American Journal of Medicine*, 1982; 76: 487-492.
165. Neagius A. The network approach and interventions to prevent HIV among injection drug users. *Public Health Reports*, 1998; 111, (1): 140-150.
166. Latkin CA. Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public Health Reports*, 1998; 111, (1): 151-159.
167. Valente TW. Satellite exchange in the Baltimore needle exchange program. *Public Health Reports*, 1998; 111 (1): 90-96.
168. Brown BS, McLellan AT. Special Issue: HIV/AIDS and drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1996; 13 (5).
169. Des Jarlais DC, Friedman S. Fifteen years of research on preventing HIV infection among injecting drug users: what we have learned, what we have not learned, what we have done, what we have not done. *Public Health Reports*, 1998; 113 (1): 182-188.
170. Harm Reduction Coalition. *A safety manual for injection drug users*. HRC. San Francisco, USA, 1999.
171. Crane LR. Epidemiology of infections in intravenous drug abusers. In: Levine DP and Sobel JD (eds) *Infections in intravenous Drug Abusers*. Oxford University Press, Oxford, 1991.
172. Becton Dickinson. *Celebrating the First 100 Years*. Becton Dickinson Ltd, 1997.
173. Hunt N, Stillwell G, Taylor C, et al. Evaluation of a brief intervention to prevent initiation into injecting. *Drug Education, Prevention and Policy*, 1998; 5 (2): 185-94.
174. Power R. *Coping with Illicit Drug use*. Tufnell Press, London, 1995.
175. Hall W, Hando J, Darke S, et al. Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. *Addiction*, 1996; 91(1): 81-87.
176. Speed S, Bennett A. *Sharing Injecting paraphernalia. An Audit of Risk Behaviours Among Attenders at Syringe Exchange Schemes in North West England*. University of Central Lancashire, HIT Liverpool, 1997.
177. Stark K, Muller R, Bienzle U, et al. Frontloading: a risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS*, 1996; 10 (3): 311-317.
178. Gleghorn AA, Marx R, Vittinghoff E, et al. Association between drug use patterns and HIV risks among homeless, runaway, and street youth in northern California. *Drug & Alcohol Dependence*, 1998; 51 (3): 219-27.
179. Shah SM, Shapshak P, Rivers JE, et al. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996; 11 (3): 301-306.
180. Hunter GM, Donoghoe MC, Stimson GV, et al. Changes in the injecting risk behaviour of injecting drug users in London, 1990-1993. *AIDS*, 1995; 9 (5): 493-501.
181. Moore T. (1997). Hepatitis C, the Challenges of Prevention. *8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Paris, 1997.
182. Scott J, Bond C, Kennedy E, et al. (1997). Investigation of the Effectiveness of Filters for Use by intravenous Drug Users. *8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Paris, 1997.

