

BOLA DE NIEVE:

GUIA PARA LA FORMACION DE USUARIOS/AS
DE DROGAS COMO AGENTES DE SALUD



BOLA DE NIEVE

**GUÍA PARA LA FORMACION DE
USUARIOS/AS DE DROGAS COMO
AGENTES DE SALUD**

Dirección y Coordinación
Gloria García Lalinde (Grupo GID)

Autores/as
Gloria García Lalinde
Eva Gutierrez Hernanz
Luis Morante Saboya



Edita
Grupo GID
Glorieta de Bilbao nº1
28004 Madrid
www.grupogid.org

Autores: Gloria García Lalinde,
Eva Gutiérrez Hernaz
y Luis Morante Saboya

Diseño Portada: Héctor Rodríguez Agramonte

Maquetación: Yolanda Manjón Dones

Impresión: DINCOLOR

Depósito Legal:

Agradecimientos

Al Plan Nacional sobre el SIDA, a la Comisión Europea, a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, al Plan Regional de Sida de Castilla La Mancha, a la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, a los Ayuntamientos de Torrejón de Ardoz, Alcalá de Henares, Alcorcón, Alcobendas y San Sebastián de los Reyes (Madrid) y Albacete y Talavera de la Reina (Castilla La Mancha).

A la organización Modus Vivendi, a Eelco Otter (MDHG, Holanda) y Cas Barendregt (NIAD, Holanda), al Comité Ciudadano AntiSIDA de Madrid, a Maite Manzanera, a las Doctoras Concha Colomo, Isabel Corella y M^a Jesús Gascón.

A los técnicos de los equipos de atención a las drogodependencias de Alcalá de Henares, Torrejón de Ardoz, Alcobenda y San Sebastián de los Reyes (Madrid) y Talavera de la Reina (Toledo).

A todos los Agentes de Salud.

INDICE

Prólogo	9
Introducción	11
Bola de Nieve. Guía metodológica.	23
Fases del Bola de Nieve	25
Los recursos humanos: coordinadores, educadores y Agentes de Salud	61
Algunas cosas a tener en cuenta	72
Bola de Nieve. Guía Didáctica del taller para agentes de Salud.	89
Introducción	91
Sesiones del Taller de Formación	93
Algunos problemas a resolver	135
Anexos	
Compromiso de acuerdo	141
Cuestionarios de evaluación de las sesiones	145
Evaluación del proceso	159
Evaluación del Impacto	163
Encuesta Bola de Nieve	171
Bibliografía	195

PRÓLOGO

La operación Bola de Nieve es un programa de prevención del Sida, de las hepatitis y de los riesgos análogos, basado en la participación activa de usuarios de drogas (UD). La idea original, fruto de una idea del Doctor Jean-Pierre Jacque, consiste en reclutar a (ex)-UD para llevar a cabo una labor de prevención de proximidad, con el fin de que hablen con otros usuarios, sobre el Sida, las hepatitis y de los distintos modos de protegerse.

El proyecto se basa en una participación activa de los UD, desde la concepción del proyecto a su ejecución y evaluación. Ya no son sólo un público destinatario de la prevención, son cooperantes y sólo podremos decir que el proyecto se va a elaborar si contamos con su experiencia y les escuchamos. Así pues, en el trabajo damos prioridad a la relación: una relación diferente a la relación terapéutica, se trata de una relación de partenariado en la que se intercambian "conocimientos"; una relación de trabajo y confianza en la que los usuarios son considerados como personas responsables (cosa que para muchos es algo que no sienten desde hace tiempo). La prevención se convierte en un pretexto para el encuentro, y se corren riesgos por ambas partes.

El hecho de trabajar con UD seropositivos por el virus de la hepatitis o por el virus del Sida cambia totalmente el significado del mensaje y la manera de difundirlo: no podemos poner el Sida y la hepatitis en el mismo discurso, ya que la persona que ya estuviera contaminada, representaría en cierta medida el fracaso ante un mensaje preventivo. La prevención "ideal" (vivir sin Sida, vivir sin drogas, vivir sin riesgos) se convierte de este modo en la prevención "posible": vivir con el Sida, vivir con las drogas, vivir con riesgos, vivir con otros lo que les diferencia de nosotros mismos. Lo que nos parece que merece la pena destacar aquí, es el cambio de dinámica que se ha producido: hemos pasado de una lógica que consiste en convencer a la gente sobre la existencia de un problema y de cómo evitarlo a continuación, a una lógica según la cual, a partir de un hecho reconocido e identificado como un problema por los mismos usuarios, se puede construir una acción conjunta. Se trata de un proceso complejo que hay que volver a lanzar continuamente, sin que llegue a ser repetitivo.

Los cinco retos de "Bola de Nieve":

Ciudadanía: El primer reto es, reconocer que el uso de drogas y la adopción de riesgos que va unida, pueden tener un sentido para el individuo, aunque no sea consciente de ello. Esto implica reconocer al usuario como un todo, reconocer su dignidad y su humanidad como tal.

La palabra: El segundo reto consiste en rescatar el valor de la palabra, de abrir un espacio donde se puedan hacer preguntas, escucharles, dejarse hacer preguntas y construir, a continuación, la " Bola de Nieve ".



Salud: El tercer reto consiste en atraer el interés de los UD, que hasta ahora se ha visto exclusivamente centrado en las sustancias y su uso, hacia la noción de Salud. Pero no la Salud estadística del cuerpo, que ha sido objeto de manipulaciones técnicas, sino más bien sobre la salud del cuerpo vivido y del cuerpo simbólico.

Acceso a los medios: El cuarto reto consiste en volver a cuestionar explícitamente la estructura existente y exigir el acceso a los medios de prevención, a los medios de protección: cuidados médicos básicos, material de inyección esterilizado, Seguridad Social, vivienda, paternidad,... La información y los medios creados como apoyo a la prevención, a veces se convierten, al mismo tiempo, en soportes y pretextos para el intercambio oral.

Reconocer la subjetividad: ¿Cómo se puede trabajar con los activistas o trabajadores temporales evitando que hagan caso omiso y enmudezcan a los demás? ¿Cómo es posible trabajar con ellos sin que uno mismo se quede sordo?

En esto consiste todo el arte de los animadores de "Bola de Nieve", ya que tienen que mantener un equilibrio, inestable y dinámico a la vez, entre una información clara y precisa sobre la prevención y la radical imposibilidad de llevar una vida sin riesgos, controlada en todo momento. La labor de los animadores implica, por lo tanto, cierta renuncia al "Saber", a la ciencia como tal, a sus efectos que esconden cierto narcisismo, ya que no consiste en una cuestión de transmisión de conocimientos.

Por lo tanto hay que aprovechar cada vez que un encuestador nos ofrezca la posibilidad de replantearnos el lugar y el sentido de la verdad: replantearnos si la persona encuestada dice o no la verdad, si la encuesta ha sido cumplimentada o no por el encuestador, el margen que existe entre lo que se dice o enseña y lo que en realidad se hace o no se hace, la verdad que esconden las estadísticas, en definitiva, la realidad misma que nunca se puede explicar, vivir o predecir de forma tan simple.

Una prueba más de la riqueza de "Bola de Nieve" es sin duda el proceso que el proyecto Europeo ha permitido desencadenar entre los países y las ciudades y sobre todo entre los profesionales y los usuarios que han participado en esta aventura colectiva, de la cual esta nueva "Guía Bola de Nieve" es una clara ilustración.

Si podemos orgullecernos de haber facilitado el inicio de esta dinámica, cabe reconocer, una vez más, que todo esto no existiría sin haber asociado, escuchado, devuelto la palabra a los usuarios que han permitido la eclosión de nuevas "bolas de nieve" en muchos otros países. Por lo cual proponemos que, para la próxima publicación sobre este proyecto, ofrezcamos a un usuario la responsabilidad de escribir el prólogo para mantener vivo el espíritu de "Bola de Nieve", y evitar a esta publicación el riesgo de terminar como "Bola de Papel"...

Alexis Goosdeel

Lisboa, Abril de 2004



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

Los programas de Reducción de Daños del Grupo GID (denominados genéricamente -Riesgos +Salud) llevan funcionando desde 1994. Gran parte de las estrategias que hemos desarrollado tienen como componente principal la participación activa de usuarios o ex-usuarios de drogas (contratados por la entidad o como voluntarios) en el análisis de la realidad y en el desarrollo y evaluación de los programas. Desde 1997 hemos organizado una serie de acciones participativas estructuradas integrando progresivamente el conjunto de métodos que ahora englobamos bajo la denominación de **Operación Bola de Nieve**.

Bola de Nieve es originariamente una estrategia desarrollada por la organización belga *Modus Vivendi*. Con el apoyo de la Comisión Europea, *Modus Vivendi* organizó en Bruselas (1997) un seminario cuyo objetivo final era facilitar la puesta en marcha de operaciones Bola de Nieve en distintos países del sur de Europa. Participamos en este seminario varias asociaciones procedentes de Francia, Italia, Grecia, Bélgica y España. Las entidades participantes nos comprometimos a adaptar la estrategia Bola de Nieve a las realidades de nuestros países y a nuestras diversas formas de trabajar. El Grupo GID realizó su primera operación Bola de Nieve en 1998 en Torrejón de Ardoz (Madrid). Un segundo seminario en Atenas (1999) nos ayudó a consolidar nuestras actuaciones. Desde entonces, el Grupo GID ha desarrollado decenas de acciones participativas con usuarios de drogas inspiradas en mayor o menor medida en el método Bola de Nieve.

¿EN QUÉ CONSISTE BOLA DE NIEVE?

Una operación Bola de Nieve, tal y como la ha desarrollado el Grupo GID en los últimos años, consiste básicamente en transmitir a colectivos de usuarios de drogas información sobre la salud y los riesgos del consumo, a través de

las acciones de un pequeño grupo de usuarios de drogas que han recibido un curso de formación como Agentes de Salud¹.

Se dirige a aquellos usuarios de drogas más vulnerables y más alejados de los recursos sociosanitarios, como pueden ser consumidores en activo que no están en tratamiento de su drogodependencia, minorías étnicas (comunidad gitana, inmigrantes...), jóvenes que se inician en el consumo inyectado de drogas, personas que ejercen la prostitución, personas sin hogar, usuarios de drogas seropositivos, etc. Son colectivos que en muchos casos están peor informados, corren más riesgos y reciben menos atención sociosanitaria.

Una operación Bola de Nieve tipo se desarrolla habitualmente de la siguiente manera:

- ✓ *Análisis de la realidad:* Analizamos los problemas de salud del colectivo de consumidores de drogas con el que queremos contactar. Decidimos qué información queremos transmitir. Contactamos con los recursos sociosanitarios que vamos a promocionar o que nos pueden apoyar.
- ✓ *Contacto y selección de Agentes de Salud:* Contactamos con consumidores de drogas en activo o con usuarios de programas de metadona que procedan del colectivo con el que queremos contactar (comunidad gitana, seropositivos, jóvenes...) o tengan fácil acceso a la población diana. Seleccionamos a los candidatos que participarán en los cursos de formación.
- ✓ *Formación de Agentes de Salud:* Los usuarios de drogas seleccionados son formados como Agentes de Salud. Se realiza a través de talleres y sesiones informativas. Algunos bloques temáticos habituales en los cursos de formación son: Breve historia de la Reducción de Daños; Consumo de menos riesgo; ABC del VIH/SIDA; Hepatitis y Tuberculosis; Sexo Seguro; Información para Seropositivos, Recursos Comunitarios.

1. García Lalinde G. (1999) "Proyecto Bola de Nieve para la reducción de riesgos entre usuarios de drogas". V Congreso Nacional sobre SIDA. Libro de Ponencias. Santiago de Compostela. Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA).



- ✓ *Acciones de los Agentes de Salud:* Contactan con otros consumidores, informan, derivan y apoyan. A través de una encuesta, recogen información sobre la salud, los riesgos y hábitos de las personas con las que contactan. Promocionan recursos comunitarios. A veces, participan en la elaboración de folletos, carteles y otros materiales informativos dirigidos a otros consumidores de drogas.

El método Bola de Nieve, tal y como aquí lo presentamos, recoge varias influencias de otros modelos y marcos teóricos. Muchos de los conceptos que manejamos proceden de los enfoques clásicos de la Mediación Social, la Educación para la Salud y la Intervención Comunitaria. Además, el método Bola de Nieve se enmarca dentro de la filosofía más general de las estrategias de Reducción de Daños y Riesgos. Sin duda, nuestros modelos más relevantes han sido otros ejemplos europeos de participación de usuarios y/o ex-usuarios de drogas como Agentes de Salud.

Hay que citar como referentes a las Junkie Unions o asociaciones de "yonkis" holandesas (desde 1970) y a la experiencia de ASUD (Auto Support Usagers de Drogues), asociación de usuarios de drogas que actúa en Francia desde 1992. Más directamente, nos hemos formado con y hemos asumido los modelos de "Apoyo entre Iguales" difundido por el Instituto Holandés de Alcohol y Drogas (NIAD) (Mol et al., 1992; Trautmann, et al., 1994) y muy especialmente, puesto que es el modelo que hemos asumido, el método Bola de Nieve desarrollado por la organización belga Modus Vivendi desde 1988 (MODUS VIVENDI, 1995, 1999)².

Desde 1990 aproximadamente se han llevado a cabo en nuestro país muchas otras acciones en las que participan usuarios o ex-usuarios de drogas como Agentes de Salud, previas o paralelas a nuestra propia experiencia. Todas ellas nos han aportado y enriquecido. De todas ellas nos sentimos deudores y agradecidos. Queremos recordar especialmente el trabajo de los primeros Comités AntiSIDA que, desde el principio, con escasos medios y mucho coraje pusieron en marcha programas de reducción de daños a través de Agentes de Salud.

2. García Lalinde, G. Participación de usuarios de drogas como agentes de salud en programas de reducción de daños y prevención de VIH/SIDA. En Revista Española de Drogodependencias, Vol. 27, nº3. AESED, Valencia 2002.

LAS ESTRATEGIAS DE APOYO ENTRE IGUALES

La educación a través de Agentes de Salud (educación inter pares) como estrategia para el cambio del comportamiento se basa en teorías bien conocidas, como la Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986), la Teoría de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975), la Teoría de la difusión de la información (Rogers, 1983) y otras. La educación inter pares se ha aplicado en muchas áreas de la salud pública, como educación sobre nutrición, planificación familiar, consumo de drogas y prevención de la violencia. Sin embargo, en el campo del VIH/SIDA la educación inter pares destaca por la frecuencia de ejemplos de aplicación en la documentación internacional reciente sobre salud pública.

Durante la ejecución del Programa de Prevención y Control del SIDA (AIDSCAP) de Family Health Internacional/USAID, 116 de los 195 proyectos de Comunicación para el cambio de comportamiento aplicaron la educación inter pares³.

La educación inter pares (en combinación con otras estrategias de prevención del VIH) ha resultado muy eficaz en diversas poblaciones y zonas geográficas. Distintas organizaciones de todo el mundo destacan que los programas que cuentan con la participación de iguales como agentes de salud son eficaces para:

Mejorar el acceso: Los agentes de salud tienen acceso físico y sociocultural al público beneficiario en su entorno natural sin llamar la atención, sobre todo cuando trabajan con poblaciones difíciles de acceder.

Aceptación y aprecio: La estrategia de educación inter pares es aceptada y apreciada tanto por el público beneficiario como por los miembros del programa.

3: ONUSIDA. Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas. Ginebra. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA (2000).



Comunicación: Los educadores de iguales son comunicadores eficaces y creíbles, tienen un conocimiento profundo del público beneficiario y usan un lenguaje adecuado.

Identificación: Los agentes de salud son ejemplo de conducta para fomentar la adopción de comportamientos preventivos de la transmisión del VIH.

Naturaleza participativa: La educación inter pares facilita la participación del público beneficiario en el programa. Es una estrategia capacitadora tanto para el educador como para el beneficiario.

Eficacia: La educación inter pares es eficaz en el fomento de comportamientos preventivos con respecto al VIH/SIDA y resulta poco costosa (ONUSIDA 2000).

USUARIOS DE DROGAS COMO AGENTES DE SALUD

La utilización de líderes de opinión como agentes causantes de cambio es fundamental en la filosofía de Bola de Nieve. Se definen como aquellas personas que son consideradas por un grupo social como fiables, creíbles, innovadoras y a las que la gente acudiría para pedir consejo. Estos individuos deberían tener una amplia red social para poder influir sobre un gran número de personas a través de una reacción en cadena de intercambios y discusiones de persona a persona.

Los líderes de opinión se dan en todos los colectivos sociales. A pesar de que muchos usuarios o ex-usuarios de drogas que actúan como Agentes de Salud cumplen las características mencionadas, es habitual encontrarnos con ciertas resistencias a permitir que participen activamente a lo largo de todo el desarrollo y proceso de una operación Bola de Nieve. Estas opiniones de "resistencia" provienen de una actitud previa por la que a este colectivo se le considera "inmaduro", irracional o poco cualificado para participar en la toma de decisiones serias y responsables que implican la puesta en marcha de un programa de estas características.

Los documentos y acuerdos internacionales y nacionales muestran que nos encontramos ante el difícil proceso de transferir el control de la promoción y educación para la salud a las comunidades locales y, por ende, a sus ciudadanos (protagonistas reales). De este modo, las administraciones tienen que ceder parte del control directo que ejercen sobre los diferentes colectivos a los que se dirigen las políticas sanitarias, y esforzarse en que dichos colectivos participen en los programas de planificación y prevención o intervención.

Por otra parte, corremos el riesgo de caer en lo que Hart (1992) ha llamado la "manipulación" y el "falso favoritismo", donde estos colectivos, lejos de convertirse en protagonistas de su cambio, pasan a ser meros ornamentos del proceso político. No se trata sólo de dar una voz, sino también permitir que se responsabilicen de su propia salud. La educación entre iguales apunta de forma directa a esta creciente participación y poder; para conseguir esto, los Agentes de Salud también necesitan del apoyo y orientación de personal técnico y de administraciones que les respalden en sus actuaciones.

Lo que distingue la Educación entre Iguales de otros tipos de participación social es que a los educadores se les otorga el papel de "expertos" respecto a sus iguales y "agentes causantes del cambio" en los temas sociosanitarios pertinentes (VIH/SIDA, sexualidad, uso de drogas, etc.), en los que se han formado. A través de su intervención y actuación pretenden generar un cambio en los conocimientos, actitudes, normas, creencias y comportamiento de sus iguales. Igualmente, como su función es la de suministrar información y contestar a las dudas y preguntas de su grupo de iguales, tienen que contar con la formación e información correcta, sintiéndose seguros en su papel de "expertos" frente a su grupo de referencia. Los Agentes de Salud, en su papel como expertos y agentes de cambio, informan sobre aspectos personales y complejos relacionados con la esfera más íntima de las personas y tienen la responsabilidad y el compromiso de contestar con información veraz y actualizada, o de derivar y referir a los profesionales adecuados. Además, deben respetar la confidencialidad de la información recibida y soportar ciertas presiones.

Según nuestra propia experiencia, las estrategias que cuentan con la participación activa de usuarios de drogas como educadores de iguales han resultado ser muy eficientes a la hora de:



- * Transmitir eficazmente información concreta entre colectivos específicos de usuarios de drogas. La información sobre VIH/SIDA, uso de drogas con menos riesgo, hepatitis, tuberculosis, etc. es de gran interés para los consumidores de drogas, puesto que gira sobre temas que afectan intensamente sus vidas. Es importante que los Agentes de Salud "se apropien" de la información, la hagan suya, si pretendemos que la transmitan con credibilidad a sus iguales.

- * Promocionar recursos sanitarios y sociales entre diversos colectivos de usuarios de drogas. Los agentes de salud son los mejores difusores de información sobre recursos entre los usuarios de drogas. Sin embargo, conseguir que esos recursos sean utilizados de forma estable en el tiempo por los usuarios de drogas no depende sólo de los Agentes de Salud. Los recursos comunitarios deben hacer también un esfuerzo por acoger a los usuarios de forma adecuada y por entender sus necesidades. Es importante realizar una labor de sensibilización comunitaria previa a la acción de los Agentes de Salud, mantener una relación fluida con los recursos sociosanitarios e implicarlos en la evaluación de todo el proceso.

- * Contactar con poblaciones "invisibles" de usuarios de drogas. Trabajar con Agentes de Salud es un método muy eficaz para dirigir información específica a un colectivo muy concreto de consumidores de drogas. Colectivos con necesidades especiales y difíciles de contactar por los técnicos, como usuarios de drogas seropositivos, usuarias/os que ejercen la prostitución, jóvenes inyectores, gitanos consumidores de drogas inyectadas, etc. pueden ser más fácilmente localizados por los Agentes de Salud.

- * Mejorar la autoestima y la calidad de vida de los propios Agentes de Salud. Actuar como Agente de Salud es saludable para los consumidores de drogas. Es fácil que se produzca una mejora en la autoestima, por cuanto se participa en un proyecto que se vive como propio, donde se respeta y se potencia la participación y aportaciones de todos, donde se da y se recibe información significativa y donde se pueden desarrollar acciones concretas de apoyo entre iguales.



Asimismo, poseer una información de calidad sobre salud y sobre recursos comunitarios puede mejorar la calidad de vida de los propios Agentes de Salud.

- * Facilitar el cambio de actitudes y comportamientos en los destinatarios y en los Agentes de Salud. Esto requiere implementar métodos adecuados para trabajar actitudes y valores. (García Lalinde, 2002).

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS

Llamamos reducción de riesgos a todas las acciones individuales y colectivas de carácter médico o social tendentes a disminuir los efectos negativos asociados al consumo de drogas", según la definición clásica de A. Mino. Frente al modelo tradicional basado en la abstinencia, la reducción de riesgos se dirige a consumidores de drogas en activo que no quieren o no pueden dejar el consumo. Sus objetivos se centran en contactar con el mayor número de consumidores y disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas. Hay un importante consenso sobre las características que facilitan la consecución de estos objetivos:

- ✓ Adaptarse a las necesidades de los usuarios de drogas en lugar de pretender que éstos se adapten a la oferta asistencial.
- ✓ Promover modelos de búsqueda y acercamiento al usuario de drogas.
- ✓ Ofrecer información realista de las drogas, sus usos y sus problemas y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo.
- ✓ Promover la responsabilización y la participación de los usuarios de drogas como ciudadanos.
- ✓ Intervenir en la comunidad para conseguir un acercamiento más racional y objetivo al problema de las drogas. (Documento de Consenso sobre Reducción de Daños, Barcelona, julio de 2000).



Los programas de reducción de riesgos se han centrado en disminuir la transmisión del VIH y otras enfermedades como las hepatitis desde una perspectiva cercana a la de Salud Pública, así como en mejorar la salud de los consumidores. Sin embargo, la reducción de riesgos abarca una serie de aspectos no sanitarios que vienen a buscar soluciones a algunos de los problemas planteados por el modelo tradicional anterior. Así, se pretende aumentar la capacidad de contacto de los recursos asistenciales con el colectivo de usuarios, lo que pasa por "acercarse" a los consumidores a través de distintas estrategias, así como por flexibilizar la oferta asistencial, puesto que los usuarios de drogas son diferentes y es necesario ofrecer un abanico de soluciones posibles adaptadas a las distintas necesidades. También se pretende luchar contra la exclusión y disminuir la delincuencia asociada al consumo y la conflictividad personal y social.

Bola de Nieve se inserta en el marco conceptual de los programas de reducción de riesgos y asume todos sus objetivos. Es una estrategia participativa más dentro de la filosofía de la reducción de riesgos, que promueve la participación de los propios consumidores de drogas en el diseño y ejecución de los programas creados para responder a sus necesidades.

BOLA DE NIEVE

GUÍA METODOLÓGICA



ALGUNOS ASPECTOS METODOLÓGICOS _____

A continuación vamos a desarrollar cada una de las fases de una operación Bola de Nieve tipo, tal y como la hemos estructurado y puesto en práctica desde 1998. Las operaciones Bola de nieve que ha realizado el Grupo GID se han ubicado en localidades y municipios de tipo medio (Torrejón de Ardoz, Alcorcón, Alcalá de Henares y Alcobendas/San Sebastián de los Reyes en Madrid; Albacete y Talavera de la Reina en Castilla La Mancha) y, a excepción de las realizadas en Alcorcón y Talavera, se han puesto en marcha dentro de un programa más amplio y estable de reducción de daños y riesgos (programa Menos Riesgos Más Salud). Bola de Nieve es una acción delimitada en el tiempo cuya duración no va más allá de un año, por lo que para explotar toda su potencialidad es importante que se realice en el marco de un programa de continuidad, de forma que Bola de Nieve pase a ser una estrategia más dentro de las acciones de un programa estable.

Sin embargo, y tomando las debidas precauciones, Bola de Nieve se puede desarrollar como una actuación única y puntual, como las dos operaciones realizadas en Talavera de la Reina. En estos casos hay que reforzar la coordinación comunitaria. Asimismo, la estrategia Bola de Nieve se puede adaptar a otras localidades y a otro tipo de colectivos marginales, no necesariamente consumidores de drogas.

A lo largo de esta Guía ya se han ido detallando algunos de los diferentes marcos teóricos y metodológicos en los que se inspira la estrategia Bola de Nieve. Además, hay que destacar que partimos de métodos de intervención comunitaria (como veremos posteriormente) y de los modelos clásicos de la Mediación Social y Educación para la Salud. En cuanto a la relación educador-usuarios de drogas, nos basamos también en algunos modelos procedentes de la educación social, especialmente en el modelo de

competencia, que concibe la ayuda como un proceso orientado al crecimiento y el desarrollo personal, de forma que se vaya reduciendo progresivamente la necesidad de ayuda.

Bola de Nieve asume también el concepto de Interdisciplinariedad: Cada uno de nosotros (técnicos, Agentes de Salud, profesionales de los recursos sociosanitarios, otros afectados...) "ilumina" una faceta de la realidad que queremos describir (en este caso el fenómeno del uso de drogas y sus riesgos). El enfoque interdisciplinar pretende integrar estas percepciones (que pueden ser muy diferentes e incluso parecer contrapuestas) para obtener una visión global y poliédrica de la realidad a analizar. Nuestra interpretación del término "interdisciplinar" es laxa, puesto que incluimos la consideración de los usuarios de drogas como "expertos", lo que se traduce en integrar sus percepciones y conocimientos en la planificación de la operación.

Por último, hay que tener en cuenta que la metodología no ha de ser estática: continuamente hemos de revisarla, mejorarla, detectar defectos, hacerla dinámica y consistente. Esto requiere una revisión continua de técnicas, métodos, indicadores, escalas, modelos... Una de las ventajas de Bola de Nieve es su flexibilidad a la hora de incluir diversos métodos o aplicaciones que provienen del campo de las ciencias sociales.

La operación Bola de Nieve se desarrolla en varias fases que vamos a ir analizando en los próximos apartados:

- 1.- *Análisis de la Realidad*
- 2.- *Objetivos de Bola de Nieve*
- 3.- *Diseño de la Encuesta*
- 4.- *Captación de Agentes de Salud*
- 5.- *Selección de Agentes de Salud*
- 6.- *Normas de Bola de Nieve*
- 7.- *Curso de Formación*
- 8.- *Acciones de los Agentes de Salud*
- 9.- *Evaluación*
- 10.- *Los resultados de las Encuestas*
- 11.- *El informe Bola de Nieve*



LA DIMENSIÓN COMUNITARIA

Bola de Nieve es una estrategia comunitaria. El programa se considera parte de un sistema más amplio en el que intervienen otros recursos comunitarios y se busca la complementariedad con estos recursos. Se persigue que sea la propia comunidad la que enfrente sus problemas a través de la implicación activa de la red social y de los propios destinatarios de la ayuda. Partimos de puntos de vista plurales para encontrar objetivos comunes y soluciones aceptables para la comunidad en la que se desarrolla la operación.

Así, la coordinación con el tejido comunitario es esencial durante todo el proceso, siendo especialmente intensa en las primeras fases de la operación, en las que es necesario implicar a los recursos comunitarios (especialmente dispositivos de atención a drogodependientes, asociaciones afines...) en el análisis de la realidad y determinación de prioridades.

Entre los objetivos de Bola de Nieve suele estar promocionar algunos recursos específicos desconocidos o infrautilizados por el colectivo de usuarios de drogas. Durante la fase de Acciones de los Agentes de Salud, éstos asumen ese objetivo, así como los de proporcionar información sobre la red asistencial y derivar a los recursos adecuados cuando sea necesario. Por tanto, el contacto con los recursos comunitarios (sobre todo los específicos de drogas y aquellos que están siendo promocionados) continúa a lo largo de toda la operación.

Por último, una vez finalizada la acción, es necesario involucrar al tejido comunitario en la evaluación de los resultados y, si procede, en el diseño de nuevas actuaciones.

Paralelamente, Bola de Nieve pretende sensibilizar a la comunidad sobre la necesidad de programas de reducción de riesgos y contribuir a mejorar la imagen social de los usuarios de drogas. La presencia y actuación de los propios usuarios de drogas en todas las fases del proceso (análisis de la realidad, determinación de objetivos, acciones y evaluación) cierra el círculo de la participación comunitaria.



1.- ANÁLISIS DE LA REALIDAD

En todo proyecto hay una fase fundamental: *El análisis de la realidad*. Se trata de comprender e interpretar la realidad donde vamos a desarrollar nuestra acción y de identificar las necesidades de la población en la que queremos intervenir. El análisis de la realidad nos permite detectar problemas y determinar si podemos intervenir sobre tales problemas, así como las estrategias más adecuadas para hacerlo. Una operación Bola de Nieve, tal y como aquí la presentamos, se desarrolla habitualmente en el seno de un programa de reducción de daños y riesgos estable dirigido a usuarios de drogas, por lo que el análisis de la realidad se referirá a la situación de los consumidores de drogas y usuarios de programas de metadona del municipio o localidad donde trabajamos. Nos va a interesar especialmente su situación sociosanitaria y la frecuencia de conductas de riesgo en el consumo de drogas y relaciones sexuales, así como el conocimiento y utilización de los recursos comunitarios.

En el análisis de la realidad deben intervenir los recursos comunitarios (especialmente los relacionados con la atención a drogodependientes), el equipo completo de Bola de Nieve y los propios consumidores de drogas. La información que obtenemos puede provenir de fuentes diversas. Los servicios de epidemiología, los planes autonómicos y municipales de drogas, los propios ayuntamientos y los centros de atención a drogodependientes suelen tener datos precisos sobre lo que nos interesa. Los datos que recogemos de nuestro propio programa de reducción de daños serán cruciales, así como la información que nos proporcionen los usuarios. Si contamos con Agentes de Salud de operaciones anteriores, nos pueden aportar información útil. Otras entidades que trabajan en la zona con drogodependientes y otros programas de reducción de daños nos pueden facilitar datos significativos, al igual que asociaciones y recursos que trabajan con colectivos específicos (comunidad gitana, seropositivos, prostitución...). Personas clave de la comunidad (mediadores, educadores, trabajadores sociales...) con una especial implicación en la realidad que nos ocupa pueden tener también información relevante.

Una vez detectados los problemas y dificultades que presenta el colectivo con el que queremos intervenir hay que ordenar la información para:



- fijar prioridades
- en forma de objetivos alcanzables
- a partir de los recursos disponibles

El análisis de la realidad determina los objetivos de la intervención y las estrategias más adecuadas para alcanzar esos objetivos, seleccionando de entre multitud de realidades unas pocas que sean prioritarias, que puedan ser controladas y sobre las que nuestra intervención pueda ser eficaz. Bola de Nieve será una estrategia adecuada cuando detectemos:

- Graves lagunas y carencias en la información sobre salud que manejan los consumidores de drogas, especialmente en áreas como el VIH/SIDA, hepatitis y otras infecciones de transmisión sexual, así como en comportamientos sexuales y de consumo de drogas que entrañan riesgos para la salud.
- Desconocimiento o infrautilización de los recursos sociosanitarios por parte de los usuarios de drogas.
- Persistencia de conductas de riesgo en el consumo de drogas o en la actividad sexual que puede ser debida a una información inadecuada.
- Falta de contacto con colectivos concretos de consumidores de drogas (inmigrantes, gitanos, consumidores de crack...) y desconocimiento de las dificultades sociosanitarias que pueden estar atravesando.

Nuestra propia intervención nos dará nueva información sobre la realidad en la que trabajamos. El análisis de la realidad no es sólo una fase que se realiza al inicio de la intervención. Más bien, constantemente estamos recibiendo nueva información y reajustando el análisis de la realidad a lo largo de todo el proceso.

2.- OBJETIVOS DE BOLA DE NIEVE

Los objetivos del programa son los logros que queremos alcanzar. Nuestros objetivos deben ser claros y, sobre todo, coherentes con el análisis de la realidad que hemos realizado en la fase anterior.

Los objetivos generales formulan de forma global aquello que queremos conseguir. Habitualmente, cada objetivo general da lugar a varios objetivos específicos.

- ✓ Los objetivos generales de una operación bola de Nieve tipo se suelen plantear de la siguiente manera:
- ✓ Proporcionar a un determinado colectivo de usuarios de drogas información que facilite la adopción de prácticas preventivas y la disminución de prácticas de riesgo en relación con la conducta sexual y el consumo de drogas.
- ✓ Obtener información sobre la salud, la situación social, las conductas de riesgo y los hábitos de un determinado colectivo de usuarios de drogas.

Los **objetivos específicos** deben tener las siguientes características:

- ✓ Ser concretos.
- ✓ Realistas (los podemos llevar a cabo en la realidad en la que trabajamos y con los medios que contamos).
- ✓ Pertinentes (tienen que ver con las necesidades detectadas).
- ✓ Evaluables (se pueden medir).

Los objetivos de una operación Bola de Nieve se formulan básicamente respondiendo a tres preguntas:



- a) ¿Con quién queremos contactar?
- b) ¿Qué información queremos transmitir a ese colectivo?
- c) ¿Qué queremos saber sobre ese colectivo?

a) ¿Con quién queremos contactar?

De acuerdo con las necesidades que hemos priorizado en el análisis de la realidad, podemos tener interés en contactar con colectivos determinados de consumidores de drogas, más vulnerables, menos informados o con escaso contacto con la red asistencial. Por ejemplo, y dependiendo de la realidad concreta en que trabajemos, podemos enfocar la operación Bola de Nieve a colectivos como:

- Consumidoras de drogas que hacen sexo por dinero.
- Usuarios de drogas en la comunidad gitana.
- Usuarios que viven con VIH.
- Jóvenes inyectores.
- Consumidores de cocaína.
- Etcétera

Naturalmente, Bola de Nieve puede ir dirigida a consumidores por vía parenteral y a usuarios de drogas en general, a los que queremos hacer llegar información con una estrategia diferente a la habitual.

b) ¿Qué queremos transmitir?

Los contenidos de la información que se transmite en una operación Bola de Nieve son los clásicos de los programas de reducción de daños:

- Información preventiva y de reducción de daños y riesgos.
- Información para afectados por VIH, Hepatitis C, etc.
- Información sobre recursos sociosanitarios adecuados.
- Dónde ampliar la información recibida.

Sin embargo, podemos haber detectado aspectos que, por su urgencia, su novedad, su peligrosidad o por ser especialmente desconocidos para nuestro colectivo, aconsejan que centremos la operación Bola de Nieve en la transmisión de una información en concreto, por ejemplo:

- Riesgos del consumo de crack.
- Prevención de la transmisión de la Hepatitis C.
- Vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión sexual del VIH.
- Recursos sociosanitarios y comunidad gitana.
- Etcétera.

Así, podemos diseñar una operación Bola de Nieve dirigida a la prevención de la transmisión sexual del VIH, otra dirigida a promocionar ciertos recursos asistenciales, y otras diferentes adecuadas a las necesidades detectadas en la realidad en la que trabajamos.

c) ¿Qué queremos saber?

A través de una operación Bola de Nieve no sólo queremos transmitir información, también queremos obtener datos sobre las condiciones de vida y la información sobre conductas de riesgo que maneja el colectivo contactado. Habitualmente nos va a interesar recoger los siguientes aspectos:

- * Datos demográficos (sexo, edad, estado civil, propiedad de la vivienda, ingresos, composición familiar, nivel educativo, ocupación...).
- * Drogas consumidas, hábitos de consumo, conductas de riesgo.
- * Conducta sexual y comportamientos de riesgo.
- * Información que poseen los encuestados sobre las conductas de riesgo.



- * Situación sanitaria (VIH, Hepatitis, Tuberculosis...), conocimientos sobre estas enfermedades, tratamientos, atención sanitaria recibida.
- * Conocimiento y utilización de recursos comunitarios.

Obtenemos toda esta información a través de una encuesta que hay que diseñar o adaptar (ver el punto: Diseño de la Encuesta) una vez que hemos formulado los objetivos de la operación Bola de Nieve. Posteriormente, cada Agente de Salud será responsable de encuestar con este instrumento a diez usuarios de drogas, procedentes de su red social, o captados durante la acción. Si formamos, por ejemplo, a nueve Agentes de Salud, al final de la operación tendremos información sobre 90 usuarios de drogas del colectivo concreto al que dirigimos nuestra actuación.

Como venimos diciendo, en una operación Bola de Nieve determinada nos puede interesar conocer aspectos más específicos de la población contactada (por ejemplo, si los usuarios de drogas seropositivos siguen o no tratamiento antirretroviral o el uso que hace el colectivo gitano de la estructura asistencial para drogodependientes). Si contamos con una encuesta estándar para las operaciones Bola de Nieve que no recoge estos aspectos, habrá que adaptarla añadiendo o suprimiendo preguntas, o incluso elaborarla de nuevo.

Formulación de objetivos en una operación Bola de Nieve

Una vez que hemos contestado a las preguntas anteriores, estamos en condiciones de formular los objetivos de la operación Bola de Nieve. Veamos el caso concreto, a título de ejemplo, de una operación Bola de Nieve dirigida a consumidores de cocaína inyectada:

Objetivos generales:

- Proporcionar al colectivo de usuarios de cocaína inyectada de la localidad X información que facilite la adopción de prácticas preventivas y la disminución de prácticas de riesgo en relación con la conducta sexual y el consumo de drogas.

- Obtener información sobre la salud, la situación social, las conductas de riesgo y los hábitos de los usuarios de cocaína inyectada de la localidad X.

Objetivos específicos:

- Contactar con 100 usuarios de cocaína inyectada.
- Transmitir a los usuarios contactados información sobre cómo disminuir los riesgos del consumo de drogas en general y, especialmente, del consumo de cocaína inyectada.
- Transmitir información sobre comportamientos sexuales de riesgo, especialmente en relación con el consumo de cocaína.
- Transmitir información sobre la red asistencial y sobre los recursos donde pueden obtener más información y/o apoyo.
- Facilitar el contacto entre los recursos comunitarios y los consumidores de cocaína inyectada.
- Obtener información sobre la situación social y sanitaria de los usuarios de cocaína inyectada.
- Recoger datos de consumo de drogas y comportamiento sexual de los consumidores de cocaína inyectada.
- Obtener información sobre posibles conductas de riesgo del colectivo de consumidores de cocaína inyectada.
- Promocionar el servicio de intercambio de jeringuillas del programa X.

Básicamente, Bola de Nieve es un método de transmisión y obtención de información. No olvidamos que nuestro objetivo final al proporcionar información preventiva es modificar algunos comportamientos de riesgo del colectivo al que nos dirigimos.



Sin embargo, no debemos incluir entre nuestros objetivos propósitos tales como: "Modificar las conductas de riesgo de los usuarios de drogas" si no vamos a poder medirlos posteriormente. Es difícil medir los cambios de comportamiento de colectivos marginales y alejados de los recursos, pero podemos utilizar indicadores indirectos, tales como el aumento del número de usuarios que acuden a determinados recursos o el auto informe de los propios consumidores cuando se les pregunta si el programa Bola de Nieve le ayudó a modificar algún aspecto de su conducta. Así, podemos incluir objetivos tales como:

- ✓ Conseguir que aumente el número de usuarios de cocaína inyectada que utilizan el programa de intercambio de jeringuillas.
- ✓ Facilitar cambios de comportamiento positivos a través de la información proporcionada.

Dentro de los objetivos específicos están los objetivos operativos. Nos ayudan a estructurar el proceso de la intervención, por lo que se relacionan con las actividades que vamos a desarrollar para conseguir los resultados deseados. Ejemplos de objetivos operativos pueden ser:

- * Formar a 10 usuarios de drogas como Agentes de Salud.
- * Diseñar un folleto informativo con la participación de los Agentes de Salud.
- * Distribuir 2500 folletos informativos entre la población diana.
- * Obtener información sobre hábitos de salud de 100 usuarios de drogas, a través de las encuestas que realizan los Agentes de Salud.
- * Implicar al dispositivo de atención a drogodependientes X en la evaluación del programa.

3.- LA ENCUESTA DE BOLA DE NIEVE

Como hemos visto, entre los objetivos de Bola de Nieve está no sólo transmitir información al colectivo de consumidores de drogas, sino también obtener información sobre los conocimientos que éstos poseen sobre los temas que nos ocupan y sobre sus condiciones de vida. La recogida de información se operativiza a través de una encuesta que tenemos que diseñar o adaptar una vez definidos los objetivos de la Bola de Nieve. Los Agentes de Salud serán los responsables de encuestar a sus iguales (cada Agente de Salud se compromete a pasar una encuesta al menos a diez personas del grupo diana), por lo que deben recibir un entrenamiento específico como encuestadores.

La encuesta es una herramienta clave en la estructura del programa por su doble función:

- * Obtener datos del colectivo con el que contactamos (la función obvia de la encuesta).
- * Como objeto transaccional (según la terminología de la asociación Modus Vivendi): La encuesta es el vehículo de contacto entre el Agente de Salud y el grupo de iguales, el motivo explícito del contacto (*"Estoy participando en un programa para mejorar la salud de los consumidores de drogas ¿Te importa contestar a unas preguntas?"*).

A través de la encuesta, el Agente de Salud detecta las lagunas de información y/o las conductas de riesgo de la persona encuestada, de forma que puede proporcionarle información y derivarle en su caso a recursos adecuados. La encuesta facilita el abordaje de temas (SIDA, relaciones sexuales, consumo...) que de otra forma el Agente de Salud tendría dificultades en plantear. La realización de encuestas dota de estructura y objetivos claros a las acciones (contactar, informar y recoger información) de los Agentes de Salud.

No vamos a extendernos en esta Guía sobre los procedimientos para diseñar una encuesta, que requieren conocimientos técnicos específicos. A cambio, proponemos el modelo estándar de encuesta Bola de Nieve que utilizamos en la actualidad, a su vez adaptada de una encuesta diseñada por el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid



(ver anexo: La Encuesta). Este instrumento se puede modificar según las necesidades de cada Bola de Nieve. Sin embargo, no están de más algunas consideraciones generales:

Básicamente antes de aplicar el instrumento de encuesta debemos pasar por tres fases:

- 1.- Elaborar o adaptar la encuesta, en función de los objetivos generales y específicos de la operación y teniendo en cuenta cómo se va a realizar el análisis de datos.
- 2.- Pequeña prueba de la encuesta entre individuos del colectivo diana para realizar ajustes.
- 3.- Adiestramiento de los Agentes de Salud en la realización de la encuesta.

1.- La elaboración de la encuesta

La encuesta se conceptualiza en torno a los dos tipos de objetivos de Bola de Nieve (transmitir y recabar información): ¿Qué información queremos dar mediante el efecto Bola de Nieve? ¿Qué información queremos recibir del grupo diana? y acotando a quién va dirigida (perfil, residencia, género...).

El contenido de las preguntas de la encuesta ha de ser congruente con los objetivos de la operación y con los contenidos que se imparten en el taller de formación de Agentes de Salud, aunque podemos añadir preguntas sobre determinados aspectos que queremos conocer del grupo diana y que no aparecen en los contenidos de los cursos.

A la hora de elaborar la encuesta es importante considerar otras cuestiones: El formato de las preguntas (abierta o cerrada, si se van a usar tarjetas o dispositivos de ayuda a la respuesta...), la redacción (preguntas claras y bien formuladas), la estructura o la ordenación de las preguntas, otros elementos (escalas, códigos, anotaciones para el encuestador...).

2.- Prueba del instrumento

Consiste en pasar un prototipo de la encuesta a una pequeña muestra del grupo diana. Se realiza para asegurarnos de que todas las instrucciones son correctamente interpretadas y de que el instrumento recoge la información esperada. Con las modificaciones oportunas se construirá la encuesta definitiva.

3.- Adiestramiento de encuestadores

Antes de aplicar la encuesta, es necesario entrenar como encuestadores a los Agentes de Salud. Nos extenderemos sobre este aspecto en la sesión de adiestramiento en la encuesta (ver: Guía Didáctica de formación de Agentes de Salud).

El objetivo en esta fase es asegurarnos de que se interpretan correctamente las instrucciones y homogeneizar la forma de realizar la encuesta para que se obtengan respuestas válidas y fiables.

Una vez dados estos pasos estaremos en condiciones de utilizar la encuesta.

4.- CAPTACIÓN DE LOS AGENTES DE SALUD

Bola de Nieve se desarrolla habitualmente en el seno de un programa estable de reducción de daños, por lo que la captación de candidatos a Agente de Salud se hace principalmente seleccionando entre los usuarios del programa. También contamos con las sugerencias y aportaciones de otros recursos, como programas de educación de calle, centros de atención a drogodependientes, programas de metadona, asociaciones que trabajan con usuarios de drogas, técnicos con un buen contacto con usuarios de drogas, etc. Si vamos a trabajar con colectivos específicos, por ejemplo, con la comunidad gitana, es necesario contar con la ayuda de entidades y dispositivos específicos para esa población (asociaciones gitanas, recursos sociales...). En otros casos nos coordinaremos con recursos diferentes (Comités AntiSIDA si queremos contactar con seropositivos, o dispositivos de atención a la prostitución, para localizar a usuarias de drogas que ejercen como trabajadoras del sexo).



Este es uno de los momentos del proceso en el que se hace especialmente visible la coordinación comunitaria. Se puede captar a candidatos a Agente de Salud a través de otras vías, como anuncios en salas de espera de recursos específicos, centros de salud, ambulatorios, anuncios en revistas dirigidas a usuarios y similares, aunque nosotros nunca hemos utilizado estos procedimientos.

Si no contamos con programa propio en la localidad donde se va a desarrollar la operación Bola de Nieve es necesario intensificar todo lo posible la coordinación comunitaria, ya que la participación de los recursos sociosanitarios para entrar en contacto con posibles Agentes de Salud será imprescindible. Tendremos que conseguir el compromiso de apoyo por parte de esos recursos, especialmente de los centros de atención a drogodependencias y dispositivos de reducción de daños.

Una vez seleccionados los candidatos se les pregunta si tendrían interés en participar en un programa de educación para la salud y, si es así, se les invita a una entrevista.

5.- SELECCIÓN DE AGENTES DE SALUD

El Agente de Salud ideal para llevar a cabo una operación Bola de Nieve tendría las siguientes características:

- * Ser apreciado por su grupo de iguales, con cierto carisma en su entorno y con potencial para convertirse en un referente o modelo entre sus compañeros.
- * Una amplia red social y de contactos, no sólo con el mundo del consumo de drogas.
- * Actitud abierta, flexible y respetuosa ante otras personas, especialmente hacia sus iguales y hacia la mejora de sus condiciones de vida.
- * Habilidades asertivas y de comunicación.
- * Capacidad para trabajar en equipo.

- * Actitud receptiva, creativa e innovadora.
- * Interés por enseñar y aprender. Saber leer y escribir con una fluidez media.
- * Capacidad de empatía, sentimientos de solidaridad.

Vamos a comentar algunos aspectos relevantes a la hora de seleccionar candidatos a Agentes de Salud:

El número de Agentes de Salud: No existe una cifra idónea, pues dependerá de muchas circunstancias, pero es importante que no sean demasiados ni demasiado pocos. Un taller de formación de Agentes de Salud con más de quince personas puede ser inmanejable. Con menos de cinco Agentes de Salud corremos el riesgo de que abandonos y otros factores nos lleven a acabar sin ninguno. En las operaciones Bola de Nieve que hemos realizado el máximo de participantes ha sido catorce y el mínimo cinco.

El sexo: En la mayoría de los proyectos Bola de Nieve vamos a tener una proporción equilibrada de hombres y mujeres. Cuidar este aspecto es importante, pues el sexo va a determinar en alguna medida el posterior acercamiento de nuestros Agentes de Salud a la población diana, especialmente para hablar de determinados temas o cuestiones más íntimas como la sexualidad y el sexo más seguro, pues algunas personas se pueden sentir más cómodas con alguien de su mismo sexo. Es importante que no haya un sesgo en el colectivo contactado por los Agentes de Salud (que no contacten apenas con mujeres, por ejemplo), salvo excepciones (ver: "Los objetivos de Bola de Nieve y la selección de Agentes de Salud").

La edad: Generalmente, en el colectivo de usuarios de drogas la edad suele constituirse como una cuestión de grado y otorga al individuo más consideración frente a los demás.

El nivel educativo: La comprensión y posterior transmisión de información puede verse facilitada si el Agente de Salud tiene un buen nivel educativo. Leer y escribir con soltura es un requisito a tener en cuenta en la selección de Agentes de Salud; Sin embargo, podemos contar con Agentes de Salud con dificultades lectoescritoras si las circunstancias así lo aconsejan (ver "Los objetivos de Bola de Nieve y la selección de Agentes de Salud").



La motivación: El interés por el programa, el deseo de participar, el compromiso con las condiciones a cumplir y las actitudes positivas hacia las acciones de apoyo entre iguales son imprescindibles en un buen Agente de Salud. Nuestra experiencia nos dice que los Agentes de Salud que permanecen en los proyectos, incluso una vez finalizados, son aquellos que están movidos por razones altruistas, de solidaridad y realmente interesados en los temas y la información recibida.