183. Scott J, Kennedy E J, Winfield AJ, et al. Investigation into the effectiveness of filters for use by intravenous drug users. *International Journal of Drug Policy*, 1998; 9: 181-186.
184. Galliot-Guilley M. *Métabolisme des principales drogues et méthodes analytiques*. Dossier SYVA. Paris, 1991.
185. Huizer H. Analytical studies on illicit heroin. *Pharmaceutisch Week blad Scientific Edition*, 1987; 9: 203-211.
186. Instituto Nacional de Toxicología de Madrid. Memoria de los análisis realizados en muestras de drogas. *Instituto Nacional de Toxicología de Madrid*. Madrid, 1996.
187. De la Fuente L, Saavedra P, Barrio G, et al. Temporal and geographic variations in the characteristics of heroin seized in Spain and their relation with the route of administration. *Drug and Alcohol Dependence*, 1996; 40: 185-194.
188. Bisbe J, Miro JM, Latorre X, et al. Disseminated candidiasis in addicts who use brown heroin: report of 83 cases and review. *Clin Infect Dis*, 1992; 15 (6): 910-923.
189. Shankland GS, Richardson M.D. Epidemiology of an outbreak of candida endophthalmitis in heroin addicts: identification of possible source of infection by biotyping. *J Med Vet Mycol*, 1988; 26 (3): 199-202.
190. Odds FC, Palacio-Hernanz A, Cuadra J, et al. Disseminated candida infection syndrome in heroin addicts: dominance of a single candida albicans byotype. *Journal of Medical Microbiology*, 1987; 23 (3): 275-277.
191. Diaz A. *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca*. Publicacions d'Antropologia Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona, 1998..
192. Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, et al. Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. Spanish Group for the Study on the Route of Administration of Drugs. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1998; 52 (3): 172-80
193. Siegel, RK. Changing patterns of cocaine use: Longitudinal observations, consequences and treatment. En: Grabowski J. (ed). *Cocaine : pharmacology, effects and treatment of abuse*. Rockville : NIDA, *Research Monograph Series*, 1984; 50: 92-100.
194. CDC/Center for Substance Abuse Treatment/National Institute on Drug Abuse. *HIV/AIDS prevention bulletin*. Atlanta, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, 1993.
195. Griffiths P, Gossop M, Strang J. Chasing the dragon: the development of heroin smoking in the United Kingdom. In: Strang J and Gossop M (eds), *Heroin Addiction and Drug Policy: The British System*. Oxford University Press, Oxford, 1997.
196. Griffiths P, Gossop M, Powis B, et al. Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and injectors. *Addiction*, 1994; 89: 301-309.
197. Peters G. Crack: une nouvelle présentation de la cocaïne. *Bulletin des Médecins Suisses*, 1987; 68 (5): 178-181.
198. Strang J, Griffiths P, Gossop M. Heroin smoking by "chasing the dragon": origins and history. *Addiction*, 1997; 92 (6): 673-683
199. Evolució indicadors SIDB. Institut Municipal de la Salut. *Plà d'acció sobre drogues*. 3er trimestre. Barcelona, 1998.
200. Ali R, Darke, S, Allsop S. Don't slow it alone. A community development response to heroin overdose. *8th. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Paris, 1996..
201. Verster AD, Pasqualini F, Patrino F, et al. Analysis of non-fatal overdoses among heroin users in Rome. *8th. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Paris, 1996.

202. Verster A, Davoli M, Perucci C. Non fatal overdose and Narcan. *9th. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Sao Paulo, 1997.
203. Darke S. The distribution of naloxone to heroin users. *9th. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*. Sao Paulo, 1997.
204. Franken IH, Kaplan CD. Risk contexts and risk behaviors in the Euregion Maas-Rhein: the Boule de Neige intervention for AIDS prevention among drug users. *AIDS Educ Prev*, 1997; 9 (2): 161-180.
205. Lequarre F. Snowball. *Approche et rencontre des usagers de drogues*. Conseil de l'Europe. Editions du Conseil de l'Europe. Strasbourg, 1994.
206. Menendez EL. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 1998; XVI (46): 37-67.
207. Romani O. Intervención Comunitaria en Drogodependencias. *Etnografía y Sentido Común. Toxicodependências*, 1995; 2: 33-46.
208. García Manzanedo H. (1983). *Manual de Investigación Aplicada en Servicios Sociales y de Salud*. México DF: La Prensa Médica Mexicana, 1983.
209. Gamella JF. Las rutinas del yonqui: Un modelo cognitivo de la vida diaria de los heroínomanos españoles. *1ª Jornada Nacional sobre Programas de Intercambio de Jeringuillas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid, 1997.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

En este manual los términos consumidor, usuario de drogas y drogodependiente se utilizan con equivalente significado para referirnos a aquellas personas que usan, utilizan, consumen o abusan de drogas ilegales, principalmente heroína y cocaína, independientemente de la vía de consumo. Cuando sea necesario hacer referencia a la vía de consumo se utilizarán las siguientes expresiones:

Inhalador: se refiere a la persona que consume heroína o cocaína en forma de base, inhalando los vapores de la sustancia tras calentarla y aspirar el vapor desprendido por volatilización. La absorción al torrente sanguíneo se realiza así a través de la mucosa pulmonar, por lo que algunos autores utilizan la expresión vía mucosa, pulmonar o respiratoria. El término fumador se utilizará con el mismo significado. Las expresiones fumar en plata, hacerse un chino o simplemente hacer plata aluden a la misma situación.

Esnifador: se refiere a la persona que consume heroína o cocaína en forma de base, aspirando la sustancia por las fosas nasales en forma de polvo o aerosol para su posterior absorción a través de la mucosa nasofaríngea.