La pertenencia a la red social: Otra característica importante es que el posible Agente de Salud maneje una amplia red social. En este sentido, tenemos que valorar el tiempo que el candidato lleva viviendo en el municipio, localidad o entorno en el que vamos desempeñar nuestra labor. Hay que tener en cuenta que el rol de Agente de Salud no acaba cuando finaliza la Bola de Nieve; frecuentemente seguirá actuando como tal, manifestando ciertas actitudes y conductas frente a sus compañeros, actuando como puente entre nosotros, los recursos y su grupo de iguales, o constituyéndose en referente o modelo para ellos.

El consumo de drogas: Las operaciones Bola de nieve que hemos desarrollado han ido dirigidas a consumidores de drogas en activo o a personas en tratamiento con metadona, por lo que damos por supuesto que los Agentes de Salud consumen o han consumido drogas habitualmente. Debemos valorar si el consumo actual de drogas del candidato a Agente de Salud interfiere de tal manera en su vida que imposibilita que pueda asumir las responsabilidades de su rol como educador de iguales. Por otra parte, el equipo de Bola de Nieve debe ayudar al Agente de Salud a solventar los conflictos que puedan surgir entre su papel y el consumo.

El incentivo económico

Hasta el momento no hemos abordado el tema de los incentivos. Es importante señalar que participar en una operación Bola de Nieve es motivador para muchos usuarios de drogas. Colaborar en acciones de ayuda mutua puede ser muy satisfactorio; los temas tratados y la información recibida son de alto interés para la mayoría de consumidores; en el curso de formación han podido desarrollar determinadas habilidades sociales, de comunicación o de diversa índole; participar en el programa les proporciona conocimiento de los recursos y un contacto más positivo con éstos. También



hay que considerar los beneficios secundarios, más subjetivos, que obtiene el Agente de Salud como resultado de constituirse en modelo o referente entre sus compañeros y la mejora del status personal.

Sin embargo, también se pueden ofrecer otros incentivos, como puede ser una remuneración económica simbólica, la participación en actividades de ocio y tiempo libre, oferta de ampliación de la formación, etc. La utilización de una compensación económica suele ser un asunto polémico, principalmente por el temor a que se pueda erigir como la única motivación que contemplan los Agentes de Salud para participar en el programa, cuando además se suele considerar que la "auténtica" educación entre iguales debe partir de la acción voluntaria para que sea genuina.

La otra cara de esta cuestión plantea argumentos como que en todo trabajo se recibe una compensación económica, y por lo tanto, la labor desempeñada por los Agentes de Salud también merece la misma consideración. Además, la remuneración económica confiere status social a las acciones de los Agentes de Salud. En concreto, en nuestros programas siempre se ha proporcionado un incentivo económico (250 euros actualmente), así como la posibilidad de participar en actividades de ocio y tiempo libre. Aún así, nuestra experiencia nos pone de manifiesto que, conforme se desarrolla el proyecto, comienza a tomar relevancia el trabajo de los Agentes de Salud y éstos empiezan a ver los resultados y frutos de sus intervenciones, la motivación económica va perdiendo importancia y cobran protagonismo otros aspectos más subjetivos y emocionales como la mejora de la autoestima, el sentirse útil para sus propios compañeros y el hecho de convertirse en sujeto portador de información privilegiada y de relevancia frente a la situación del resto del entorno.

Los objetivos de Bola de Nieve y la selección de Agentes de Salud

Los objetivos de la Operación Bola de Nieve concreta que vamos poner en marcha definen, a veces por encima de las consideraciones anteriores, algunos aspectos del perfil adecuado de Agente de Salud. En relación con nuestros objetivos, en la selección de candidatos a Agente de Salud debemos tener en cuenta:



- * Con qué colectivo concreto de usuarios de drogas queremos contactar.
- * Qué tipo de consumos queremos abordar (heroína, cocaína inyectada, crack, benzodiazepinas...).
- * Qué información queremos dar o qué riesgos queremos prevenir o paliar.

Por ejemplo, si nuestro objetivo es contactar con consumidores de drogas de etnia gitana será importante contar con Agentes de Salud gitanos, aunque tengan dificultades para leer y escribir. En este caso, habrá que modificar la formación de los Agentes de Salud para que se adecúe a las características del grupo. (Bola de Nieve para usuarios/as de drogas de etnia gitana en Talavera de la Reina, Toledo, 2001).

A veces tendremos que seleccionar sólo a mujeres o a hombres; por ejemplo, si proyectamos una Bola de Nieve dirigida a mujeres prostitutas y usuarias de drogas, las Agentes de Salud serán mujeres trabajadoras del sexo, que posteriormente tendrán que entrar en contacto con otras mujeres de estas mismas características (Bola de Nieve para mujeres prostitutas usuarias de drogas. Alcalá de Henares, Madrid. 2000). Esto mismo es aplicable a otras variables como la edad, si queremos contactar por ejemplo con jóvenes inyectores (Bola de Nieve para nuevos y jóvenes inyectores de drogas. Torrejón de Ardoz, Madrid 1999).

En otras ocasiones podemos estar interesados en contactar con consumidores de una sustancia concreta, por ejemplo cocaína, por lo que buscaremos que los Agentes de Salud sean o hayan sido consumidores de esta sustancia, o consuman una modalidad en concreto (crack, inyectada...). Si queremos transmitir información útil a usuarios de drogas afectados por el VIH/SIDA (tratamientos, recursos sociales, etc.) puede ser interesante contar con Agentes de Salud seropositivos (Bola de Nieve para usuarios de drogas seropositivos. Alcalá de Henares, Madrid 2001; Torrejón de Ardoz, Madrid 2002).

En definitiva va a ser el objetivo general el que determine en parte las características de los agentes de salud seleccionados, con objeto de conseguir que las características compartidas con su grupo de iguales faciliten el desarrollo con éxito de sus funciones.

La entrevista a los candidatos a Agente de Salud

En la entrevista de selección tenemos que abordar, al menos, los siguientes aspectos:

- * Situación personal: Ingresos, vivienda, familia, pareja, red social, etc. Con frecuencia, los candidatos están en una situación precaria, incluso sin vivienda fija, lo que en principio no es obstáculo para su participación (incluso pueden acceder a población más marginal).
- * Historia de consumo de drogas y consumo actual. Control del consumo. Hay que valorar especialmente cómo podría interferir el consumo en el desempeño de las acciones y en la asistencia al curso. Valorar la distribución del tiempo y los horarios (ir a "pillar", consumir, "buscarse la vida", horarios de metadona...) y qué problemas pueden aparecer.
- * Tratamientos pasados y actuales. Estado actual de salud.
- * Información y conocimientos sobre los temas que se van a tratar en Bola de Nieve. Interés por tener más información. Habilidades lectoescritoras. La escasez de conocimientos no es un problema si otras características aconsejan su inclusión.
- * Motivación por el programa. Actitudes positivas hacia el apoyo entre iguales y hacia el colectivo al que nos dirigimos. Capacidad percibida para actuar como Agente de Salud.
- * Asertividad, habilidades de comunicación.
- * Acuerdo sobre las normas y compromisos que se asumen al participar en Bola de Nieve.



Durante la entrevista hay que anticipar los posibles problemas que pueda encontrarse el candidato a la hora de actuar como Agente de Salud y plantear soluciones.

Es preferible una entrevista abierta a un cuestionario, pero se puede hacer un pequeño guión con las cuestiones que se quieren abordar. En todo caso, se pueden consultar ejemplos de cuestionarios de selección de Agentes de Salud (adaptados a prisiones) en: "*Guía de Evaluación para programas de mediadores en Centros Penitenciarios*", García Lalinde y col. 2004. (ver Bibliografía).

6.- NORMAS DE BOLA DE NIEVE

Al aceptar participar en la operación Bola de Nieve, el futuro Agente de Salud se compromete a:

- ✓ Acudir a todas las sesiones del curso de formación y aprovecharlas.
- ✓ Sólo se puede faltar a una sesión, justificándola (justificante del médico, citación...).
- ✓ Controlar el consumo de drogas, de forma que interfiera lo mínimo durante las sesiones del curso y las acciones posteriores.
- ✓ Respetar a compañeros y educadores.
- ✓ Colaborar en todas las actividades de Agentes de Salud que se diseñen.
- ✓ Realizar adecuadamente el número de encuestas indicado.

No respetar alguna de estas normas habitualmente tiene como consecuencia la pérdida del incentivo económico, pero no necesariamente la expulsión del programa. Cuando alguien da muestras de tener problemas con alguna norma (llega tarde, ya ha faltado a una sesión, viene "puesto", no realiza bien las encuestas), el educador debe plantearle el problema y detectar qué dificultades puede estar encontrando esa persona. Si a pesar de todo no se encuentran soluciones y persiste el conflicto, la persona puede seguir

colaborando con el programa en la medida de sus posibilidades (ya sin incentivo económico), siempre y cuando su conducta no perjudique al resto de compañeros (agresividad, excesivo descontrol en el consumo).

7.- TALLER DE FORMACIÓN

Una vez seleccionados los candidatos pasamos a la fase de Formación de Agentes de Salud. Esta fase se realiza a través de un taller de formación estructurado en sesiones de unas 2 horas aproximadamente y utilizando técnicas didácticas, interactivas y participativas. El taller se organiza alrededor de tres funciones básicas:

- Motivadora
- Informativa
- Productiva

En general, las primeras sesiones tienen una función principalmente motivadora, mientras que las sesiones centrales llevan la mayor carga informativa. Las últimas sesiones se centran en los aspectos productivos del taller (elaborar folletos, entrenar como encuestadores). Hay que tener en cuenta que las tres funciones (motivadora, informativa y productiva) están presentes en cada una de las sesiones y a lo largo de todo el taller, sólo que pondremos el acento en unas u otras dependiendo del momento del proceso en el que nos encontramos. Para otras consideraciones teóricas y metodológicas sobre el taller de formación (tratamiento de la información, trabajo con actitudes y valores...) remitimos al capítulo *Algunas cosas a tener en cuenta*.

Para impartir el taller podemos necesitar nuevamente la coordinación comunitaria, si no contamos con local propio o carecemos de materiales como retroproyector, vídeo, etc. También podemos contar con personas relevantes de la comunidad (médicos, trabajadores sociales) para que colaboren en alguna de las sesiones.



El educador como formador

El taller de formación es la columna vertebral de una operación Bola de Nieve. En esta fase, el papel del educador es fundamental. Como formador, el educador transmite información preventiva en un marco más formal que el habitual, de una forma estructurada y respondiendo a unos objetivos concretos. Necesitará tener amplios conocimientos sobre los contenidos del curso de formación de Agentes de Salud: Reducción de riesgos, consumo de drogas, VIH/SIDA, Hepatitis, Infecciones de Transmisión Sexual, etc., así como capacidad para el trabajo en equipo y conocimiento de técnicas de intervención grupal.

Además, el educador tiene que ser capaz de detectar las potencialidades, las necesidades y las carencias de los Agentes de Salud durante el proceso de formación. El objetivo del taller no es la mera transmisión de contenidos y mensajes preventivos, sino la adecuación de dichos contenidos y mensajes a las necesidades y percepciones del grupo de Agentes de Salud (y de los usuarios de drogas en general).

La información se trabaja de manera conjunta, bidireccional y, en consecuencia, tendrá que estar atento para no desentenderse de las preocupaciones de los Agentes de Salud sobre los temas que se tratan. Es necesario partir de las experiencias de los usuarios de drogas, de lo que ya saben para, a partir de ahí, elaborar una información significativa para el colectivo al que nos dirigimos.

Objetivos del Taller de Formación para Agentes de Salud

El taller de formación tiene sus propios objetivos que tendremos que evaluar. De la consecución de los dos primeros depende el éxito de la operación Bola de Nieve. Los más habituales suelen ser:

- * Capacitar a un número x de usuarios de drogas para desempeñar el rol de Agentes de Salud de la operación Bola de Nieve
- * Capacitar al equipo de Agentes de Salud para pasar una encuesta a un número x de usuarios de drogas del grupo diana.



- * Mejorar la autoestima de los Agentes de Salud
- * Facilitar a los Agentes de Salud la adopción de actitudes positivas hacia los aspectos tratados en Bola de Nieve.
- * Facilitar a los Agentes de Salud el cambio de conductas hacia otras más saludables.
- * Facilitar el contacto entre Agentes de Salud y recursos comunitarios.

Sesiones del Taller de Formación

Normalmente, el taller va constar de ocho sesiones de unas dos horas de duración cada sesión. El horario se debe discutir con los participantes, de forma que se adapte en lo posible a sus horarios y ritmos de vida. Las sesiones más habituales son las siguientes (*ver: Guía Didáctica para el desarrollo de las sesiones*):

- 1ª Sesión: Presentación de Bola de Nieve.
- 2ª Sesión: Uso más seguro de drogas.
- 3ª Sesión: Sexo seguro.
- 4ª Sesión: El ABC del SIDA.
- 5ª Sesión: Recomendaciones a las personas seropositivas.
- 6ª Sesión: Hepatitis y tuberculosis
- 7ª Sesión: Recursos sociosanitarios.
- 8ª Sesión: Adiestramiento en la encuesta.

Si se va a elaborar algún folleto o material informativo con la colaboración de los Agentes de Salud es necesario añadir una o dos sesiones más (Sesiones de elaboración del folleto). Si la operación Bola de Nieve se dirige principalmente a un tema concreto, por ejemplo a la transmisión sexual del VIH o a la Hepatitis C, se pueden dedicar más sesiones a estos temas. También podemos añadir sesiones específicas (por ejemplo, "la cocaína").

Finalizado el taller, se entrega a cada Agente de Salud un carné con su nombre, acreditándole como Agente de Salud, y se inicia la puesta en marcha de las acciones que se hayan acordado.



8.- ACCIONES DE LOS AGENTES DE SALUD

Una vez finalizados los talleres, los participantes asumen el papel de "Agentes de Salud" con sus iguales y se inicia la fase de Acciones de los Agentes de Salud. Como ya hemos comentado, se proporciona a cada Agente un carné o tarjeta plastificada donde consta su nombre, el programa con el que colabora (Bola de Nieve), la fecha de inicio y final de las actividades y el teléfono de la entidad responsable del programa. El carné de Agente de Salud cumple una doble función:

- Facilitar las acciones de contacto con otros usuarios de drogas en zonas de venta y consumo de drogas. Previamente se ha informado a la policía local y municipal (y a los recursos comunitarios implicados) del significado del carné.
- Dotar de seriedad y formalidad a las acciones de los Agentes de Salud.

Las acciones que van a realizar los Agentes de Salud dependen de los objetivos que hemos formulado y de las decisiones que se tomen junto con los propios agentes.

Por lo general se llevan a cabo la mayoría de las acciones siguientes, aunque cada Bola de Nieve planifica sus acciones específicas:

Contacto con usuarios del grupo diana

Cada Agente de Salud se compromete a contactar con al menos diez personas distintas pertenecientes al colectivo diana. Por ejemplo, si la operación está dirigida a la comunidad gitana, cada agente ha de contactar con diez consumidores de drogas gitanos. Durante esos contactos, los agentes proporcionan información sobre los temas acordados, recogen información sobre la situación, conocimientos y conductas de riesgo de la persona contactada y le derivan a algún recurso sociosanitario si es necesario. Estas acciones se desarrollan habitualmente con el apoyo de la encuesta.



Realización de encuestas

La encuesta estructura las acciones anteriores proporcionando un motivo para el contacto y actuando de soporte para la información que se va a transmitir y que se quiere obtener. Los Agentes de Salud necesitan ser entrenados para pasar estas encuestas (ver: Sesión de adiestramiento en la encuesta, en Guía Didáctica). Esta acción se organiza de la siguiente manera:

Temporalización: La fase de realización de encuestas dura cinco días. Cada día, el educador proporciona al Agente de Salud dos encuestas nuevas que deberán entregarse al día siguiente debidamente cumplimentadas. Así, en cinco días el agente entrega las diez encuestas que se comprometió a realizar.

Supervisión: El educador supervisa cada día las dos encuestas entregadas por cada Agente de Salud. Se repasa cada encuesta detenidamente para ver si ha sido debidamente cumplimentada, si se recogen todos los datos y si hay incongruencias entre unas respuestas y otras; se comprueba que se ha tomado contacto con las personas adecuadas (colectivo diana); se verifica que no hay encuestas duplicadas (que se hayan pasado dos veces a la misma persona) cotejando las iniciales del encuestado y sus datos sociodemográficos. Si la encuesta no se ha realizado correctamente o se sospecha algún tipo de irregularidad, se rechaza y se le proporciona al Agente de Salud una nueva para que la repita. El educador también puede acompañar cada día a un agente mientras realiza las encuestas, u observar su trabajo *en vivo* en las zonas de venta y consumo de drogas, sin interferir en su labor.

Apoyo: Los Agentes de Salud pueden encontrarse con múltiples dificultades a la hora de realizar las encuestas (rechazo de los usuarios, timidez, falta de tiempo, complicaciones de la propia encuesta...). El educador debe detectar estos problemas y contribuir a solucionarlos junto con los Agentes de Salud.

Reuniones entre educador y Agentes de Salud: Las funciones de supervisión y apoyo se ejercen a través de las reuniones diarias que mantienen educadores y Agentes de Salud. El horario de estas reuniones se establece en función de las necesidades de la tarea y de la disponibilidad de tiempo de los agentes.



Elaboración de materiales preventivos: Folletos, Carteles,

Entre las actividades de los Agentes de Salud puede estar contemplada la elaboración de un folleto, guía informativa o cartel como soporte para difundir la información deseada.

También se pueden diseñar otros materiales (fundas de preservativos, camisetas con mensaje, calendarios) de promoción del programa.

En concreto, los Agentes de Salud deben asumir tres tareas:

- Participar en las sesiones de elaboración del folleto del Taller de Formación (ver: Guía Didáctica).
- Difundir los materiales elaborados entre los usuarios de drogas con los que contactan.
- Distribuir el folleto entre determinados recursos sociosanitarios que estén en contacto con usuarios de drogas, explicando a las personas responsables del recurso el programa en el que participan y el sentido de su trabajo.

Participación en actividades comunitarias

Es habitual que los Agentes de Salud colaboren en acciones de sensibilización y difusión de información hasta la finalización del programa, especialmente el día 1 de diciembre, Día Mundial del SIDA y también en otras actividades sensibilizadoras como Ferias de Ayuda Mutua o similares. También pueden participar en programas de radio o escribiendo en revistas o periódicos locales; en nuestro programa de reducción de daños *Menos Riesgos, Más Salud* contamos con un boletín periódico ("Existimos") donde pueden colaborar Agentes de Salud.

Promoción de recursos comunitarios

Los Agentes de Salud promocionan los recursos comunitarios de tres maneras:

- Poniendo en contacto a los usuarios de drogas de su entorno con nuestro programa de reducción de daños Menos Riesgos, Más Salud.
- Informando a los usuarios de drogas con los que contactan de los recursos sociosanitarios adecuados a sus necesidades.
- Promocionando entre el colectivo de usuarios de drogas un recurso en concreto (un dispositivo de intercambio de jeringuillas, un servicio de salud sexual...) si así se ha decidido en la planificación de la operación.

9.- EVALUACIÓN

Al igual que el análisis de la realidad, la evaluación se efectúa a lo largo de todo el proceso provocando continuos ajustes en el programa. Pero hay un momento, al finalizar todas las actividades previstas, en que ordenamos la información que ya poseemos sobre la marcha del proyecto e iniciamos una serie de acciones concretas encaminadas a medir y valorar los resultados de la operación Bola de Nieve.

En este proceso evaluativo deberían estar implicados todos los participantes de la operación: Equipo técnico, tejido comunitario y Agentes de Salud.

La evaluación requiere planificación, tiempo y esfuerzo, así como un sano realismo sobre los resultados que efectivamente podemos medir con los recursos de que disponemos. Una evaluación completa al menos debería contemplar:

- a) La evaluación del diseño del proyecto⁴.
- b) La evaluación del proceso.
- c) La evaluación del impacto.

4. Adaptado de: García Lalinde, G. y col. (2004). "Guía de Evaluación para programas de mediadores/as en Centros Penitenciarios". Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad y Consumo. Ed. GrupoGid.



a) la Evaluación del diseño del proyecto.

Un buen proyecto requiere un buen diseño del proyecto, es decir, un análisis de la realidad suficiente, unos objetivos realistas y pertinentes y unas actividades adecuadas.

La evaluación del diseño pretende evaluar si el proyecto que hemos diseñado es idóneo y aplicable. Se debe verificar:

1. La correcta descripción del fenómeno (análisis de la realidad)
2. La correcta determinación de objetivos
3. La correcta definición de la población diana
4. La correcta determinación de estrategias

Una vez realizado el diseño del proyecto es importante comprobar que:

- * Los objetivos planteados son pertinentes (responden a necesidades detectadas en el análisis de la realidad).
- * Los objetivos son concretos y alcanzables.
- * Las actividades que hemos diseñado sirven para alcanzar esos objetivos.
- * Los indicadores de evaluación que hemos diseñado miden el grado de consecución de nuestros objetivos.

Es decir, hay que comprobar que el proyecto es coherente.

b) Evaluación del proceso.

Se trata de comprobar que el proyecto se ha desarrollado de forma adecuada. Las variables a considerar se refieren a la extensión, implantación y características del programa:

En la realización de actividades

Se trata de medir el grado de cobertura del programa (si llegamos a la población a la que queremos llegar) y las características de los participantes (sexo, edad, consumo, problemas de salud...). Técnicas más frecuentes: registros, encuestas y observación participante.

Sobre la difusión de actividades.

Se pretende evaluar; por un lado el grado de conocimiento que tiene la población diana sobre la existencia y características del programa. Se suele evaluar a través de encuestas (a la población usuaria de drogas, por ejemplo) y del grado de participación en las actividades programadas.

y por otro lado la metodología de la difusión, es decir, los lugares en que se realiza, las frecuencias y los soportes que se utilizan. Hay que registrar y contabilizar los carteles, folletos, cuñas de radio... que publiciten el programa.

Sobre la satisfacción de usuarios y entorno

Encuestas de opinión, tanto a usuarios como al entorno.

En el caso concreto de una operación Bola de Nieve hemos de responder a las siguientes preguntas:

Sobre la coordinación comunitaria:

- ¿Hemos contactado con los recursos que necesitábamos?
- ¿Hemos conseguido implicar en el análisis de la realidad, actividades y evaluación del programa a los recursos adecuados?
- ¿Cómo valoran los recursos comunitarios implicados la operación?

Sobre la formación de Agentes de Salud:

- ¿Hemos contactado con los suficientes Agentes de Salud adecuados al perfil?
- ¿La asistencia a las sesiones del taller ha sido la esperada?
- ¿Se ha desarrollado el taller (horarios, sesiones, fechas) conforme a lo previsto?
- ¿Cómo valoran el taller de formación los Agentes de Salud?



Sobre las actividades realizadas:

¿Se han desarrollado adecuadamente las actividades que se habían proyectado?

¿Permanecen los Agentes de Salud hasta el final del programa?

Los Agentes de Salud ¿han contactado con el número y el perfil previsto de usuarios de drogas?

Si se realizan encuestas ¿se ha obtenido el número deseado?

Si se elaboran folletos y otros materiales de promoción o informativos

¿Cuántos se han repartido? ¿Dónde? ¿A quiénes?

¿En qué medida conocen los usuarios de drogas el programa? ¿Cuál es la opinión del colectivo diana sobre el programa?

La mayoría de estos aspectos se miden simplemente con el registro de actividades del coordinador y los educadores. La valoración que hacen los recursos comunitarios sobre la operación se puede realizar a través de entrevistas abiertas a los responsables del recurso o mediante un cuestionario. La asistencia al taller se registra mediante una "ficha de taller" (Ver anexo). La opinión de los Agentes de Salud sobre el Taller se suele recoger en un cuestionario final, aunque también se puede hacer una valoración en grupo. Los Agentes de Salud pueden registrar los contactos que establecen con otros usuarios de drogas y el motivo del contacto en una "Agenda de contactos del Agente de Salud" (ver anexo 3).

Si queremos saber en qué medida conoce la población diana nuestro programa y cómo lo valora, tendremos que hacer una pequeña encuesta aleatoria entre el colectivo de usuarios de drogas al que hemos dirigido nuestras acciones (ver anexo). Este breve cuestionario (no confundir con la Encuesta Bola de Nieve que realizan los Agentes de Salud) se pasa una vez concluidas todas las acciones de los Agentes de Salud, y es responsabilidad del equipo técnico del programa; para conocer la opinión del grupo diana sobre el programa podemos contar también con la colaboración de otros dispositivos sociosanitarios en contacto con usuarios de drogas.

c) Evaluación del impacto

Es más amplia que la evaluación de resultados. Mientras que ésta trata de determinar si se han conseguido los objetivos del programa, es decir, los resultados en la población objeto del programa, la evaluación del impacto

trata de analizar los efectos del programa sobre una población más amplia. En nuestro caso hay que evaluar el impacto al menos en los siguientes grupos:

- a) En los Agentes de Salud
- b) En la población destinataria (colectivo de usuarios de drogas)
- c) En el entorno

Los objetivos de impacto de estos programas se concretan en tres áreas generales:

- o Mejora de la información sobre salud
- o Cambios positivos en las actitudes sobre salud
- o Cambios positivos de conducta

En la evaluación del impacto es necesario tener en cuenta el factor tiempo. Algunos efectos de la intervención pueden necesitar tiempo para producirse y/o detectarse. Hay que establecer unos tiempos para realizar la evaluación, por ejemplo: 3 meses, 6 meses y un año.

a) En los Agentes de Salud

Para medir si los Agentes de Salud han adquirido nueva o mejor información utilizamos los Cuestionarios de Conocimientos del Taller de Formación (ver anexo 2).

Para medir si se han modificado algunas actitudes tendríamos que utilizar escalas de Actitudes por ejemplo, escala de actitudes ante la sexualidad no penetrativa y el uso del preservativo (Grupo GID), (ver anexo 4). También se puede valorar el cambio de actitudes a través del auto-informe, individual o en grupo.

Para medir si se producen cambios positivos en la conducta de los Agentes de Salud podemos recurrir a indicadores objetivos (entra en tratamiento de su drogodependencia, va a revisiones al hospital, solicita jeringuillas o preservativos), al auto-informe y, cuando es posible, a la observación directa.

b) En la población destinataria

Para inferir cambios en la información, actitudes y conducta del colectivo de usuarios de drogas que constituye nuestra población diana vamos a tener que recurrir al auto-informe en la mayoría de los casos, haciendo una breve encuesta a una muestra aleatoria de usuarios una vez finalizadas las acciones de los Agentes de Salud (Ver anexo 4).

En ocasiones vamos a poder contar con indicadores objetivos como: número de usuarios de drogas que acuden a nuestro programa de reducción de daños derivados por agentes de salud o número de usuarios de drogas del grupo diana que acuden al dispositivo o recurso promocionado por los agentes de salud. Por ejemplo, en la operación Bola de Nieve con usuarios de drogas de la comunidad gitana de Talavera de la Reina, medimos el impacto en la población destinataria registrando el número de consumidores gitanos que se acercaron para interesarse por el programa de mantenimiento con metadona (el recurso que queríamos promocionar) una vez finalizadas las acciones de los Agentes de Salud, y comparando este dato con la situación anterior. Para obtener esta información necesitamos la colaboración del recurso promocionado, pues la persona que hace la acogida debe preguntar durante un determinado periodo de tiempo a todas las personas de etnia gitana que acuden por primera vez al dispositivo en cuestión si vienen derivados por un Agente de Salud.

Si se han realizado previamente en la misma localidad otras operaciones Bola de Nieve y/o se tiene previsto realizarlas posteriormente, podemos comparar los datos obtenidos a lo largo de sucesivas operaciones e inferir cambios positivos en los usuarios de drogas que pueden atribuirse al programa. Este análisis, en cualquier caso, nos ofrece una información limitada del impacto de las operaciones, pues es imposible atribuir a Bola de Nieve un cambio observado en los conocimientos, actitudes y conductas de los usuarios, ya que éstos han estado expuestos a otras intervenciones en el periodo transcurrido entre operaciones.



c) *En el entorno*

A través de entrevistas con los diferentes recursos podemos valorar si se ha dado algún cambio positivo de actitudes hacia los usuarios de drogas en general y hacia los Agentes de Salud en particular.

También se puede valorar si algún dispositivo ha cambiado en algo su forma de trabajar (siguiendo con el ejemplo anterior, organizando talleres informativos sobre la metadona para población gitana, o contando con un mediador gitano) después de la operación.

A menudo se producen resultados inesperados. Si son relevantes, también hay que evaluarlos y discutirlos.

10.- LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

La información que obtenemos a través de las encuestas es fundamental en una operación Bola de Nieve, pues nos permite acceder a datos actuales y "frescos" sobre lo que está pasando en el colectivo contactado. Aunque el proceso de recogida de información de Bola de Nieve no reúne los requisitos metodológicos suficientes para ser considerado un estudio epidemiológico en regla, el rigor con el que abordamos todo lo que se relaciona con las encuestas y la representatividad de las muestras (diez Agentes de Salud pueden encuestar a cien usuarios de drogas de un colectivo específico, por ejemplo seropositivos, de una localidad concreta) nos lleva a considerar que los datos recogidos son suficientemente válidos y fiables.

El interés de estos datos es muy alto: obtenemos una "instantánea" de la realidad social y sanitaria del colectivo de consumidores que constituye nuestro grupo diana, así como información sobre los conocimientos que poseen y sobre las conductas de riesgo que pueden estar manteniendo. Toda esta información nos sirve para detectar carencias o problemas que desconocíamos o nuevas necesidades generadas por un cambio en los consumos o en la situación sociosanitaria de nuestro grupo diana. Después

de cada operación Bola de Nieve tenemos que modificar estrategias y contenidos y adaptar nuestro programa a una realidad que va cambiando con el tiempo.

Las encuestas proporcionan una multitud de datos que hay que tratar estadísticamente para extraer toda la información significativa. El conocimiento básico del programa estadístico informático SPSS/PC es muy útil, puesto que es sencillo de usar (cosa diferente es interpretar, lo que requiere conocimientos de estadística). Pero su ventaja fundamental es que es el soporte más usado en la actualidad para este tipo de estudios, por lo que ya existen matrices de datos en este soporte compatibles con nuestro estudio, o existe la posibilidad de construirlas para que puedan ser comparadas con similares observaciones en el transcurso del tiempo. Si el equipo que desarrolla la operación Bola de Nieve carece de estos conocimientos será necesario contar con ayuda externa para tratar los datos.

11.- EL INFORME BOLA DE NIEVE

Una vez finalizada la Bola de Nieve hay que redactar el informe de la operación. El informe es fundamental, es el único medio que tenemos para comunicar a los demás nuestro trabajo y el único que tienen los demás para valorarlo. El trabajo realizado y la evaluación en torno a objetivos, así como los hallazgos que podamos descubrir en el análisis de datos de las encuestas deben ser expuestos con claridad. La redacción de informes o memorias requiere tanta destreza como cualquier otra parte de la operación y exige planificación, esmerada organización y claridad de pensamiento y expresión.

A continuación mostramos un ejemplo del esquema de informe de la operación Bola de Nieve para usuarios de drogas seropositivos en Torrejón de Ardoz (2002):

1. INTRODUCCIÓN

- Bola de Nieve y el Grupo GID
- Menos riesgos, Más salud (*MRMS*) y Bola de Nieve (BDN)
- Bola de Nieve para personas que viven con el VIH en Torrejón de Ardoz 2002.

2. (EL METODO) FASES DE LA OPERACIÓN

- Captación y selección de Agentes de Salud: características.
- Talleres de formación para los Agentes de Salud.
- Actuación de los Agentes de Salud: transmisión de información.
- Metodología de la encuesta.
- Cronograma de la operación.

3. RESULTADOS

- Datos de los cursos de formación.
- El impacto en los Agentes de Salud.
- El impacto en el colectivo de personas que viven con VIH. de Torrejón.
- El impacto en *MRMS*.
- De las encuestas.
- En torno a los objetivos BDN2002.

4. CONCLUSIONES



**LOS RECURSOS
HUMANOS:**

**COORDINADORES,
EDUCADORES Y
AGENTES DE SALUD**



LOS RECURSOS HUMANOS: COORDINADORES, EDUCADORES Y AGENTES DE SALUD _____

"La educación entre iguales sobre el VIH/SIDA implica trabajar con el cambio al mismo tiempo que se intenta crearlo"

(Tomado de la guía "Directrices europeas para la educación entre iguales sobre el SIDA a jóvenes", Svenson G.R. y cols.)

EL EQUIPO

Los recursos humanos mínimos que requiere una operación Bola de Nieve consisten en un coordinador del proyecto, un educador y entre cinco y quince Agentes de Salud. Lo ideal es contar con dos educadores que asuman también el papel de formadores en el curso para Agentes de Salud.

El equipo estable de Grupo GID ha estado compuesto por una coordinadora (licenciada en Psicología), un ex-consumidor de drogas (diplomado en Sociología) en funciones de educador y una educadora (también licenciada en Psicología). Ambos educadores son a su vez responsables de los programas de reducción de riesgos que Grupo GID mantiene en Torrejón de Ardoz y Alcalá de Henares, lo que ha facilitado enormemente el contacto con usuarios y Agentes de Salud. Cuando la operación Bola de Nieve se ha desarrollado en una localidad desconocida para nosotros (por ejemplo, las dos operaciones realizadas en Talavera de la Reina⁵, una de ellas con consumidores de etnia gitana), se ha contado con un tercer educador conocedor de la zona y con buen contacto con usuarios de drogas y recursos sociosanitarios.

5. Bola de Nieve para usuarios de drogas. Talavera de la Reina (2000). Bola de Nieve para usuarios de drogas de etnia gitana. Talavera de la Reina, Toledo (2001). Documentos internos. Grupo Gid

Si ninguna persona del equipo tiene conocimientos estadísticos suficientes para llevar a cabo el análisis de las encuestas que realizan los Agentes de Salud, puede ser necesario contar con apoyo externo.

Para alguna de las sesiones del Curso de Formación se puede contar con formadores invitados que, por su prestigio y/o conocimientos, eleven la calidad del curso y por tanto, de la operación Bola de Nieve en general.

COORDINADOR

El coordinador es responsable del correcto desarrollo del plan de acción de la operación Bola de Nieve. Esto incluye:

La elaboración de un proyecto Bola de Nieve adecuado a las necesidades detectadas del colectivo al que se dirige la operación, a la zona en que se va a desarrollar y a los recursos humanos y materiales disponibles.

La coordinación interinstitucional: Establecimiento y mantenimiento de contactos y vínculos con los responsables políticos, administración, instituciones, otros profesionales o técnicos implicados y otras entidades y recursos.

Financiación: Conseguir la financiación necesaria para la adecuada puesta en marcha de la operación Bola de Nieve. Esta financiación puede obtenerse por distintas vías (subvención, becas, asignaciones diversas o incluso aprovechar los recursos ya existentes).

Coordinación del equipo: Organización de las tareas, las responsabilidades y los roles de cada uno. Planificación temporal del proyecto. Contacto continuo con los educadores y los Agentes de Salud.

Evaluación: Garantizar que la operación se evalúa adecuadamente y que las conclusiones tienen repercusión en acciones posteriores. Devolver los resultados y conclusiones a todos los agentes implicados (instituciones, entidades, técnicos y Agentes de Salud).



Hay algunos aspectos éticos que el coordinador de Bola de Nieve debe cuidar especialmente:

- El coordinador tiene que asegurarse que el proyecto responde a las necesidades reales, que es beneficioso para los usuarios de drogas y los Agentes de Salud y que el colectivo al que se dirige el proyecto está realmente interesado o pudiera estarlo en él. Esto requiere garantizar la participación activa de todos los implicados.
- Tiene que considerar el riesgo de producir "daño social y emocional". El coordinador debe prever los posibles efectos negativos (especialmente para los Agentes de Salud) y minimizarlos. Tiene que asegurarse de que todos comprenden la naturaleza del proyecto y el rol que van a desempeñar. Esto implica proporcionar una información clara y precisa, estar atento a los problemas que puedan surgir e intervenir si es necesario. También tiene que asegurar el apoyo continuado a los Agentes de Salud y que la conclusión de nuestro proyecto no suponga el abandono del colectivo.
- Tiene que garantizar que cuestiones éticas como el respeto y la confidencialidad se mantienen desde el inicio del proyecto hasta su conclusión, incluyendo la evaluación. El coordinador será la persona que establezca las normas básicas de confidencialidad de los datos.

Asimismo, el coordinador será la persona que cuide la selección de educadores, agentes de salud, otros supervisores y cualquier persona que pueda estar implicada en algún momento del proceso. Por otra parte, va a supervisar la formación de los educadores y, por extensión, de los Agentes de Salud.

Queremos destacar algunas cualidades que debe reunir un buen coordinador de Bola de Nieve:

- ✓ Experiencia y preparación en planificación, coordinación y evaluación.
- ✓ Conocimientos técnicos sobre los temas y contenidos de Bola de Nieve (reducción de daños, VIH/SIDA, educación...).

- ✓ Flexibilidad y capacidad de adaptación a la diversidad de cuestiones que conforman el desarrollo del programa y a las diferentes personas que intervienen en él.
- ✓ Una cierta "mano izquierda" para evitar o superar los posibles conflictos de intereses.

Es esencial que el coordinador cuente con todo el apoyo y confianza de la entidad, asociación o recurso del que dependa. La relación de los educadores con el coordinador es asimismo horizontal y bidireccional; los educadores deben poder influir tanto en el contenido como en la dirección del proyecto desde el principio del proceso.

EDUCADOR

El educador de Bola de Nieve tiene las siguientes funciones y responsabilidades:

- Participar en la coordinación con los recursos comunitarios de la zona donde se realiza la operación, especialmente con los centros de atención a las drogodependencias con los que colaboramos.
- Contactar con y seleccionar a los candidatos a Agentes de Salud.
- Ocuparse de la logística de la operación Bola de Nieve (locales para el curso de formación, materiales formativos, disponibilidad de vídeo, retroproyectors, fotocopias...)
- Organizar el curso de Formación de Agentes de Salud (planificación temporal, número y duración de las sesiones...).
- Impartir todas las sesiones del curso de formación (excepto las asumidas por algún "formador invitado" de prestigio). Los educadores tienen un doble rol de "educador de calle/formador".
- Ayudar a organizar y supervisar las acciones de los Agentes de Salud.
- Supervisar las encuestas que realizan los Agentes de Salud.



- Motivar, apoyar y mantener un contacto continuo con los Agentes de Salud a lo largo de toda la operación.
- Realizar, junto con el coordinador y con la participación de los Agentes de Salud, la evaluación y conclusiones de las acciones emprendidas.

Destacamos algunas características de un buen educador de Bola de Nieve:

- Actitud abierta, innovadora, respetuosa y flexible ante otras personas y realidades, que le permita aceptar otras formas de vida y distintas maneras de enfrentarse a la realidad propia y a la del entorno en el que interviene.
- Capacidad de detectar y fomentar las capacidades y habilidades de otras personas.
- Experiencia asociativa y en educación de calle, así como formación técnica y práctica adecuada.
- Buen conocimiento del entorno y habilidades para establecer relaciones positivas y conseguir apoyos de los recursos comunitarios en la localidad donde se desarrolla la operación.
- Buen contacto y conocimiento de la realidad de los consumidores de drogas de la zona donde se realiza la operación.
- Capacidad comunicativa y asertiva. El educador es un agente intermedio que desarrolla su actuación con diversos interlocutores: el propio equipo (coordinador y demás educadores), las instituciones locales y recursos comunitarios y, por supuesto, el grupo de Agentes de Salud y el colectivo de usuarios de drogas.
- Capacidad para el trabajo en equipo y conocimiento de técnicas de intervención grupal.
- Amplios conocimientos sobre los contenidos del curso de formación de Agentes de Salud: reducción de riesgos, consumo de drogas, VIH/SIDA, Hepatitis, Infecciones de Transmisión Sexual...



- Interés y conocimiento sobre el proyecto que se va a desarrollar y por la metodología de trabajo empleada en reducción de daños.

El educador y los Agentes de salud

El educador va a constituirse en el principal referente para los Agentes de Salud, que recurrirán a él ante cualquier duda, adversidad o conflicto que pueda surgir, por lo que su rol se caracteriza por la accesibilidad y la disponibilidad. El educador mantiene un contacto continuado y cercano con el grupo de Agentes de Salud y es su principal apoyo. Esta relación de cercanía y proximidad se mantiene a lo largo de todo el proyecto y, aunque en principio sólo se refiere a aspectos relacionados con Bola de Nieve, inevitablemente se extrapolará a otros ámbitos y aspectos de la vida de los Agentes de Salud.

El papel del educador es fundamental en aspectos tan relevantes en una operación Bola de Nieve como:

- Motivar y facilitar el compromiso de los Agentes de Salud con el proyecto Bola de Nieve.
- Fomentar la participación activa de los Agentes de Salud en todo el proceso.
- Lo que es más importante, implicar a los Agentes de salud de forma que sientan el proyecto como algo propio, y no ajeno a sus intereses y necesidades.
- Promover que el usuario de drogas sea el protagonista de su propio cambio.

El educador de Bola de Nieve debe emplear una metodología horizontal y bidireccional; citando a Paulo Freire, *hay que distinguir entre invasión cultural y síntesis cultural*. De esta manera, en la invasión cultural el profesional se basa en su ideología, conocimientos y valores transmitiéndolos sin tener en cuenta a quién se dirige; parte de su mundo e



invade el del otro. Mientras que en la síntesis cultural, el profesional no va a enseñar, transmitir o dar algo, sino para aprender con la gente acerca de su mundo.

El educador se puede servir de una serie de estrategias facilitadoras:

- Transmitir a los Agentes de Salud que los educadores y la entidad que les respalda están para proporcionarles apoyo y capacitarlos a través de la formación recibida, para que puedan hacer algo positivo frente al VIH/SIDA entre el colectivo de usuarios de drogas al que también pertenecen.
- Establecer sesiones de supervisión regulares, con objeto de idear y planificar las intervenciones de los Agentes de Salud, observar el progreso en su preparación y desarrollo personal y poder resolver diferencias y conflictos de opinión.
- Dotar a los Agentes de Salud de soporte técnico a través de materiales de apoyo, información actualizada, etc., proporcionarles entrenamiento en las habilidades necesarias y apoyo en la resolución de dudas o toma de decisiones diversas, ayudarles para preparar y organizar actividades o actuaciones, etc.
- Facilitar el contacto de los agentes de salud con distintos recursos comunitarios y con otros agentes de salud, de forma que pueda constituirse una red de apoyo social y comunitario.

Generalmente, los educadores desarrollan su tarea con sectores de la población más desfavorecidos y casi abandonados, con carencias de todo tipo y con una problemática que desborda nuestro ámbito de actuación. Para acercarse a esta realidad, el educador debe abandonar los juicios de valor y los apasionamientos innecesarios y abrirse a la reflexión y la solidaridad.

LOS AGENTES DE SALUD

Los Agentes de Salud asumen las siguientes funciones y responsabilidades:

- Participar en los cursos de Formación para Agentes de Salud, asimilar la información y estar en condiciones de transmitirla de forma adecuada y veraz.
- Aportar sus conocimientos y experiencia al análisis de la realidad en la que vamos a intervenir.
- Asistir a las reuniones de coordinación, participar en la planificación de las acciones y mantener un flujo de comunicación constante con los educadores.
- Si el proyecto lo contempla, participar en la elaboración de folletos y otros soportes de la información que queremos transmitir.
- Contactar con un determinado colectivo de usuarios de drogas, según los objetivos de la operación.
- Transmitir información preventiva a las personas con las que contactan o derivarlas a los recursos donde pueden obtener la información que precisan.
- Informar sobre los recursos comunitarios adecuados a las necesidades sociales y sanitarias de los consumidores con los que contactan.
- Recoger información sobre hábitos de consumo de drogas, situación sanitaria, comportamientos de riesgo y condiciones de vida de al menos diez consumidores por cada Agente de Salud. Esta recogida de información se hace a través de una encuesta estructurada, por lo que los Agentes de Salud deben entrenarse para pasar la encuesta de forma adecuada.
- Realizar otras acciones de "apoyo entre iguales" como repartir jeringuillas y preservativos, acompañar a recursos a quien lo necesite, etc.
- Participar en actividades informativas o sensibilizadoras cuando sea posible (escribir en una revista, participar en el día Mundial del SIDA...).



El papel del Agente de Salud no tiene porqué finalizar al término de la operación Bola de Nieve. Si lo desea, puede seguir colaborando con nosotros. Algunas acciones posibles son: Participar en el análisis de la realidad de una nueva operación Bola de Nieve, ayudar a la captación de nuevos Agentes de Salud, ayudar con su experiencia y apoyar a los nuevos Agentes de Salud o participar de cualquier otra manera en acciones de reducción de daños y sensibilización comunitaria.

Sobre las características y cualidades que debe reunir un buen Agente de Salud se ha hablado extensamente en la presente Guía. Queremos, sin embargo, destacar algunas:

- Ser apreciado por su grupo de iguales, con cierto carisma en su entorno y con potencial para convertirse en un referente o modelo entre sus compañeros.
- Una amplia red social y de contactos, no sólo con el mundo del consumo de drogas.
- Actitud abierta, flexible y respetuosa ante otras personas, especialmente hacia sus iguales y hacia la mejora de sus condiciones de vida.
- Habilidades asertivas y de comunicación y capacidad para trabajar en equipo.
- Actitud receptiva, creativa e innovadora.
- Interés por enseñar y aprender. Saber leer y escribir con una fluidez media.
- Capacidad de empatía, sentimientos de solidaridad.

ALGUNAS COSAS A TENER EN CUENTA

Bola de Nieve es básicamente un método de transmisión de información. Por tanto, es importante conocer algunos aspectos que facilitan que la información sea asimilada por las personas a las que está destinada. Otra cuestión importante es cómo influye la información en las actitudes y valores del colectivo diana (por ejemplo, si la información sobre el preservativo modifica las actitudes de las personas) y cómo modifica el comportamiento, puesto que, en última instancia, pretendemos que la información proporcionada facilite el cambio hacia hábitos de conducta más saludables. Existe un interesante debate teórico sobre qué condiciones facilitan que la información llegue, sea asumida y contribuya al cambio de actitudes, valores y conductas. A continuación se proponen algunos aspectos que Bola de Nieve incorpora y que inciden positivamente en la transmisión de información (y seguramente en la modificación de actitudes y conductas). En concreto, vamos a hablar de:

- 1.- El tratamiento de la información.
- 2.- El cambio de actitudes y valores.
- 3.- El cambio de hábitos.

1.- EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

En general, los factores que determinan si los mensajes preventivos llegan o no van a ser los mismos para los consumidores de drogas que para cualquier otro colectivo. Hay algunas recomendaciones básicas que facilitan que la información sobre drogas sea significativa:

● **Elaboración de la información**

La información debe estar adaptada:

A la edad: niños, adolescentes, adultos...

A las circunstancias de las personas que van a recibir la formación: consumidores en activo requieren una información diferente a la



que necesitan adolescentes en riesgo de iniciar el consumo de drogas, por ejemplo.

La información debe ser veraz:

Hay que informar de los efectos de las drogas a corto y a largo plazo y tanto positivos como negativos, así como de las consecuencias del consumo.

Las fuentes (documentos, libros, datos...) han de ser creíbles para el colectivo que recibe la información.

El emisor (persona o entidad que emite la información) ha de tener prestigio y credibilidad para los receptores de la información. Un emisor respetado puede tener mucha influencia en un colectivo determinado, por lo que es necesaria una dosis de prudencia.

Evitar los intentos de manipulación, no dar información sesgada por el posicionamiento del propio emisor ("drogas sí" o "drogas no"). Es importante mostrar los distintos puntos de vista sobre las drogas, incluso si son contrapuestos.

La información proporcionada debe potenciar el análisis crítico, mostrando la complejidad del fenómeno de las drogas. El tono dogmático o moralista no es adecuado.

La información debe tener relación con las experiencias y el entorno de las personas que reciben la información. Hablar de drogas exóticas o de formas de consumo no habituales puede ser contrapreventivo. Es importante también conocer las actitudes y valores del colectivo diana.

La información debe tener en cuenta las emociones. Las personas que viven en situaciones amenazantes inhiben la comunicación sobre el peligro y lo minimizan, por ejemplo evitando hablar del asunto o prefiriendo creer que el problema no les amenaza a ellos en concreto⁶.

6. Oliver-Smith, A (1996) "Investigación antropológica de epidemias y desastres" Annual Review of Anthropology, 24 (Pag. 303-328)

- **Condiciones para que la información llegue.**

Prestigio y credibilidad del emisor.

Credibilidad de la propia información (fuentes).

Partir siempre de la experiencia del grupo. La información ha de estar relacionada con experiencias, sentimientos, valores y estilo de vida propio.

Que se contemplen los distintos aspectos del fenómeno del consumo de drogas (complejidad). Proporcionar distintos puntos de vista sobre un tema evita que se de la imagen de intentos de manipulación o persuasión.

Dar oportunidad al grupo de expresar la información que posee.

Ser consciente que la información significa distintas cosas para distintas personas (no sólo a nivel cognitivo).

La información ha de ser horizontal, bidireccional.

No debe ser manipulativa: No pretendemos convencer a otros dando una información sesgada por nuestras propias preferencias.

No debe ser moralista.

Debe permitir la observación y la auto observación.

Debe facilitar el análisis crítico y la evaluación.

Debe fomentar la participación activa: es necesario emplear técnicas interactivas para estimular la búsqueda activa de los conocimientos y su elaboración.

Hay que tener en cuenta la influencia de la emociones en la asimilación de información.



● Participación de los usuarios e información significativa

Muchos consumidores de drogas se mueven en una subcultura que tiene sus propias creencias, códigos y valores. La información sanitaria que proviene de instituciones o de profesionales puede parecerles alejada de sus vidas e intereses, incomprensible e incluso manipulativa, por lo que se muestran refractarios a ella. Para que la información sea significativa la propia población afectada tiene que hacerse con el mensaje, apropiárselo, trabajarlo, traducirlo a su código. El factor fundamental que va a determinar que esto suceda es la participación de los propios consumidores de drogas en los programas, desde la planificación hasta la difusión de mensajes preventivos.