Inyector: se refiere a la persona que consume heroína o cocaína en forma de sal disuelta en agua por vía inyectada, también llamada parenteral. Aunque teóricamente la vía inyectada puede ser intramuscular, subcutánea o intravenosa, en general los consumidores utilizan esta última. También se suelen utilizar las expresiones UDI o UDVP.

Acercamiento: traducción al castellano de la expresión anglosajona "outreach". Es un método inspirado de la educación sanitaria y de los servicios de salud y sociales dirigidos a poblaciones marginales, fundamentado en las intervenciones comunitarias y etnográficas. En general realizan su trabajo en el terreno de otros.

Acido cítrico/Acido ascórbico: sustancia acidificante que se añade a las drogas en forma química de bases para convertirlas en sales y así hacerlas solubles para que se disuelvan en agua y sean inyectables.

Benzodiacepinas: familia de medicamentos, generalmente llamados tranquilizantes entre los que se encuentra el Valium, Tranxilium, Trankimazim, etc.

Bombeo: práctica habitual entre los inyectores (particularmente de cocaína) que consiste en extraer e inyectar sangre repetidamente, una vez que la solución ya sido inyectada en vena, con el objetivo de garantizar que ningún resto de droga quedará en la jeringa.

Buprex: nombre comercial de la buprenorfina

Consumidor: persona que consume drogas ilegales por cualquier vía.

Counseling: asesoramiento o consejo asistido que suele realizarse asociado a la prueba del VIH, pero que es apropiado para cualquier otro trastorno de la salud.

Crack: forma base de la cocaína. En el Estado Español muchos usuarios suelen llamarla base o basuco.

Chino (Hacerse un): acción de inhalar heroína o cocaína en forma base.

Drogodependiente: persona con dependencia física o psíquica a drogas ilegales.

Frontloading/Backloading: método de compartir drogas utilizando dos jeringas, en la que una trasvasa parte de la solución a la otra. El itinerario de trasvase hacia la jeringa receptora puede realizarse a través de su parte anterior (frontloading) o posterior (backloading).

Fumar en plata: acción de inhalar heroína o cocaína en forma base.

Fumador: persona que consume drogas por vía fumada (también llamada inhalada).

Hemostasia: interrupción, espontánea o artificial de una hemorragia.

Kit: paquete que contiene una jeringa, agua destilada, toallitas de alcohol y a veces un preservativo.

Opiáceos: familia de medicamentos, naturales o de síntesis, con efectos similares a los de la morfina (heroína, codeína, metadona, etc.).

Outreach: expresión anglosajona traducida al castellano por acercamiento.

Petting: todo tipo de práctica sexual que no incluye el coito anal y vaginal.

Quinquillero: persona mitad paya y mitad gitana que comercia en los poblados de la droga.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

BDN: Bola de nieve: metodología multiplicativa

CA: Cooperative Agreement.

CAD: Centro de Atención para el Drogodependiente.

CAT: Centro de Atención a la Toxicomanía.

CDs: Consumidores de Drogas.

CMR: Consumo de menos riesgo.

CSM: Centro de Salud Mental.

EPS: Educación para la Salud.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

GAO: General Accounting Office.

ICA-RR: Intervenciones Comunitarias de Acercamiento para la Reducción de Riesgos.

INT: Instituto Nacional de Toxicología.

LAAM: Levo Alpha Acetil Metadol.

NIDA: National Institute on Drug Abuse

OMS: Organización Mundial de la Salud.

NADR: National AIDS Demonstration Research.

PIJs: Programas de Intercambio de Jeringas.

PMM: Programa de Mantenimiento con Metadona.

PPD: Purified Protein Derivate.

PRD: Programa de Reducción de Daños.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SNC: Sistema Nervioso Central.

TCMR: Talleres de Consumo de Menos Riesgo.

TSMS: Talleres de Sexo Más Seguro.

UDs: Usuarios de Drogas.

UDIs: Usuario de Drogas Inyectadas.

UDVP: Usuario de Drogas por Vía Parenteral.

VHB: Virus de la Hepatitis B.

VHC: Virus de la Hepatitis C.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