Por otra parte, a la hora de poner en marcha un curso de formación sobre salud para usuarios de drogas debemos recordar que éstos tienen ya muchos conocimientos sobre los temas que vamos a tratar (aunque a veces erróneos), y con frecuencia han experimentado personalmente aquello que nosotros conocemos en teoría.

Escuchar lo que ellos conocen, los factores que influyen en su comportamiento, la manera en que viven, hace que nuestros mensajes preventivos sean más realistas, pues muchas veces por desconocimiento recomendamos cosas imposibles de llevar a la práctica (pedir a alguien que hierva las jeringuillas, cuando vive en la calle, por ejemplo). Citando a Young⁷, los que nos interesa son las explicaciones de las personas y los métodos que usan para emitir, comprender y aceptar o rechazar las explicaciones. Es importante también tener en cuenta que en un curso de Bola de Nieve abordamos información emocionalmente sensible, vamos a hablar de sobredosis, de enfermedades graves, de riesgos, de muerte, con personas que viven esas realidades. Compartir la información es también compartir las emociones, dejarlas fluir.

Por último, hay que recordar que centrarse sólo en el SIDA, hablar sólo de uso y sexo más seguro acaba siendo plano y monocorde. Es recomendable incorporar el mensaje de la prevención en una estructura más amplia de la subcultura de los usuarios, centrándose en la salud en general y otros temas de interés.

7.Young (1997), citado en Teoría Sociológica Moderna. George Ritzer (McGraw Hill) 5ªEd. (Pág.303)

Si la gente confía en nosotros, contactarán para otras cuestiones al margen de la prevención. No podemos negar esas necesidades sin perder nuestra credibilidad.

2.- CAMBIO DE ACTITUDES Y VALORES

Ciertos temas como el VIH/SIDA y su transmisión, otras enfermedades (hepatitis, Tuberculosis, Infecciones de transmisión sexual...), el consumo de drogas, las relaciones sexuales y el sexo más seguro están fuertemente vinculados a las actitudes, valores y creencias de las personas en nuestra cultura; es decir, están relacionados con las cuestiones más personales e íntimas de la vida de un individuo y con sus emociones, creencias religiosas, identidad personal y sexual, etc. Precisamente, estas áreas (sexo, enfermedad, riesgo de muerte) son fundamentales en una operación Bola de Nieve, así que la formación que proporcionemos a nuestros Agentes de Salud tiene que abordar y profundizar, necesariamente, en estas emociones, actitudes, valores y creencias. Por lo que sabemos, los programas de reducción de riesgos han tenido un considerable éxito a la hora de facilitar el cambio de conducta en lo que se refiere a comportamientos de riesgo en el uso de drogas, pero se han encontrado con dificultades para modificar comportamientos sexuales, lo que se interpreta como una cierta incapacidad para modificar valores y actitudes con respecto a la sexualidad.

Varios estudios han señalado la dificultad de conseguir cambios en la conducta sexual entre los consumidores de drogas. Siguiendo el informe de CEESCAT (*Document Tècnic n°11, 2000*), muchos usuarios perciben el sexo no protegido como "normal" en las relaciones heterosexuales, especialmente en el contexto de relaciones estables.

Las normas sociales, las reglas y las costumbres en la conducta heterosexual sustentan una cultura que legitima el sexo no protegido como parte importante y significativa de las relaciones. A la base de comportamientos de riesgo en la conducta sexual suelen estar una serie de actitudes y valores culturales relacionados con el sexo, el amor, los roles y el significado de lo masculino/femenino, los hijos, la potencia y el deseo sexual... que acompañan a la ausencia de información o a una información confusa y distorsionada.



Es necesario desarrollar intervenciones de prevención efectivas "cortadas a medida" de las características de este colectivo, que ayuden a comprender los motivos por los que se adoptan comportamientos sexuales de riesgo.

Numerosas investigaciones apoyan la conclusión extraída de nuestros propios datos de que las mujeres son un colectivo muy vulnerable a la adquisición por vía sexual de la infección, que se protege mucho menos en las relaciones sexuales, especialmente con la pareja estable. Es necesario, por tanto, prestar especial atención a los aspectos diferenciales entre hombres y mujeres y trabajar los aspectos afectivos que favorecen en las mujeres una mayor exposición al riesgo de infección. Las mujeres son un colectivo en el que la infección por VIH/SIDA se está extendiendo cada vez más a través de la vía sexual, siendo muy frecuente la transmisión por un compañero estable (habitualmente usuario de drogas). Diversos factores socioculturales ponen a las mujeres (y más si son usuarias de drogas) en esta situación de especial vulnerabilidad ante la infección.

El Instituto de la Mujer confirma el ascenso progresivo de casos de SIDA en mujeres por transmisión heterosexual y la mayor vulnerabilidad de las mujeres dentro de esta vía de transmisión. Entre sus conclusiones destaca la constatación de que "la información no es suficiente para paliar las dificultades para mantener prácticas preventivas en las relaciones heterosexuales. Se encuentran actitudes de resistencia que proceden de los patrones culturales y sociales arraigados en la vida íntima. Estos obstáculos son resistentes a la información general y para cambiarlos es necesario modificar las actitudes sexuales y de género"⁸.

Concluyendo, para cambiar comportamientos de riesgo por otros más seguros en un área tan especial como la conducta sexual, no basta con distribuir preservativos, ni con proporcionar información general sobre reducción de riesgos y prevención de la transmisión del VIH. Es necesario trabajar con el colectivo de usuarios aspectos actitudinales y culturales con una metodología adecuada, cercana y participativa.

8. Programa de intervención en profesionales de salud sobre prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en Mujeres. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan Nacional sobre el SIDA. Comunicación presentada en SEISIDA, abril 2001, Valencia.

El taller de formación de Agentes de Salud: trabajar actitudes y valores

A través del taller de formación pretendemos modificar valores y actitudes y, en última instancia, conductas. Tradicionalmente se ha sostenido desde las ciencias sociales que los valores y actitudes (constructos teóricos, al fin y al cabo) no son fiables a la hora de predecir la conducta. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado modelos cada vez más concretos y predictivos. Nosotros nos hemos apoyado en uno de estos recientes modelos teóricos, el de Fishbein-Ajzen⁹, adaptándolo a nuestra realidad.

Muy brevemente, Fishbein-Ajzen¹⁰ distingue entre *Creencias Conductuales* (el convencimiento del sujeto, a partir de la información que posee, de que una conducta determinada tendrá un resultado positivo o negativo para él) y *Creencias Normativas* (el convencimiento que tiene el sujeto de que determinadas personas o instituciones, importantes para él, esperan que realice o no determinada conducta). Las *Creencias Conductuales* dan lugar a las *Actitudes* y las *Creencias Normativas* dan lugar a las *Normas Subjetivas*. Del balance que el sujeto hace entre ambas surge la *Intención*, y de ésta, la *Conducta*.

Es decir, las actitudes se generan a partir de la información que posee el sujeto (que puede ser errónea o deformada y transmitida culturalmente sin apenas cuestionamiento); las normas subjetivas se refieren a la presión social percibida por el sujeto sobre cuál es la conducta deseable o correcta; la presión social percibida puede estar en contradicción o no con las actitudes del sujeto.

Por tanto, para trabajar actitudes y valores es necesario:

- Modificar la información errónea, incompleta o deformada que está a la base de algunas actitudes: técnicas de actitudes.

- Clarificar los propios valores y actitudes: técnicas de clarificación de Valores.

9. Fishbein, M.; Ajzen, I. (1980): Understanding attitude and predicting social behavior. Prentice Hall. New York.

10. Escamez, J. y col. (1993): Educación para la Salud. Ed. Generalitat Valenciana, FAD, NAU Llibres. Valencia



- Poder expresar una decisión propia, aún en contra de la Norma Subjetiva: técnicas de expresión de opiniones, de toma de decisiones y de mejora de la autoestima.
- Poder traducir el cambio de actitud en conducta: adquisición de hábitos y habilidades sociales y de negociación.

Todas estas técnicas están accesibles a los profesionales interesados en multitud de manuales de trabajo en grupos. En la bibliografía se encuentran algunas referencias.

La estrategia Bola de Nieve y las actitudes

Bola de Nieve es en sí una estrategia de trabajo con actitudes y valores, puesto que se construye alrededor de dos métodos de demostrada eficacia para incidir en estos aspectos:

La participación activa de los Agentes de Salud en todo el proceso (elaboración de carteles, folletos y otros materiales preventivos; difusión de información; promoción de recursos comunitarios; evaluación...) contribuye a interiorizar la información, mejora la autoestima y los sentimientos de auto eficacia, implica activamente a las personas en el proceso global, dotándolo de significado y, en definitiva, contribuye claramente al cambio de valores y actitudes.

La elaboración de folletos informativos facilita la asimilación de la información, ya que crear un folleto requiere reflexionar sobre el contenido de los mensajes y el lenguaje a utilizar, así como sobre otros aspectos expresivos, como las ilustraciones, colores y diseño del folleto; facilita la interiorización de la información, puesto que los mensajes propuestos tienen que ser creíbles para los propios Agentes de Salud; por último, si el folleto "gusta", los Agentes de Salud se sentirán orgullosos de su participación y se encontrarán emocionalmente más cercanos a los mensajes que transmite el folleto.



El equipo de Bola de Nieve y las actitudes

Es preciso comentar también algunos aspectos sobre las actitudes con que los propios técnicos abordamos la puesta en marcha de una operación Bola de Nieve. Trabajar desde este modelo requiere un posicionamiento previo y la adopción de un conjunto de actitudes por parte de los profesionales:

En Bola de Nieve no se cuestiona a nadie por su vida, su conducta o su situación; las actitudes que queremos transmitir desde nuestro equipo son el respeto a la dignidad de las personas, la aceptación de los demás y auto-aceptación; entendemos que Bola de Nieve es un proceso en el que todos (usuarios y técnicos) participamos para enseñar y aprender, porque todos tenemos algo que dar y todos podemos recibir algo de los demás.

Los técnicos tenemos que asumir un conjunto de actitudes y habilidades necesarias para trabajar con estrategias participativas. Vamos a comentar brevemente las más relevantes, sin olvidar que estas recomendaciones son extensibles a los propios Agentes de Salud.

Conocer. La población usuaria de drogas no es homogénea; hay diferencias en cuanto al tipo de droga consumida, la forma de administración, los años de consumo y muchas otras. Los usuarios de drogas son muy diferentes, por lo que es importante conocerlos y ofrecerles alternativas adaptadas.

Respetar. Es fundamental aceptar plenamente al usuario de drogas, reconocerle como ser humano con los mismos derechos que cualquiera, entre ellos el de escoger cómo quiere vivir, si quiere ayuda y de qué tipo. Tratamos a los usuarios como personas adultas, responsables, autónomas, con derechos que respetar y deberes que cumplir. También es importante que el equipo sepa dar las gracias o pedir perdón cuando sea procedente.

Escuchar. Cuando la comunicación es bidireccional es más fácil la introducción de mensajes preventivos. La escucha activa requiere atender las necesidades sentidas y planteadas por los usuarios; el principio básico al evaluar las necesidades de los usuarios es escuchar lo que dicen. Es necesario prestar también atención a las emociones: conocer cómo y qué siente la gente, qué significan para



ellos determinadas cosas, etc., nos ayuda a entender por qué la gente se comporta de una u otra manera. Hacer preguntas, resumir, también facilita la comprensión. Conviene asegurarnos de que el otro tiene tiempo y ganas de hablar.

No juzgar. Condenar una conducta de riesgo como algo estúpido o increíble no va a cambiar conductas. Los mensajes no deben implicar prescripción, imposición o prohibición; es vital respetar la libertad de la otra persona. Los mensajes tampoco deben ser culpabilizadores.

No ser paternalista, ni dar consejos sobre cuestiones personales o de comportamiento.

No hacernos responsables de sus problemas. Mejor motivar y apoyar a la gente para que resuelvan sus problemas por su cuenta.

Usar un lenguaje fácil de entender. Es importante conocer el argot.

Apoyar los cambios positivos de conducta y actitud. Así fortalecemos la autoestima y la autoeficacia.

Demostrar interés: Preguntar cómo se siente la gente, dónde estaban, interesarse por los que no vienen últimamente.

Credibilidad: Nuestras propuestas han de ser posibles de cumplir, no maximalistas. No intentamos atemorizar, más bien desmitificar y desdramatizar. Es importante ser siempre sinceros sobre lo que podemos hacer, ofrecer apoyo en caso de problemas sólo si lo podemos cumplir.

3.- CAMBIO DE HÁBITOS Y CONDUCTAS

Cambiar de hábitos es difícil. Esta resistencia al cambio no es exclusiva del colectivo de usuarios de drogas, sino que es característica de la población general. En lo que se refiere al cambio hacia comportamientos preventivos, observamos que muchos usuarios de drogas tienen dificultades en adoptar conductas más saludables (como desinfectar jeringuillas, cambiar de vía,



etc.), pero seguramente no se diferencian de otras poblaciones ante cambios como reducir el consumo de tabaco, el uso de preservativos, seguir una dieta o hacer ejercicio.

Trabajamos con tres tipos de información sobre la conducta: el comportamiento real de las personas, los significados subjetivos (el sentido que tiene su comportamiento para la persona) y el control conductual percibido (facilidad o dificultad para hacer determinada conducta en función de los medios existentes en la situación social en que se haya inmersa). Podríamos decir que para hacer posible el cambio de hábitos y conductas tenemos que:

- ✓ Proporcionar información adecuada.
- ✓ Trabajar las actitudes y valores respecto a esa conducta.
- ✓ Facilitar la práctica de los nuevos hábitos.

Los dos primeros aspectos ya se han abordado en puntos anteriores. Ahora vamos a dar algunas ideas sobre el tercero.

El comportamiento preventivo (p.e. buscar jeringuillas limpias o preservativos) muchas veces demora la obtención de placer inmediato (el consumo, el sexo) y sus riesgos son sólo probables y a largo plazo. Esto provoca una considerable resistencia al cambio.

No sólo es importante que las personas sepan lo que hay que hacer, sino cómo hacerlo. Tenemos, por tanto, que facilitar la práctica de los hábitos preventivos. Si el personal del programa no sabe cómo se pone una inyección correctamente o desinfectar una jeringuilla, tendrá que aprender. En algunos estudios se ha puesto de manifiesto que el personal "educador" carece muchas veces de esas habilidades. Muchos usuarios de drogas no saben tampoco cómo desinfectar, o no tienen habilidades sociales para negarse a compartir jeringuillas. Todo esto se puede entrenar.

Inyectarse correctamente no es algo que se aprenda de la noche a la mañana. Una técnica se aprende y mejora con la práctica. Si se dispone de espacio y tiempo se puede ensayar, o también utilizar un vídeo sobre "pico seguro" u otros materiales gráficos como transparencias o carteles. Esto mismo es aplicable al uso del preservativo.



También es interesante contar con folletos y guías adaptados a la población que describan claramente las conductas preventivas a adoptar.

Cuando la conducta ideal no se puede realizar, es necesario contar con un abanico de alternativas realistas, construidas junto a los usuarios, posibles y aceptables. Educadores y usuarios pueden trabajar situaciones reales como no tener jeringuillas, no disponer de agua limpia, no tener algodón limpio o toallitas de alcohol, pinchar fuera de vena o en una arteria..., y proponer alternativas posibles y realistas. Por ejemplo, si no hay posibilidad de conseguir jeringuillas nuevas se pueden hacer otras cosas: hervirlas, desinfectarlas con lejía o alcohol, hacerse un chino, esnifar parte de la droga para quitarse el mono y después buscar jeringuillas limpias, lavarla aunque sea con agua...

Si es posible, es interesante intentar trabajar el cambio de hábitos con grupos de usuarios empleando métodos participativos y capacitando a los individuos a afrontar situaciones de riesgo.

Otro recurso es fomentar la auto-eficacia mediante modelos a imitar (ver el siguiente apartado: "Los modelos"). Los usuarios de drogas, como todo el mundo, se copian mutuamente, juzgan y critican la conducta de sus compañeros, etc. Algunos usuarios que actúen como Agentes de Salud pueden enseñar a sus compañeros.

Muchas soluciones a los problemas de adoptar hábitos saludables son complejas, puede haber distintas soluciones más o menos aceptables por unas u otras personas; desde los programas se pueden fomentar de forma individual las soluciones de problemas, y también en grupos.

No está de más recordar que algunos problemas para adoptar comportamientos preventivos no son responsabilidad única del consumidor, ni están bajo su control, sino que devienen del entorno y del marco legal donde se produce el consumo.



LOS MODELOS

La influencia de los "modelos" en la conducta humana es fundamental, es más fácil afrontar los problemas cuando podemos observar a nuestros iguales resolviéndolos adecuadamente. De hecho, seguramente la mayoría de las conductas humanas se adquieren por modelado. Bola de Nieve es una estrategia que aprovecha la importancia de los modelos entre la población usuaria de drogas. Los Agentes de Salud, sigan consumiendo o no drogas, son modelos positivos para sus iguales, por cuanto están correctamente informados sobre temas relevantes para los consumidores de drogas, tienen contactos positivos con los recursos sociosanitarios y se preocupan por los demás desarrollando acciones concretas de apoyo a otros usuarios de drogas. Además, elaboran materiales (carteles, folletos...) y participan activamente en otras actividades. Los grupos de apoyo mutuo y los grupos autoorganizados son dos posibles derivaciones de una operación Bola de Nieve.

Si es posible, resulta positivo fomentar, apoyar, y/o proporcionar medios (local, información) para la organización y asociación de los propios usuarios. Si se cuenta con un local, quizá haya personas interesadas en reivindicar derechos, trabajar en la información sobre riesgos, etc.





Bola de Nieve con usuarios de drogas. Torrejón de Ardoz (Madrid) 1998



Bola de Nieve con jóvenes y recientes inyectores. Torrejón de Ardoz (Madrid) 1999



Bola de Nieve en la Comunidad Gitana. Talavera de la Reina 2001



Bola de Nieve para usuarios de drogas. Albacete 2000





Bola de Nieve para Mujeres trabajadoras del sexo usuarias de drogas. Alcalá de Henares 2000



Bola de Nieve para usuarios de drogas. Talavera de la Reina 2000.



Bola de Nieve para parejas (prevención de la transmisión sexual del VIH). Alcobendas/San Sebastian de los Reyes. 2000



Bola de Nieve para usuarios de drogas. Albacete 2000

BOLA DE NIEVE

**GUÍA DIDÁCTICA DEL
TALLER PARA AGENTES
DE SALUD**



INTRODUCCIÓN

Antes de iniciar el taller para Agentes de Salud tienen que estar planificados los siguientes aspectos:

Número de sesiones: El taller para Agentes de Salud consta de un mínimo de ocho sesiones, que se pueden ampliar con sesiones especiales cuando la temática (por ejemplo, Bola de Nieve dirigida a cocaína) o las actividades (por ejemplo, diseño de folletos) de la operación Bola de Nieve lo requieran.

Periodicidad: Las sesiones no deben ser muy espaciadas, ya que el taller se alarga mucho y podemos ir perdiendo participantes. Tampoco conviene que estén muy próximas en el tiempo, porque puede haber dificultades para que los Agentes de Salud acudan a todas las sesiones. A nosotros nos funciona bien programar dos sesiones por semana, con una duración total del taller de un mes.

Horario: El horario se debe negociar con los participantes, de forma que pueda ajustarse a sus actividades diarias y no interfiera con la toma de metadona (si hay usuarios del programa de metadona entre los Agentes de Salud), con el consumo y otros factores (hijos, trabajo, citas terapéuticas...).

Infraestructura: Si no contamos con local propio en la zona donde se va a desarrollar la operación será necesario recurrir a la red de servicios comunitarios y pedir una sala (en una Casa de la Cultura, por ejemplo) con la debida antelación. También podemos contar con los recursos de otras asociaciones o de los centros de atención a drogodependientes si se considera adecuado. Hay que recordar que para el taller necesitamos también retroproyector, vídeo, pizarras, televisor, etc.



Materiales: Antes de iniciarse el taller tiene que estar preparados los Cuadernos para el Agente de Salud con todos los contenidos informativos del taller, los compromisos de acuerdo y los cuestionarios de evaluación.

Formadores: Los educadores de Bola de Nieve son los responsables de la formación. En la primera sesión pueden participar el propio coordinador, antiguos Agentes de Salud o personas de prestigio en la comunidad para presentar el programa. También podemos contar con "formadores invitados" para ciertas sesiones, por ejemplo, médicos del centro de atención a las drogodependencias para las sesiones más sanitarias o trabajadores sociales de los servicios sociales de la localidad para la sesión de Recursos Comunitarios.



SESIONES DEL TALLER DE FORMACIÓN



PRIMERA SESIÓN: PRESENTACIÓN DE BOLA DE NIEVE

Objetivos de la sesión:

- Favorecer la toma de conciencia de los agentes de salud sobre la necesidad de desarrollar labores de reducción de riesgos y daños con UDVP.
- Fomentar el compromiso con el programa Bola de Nieve entre los participantes.
- Conseguir que los agentes de salud conozcan todo el proceso de Bola de Nieve y en qué consistirá su participación.
- Presentar Bola de Nieve (en adelante BDN).
- Hacer una introducción y presentación histórica de la reducción del daño.

Desarrollo de la sesión:

Dinámica de presentación. Duración: 20 minutos. Se realizará una ronda de presentación en la que también participarán los responsables de BDN. Cada persona referirá al resto del grupo lo siguiente:

- * Su nombre.
- * Qué espera de BDN y de su participación en un programa de estas características.
- * Qué puede aportar al grupo y al programa.
- * Qué motivaciones o intereses tiene al participar en esta experiencia.

Presentación del taller y del trabajo posterior de los Agentes de salud. Firma del **COMPROMISO DE ACUERDO**. Duración: 20 minutos. El objetivo de este apartado es completar la información transmitida durante el proceso de selección y captación de los agentes de salud, donde ya se les adelantó a grosso modo en qué consiste y resolver las dudas o aquellos aspectos que no quedaron totalmente claros. Establecer los derechos y deberes, tanto de los agentes de salud como de los responsables de BDN. (ver modelo de Compromiso de Acuerdo en ANEXOS).



Normas del taller. Duración: 15 minutos. Las normas se pueden dejar expuestas en la sala donde se imparte el taller durante su duración para poder remitirnos a ellas en caso de que fuese necesario. Es importante que sean establecidas por consenso, aunque la propuesta venga de nosotros se someterán a un análisis y debate grupal, y que todo el grupo las conozca. A continuación presentamos las que solemos establecer en nuestros programas:

- Escuchar a los demás, NO interrumpir.
- Respetar los turnos de palabra.
- NO discutir, ni pelear.
- Respetar todas las opiniones e ideas de los demás: no reírse, insultar, juzgar...
- Participar No es obligatorio.
- Drogas: NO venir "colocados".
- "Sí se puede fumar".
- NO habrá descansos (salvo excepciones).
- NO salir del aula durante la sesión (salvo excepciones).
- Respetar la confidencialidad de las cuestiones compartidas dentro y entre el grupo.
- Puntualidad.

Breve exposición teórica para argumentar y dar contenido al taller y sus contenidos, así como a los programas de reducción de daños, haciendo especial hincapié en el programa Bola de Nieve. Duración: 15 minutos. Los contenidos que se desarrollan son los siguientes:

- * Historia de los Programas de Reducción de Daños. Antecedentes en Europa y en nuestro país.
- * Algunos resultados de otras Bolas de Nieve.



Dinámica: Puntos Fuertes y Puntos Débiles. Se pregunta al grupo: ¿Cuáles creéis que son vuestros "puntos fuertes" y vuestros "puntos débiles" para actuar como agentes de salud? El formador va reflejando en dos cartulinas las potencialidades y carencias que perciben de sí mismos los participantes. Duración: 30 minutos.

Exposición teórica sobre las habilidades y actitudes a fomentar entre el grupo, de cara a su labor posterior como agentes de salud. Duración: 15 minutos. En la sesión dedicada al adiestramiento para la realización de las encuestas se volverán a abordar estos contenidos, pero más centrados en la siguiente fase del programa. En este primer momento se pretende ir conociendo los puntos fuertes y débiles de nuestros Agentes de Salud. Además, el hecho de explicitar estas habilidades y actitudes favorables tiene como objeto fomentarlas a lo largo de las sesiones para asegurar el buen desarrollo del curso de formación.



SESIÓN USO SEGURO DE DROGAS

Esta sesión es eminentemente teórica, con alta densidad de contenidos, aspecto que queda compensado por el hecho de que los Agentes de Salud suelen tener un conocimiento aceptable de los mismos. La metodología empleada en esta sesión, además de la utilización de algunas dinámicas, consiste en partir de los conocimientos del grupo mediante el planteamiento de cada uno de los puntos a desarrollar y, tras el debate pertinente, corregir y/o completar cada una de las cuestiones.

Por las razones expuestas, no vamos a determinar el tiempo establecido para el desarrollo de cada uno de los apartados y contenidos de la sesión, pues el mayor o menor hincapié en cada uno de ellos dependerá del conocimiento del grupo, de modo que el tiempo dedicado se irá ajustando sobre la marcha de la sesión.

Entre los contenidos de esta sesión se incluyen los relacionados con el cambio de vía de consumo, el riesgo de sobredosis, inyección de menos riesgo y desinfección de jeringuillas.

Objetivos de la sesión:

- Fomentar el autocuidado y el cuidado mutuo entre usuarios de drogas.
- Formar específicamente a los Agentes de Salud para la reducción de daños y riesgos asociados al consumo de drogas.

Desarrollo de la sesión:

Pre test. Duración: 5 minutos.

Tratamientos en drogodependencias. Tipos:

- Programas Libres de Drogas.
- Programas de Mantenimiento con Metadona.
- Otros Programas de Reducción de Daños y Riesgos.



- Estrategias que se consideran Reducción de Daños y Riesgos (de mayor a menor exigencia).

¿Por qué esto (Bola de Nieve) es reducción de daños?. Debate grupal y análisis. A partir del planteamiento de esta pregunta surge un debate dentro del grupo que moderaremos y dirigiremos en función de los objetivos de la sesión, para favorecer un análisis exhaustivo de Bola de Nieve.

Problemas asociados a la vía inyectada. Resaltar sus aspectos negativos desde una perspectiva de la salud y de la reducción de daños.

"Un chino es mejor". Este apartado es la continuación lógica del anterior, de manera que en este caso se procederá a resaltar los aspectos positivos desde una perspectiva de la salud y de la reducción de daños. Normalmente, los usuarios referirán o nos preguntarán sobre sus efectos negativos, que tampoco debemos obviar.

Ventajas/inconvenientes del cambio de vía. Finalmente, con estos contenidos cerramos o sacamos conclusiones a partir de los aspectos señalados en los dos apartados anteriores:

- * Debate grupal (lluvia de ideas para generar todas las ventajas e inconvenientes).
- * Nuestras propuestas.

Cómo "preparar un pico": antes, durante y después. El objetivo es hacer un análisis exhaustivo de todo el proceso de inyección, partiendo del hecho de que a pesar de todo hay personas que optan por esta vía de consumo, pero que desde una perspectiva de reducción de daños y riesgos también se pueden minimizar sus riesgos.

Puntos de inyección. Dinámica hombre y mujer: se reparte una figura femenina o masculina según el sexo de cada uno de los participantes, en la que se les pide que marquen cuáles son las zonas peligrosas y las correctas de inyección. Posteriormente, una persona del grupo sale e indica cuáles son los lugares que consideró individualmente, para pasar a completar la figura entre todo el grupo. Corrección por parte de los formadores, en caso de ser necesario.



Por qué usar jeringuillas limpias. Lluvia de ideas por parte del grupo, reforzando las propuestas adecuadas y complementándolas en caso de ser necesario.

Métodos de desinfección de jeringuillas:

- * Cómo hacerlo: con lejía, con alcohol, con agua, etc.
- * Ventajas/inconvenientes.
- * Repaso. Dinámica "En caso de que...": se divide al grupo en subgrupos, para analizar cada una de las situaciones que les presentan y hacer propuestas alternativas. Debate grupal posterior. Las situaciones son estas: 1) no dispones de agujas limpias, 2) no dispones de lejía, 3) no dispones de agua corriente fresca, 4) no tienes droga y tienes 10 agujas y jeringuillas limpias, 5) no dispones de cuchara, 6) no dispones de algodón limpio, 7) no dispones de toallitas de alcohol, 8) tienes venas difíciles (duras, curvadas, hundidas) y 9) pinchas una arteria.



Guía La ruta segura. Grupo Gid 2003

Sobredosis. Los contenidos a desarrollar son los siguientes:

- Causas de las sobredosis.
- Descripción por sustancias.
- En qué consiste.
- Qué podemos hacer.

Post-test al acabar la sesión.

SESIÓN SEXO SEGURO

En general en esta sesión se trabajan aspectos relacionados con las diferentes prácticas sexuales y los riesgos que conllevan, las infecciones de transmisión sexual (incidiendo en las hepatitis), la importancia de practicar sexo seguro, la prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual y el uso correcto del preservativo masculino y femenino.

Objetivos de la sesión:

- Fomentar que los Agentes de Salud reflexionen sobre las dificultades para desarrollar un comportamiento sexual más seguro en el marco de una relación de pareja estable o esporádica, para que, posteriormente, trasladen a otras personas de su entorno información facilitadora de conductas sexuales de menos riesgo.
- Recabar información sobre comportamiento sexual entre ciertos colectivos de usuarios de drogas.
- Formar específicamente a los Agentes de Salud para la reducción de daños y riesgos asociados a las relaciones sexuales.

Desarrollo de la sesión:

Pre test. Duración: 5 minutos.

Justificación de la sesión: *¿Por qué practicar sexo seguro?*

Duración: 5 minutos.

Prácticas sexuales con/sin riesgo. Duración: 25 minutos.

- * Escala de prácticas sexuales de riesgo (exposición teórica).
- * Dinámica "qué te gusta hacer/que te hagan". Desarrollo: a partir de la formulación de esta pregunta en la pizarra se pretende que el grupo dé rienda suelta a su imaginación y propongan todas las prácticas sexuales que se les ocurran (como una lluvia de ideas) tengan o no riesgos de distinta índole. Es importante aclarar que la pregunta se



hace en sentido figurado, pues podrán señalarse prácticas, independientemente de estar incorporadas en su vida sexual o no. Se puede motivar al grupo pidiéndoles llenar la pizarra con prácticas diversas (que irán desde las diferentes formas de penetración hasta las caricias, las palabras de amor o películas eróticas, etc.). A continuación se pasa a realizar un análisis grupal y debate para determinar si cada una de las prácticas corresponde a una práctica sexual con riesgo o no, y si lo tiene por qué y cómo se puede convertir en una práctica sin riesgo.

- * Dinámica "tarjetas con prácticas". Desarrollo: esta dinámica tiene el mismo objetivo y es muy similar a la anterior, es otra opción cuando no disponemos de mucho tiempo o anticipemos que el grupo no es muy participativo. En este caso, se entregarán una o más tarjetas a cada uno de los miembros del grupo (el formador puede participar o no), de modo que en cada una aparece una práctica sexual distinta (con riesgo o sin él). Se dejan unos minutos para que cada persona determine si el contenido de su tarjeta corresponde a una práctica sexual con riesgo o no, y si lo tiene por qué y cómo se puede convertir en una práctica sin riesgo.

Dinámica: "Antonio, Carmen, El Lucas y Deborah" + Transparencia "¿Cuántos dices...?". Duración: 15 minutos. Procedimiento:

- * Leer la historia que aparece a continuación, en voz alta, sin hacer aclaraciones ni comentarios para resolver las dudas, sólo se cuenta con la información leída para sacar conclusiones.
- * Debatir entre todos y anotar el grado de responsabilidad que tiene cada uno y por qué se llega a esa decisión.



Antonio, es un empresario de 37 años, de clase media, que lleva 10 años casado con Carmen. Pero Antonio tiene un secreto, pues a pesar de disfrutar plenamente de las relaciones sexuales con su mujer, siente el deseo irrefrenable de tener relaciones sexuales con Travestís. La última vez que tuvo un contacto de este tipo, ocurrió lo siguiente:

Antonio acudió a "El Luces", un toxicómano y proxeneta (chulo) al que solicita un servicio, con la peculiaridad de que no quiere usar preservativo. Ante las dudas de "El Luces", Antonio aumenta la oferta económica. Entonces "El Luces" accede, pero él también tiene que convencer a Deborah, una de sus mejores y más antiguas travestis, que se caracteriza por ser activa en las relaciones sexuales, justo lo que busca Antonio.

Cuando se produce el encuentro, Deborah, intenta usar el preservativo, a pesar de lo que habían acordado. Antonio le recuerda que ha pagado más por no usarlo y le amenaza con quejarse a "El Luces"... Entonces Deborah accede.

A las 11 de la noche, Antonio vuelve a casa con su mujer y continúa con normalidad su vida matrimonial. Por supuesto, Antonio y Carmen siguen teniendo relaciones sexuales... y llevan años deseando que Carmen quede embarazada. Por fin lo consiguen.

Cuatro meses después, en una revisión del embarazo, el médico le sugiere a Carmen que se haga la prueba del VIH, pues son unas pruebas que habitualmente se realizan, bajo consentimiento, a toda mujer embarazada. Desafortunadamente el resultado es positivo. Carmen está infectada por el VIH.

(Tomado y adaptado de la "Guía de Counselling para formadores" de FASE, editada por Harmony. Capítulo: ejercicios, dinámicas, role-playing, gráficos y otros).



Según tu opinión, ¿qué grado de responsabilidad tiene cada uno de los personajes de la historia en este resultado final? Valóralo de 0 a 5 (0 = ninguna responsabilidad a 5 = máxima responsabilidad).

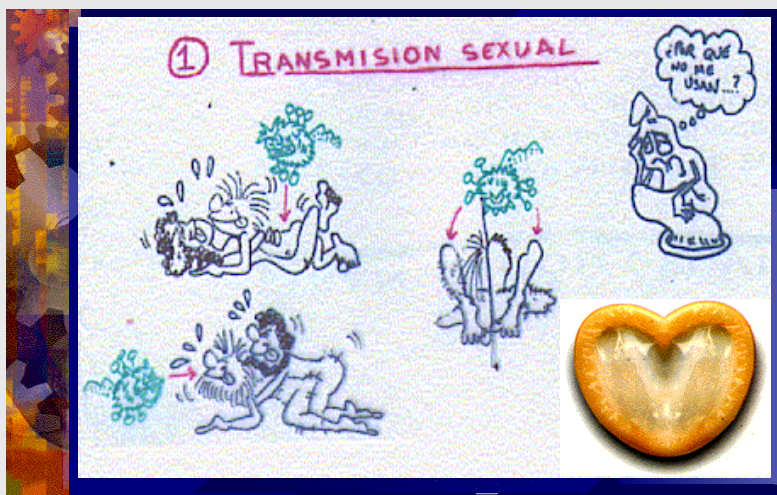
Personajes:	Grado de responsabilidad (0 a 5)	¿Por qué?
ANTONIO		
CARMEN		
"EL LUCES"		
DEBORAH		
MÉDICO		

RESULTADO: la verdadera resolución de esta historia es que cuando Antonio se hizo la prueba, él no estaba infectado por el VIH, solo estaba infectada Carmen.

Exposición teórica sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis.
Duración: 20 minutos.

Uso del preservativo: Duración: 25 minutos.

- Ventajas/inconvenientes de su uso.
- Uso correcto paso a paso: transparencias + dinámica.
- Peculiaridades.
- Preservativo femenino. Uso correcto.



Mitos y actitudes en torno al sexo: dinámica, análisis y debate.

Duración: 30 minutos.

Procedimiento: Se ponen 2 cartulinas en la pared:

MITO

REALIDAD

A continuación entregamos 3 ó 4 tarjetas por persona (o las que se quieran, en función del número de participantes, de los mitos que nos interese trabajar y del tiempo que dispongamos). Poner el nombre por detrás de cada tarjeta y pegar cada una de ellas en una de las dos cartulinas, según considere que se trate de un mito o algo real.

El responsable de la sesión va despegando 1 a 1 cada una de las tarjetas, preguntando a la persona correspondiente sobre cada una de sus tarjetas, sobre los argumentos que le han llevado a considerar algo como mito o realidad.

Tras la exposición de una persona sobre una tarjeta, habrá un turno de réplica entre el grupo para matizar, completar o dar su opinión de acuerdo o desacuerdo sobre la cuestión que refleja la tarjeta. Al mismo tiempo, el responsable de la sesión completa, reconduce, aporta más información, corrige... Finalmente, se colocan en la cartulina correcta.

Post-test al acabar la sesión.



LISTADO:

- * Para evitar contraer el SIDA u otra enfermedad, me fijo bien en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano.
- * Toda la vida lo he hecho "a pelo" y a estas alturas no pienso utilizar un preservativo.
- * Me resulta difícil conseguir o tener a mano preservativos (son caros, no sé dónde conseguirlos, me da vergüenza comprarlos o pedirlos...).
- * El uso del preservativo va en contra de mis principios (ideología religiosa, cultural-étnica...).
- * Si mi pareja me pide que usemos preservativo yo me niego o me resisto.
- * En lugar de preservativo, utilizo el coito interrumpido, puesto que tengo pareja estable y me sirve para prevenir lo mismo que el preservativo.
- * Si se me presenta la "oportunidad" no la desaprovecho, aunque no lleve un preservativo encima.
- * Me da vergüenza comentar que hay que ponerlo o usarlo.
Con los preservativos, ni mi pareja ni yo sentimos nada, se pierde sensibilidad.
- * Con mi pareja no quiero usar el preservativo, porque soy muy hombre/mujer y lo considero algo artificial.
- * Si no hay penetración no me quedo a gusto.
- * La masturbación es sexualmente frustrante y menos satisfactoria que el coito en cuanto a placer sexual.
- * Proponer a una persona el uso de preservativo crea dudas en el otro/a acerca de mi estado de salud.
- * Como sólo me lo hago con mi pareja no hace falta que usemos preservativo.
- * Me moriría de vergüenza ante mi pareja si alguna vez no pudiera "cumplir" en la cama, por eso no uso preservativos.
- * En el caso de parejas que ambos son seropositivos no es tan importante usar preservativo.
- * La utilización de preservativo requiere mucho "autocontrol" en un momento tan fogoso. Yo me dejo llevar por la pasión y no lo utilizo.
- * Usar preservativos me permite tener relaciones sexuales con diversas personas sin correr riesgos.



- * No siempre alcanzo el orgasmo con mi pareja, pero siento mucha satisfacción por lo que la relación sexual supone de intimidad física y emocional.
- * Los preservativos rompen el romanticismo de la situación.
- * Los preservativos también se pueden romper.
- * Creo que es recomendable usar preservativo si no tienes pareja estable; en caso de tener una relación duradera, el anticonceptivo ideal es la píldora.
- * El objetivo final de un contacto sexual es el orgasmo. Y con preservativos es más difícil alcanzarlo.
- * Si no tengo preservativos, paso de la penetración y hago otras cosas con mi pareja.
- * Por lo general, ante una relación esporádica prefiero arriesgarme a no usar preservativo antes que comentarlo a mi pareja para que no crea que desconfía de él/ella.
Me da vergüenza comprar o pedir preservativos.
- * Prefiero practicar "sexo seguro" y evitar riesgos irreversibles.
- * Prefiero tener una relación sexual sin preservativo y exponerme al riesgo si la chica/o lo vale.
- * Para 2 horas que tenemos una vez al mes, no te vas a poner a pensar en tonterías como el preservativo.
- * Es fácil llevar un preservativo encima.
- * El preservativo me aprieta, me oprime.
- * Ponerte un preservativo es engorroso, incómodo y complicado de usar.
- * El sexo oral con preservativo es chupar plástico.
- * Ponerme un preservativo me da vergüenza.
- * Con el preservativo no puedo quedarme un ratito "dentro".
- * Para evitar embarazos o problemas de salud, realizo prácticas sexuales con penetración con pocas personas o solo con gente conocida.
- * Si no tengo un preservativo, trato de buscar prácticas seguras y evitar las prácticas que conllevan riesgos.
- * Los preservativos rompen el ritmo desenfrenado y loco.
- * Si una persona tiene pareja y se masturba, significa que esa pareja tiene problemas.
- * El lavado vaginal después de una relación sexual, previene el embarazo.



- * El hombre puede alcanzar varios orgasmos seguidos sin necesidad de un periodo de descanso.
- * La mujer puede tener varios orgasmos seguidos.
- * El alcohol y la marihuana son estimulantes sexuales.
- * El hombre experimenta el orgasmo con mayor intensidad que la mujer.
- * La masturbación puede producir trastornos mentales.
- * Una vez que un hombre se ha excitado y tiene una erección, debe seguir hasta el final porque puede ser dañino si no lo hace.
- * Una mujer no puede quedarse embarazada si tiene relaciones sexuales durante la menstruación.
- * El hombre y la mujer siguen ritmos distintos para llegar al orgasmo. Por eso, es mejor que el hombre alcance primero el orgasmo y luego la mujer.
- * El orgasmo tiene que llegar simultáneamente a la mujer y al hombre.
- * Mis parejas nunca me piden que usemos preservativo.
- * Utilizar preservativo me da seguridad.
- * Se pueden tener enfermedades de transmisión sexual sin tener síntomas.
- * Una mujer puede quedarse embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.
- * Me lavo después de tener una relación sexual con penetración, es lo mejor para evitar enfermedades.
- * La mujer puede quedarse embarazada aunque el hombre no eyacule dentro de ella.
- * Los preservativos no tienen efectos negativos o secundarios, ni contraindicaciones, como puede ocurrir con otros métodos anticonceptivos.
- * Una relación sexual con preservativo no es una buena relación sexual.
- * Las mujeres suelen fingir los orgasmos.
- * Si un hombre o una mujer tiene cualquier tipo de relación sexual con alguien de su mismo sexo, significa sin ninguna duda que es y siempre será homosexual.
- * Un hombre con pene grande da más placer que otro con un pene más pequeño.
- * Las mujeres no pueden bañarse cuando están con la regla pues se les puede cortar.
- * Sólo las personas inmaduras se masturban.



- * Las mujeres se enamoran más fácilmente que los hombres.
- * Los hombres cuanto más ligan son más hombres.
- * La masturbación es una práctica sexual exclusiva de personas sin pareja sexual.
- * Muchas mujeres se vuelven lesbianas porque no son capaces de atraer a los hombres.
- * Los homosexuales cambian de pareja con mucha frecuencia.
- * La masturbación puede producir enfermedades.
- * El semen se puede agotar (con las masturbaciones).
- * Masturbarse en exceso produce fatiga y debilidad física.
- * El semen de la segunda eyaculación es de "peor calidad" para procrear que el de la primera.
- * La masturbación es una actividad solitaria y antisocial que te hace más tímido.
- * Las fantasías sexuales asociadas a la actividad masturbatoria son malsanas.

Material de apoyo

Un manual interesante para estas sesiones es la Guía de Intervención del Programa Lluna: *Talleres de sexo más seguro y consumo de drogas de menos riesgo en el medio penitenciario*. Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad y Consumo. 2000.

También son de mucha utilidad los materiales del Programa de formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. (Dir. Patricia Insúa. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre el Sida. Universidad del País Vasco. 1999).

(Ver bibliografía)



SESIONES INFORMATIVAS

Las siguientes sesiones tienen un alto contenido informativo, a veces muy técnico, por lo que hay que garantizar la participación y la comprensión de los temas por parte de los Agentes de Salud. Para facilitar la comprensión se proporciona a cada Agente un cuaderno con toda la información expresada de forma clara y concisa. Las transparencias que se van a proyectar contienen la misma información y la transmisión se facilita a través de dibujos, imágenes y gráficas aclaratorias. Para tratar los contenidos se utiliza una metodología orientada al grupo (etnométodos).

A continuación proponemos una forma de estructurar cada sesión que ha resultado ser útil en nuestros talleres de formación. Este esquema es adecuado para las sesiones:

- ABC del SIDA
- Recomendaciones al seropositivo
- Hepatitis y tuberculosis

- 1.- Pretest: Se pasa a los asistentes un breve cuestionario sobre conocimientos del tema que se vaya a tratar en esa sesión (VIH, Tuberculosis, Hepatitis, etc.)
- 2.- Percepción que tienen los agentes de salud sobre el tema que se trata en la sesión. En grupos de cinco personas, los participantes intercambian opiniones sobre los problemas que ellos perciben que tienen sus iguales, relacionados con el tema en cuestión (por ejemplo con la Hepatitis).
- 3.- Contenidos: los formadores del taller proporcionan información adecuada sobre el tema que corresponda, con la ayuda de técnicas participativas.
- 4.- A la luz de la información proporcionada y de lo trabajado en la sesión, Educadores y Agentes de Salud realizan un "Análisis de la



Realidad" de ese tema en el colectivo de usuarios de drogas. Se seleccionan aquellos problemas que podamos abordar y las posibles actuaciones a desarrollar. Se guarda el material de cada sesión.

5.- Posttest: Se vuelve a pasar el cuestionario sobre conocimientos. Creemos que pasar un cuestionario al final de cada sesión contribuye a fijar la información novedosa en la memoria.

En *ANEXOS* se proponen ejemplos de cuestionarios correspondientes a los bloques temáticos de VIH/SIDA, Sexo Seguro, Estrategias ante el Consumo de Drogas y Hepatitis/Tuberculosis.



SESION EL ABC DEL SIDA

Objetivos de la sesión:

1. Diferenciar entre el VIH (agente causal) y el SIDA (consecuencia de la infección por VIH)
2. Aportar una visión dinámica del curso del VIH en el organismo
3. Clarificar las vías de transmisión y las prácticas de riesgo
4. Clarificar las medidas preventivas a seguir en las prácticas de riesgo
5. Informar sobre la prueba del VIH: naturaleza, confidencialidad y recursos.

Desarrollo de la sesión:

Realización del pre-test de la sesión. Duración: 10 minutos

Presentación de la sesión y motivación Duración: 10 minutos. Se presentan los contenidos de la sesión y se contestan las siguientes preguntas: ¿Qué se espera del agente de salud? ¿Qué utilidad tiene la sesión en el marco del programa global?, ¿Qué utilidad para la vida del Agente de Salud puede aportar la sesión?...

Percepción que tienen los Agentes de Salud sobre el tema: A través de trabajo en grupos o lluvia de ideas. Duración: 20 minutos.

Sesión con retroproyección. (Duración: 50 minutos) Contenidos:

1. El VIH y el SIDA son cosas diferentes:
 - ¿Qué es el SIDA?
 - ¿Qué es el VIH?
2. Como ataca el VIH al sistema inmune
3. Transmisión del VIH:
 - ¿Cómo se transmite?
 - ¿Cómo no se transmite?
 - Vías de transmisión
4. Medidas preventivas ante el VIH:



- Medidas de prevención individuales y medidas sociales
5. Diagnóstico del VIH
El test de detección del VIH y la confidencialidad
Recursos zonales, públicos o privados, que hagan este tipo de prueba.
 6. Retroalimentación; dudas y preguntas.



"Análisis de la Realidad" del VIH/SIDA en el colectivo de usuarios de drogas, con las aportaciones de formadores y agentes de salud. Duración: 20 minutos

Post-test. Duración: 10 minutos.

SESION: RECOMENDACIONES AL SEROPOSITIVO

Esta sesión fue elaborada en el año 2000 para una Bola de Nieve específica para seropositivos¹². En un principio surge por el cambio de la situación de las personas que viven con VIH desde 1997, ya que la disminución de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida supone el paso de la preocupación por la cantidad de vida a las consideraciones de calidad de vida. En las últimas operaciones realizadas se ha incorporado como sesión fija, pues un alto porcentaje de los Agentes de Salud son seropositivos y tienen gran interés por recibir información y apoyo.

Objetivos de la sesión:

- Conocer y evitar el riesgo de reinfección.
- Conocer los tratamientos disponibles.
- Reflexionar sobre la importancia de un estilo de vida saludable cuando se es seropositivo.
- Ser conscientes de la importancia de la adhesión al tratamiento.
- Reflexionar sobre la situación social y personal de los afectados.

Desarrollo de la sesión:

Realización del pre-test de la sesión. Duración: 10 minutos.

Presentación de la sesión y motivación. Duración: 10 minutos. Se presentan los contenidos de la sesión y se contestan las siguientes preguntas: ¿Qué se espera del agente de salud? ¿Qué utilidad tiene la sesión en el marco del programa global?, ¿Qué utilidad para la vida del agente de salud puede aportar la sesión?...

Percepción que tienen los agentes de salud sobre el tema: A través de trabajo en grupos o lluvia de ideas. Duración: 20 minutos

12. Operación Bola de Nieve para seropositivos. Alcalá 2001. Documentos internos Grupo GID.
Operación Bola de Nieve para seropositivos Torrejón 2002. Documentos internos Grupo GID



Sesión con retroproyección. Duración: 50 minutos. Contenidos:

1. Consecuencias de la infección por VIH para la persona:
 - Evolución histórica de la tasa de mortalidad
 - Evolución natural de la infección por VIH sin tomar tratamiento.
2. El ciclo de vida del VIH
 - El VIH como "animal" que vive en un ecosistema
 - Las dianas de las medicaciones
3. Objetivos de los tratamientos en un enfermo:
 - Reconstitución inmune y equilibrio inmunológico
 - Bajar la carga viral - Subir los CD4
4. La medicación: beneficios
 - La importancia del cumplimiento
 - Cuando las cosas fallan: cambio de tratamiento
 - Soluciones a los problemas relacionados con la adhesión
5. Los problemas de la medicación
 - Virus resistentes: resistencias y carga viral del VIH
 - Efectos secundarios
6. Retroalimentación; dudas y preguntas.



"Análisis de la Realidad" de las personas seropositivas dentro del colectivo de usuarios de drogas, con las aportaciones de formadores y Agentes de Salud. Duración: 20 minutos.

Post-test. Duración: 10 minutos.

SESION: HEPATITIS Y TUBERCULOSIS

Esta sesión fue ideada en un principio dando igual peso a ambas infecciones. En la sesión original para la que se creó¹³ el tema de la tuberculosis era importante pues en 1997 era todavía la principal enfermedad diagnóstica de caso SIDA. Con el transcurso del tiempo la incidencia de enfermedad hepática y el peso de los problemas hepáticos en la mortalidad y la calidad de vida de las personas con VIH hace que la temática hepatitis gane más peso en la sesión año tras año, mientras que la TBC va ocupando un lugar secundario.

Objetivos de la sesión

- Informar en torno a las Hepatitis Víricas, su cronicidad, sus vías de transmisión y factores que aceleran su curso
- Informar sobre las medidas de prevención de las hepatitis víricas
- Informar sobre la posibilidad de vacunación y tratamiento
- Hacer comprender la evolución diferente de las hepatitis crónicas cuando se tiene VIH, interacciones entre virus y posibilidades de tratamiento
- Informar en torno a la Tuberculosis, sus vías de transmisión, medidas preventivas.
- Informar en torno a lo que supone una Tuberculosis en el seno de la infección por VIH/SIDA
- Orientar en las pruebas diagnósticas de ambas enfermedades e inventariar recursos donde se hagan dichas pruebas o se lleve el seguimiento o tratamiento.

Desarrollo de la sesión:

Realización del pre-test de la sesión Duración: 10 minutos

Presentación de la sesión y motivación. Duración: 10 minutos. Se presentan los contenidos de la sesión y se contestan las siguientes preguntas:

13. Euro-operación BDN para usuarios de drogas, Torrejón de Ardoz Mayo 1998. Grupo GID con el apoyo de la Comisión Europea y la Secretaría del Plan Nacional Sobre el SIDA.



¿Qué se espera del Agente de Salud? ¿Qué utilidad tiene la sesión en el marco del programa global?, ¿Qué utilidad para la vida del agente de salud puede aportar la sesión?...

Percepción que tienen los Agentes de Salud sobre el tema: A través de trabajo en grupos o lluvia de ideas. Duración: 20 minutos.

Sesión con retroproyección. Duración: 50 minutos. Contenidos:

1. Las Hepatitis y el estado de tu hígado
2. Clases de Hepatitis: las Hepatitis Víricas, cronicidad
3. Las Hepatitis B y C: vías de transmisión y prevención
 - Factores que aceleran la progresión de la enfermedad hepática
 - La coinfección de hepatitis crónica y VIH (VIH+VHC)
 - Medidas preventivas y vías de transmisión
4. Tuberculosis: vías de transmisión y medidas preventivas
5. Tuberculosis y VIH
6. Pruebas de detección y recursos zonales para hacerse las pruebas, seguimiento y tratamiento
7. Retroalimentación; dudas y preguntas.

"Análisis de la Realidad" de las Hepatitis y Tuberculosis dentro del colectivo de usuarios de drogas, con las aportaciones de formadores y Agentes de Salud. Duración: 20 minutos.

Post-test. Duración: 10 minutos.

SESIÓN: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y AYUDA.

Objetivos de la sesión:

- Comprender que nuestro comportamiento influye en el desarrollo de una interacción social.
- Asumir que podemos comportarnos de distintas maneras.
- Conocer y ensayar algunas habilidades de comunicación.
- Conocer y ensayar algunas habilidades de oposición asertiva.
- Conocer y ensayar algunas habilidades de afrontamiento.

Contenidos

- * Habilidades de comunicación: mensajes yo y escucha activa.
- * Abordar a los iguales: cómo hacer llegar el mensaje.
- * Oposición asertiva: "Para ti, para mí", "disco rayado" y "banco de niebla".
- * Habilidades de afrontamiento: dar críticas, afrontar la hostilidad.

Desarrollo de la sesión:

La comunicación. Duración: 25 minutos. El formador hace una breve introducción al curso explicando algunos conceptos básicos sobre comunicación. Seguidamente propone al grupo una lluvia de ideas: "Cosas que facilitan la comunicación". Se recogen todas las ideas en una cartulina y se repite la lluvia de ideas, pero esta vez proponiendo: "Cosas que dificultan la comunicación". Las dos cartulinas se pegan en la pared.

Apoyándose en el material producido en la lluvia de ideas, el formador introduce la idea de que nuestro comportamiento cuando no comunicamos con otras personas va a modificar el resultado de esa interacción. Se ilustra esto a través de ejemplos donde distintas conductas en una misma situación llevan a resultados diferentes. También puede utilizar experiencias de los propios participantes.



Entrenamiento de algunas habilidades:

Mensajes yo. Duración: 25 minutos. Se explica brevemente la técnica y se deja el esquema escrito en la pizarra. El formador propone tres situaciones problemáticas que se pueden presentar a los Agentes de Salud al contactar con usuarios de drogas. En los tres ejemplos el hipotético agente de salud ha reaccionado con un "mensaje tú". Cada participante, por separado, ha de transformar ese "mensaje tú" en un "mensaje yo". Después, por grupos de cinco personas, ponen en común sus distintas respuestas y seleccionan los mensajes más adecuados (ver "Comunicación y Habilidades Sociales en Prevención", en MATERIALES DE APOYO).

Escucha activa. Duración: 25 minutos. Se explica brevemente la técnica y se deja el esquema escrito en la pizarra. Se solicitan dos voluntarios para representar un role play. Se representa una escena donde una persona le cuenta a otra algo importante para ella, algo doloroso, algo que le preocupa o algo que le hace feliz. La otra persona ha de poner en práctica las habilidades de la escucha activa: empatizar, resumir y hacer preguntas. El resto del grupo tiene que estar atento para detectar si efectivamente se utilizan esas habilidades. Después, los dos actores intercambian sus papeles. Este ejercicio lo puede repetir todo el grupo por parejas.

Oposición asertiva. Duración: 25 minutos. Se explican brevemente las técnicas "Para ti, para mí", "disco rayado" y "banco de niebla" y se dejan los esquemas escritos en la pizarra. Se solicitan seis voluntarios para representar los siguientes papeles: un grupo de cuatro personas está desarrollando una actividad cualquiera (o alguna que proponga el grupo o el formador) alrededor de una mesa; en un momento de la acción se acercan a la mesa otras dos personas y comienzan a criticar lo que está haciendo el grupo, llegando incluso a criticar personalmente a los miembros del grupo. De los cuatro miembros del grupo, dos han de contestar a las críticas con la técnica "Para ti, para mí", y los otros dos con una combinación de las técnicas "disco rayado" y "banco de niebla". Una vez acabado el role play se pregunta a los participantes cómo se han sentido y se hace una puesta en común con las impresiones del grupo.



También se pueden grabar escenas de películas en las que los personajes reciben críticas injustas o abusivas, para verlas en la sesión y analizar las reacciones ante la crítica.

Habilidades de afrontamiento: afrontar la hostilidad. Duración: 25 minutos. Se explica brevemente la técnica y se deja el esquema escrito en la pizarra. El formador propone un ejercicio individual:

"Imagínate que estás en una situación en la que alguien está enfadado contigo y te está atacando verbalmente: ¿Cómo te sientes? ¿Cómo te comportas?; ¿Cómo te gustaría comportarte en esa situación? ¿Cómo te gustaría sentirte? ¿Qué reacción suavizaría la situación? Ponte en el lugar de la persona que está enfadada".

AFRONTAR LA HOSTILIDAD

Fases por las que atraviesa la persona hostil:

FASE RACIONAL: No hay hostilidad, se puede razonar.

FASE DISPARO: No se puede hacer nada, todo fracasa.

FASE DE ENLENTECIMIENTO: Se desinfla.

FASE DE AFRONTAMIENTO: "¿Qué estoy haciendo?"

FASE DE ENFRIAMIENTO

FASE DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

QUÉ HACER

FASE DISPARO: No hacer nada, escuchar.

FASE DE ENLENTECIMIENTO: Seguir escuchando.

FASE DE AFRONTAMIENTO: Empatizar, ponerte de tu lado, "Te entiendo".

FASE DE ENFRIAMIENTO: Empatizar, ponerte de tu lado.

FASE DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Decir lo que nos parece, expresar lo que creemos y pensamos. Ser asertivo y directo. Solucionar el problema.

Concluido el ejercicio individual dos voluntarios representan esa misma escena en un role play. El personaje que recibe el comportamiento hostil debe intentar seguir los pasos de la técnica. Posteriormente se recogen las impresiones y opiniones del grupo en una puesta en común.

Materiales de apoyo

Estas habilidades sociales básicas se pueden encontrar en cualquier manual de entrenamiento de las habilidades sociales. Nosotros nos basamos en el capítulo "Comunicación y habilidades sociales en prevención" de las dos guías siguientes:

Drogas de síntesis y prevención. Guía para Mediadores Juveniles. GID. Madrid, 1999.

Alcohol y prevención. Guía para Mediadores Juveniles. GID. Madrid, 1999.



SESIÓN RECURSOS SOCIO SANITARIOS Y REPASO

La sesión se divide en dos grandes bloques, uno dedicado al conocimiento de recursos y otro al repaso, cada uno con una duración de 1 hora. Esta sesión acaba con un repaso a los contenidos que se han venido desarrollando a lo largo de las sesiones, con objeto de resolver dudas o reforzar los contenidos del taller formativo.

Objetivos de la sesión:

- Servir de puente entre nuestros Agentes de Salud y el colectivo de usuarios de drogas y los recursos sanitarios y sociales.
- Realizar derivaciones efectivas a los recursos a promocionados.
- Favorecer la toma de conciencia de los agentes de salud y, posteriormente, de su grupo de iguales para que realicen un buen uso de los distintos recursos especializados en drogas, SIDA o sociales.

Desarrollo de la sesión:

Bloque sobre recursos sociosanitarios.

¿Qué sabemos sobre los recursos sociosanitarios?: Es importante partir del conocimiento que tengan los agentes de salud de los recursos y del uso que hacen de ellos. Realizamos una puesta en común y un breve debate sobre conocimiento y acceso a los recursos, para empezar a trabajar la motivación para el acceso a los mismos en caso de ser necesario.

Duración: 30 minutos.

Contenidos: El formador explica los recursos adecuados a las necesidades de nuestro grupo diana: (Duración: 60 minutos)

- * Los diferentes centros de tratamiento de las drogodependencias.
- * Los recursos sanitarios y sociales.
- * Los dispositivos de atención a necesidades básicas (comida, higiene, dormir, roperos...).



- * Los puntos de intercambio de jeringuillas y dispensación de preservativos gratuitos.
- * Los centros específicos para la mujer y de atención ginecológica, etc.
- * Habitualmente, en cada BDN promocionamos especialmente uno de los recursos de la zona en función del perfil o de la población diana a la que dirigimos nuestro programa (por ejemplo: centro de atención ginecológica en la BDN realizada con mujeres prostitutas o el servicio de medicina interna del hospital en la BDN con personas seropositivas) .

Cuando queremos promocionar un recurso determinado, es de gran utilidad contar con la asistencia a la sesión de una persona del propio recurso (trabajador social, psicólogo, médico...), que explique las características del recurso y que transmita una cercanía o facilidad de acceso al mismo.

Listado de recursos: Recomendamos la entrega de un listado exhaustivo en el que aparezca:

- * nombre del recurso
- * dirección y teléfono
- * horario de atención
- * características de cada recurso (para qué puede acudir allí, qué ofrece, etc.)
- * persona de referencia (en caso de poder proporcionar esta información; es una forma de facilitar y motivar el uso del recurso)

Este listado podrá ser utilizado posteriormente, durante la realización de las encuestas para informar al respecto a su grupo de iguales; Los Agentes de Salud se pueden llevar todas las copias que quieran para entregar entre su colectivo.

Bloque de repaso. Turno de preguntas y dudas, y un repaso general a los contenidos más importantes de las sesiones del curso de formación.
Duración: 30 minutos.

SESIÓN DE ADIESTRAMIENTO EN LA ENCUESTA

La encuesta BDN es un elemento clave para conseguir el logro de nuestros objetivos; parte del éxito de la operación radica en nuestra habilidad para capacitar a los Agentes de Salud en el desempeño correcto de las dos funciones que se ejercen a través de la encuesta: Recoger información de los encuestados de modo homogéneo y dar información a los encuestados de manera también homogénea (lanzar los mismos mensajes al grupo diana). Un trabajo defectuoso en este sentido nos llevaría a conseguir datos no válidos y a lanzar mensajes que pueden ser interpretados de modo diferente.

Esta sesión se idea para dotar de "habilidades del encuestador BDN" a personas que nunca han hecho este tipo de trabajo.

Objetivos de la sesión:

- Capacitar como encuestadores a encuestadores no profesionales (los Agentes de Salud) que son miembros del grupo diana de la encuesta.
- Dotar de habilidades a los encuestadores para que recojan información válida y fiable del colectivo diana, homogeneizando la forma de recoger los datos.
- Clarificar al participante en qué momento y condiciones habrá de ejercer el papel de Agente de Salud (proporcionar al encuestado la información acordada en la operación).

Contenidos de la sesión:

- Instrucción teórica en torno a la encuesta (50 - 60 minutos)
- Dinámica ETIC - EMIC (50 - 60 minutos)
- Motivación final (5 - 10 minutos)
- Entrega de los primeros juegos de materiales de encuesta.



Procedimiento:

1) *Previo*: Se entrega a cada Agente de Salud un juego completo con los materiales de la encuesta; incluye juego de encuestas, dispositivos de ayuda, bolígrafos, tarjetas... En el cuaderno del Agente de Salud se incluye un ejemplar de encuesta para que se vayan familiarizando con ella. Es importante que los Agentes conozcan bien todos los elementos de la encuesta.

2) *Instrucción teórica con retroproyector*: Se disgregan los diferentes elementos componentes del cuestionario y se expone mediante transparencias:

- Los tipos de preguntas.
- Los tipos de respuestas.
- Las indicaciones para el encuestador que aparecen en la encuesta.
- Los momentos adecuados para dar información al encuestado.
- Cuándo se usan los elementos de apoyo.
- Un decálogo sobre cómo realizar la encuesta de forma efectiva.

3) *Dinámica ETIC / EMIC*: Para aplicar lo aprendido se divide al grupo por parejas (si son impares hará falta la colaboración de un segundo formador, pues el formador principal se dedica en exclusiva a ir solventando las dudas que van surgiendo a cada pareja):

Se reparte un juego de materiales de prueba por participante.

Cada miembro de la pareja desempeña sucesivamente el rol de entrevistador y el rol de entrevistado. Se pide primero que un miembro de la pareja haga de encuestador; cuando finaliza se cambian los papeles.

De esta forma, cada Agente de Salud puede ir resolviendo los problemas que surjan en su papel de encuestador. Además, en su papel de encuestado, se pone en el lugar de las personas a las que va a entrevistar, valora si las preguntas se entienden, el tiempo que dura la encuesta y su propia reacción a las preguntas que le va haciendo su compañero. Las dudas más significativas se lanzan al grupo y se intentan resolver entre todos.



4) *Entrega de las primeras encuestas*: Para garantizar una buena supervisión es mejor no dar todas las encuestas de una vez y distribuir en varios días la entrega de encuestas completadas. Por ello hay que explicar muy bien los horarios y el lugar de entrega y supervisión de las encuestas. Además ha de quedar claro a quién se ha de encuestar (criterios de inclusión del encuestado). Es importante incluir el Decálogo en letras bien grandes dentro del juego de materiales.

5) *Motivación*: Reforzamos dos ideas: Lo valioso del trabajo bien hecho y la utilidad de esta acción para ayudar a su grupo de iguales.

DECÁLOGO PARA EL ENTREVISTADOR

- 1) CONFIRMA QUE CUMPLE EL CRITERIO DE INCLUSIÓN (Según los criterios decididos en la operación BDN, por ejemplo: "Inyector de cocaína en el último mes de la localidad X").
- 2) SIGUE EL GUIÓN MARCADO: La propia encuesta es te guía para saber cuándo o cómo has de intervenir. NO ALTERES LA REDACCIÓN O EL ORDEN.
- 3) BUSCA UN ENTORNO DISCRETO Y TRANQUILO, SIN OTRAS PERSONAS. Si hay terceras personas pide que no interrumpan, no cambiar respuestas si otro se lo "sopla".
- 4) SI LAS GUÍAS DE LA ENCUESTA TE PIDEN DAR INFORMACIÓN, HAZLO SOBRE ESA CUESTION SOLAMENTE. No se trata de un debate, aclara y sigue con la siguiente pregunta. Si insiste, dile que al final se lo aclaras.
- 5) IMPRIME CONTINUIDAD: Tras acabar una pregunta pasa a la siguiente.
- 6) SI NO RESPONDE O DA UNA RESPUESTA IMPROCEDENTE, INSISTE O ACLARA LOS MOTIVOS.
- 7) NO CAMBIES LOS PAPELES: tú entrevistas, el o ella responde.
- 8) NO ENTREVISTES A MÁS DE UNA PERSONA A LA VEZ.
- 9) NO TE DEJES LLEVAR A CONVERSACIONES: sigue el guión marcado.
- 10) ANTES DE QUE SE VAYA REPASA LA ENCUESTA. Las dudas y aclaraciones hazlas tras la revisión.



SESIÓN DE DISEÑO DE MATERIALES INFORMATIVOS

Si se ha decidido que entre las acciones de los Agentes de Salud se incluya la elaboración de un folleto o material informativo (carteles, guías, calendarios...) habrá que dedicar una o varias sesiones del taller de formación al diseño de estos materiales. No se incluyen tiempos, pues la dedicación al diseño de folletos dentro de una BDN va a depender de múltiples factores, entre ellos el plazo de que disponemos, la complejidad del material que queremos elaborar, la disponibilidad de los Agentes de Salud y los medios humanos y económicos con que contamos.

Objetivos de la sesión o sesiones:

- Promover la reflexión sobre la información recibida.
- Facilitar la interiorización de la información recibida.
- Contribuir al cambio de actitudes y valores de los Agentes de Salud.
- Reflexionar sobre las condiciones que facilitan que la información sea significativa para el que la recibe.
- Fomentar la creatividad y la participación activa.
-

Desarrollo de la sesión o sesiones.

Dependiendo del grado de participación de los Agentes de Salud en la elaboración del folleto, podemos trabajar algunos o todos los aspectos siguientes:

Decidir el tema:

La información proporcionada durante el taller de formación es demasiado extensa para estar contenida en un folleto. Entre todos los participantes hay que seleccionar aquellos temas que queramos difundir especialmente por su relevancia, su novedad o su peligrosidad. Procedimiento:

- Lluvia de ideas: Mediante una lluvia de ideas recogemos los temas
- * que los Agentes de Salud consideran prioritarios.
- Breve debate sobre la pertinencia de los temas propuestos.
- * Elección del tema: Se puede hacer mediante votación.
- *



Si se va a elaborar una guía o agenda más extensa que proporcione mayor información se pueden incluir varios contenidos diferentes. Si la operación Bola de Nieve se centra en un contenido específico (la cocaína, las Hepatitis, la transmisión sexual del VIH o los recursos sociosanitarios) el tema está ya preelegido y sólo habrá que decidir qué mensajes concretos queremos transmitir.

Decidir los mensajes:

Una vez elegido el tema de nuestro folleto, tenemos que elegir los mensajes concretos que queremos difundir y la información que queremos destacar. No podemos introducir en un folleto toda la información que existe sobre un tema, hay que priorizar los mensajes más pertinentes a la realidad en que trabajamos. Para seguir un ejemplo, en el folleto Antón usó Condón¹⁵ elaborado con la participación de Agentes de Salud y dirigido a la prevención de la transmisión sexual del VIH y otras infecciones, se seleccionaron tres mensajes concretos que se querían destacar: *El uso del preservativo, la sexualidad no penetrativa y la comunicación en la pareja*. Veamos el procedimiento a seguir:

Análisis de la Realidad: Si recordamos, después de cada sesión informativa del taller (ver: Sesiones Informativas) los Educadores y Agentes de Salud realizan un "Análisis de la Realidad" del tema que se ha tratado en la sesión (VIH, Hepatitis, Tuberculosis...). En aquel momento se seleccionaron los problemas que podemos abordar y las posibles actuaciones a desarrollar. Ahora recuperamos el material relacionado con el tema de nuestro folleto y lo presentamos en una cartulina. Se debate brevemente.

Decidir los mensajes: Se propone al grupo elegir los TRES mensajes que queremos comunicar a través del folleto. Se hace una ronda (en la que también participa el educador) para que todos expresen los tres mensajes que consideran imprescindibles. De los mensajes más mencionados seleccionamos aquellos que aparecerán en el folleto.

15. Programa Antón Usó Condón para la prevención de la transmisión sexual del VIH en parejas serodiscordantes de usuarios de drogas con la participación de Agentes de Salud. Grupo GID (2001).



Buscar un slogan: Si vamos a elaborar un cartel, un calendario con mensajes preventivos o algo similar necesitamos, más que contenidos, un slogan que transmita en una frase corta la información que queremos difundir. En el caso de un folleto, los distintos mensajes

a transmitir pueden también ser sintetizados en frases cortas que resuman o llamen la atención sobre los contenidos del folleto. Siguiendo con el ejemplo de Antón usó Condón, frases como "En pareja, la prevención pasa por la comunicación" o "Si quieres sexo conmigo ¡usemos preservativo!" tienen esta función. La forma más fácil y divertida de buscar un slogan es a través de una Lluvia de Ideas, para seleccionar después las frases más graciosas, más ingeniosas o que reflejen mejor la información a transmitir.

Buscar un personaje:

El folleto, al igual que una novela, siempre tiene un "narrador". Habitualmente es una voz impersonal que se asocia con la entidad que edita el folleto ("Es un mensaje del Plan Nacional sobre el Sida" o "del comité Antisida X", por ejemplo). A veces aparece un personaje (un médico, un policía, un usuario de drogas, una niña...) que nos transmite información o nos aconseja. Nosotros podemos decidir crear un personaje que se viva más cercano, sea más creíble o que llame la atención del colectivo de usuarios de drogas al que dirigimos el folleto. El procedimiento más sencillo a seguir es el siguiente:

- * **Análisis de otros folletos:** El educador muestra folletos de otras campañas y entidades y llama la atención sobre el "narrador" de cada folleto.
- * **Selección:** Se seleccionan aquellos folletos cuya "voz" nos resulta más cercana o creíble.
- * **Decisión:** Utilizando como ejemplo los folletos seleccionados, decidimos quién va a ser el narrador de nuestro propio folleto. Si se decide crear un personaje (un usuario de drogas, un marciano, el grupo de Agentes de Salud...) hay que tener en cuenta los medios materiales y humanos con los que contamos: Necesitaremos alguien que dibuje al personaje, presupuesto suficiente para editar un folleto en colores, etc. Los requisitos económicos de elaborar un folleto así pueden superar nuestras posibilidades.



ANTÓN USÓ CONDÓN

FICHA TÉCNICA
Edición: Junio
EDAD: 80 años
PROFESIÓN: Ojalero
RELACIONES SEXUALES: Profesionales 13, 23,4
Hemorroides: 2,213
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: 0



Si quieres sexo conmigo,
¡usemos preservativo!

Esta es mi vida...

*Por un rato de placer
no te arriesgues
a no estar bien*



¡Ah! Si no tenía preservativo, me divertía igual (o más) haciendo otras cosas:

- caricias, masajes, besos, lametones
- Masturbarse el uno al otro
- Usar los labios y las manos (y los dedos)
- ... y todo lo que se nos ocurría

NIEVEZ Y JUVENTUD

Desde niño fui educado para disfrutar la sexualidad y prevenir los riesgos que pudiera haber.

Ya en mi juventud, aprendí más cosas, como que el VIH/SIDA se transmite a través de:

El semen
La sangre
Los fluidos vaginales

¡Nunca me sentí mal por hacer las cosas bien!



Evitar la transmisión del VIH y otras enfermedades por vía sexual fue fácil. Aunque mis amigos no usaban condón, yo sí, y sentía un montón.

Amar también es cuidar nuestra salud

MADUREZ



¡Por fin encontré a mi amada! Nunca me corté y hablábamos de todo (sobre todo de sexo). Por ejemplo, de las prácticas sexuales que pueden transmitir el VIH/SIDA y otras enfermedades.

PENETRACIÓN ANAL
(Riesgo muy alto)

PENETRACIÓN VAGINAL
(Riesgo muy alto)

SEXO ORAL
(Riesgo posible)

Con preservativo el riesgo es mínimo. Y para el sexo oral hay preservativos de sabores.

Cuando quisimos ser padres, nos informamos aún mejor, para evitar riesgos al futuro bebé.

En pareja, la prevención pasa por la comunicación.

VEJEZ

¡Hasta aquí he llegado porque el condón he usado!

A pesar de mis años, sigo disfrutando. Uso Viagra para funcionar (je je) y el condón por lo que pueda pasar...



Y si no puedo penetrar, ¡siempre podré jugar!

PARTICIPACIÓN ACTIVA GRUPOS DEL TALLER "ANTÓN USÓ CONDÓN" DE ALCALÁ Y TORREJÓN

GID
GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

INFORMATE, CONTACTA CON NOSOTROS:

-RIESGOS -SALUD EN TORREJÓN DE ARDOZ
C/ Maestro Gudiño 7 - Tfno: 91 6770759

-RIESGOS -SALUD EN ALCALÁ DE HENARES
Centro Municipal de Salud, C/ Serranillo 12
(proprietar por Eni)

OTROS RECURSOS

Servicio de Planificación Familiar (Corrección de Ardoz)
Lunes y miércoles en el Centro de Salud Fresneda,
de 8 a 14 horas. Tfno: 91 677 30 77

Martes y viernes en el Centro de Salud Brújulo,
de 8 a 14 horas. Tfno: 91 676 91 87

Centro de Salud Luis Vives (Moate de Henares)
C/ Luis Vives s/n - Tfno: 91 682 24 66 - 91 682 22 86

© ACCUDE A TU MÉDICO DE CABECERA

Programa Antón Usó Condón par a la prevención de la transmisión sexual del VIH en parejas serodiscordantes de usuarios de drogas con la participación de Agentes de Salud. Grupo GID (2001).

Decidir el formato, los colores, las imágenes...

El procedimiento y las consideraciones económicas son los mismos que en el punto anterior.

134



Guía Bola de Nieve

ALGUNOS PROBLEMAS A RESOLVER

1.- Insiste en ser Agente de Salud y ya tenemos captados a los participantes o no nos interesa por no cubrir el perfil

Durante el proceso de selección y captación de Agentes de Salud normalmente se corre la voz entre el colectivo, de forma que se acercarán a nosotros personas que quieren participar y que no se adaptan al perfil al que va dirigida nuestra operación. En estos casos, lo mejor es explicarle en qué consiste Bola de Nieve, a qué personas va dirigida y por qué razones no se adapta al perfil (consumo, actitudes y/o conductas negativas previas, incapacidad para el trabajo en grupo, no sabe leer y/o escribir, no reúne las características que se han prefijado), siempre que exista un adecuado clima de confianza o seamos capaces de crearlo para la ocasión.

Si el problema es que se adapta al perfil pero los puestos están ya cubiertos, se le puede ofrecer participar como "oyente" al curso de formación. Esta opción también es válida para quienes no se adaptan al perfil pero están muy interesados en los contenidos del taller y no van a distorsionar la buena marcha del curso. En cualquier caso, la participación de otras personas se debe consensuar siempre con el grupo de Agentes de Salud seleccionados. También se le puede dejar en "lista de espera" para una posterior Bola de Nieve o actuación similar. Por otra parte, se pueden ofertar otro tipo de cursos, talleres o intervenciones semejantes de los que tengamos conocimiento.

2.- Tiene problemas con el dinero

Las cuestiones relacionadas con el dinero son de las más delicadas y desagradables; por tanto, lo más recomendable es que todo el grupo tenga bien claro desde el principio las condiciones (formas de pago, el trabajo previo que se ha de realizar antes de cobrar, si se anticipa o no...), para evitar en la medida de lo posible, situaciones conflictivas.

Básicamente podemos optar por dos fórmulas:

Pagar cuando se han terminado el proyecto y se ha realizado todas las acciones previstas.

Optar por fraccionar el pago. Se ha de acordar la fórmula concreta:

- * Fraccionar el pago, adelantando en cada sesión del curso una cantidad simbólica y reteniendo el grueso del pago hasta la fase de encuestas.
- * Se puede optar por pagar un tanto por ciento convenido al finalizar los cursos, el restante se paga al finalizar el proyecto.

Normalmente, queda establecido que se cobra una vez finalizado el curso y realizadas todas las encuestas y acciones diseñadas; pero en ocasiones se puede ir adelantando una pequeña cantidad de dinero algún día y/o a diario.

Esto se hace concretamente en aquellos casos en que la persona se encuentra en situación de calle, tiene un consumo activo (para evitar problemas al recibir dinero "de golpe") o no dispone de recursos económicos. Es muy útil preparar de antemano recibos o facturas (simbólicas) donde quede reflejado el número de veces que se ha adelantado dinero y la cantidad, quedándonos nosotros y cada Agente de Salud con una copia.

Si decidimos que no se adelantará dinero, y sobre la marcha nos encontramos con alguna situación que nos haga cambiar de opinión o criterio, es importante que el resto del grupo lo sepa y esté de acuerdo; siempre dejando muy claro que se trata de una situación muy especial y limitada a ese caso concreto.

También puede ocurrir, que una persona pida adelantos pero incumpla su compromiso y obligaciones con el programa (falta a sesiones, tiene un comportamiento inadecuado, no trae las encuestas etc.); en estos casos, se remite al "Compromiso de Acuerdo" escrito y se corta este adelanto de dinero inmediatamente, aunque se puede dar otra oportunidad de cumplimiento para poder seguir participando en el programa. Es importante remitirnos siempre a la autorregulación del grupo.



3.- Falta a las sesiones

Bola de Nieve se precia de ser un programa flexible, pero en estas ocasiones se ha de tener una flexibilidad relativa. El "Compromiso de Acuerdo" que se firma a modo de contrato especifica las condiciones: se puede faltar a una sesión, Si esto se produce ha de justificarse con un justificante oficial y dando una explicación oportuna (por ejemplo tener un juicio, el justificante sería la comunicación oficial). Si no se justifica una ausencia o si se falta a más de una sesión, aún justificándola, se ofrece como alternativa a la expulsión del proyecto recuperar la sesión con el educador en otro momento, antes de pasar a la fase de encuestas. Esto ha de comunicarse y acordarse con el resto del grupo. En alguna ocasión hemos tenido que tomar esta medida, pero en más de una quincena de operaciones Bola de Nieve realizadas no ha sido expulsado ningún Agente de Salud.

4.- No cumple las tareas o hace mal las encuestas

Lo primero es determinar la razón por la que esto ocurre. Si es por qué tiene dificultades para hacerlo bien, podemos proporcionar un entrenamiento extra o una supervisión y seguimiento más exhaustivo. El resto de Agentes de Salud también pueden apoyarse mutuamente y buscar soluciones entre todos.

También puede suceder que sea capaz de cumplir las tareas, pero por alguna razón no lo hace. En este caso, tendremos que averiguar porqué es, hablar con el Agente de Salud y buscar alternativas conjuntamente; si no se resuelve, nos remitimos al "Compromiso de Acuerdo" para comunicar su salida del programa.

En lo que se refiere a las encuestas, la supervisión de éstas es muy minuciosa. Ante cualquier duda, se rompe la encuesta sospechosa o mal hecha. El Agente de Salud debe repetir la encuesta rechazada hasta que sea satisfactoria. Una vez se termina el trabajo y todas las encuestas han sido entregadas y dadas por buenas es cuando se cobra lo acordado. Si el Agente de Salud tiene dificultad con las encuestas, se le ofrece apoyo extra de los educadores o de sus compañeros.

5.- Acude muy "puesto"

Cada tipo de sustancia tiene sus efectos, así como el tipo de consumo (cantidad, vía, mezclas...); es importante a la hora de seleccionar candidatos a Agente de Salud recabar datos sobre su consumo actual. Trabajamos por definición con usuarios de drogas, que suelen ser politoxicómanos, así que la información que necesitamos antes de confirmar que ha sido seleccionado se refiere a:

- * Cierta control en el consumo
- * Tipo de sustancia(s) que consume actualmente.

El Alcohol es una droga legal, una persona puede haberse tomado una caña o un botellín de cerveza y pasar desapercibido, una persona muy bebida no está para recibir sesiones. Con el resto de sustancias y sus mezclas pasa igual, si se supera el nivel de control es conveniente llevar a parte a la persona y pedirle que se vaya a casa y vuelva mañana de otra forma. En el momento en que se le vuelva a ver y se pueda razonar con él se discuten y se toman las medidas oportunas. En cualquier caso, este hecho no debe quedar sin hablar con el Agente de Salud y haremos referencia a:

- su compromiso
- respeto al grupo
- condiciones de participación

Si no conseguimos un cambio, habrá que valorar la salida del programa de este Agente de Salud.

De todas formas, según nuestra experiencia, el tema del consumo es algo que regula bastante bien el propio grupo de agentes (indudablemente son los primeros en darse cuenta); sin que sea precisa nuestra intervención en todos los casos; suele ocurrir lo siguiente:

- algún miembro del grupo habla personalmente con el individuo en cuestión
- acuden al responsable del referencia de Bola de Nieve para hablar sobre el tema y buscar una solución
- se saca en la siguiente sesión el tema ante todos, normalmente desde un clima de respeto y tranquilidad.



En principio, los educadores conocen bien al grupo y su situación actual (especialmente respecto al uso de drogas) y pueden anticipar quien podría plantear problemas de este tipo. En estos casos, lo mejor es hablar abiertamente con la persona en cuestión sobre el tema, incidiendo en lo que se espera al respecto y buscar soluciones: Adelantar o atrasar la hora de consumo para que no interfiera en el taller y su participación en el mismo; dividir las dosis para poder aguantar sin sufrir síntomas de abstinencia y/o que el efecto del consumo no interfiera en la buena marcha de la sesión, etc.

6.- Tiene dificultades para leer y escribir

Si lee y escribe pero tiene dificultades no muy graves se pueden seguir las siguientes estrategias:

- Apoyo especial durante las sesiones del curso y/o fuera de ellas de cara a reforzar y asegurar la comprensión de los contenidos y a la cumplimentación de cuestionarios o ejercicios escritos.
- Sesiones extra o de repaso, es decir, proporcionar una formación más intensiva.
- Buscar el apoyo de algún otro Agente de Salud; incluso se puede recurrir al acompañamiento y supervisión por parte del propio educador durante el periodo de realización de las encuestas y actividades.

A no ser que otras circunstancias lo aconsejen, es preferible no seleccionar este perfil. Si la persona fue seleccionada y las dificultades que presenta son demasiadas, de modo que dificultan o imposibilitan las tareas a desempeñar o el ritmo adecuado del resto del grupo, tenemos que hacérselo saber a la persona indicada; si a pesar de todo sigue teniendo interés en la participación, podemos plantearle la alternativa de participar como "oyente" en las sesiones para aprender y compartir experiencias con el resto de los compañeros.

7.- No "aprueba" los cuestionarios de evaluación del taller.

Si los datos nos muestran que algunos conceptos trabajados en el taller no han quedado claros, es conveniente analizar tras la sesión las respuestas y

buscar pautas en las incorrecciones. Si están extendidas en el grupo hay que buscar un espacio para clarificar dicho concepto. Si es sólo una persona la afectada, podemos proponer:

- * Sesiones y/o apoyo extra. Profundizar más en los temas abordados en las sesiones de formación y cerciorarnos que el aprendizaje se ha completado.
- * Seguimiento más exhaustivo durante la fase de realización de las encuestas; incluso acompañarle durante la realización de alguna de ellas para asegurarnos de que la información que transmite a su grupo de iguales es correcta.



ANEXO 1

COMPROMISO DE ACUERDO



COMPROMISO DE ACUERDO

El presente acuerdo se establece entre los responsables del programa BOLA DE NIEVE y los Agentes de Salud (personas que van a participar en su desarrollo).

Por el presente acuerdo los participantes en el proyecto se comprometen a:

- * Asistir a todas las sesiones de formación del taller, solamente por causa bien justificada se podrá dejar de asistir a UNA SESIÓN. Se pedirá el debido justificante.
- * Abandonar el proyecto si falta a MÁS DE UNA SESIÓN, aunque lo justifique o bien si falta a una sin justificar debidamente.
- * Actuar de buena fe, atendiendo en los cursos y desarrollando correctamente la labor posterior, dada la importancia del trabajo como Agente de Salud.
- * Colaborar en el diseño de material didáctico, hacer encuestas y participar en una actividad con motivo del Día Mundial del SIDA (1 de diciembre).

Por otro lado, los responsables del proyecto se comprometen a facilitar a los Agentes de Salud:

- Los materiales necesarios para que puedan desarrollar su trabajo.
- El apoyo y la ayuda necesarios para resolver las dificultades que surjan durante el desarrollo de su trabajo.
- Una remuneración económica de euros que se hará efectiva de la siguiente forma: euros al finalizar el taller y otros euros una vez realizadas las encuestas y tras la actividad con motivo del Día Mundial del Sida.

El/La Coordinadora

El/La Agente de Salud

ANEXO 2

CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE LAS SESIONES



POST-TEST USO SEGURO DE DROGAS

1.- ¿POR QUÉ FUMARSE UN CHINO TIENE NORMALMENTE MENOS RIESGOS QUE INYECTARSE?

- V F Hay menos riesgo de sobredosis.
- V F No hay riesgo de infección por VIH.
- V F Es bueno para los pulmones.

2.- DÍ SI CADA UNA DE ESTAS SITUACIONES TIENEN RIESGO DE SOBREDOSIS O NO:

- V F Usar drogas desconocidas.
- V F Compartir jeringuillas.
- V F Usar heroína después de haber tomado mucho alcohol y/o pastillas.
- V F Usar drogas después de un tiempo sin consumir.
- V F Usar drogas para divertirse.
- V F Usar drogas estando solo/a.
- V F Inyectarse mal.
- V F No desinfectar el punto de inyección.
- V F Consumir heroína después de una inyección de naloxona (sobredosis).

3.- ¿QUÉ PUEDES HACER ANTE UNA SOBREDOSIS DE HEROÍNA?

4. ¿QUÉ PUEDES HACER ANTE UNA SOBREDOSIS DE ALUCINÓGENOS (ÁCIDO)?

5. ¿QUÉ PUEDES HACER ANTE UNA SOBREDOSIS DE ESTIMULANTES (COCAÍNA)?



**6.- ¿EN QUÉ PARTES DEL CUERPO ES PELIGROSO PINCHARSE?
(sólo una es correcta):**

- a.- Cuello, genitales y tripa.
- b.- Brazos, cuello y genitales.
- c.- En la parte inferior del cuerpo.
- d.- Piernas y cuello.
- e.- En ninguna parte es peligroso.

7.- ¿CUÁLES SON LOS LUGARES MÁS ADECUADOS PARA INYECTARSE?:

8.- ¿QUÉ ACONSEJARÍAS A ALGUIEN PARA QUE SE INYECTE DE FORMA MÁS SEGURA?:

9.- ¿CUÁL ES LA REGLA DE ORO PARA NO COGER EL SIDA SI TE INYECTAS? (Sólo una es correcta):

- a. Desinfectar el punto de inyección con una toallita de alcohol.
- b. No mezclar drogas.
- c. Usar siempre una jeringuilla nueva y no compartir nada que pueda tener sangre.
- d. Usar heroína de buena calidad.
- e. Lavarse bien las manos con agua y jabón.
- f. No inyectarse en el cuello.

10.- ¿QUÉ MÉTODOS CONOCES PARA DESINFECTAR JERINGUILLAS?:

**11.- ¿QUÉ PUEDES HACER SI NO TIENES JERINGUILLAS LIMPIAS A MANO?
(Di al menos dos cosas):**



POST-TEST SEXO SEGURO

1.- ORDENA DE 1 (MÍNIMO RIESGO) A 6 (MÁXIMO RIESGO) LAS SIGUIENTES PRÁCTICAS SEXUALES, SEGÚN EL RIESGO DE CONTAGIO DE VIH/SIDA, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS ENFERMEDADES QUE CONLLEVE SU PRÁCTICA:

- PENETRACIÓN ANAL
- SEXO ORAL
- BESOS
- MASTURBACIÓN
- PENETRACIÓN VAGINAL
- MASAJES Y CARICIAS

2.- EL PRESERVATIVO SIRVE PARA PREVENIR:

- a) Embarazos y VIH/SIDA.
- b) No suele ser seguro para prevenir enfermedades.
- c) Embarazos, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y Hepatitis.

3.- EL PRESERVATIVO DEBE PONERSE:

- a) Antes de que se produzca la penetración.
- b) Con ponerlo un poco antes de la eyaculación es suficiente.
- c) Ninguna de las dos es correcta.

4.- ¿QUÉ ES VERDADERO O FALSO RESPECTO A LA HEPATITIS B?:

- | | | |
|--|---|---|
| - Se transmite principalmente por vía sexual | V | F |
| - No hay vacuna | V | F |
| - Se puede hacer crónica | V | F |
| - Para prevenirla el preservativo no sirve | V | F |

5.- DI SI ES VERDADERO O FALSO LO SIGUIENTE RESPECTO A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

- | | | |
|---|---|---|
| - Si las pasas 1 vez quedas protegido para siempre | V | F |
| - Los síntomas son: escozor al orinar, dolor, inflamaciones, cambia la secreción vaginal y del pene, heridas... | V | F |
| - De tratamiento difícil aunque las cojas a tiempo | V | F |
| - Suelen tener síntomas, aunque no siempre | V | F |
| - Algunas, también se pueden transmitir de madre a hijo y por vía sanguínea | V | F |
| - Conocer bien nuestro cuerpo y el seguimiento médico no ayudan a detectarlas | V | F |
| - El contagio ocurre por contacto con la membrana mucosa de una persona infectada | V | F |
| - Las mujeres son más vulnerables que los hombres al contagio | V | F |
| - La prevención implica usar preservativos, ciertos espermicidas, higiene y revisiones ginecológicas | V | F |

6.- ¿QUÉ ESTRATEGIAS O RAZONAMIENTOS SE TE OCURREN QUE PUEDEN SER ÚTILES PARA NEGOCIAR EL USO DEL PRESERVATIVO ANTE UNA RELACIÓN SEXUAL?:

7.- ¿QUÉ LUGARES CONOCES DONDE SE PUEDAN CONSEGUIR PRESERVATIVOS GRATIS?:



POST-TEST SESIÓN FORMATIVA “ABC DEL VIH/SIDA”

1.- UN ENFERMO DE SIDA ES.... (escoge sólo una)

Uno o una que ha cogido el bicho	
Un seropositivo/a frente al VIH	
Un ceropositivo en sangre	
Un seropositivo/a con infecciones oportunistas	

2.- LA VIA DE TRANSMISIÓN DEL VIH ES... (escoge sólo una)

La vía del tren de Vallecas	
El camino usado por el VIH para entrar en su cuerpo	
Ser drogadicto, homosexual o prostitua	
La droga	

3.- ¿HACER LAS SIGUIENTES COSAS SUPONEN RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH?

Preparar dosis de inyecciones a medias y meter en la sopa jeringuillas previamente usadas	
Compartir un turulo para una raya o para un chino	
Ponerte la ropa de una persona seropositiva	
Inyectarse con una jeringuilla usada por otro	
Echar un polvo con condón con un seropositivo/a	
Coger una chuta del suelo y ponerme con ella	
Echar un polvo “a pelo” con un macizo/a imponente	
Magrearte con alguien que te atrae	
Relaciones sexuales con mi pareja	
Dar una jeringuilla usada por un seropositivo a otro	

4.- EL VIH/SIDA SIEMPRE AFECTA A.... (escoge una respuesta)

A los que se drogan, fornican mucho y a sus hijos	
Al que se encuentra al VIH en una práctica de riesgo	
A todos, pues vivimos en el mismo barco	



Explica tu respuesta:

5.- NOMBRA LAS MANERAS DE PREVENIR AL VIH QUE CONOCES

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

6.- TENER POR COSTUMBRE LAS SIGUIENTES MEDIDAS ¿EVITA AL VIH?
(Contestar Sí o No)

Llevar siempre encima condones	
Usar una jeringuilla nueva cada vez que use drogas	
Hacerme un tatuaje en casa de un colega	
Entrar en un programa de metadona	
Antes de ir “de fiesta” preparo lo necesario: condones, jeringuillas nuevas si me inyecto...	
Usar los centros donde dan condones gratis	
Tener pareja estable y practicar sexo sin condón	
Hacerlo con personas de buena pinta sólo	

7.- CONOCER TU CARGA VIRAL Y TUS DEFENSAS (T4) ES IMPORTANTE, PERO LO MEJOR ES TENER.... (escoge una)

Defensas (T4) altas y carga viral alta	
Defensas (T4) altas y carga viral baja	
Defensas (T4) bajas y carga viral baja	
No tengo ni idea	

8. CUENTA CON TUS PALABRAS POR QUÉ ES BUENO CUMPLIR CON LA MEDICACIÓN PARA COMBATIR AL VIH.



9.- EL ESTILO DE VIDA QUE LLEVES ¿AFECTA AL VIH?

Di al menos tres situaciones de la vida cotidiana que puedan afectar.

1.-

2.-

3.-

10.- ¿SABES QUÉ ES UNA REINFECCIÓN?

Si lo sabes contesta VERDADERO o FALSO

La reinfección afecta a los seronegativos
Reinfectarse trae tener virus resistentes a las medicinas para el VIH
Un portador del VIH ya no puede reinfectarse
La reinfección puede hacer fallar un tratamiento.

11.- ¿TE HAS HECHO EL TEST DEL SIDA? ¿DÓNDE?

¿DÓNDE LLEVAN EL SEGUIMIENTO A LOS SEROPOSITIVOS?

¿DÓNDE PUEDES RECIBIR ASESORAMIENTO SOBRE ESTE TEMA?

POST-TEST SESIÓN RECOMENDACIONES AL VIH +

1.- ELIGE UNA DE LAS DOS OPCIONES

- Las cosas que van a determinar mi salud futura están fuera de lo que yo pueda controlar .
- Aunque seas seropositivo el grado de salud o de enfermedad depende todavía del comportamiento del enfermo.

2.- CONSIDERO QUE MI SALUD ES

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

3.- CONTINUAR CON ESTOS COMPORTAMIENTOS AYUDA PARA LLEVAR MEJOR EL PROCESO DEL VIH (Di Sí o No)

- No faltar a las revisiones médicas
- No beber o beber excepcionalmente
- Consumir narcóticos legales (Tranxilium, Buprex....)
- Dejar de consumir drogas (cocaína, heroína, cannabis)
- Reducir o abandonar el consumo de tabaco
- Deprimirme, hundirme por saber que soy seropositivo
- Tomar la medicación para el VIH de cualquier manera
- Ejercicio físico moderado
- Preocuparme por mi alimentación



4.- CONSIDERO QUE LA CALIDAD DE MI VIDA ES

Muy Buena Buena Regular Mala Muy mala

5.- SEGÚN TU OPINIÓN ¿POR QUÉ DEBE UNA PERSONA CON VIH SEGUIR GUARDANDO LA PREVENCIÓN?

[Empty text box for response]

6.- CON TUS PALABRAS ¿QUÉ ES LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO?

[Empty text box for response]

7.- CON TUS PALABRAS ¿QUÉ ES LA RESISTENCIA AL TRATAMIENTO?

[Empty text box for response]

VALORA EL TALLER DE 1 AL 10 SEGÚN TU OPINIÓN SOBRE

El contenido Los materiales usados Lo aprendido
 Forma de explicar El formador Su utilidad



POST-TEST SESIÓN COINFECCIONES

1.-UNA COINFECCIÓN ES.... (Escoge una)

- Volver a coger una infección que ya tuve
- Un recontagio del VIH
- Tener dos o más infecciones al mismo tiempo
- Es una enfermedad que para que se produzca hay que tener otra antes

2.- EN PERSONAS SEROPOSITIVAS QUE TAMBIEN TENGAN HEPATITIS C CRÓNICA

- El VIH va a agravar la infección por Hepatitis C
- La Hepatitis C agrava la infección por VIH
- Son independientes una de la otra
- Todas son falsas, depende de la persona, no del VIH o de la Hepatitis C

3.- EL VIRUS DE LA HEPATITIS C SE TRANSMITE

- Por contacto con sangre de portador y rara vez por vía sexual (sólo los casos de SIDA)
- Por sangre, sexo y saliva
- Por el aire
- Fundamentalmente por el turulo del chino

4.- PARA UN HÍGADO AFECTADO POR HEPATITIS C CRÓNICA, LO MEJOR ES...

- Tomar metadona, alcohol y tranquilizantes
- Tomar Interferón y Ribavirina combinado
- Tomar antivirales para las defensas
- Dieta especial para mejorar el hígado

5.- SI A UN SEROPOSITIVO LE TRANSMITEN EL BACILO DE LA TUBERCULOSIS

- Seguro desarrollará tuberculosis
- Si sus defensas fallan y no ha tomado Tratamiento se le desarrollará
- Puede transmitirlo a otro desde el primer momento
- Si sus defensas son fuertes, lo matarán y eliminarán

6.- ¿QUÉ ES FALSO SOBRA LA TUBERCULOSIS?

- El VIH es un factor de riesgo para que se desarrolle la enfermedad tuberculosa
- La Tuberculosis no es una enfermedad oportunista
- El 40% de los casos de SIDA se deben a la Tuberculosis
- Tener buenas defensas y cumplir los tratamientos es lo mejor para evitarla

7.- UN MANTOUX POSITIVO INDICA QUE:

- No está vacunado y además tiene bacilos despiertos
- En todos los casos hay contacto
- Es fiable el contacto con el bacilo
- O bien se ha vacunado, o tiene bacilos y más de 200 T4.

¿QUE TE HA PARECIDO LA SESIÓN?

- Muy Buena Buena Regular Mala Muy mala

¿ Y EL CONTENIDO? Suficiente Escaso Mucho

¿QUÉ TE PARECIÓ LA FORMA DE DAR LA SESIÓN POR PARTE DEL EDUCADOR ?

- Muy Buena Buena Regular Mala Muy mala

EXPLICA TU RESPUESTA:



ANEXO 3

EVALUACIÓN DEL PROCESO



REGISTRO DE ASISTENCIA A LOS TALLERES

Taller n.º:

Educador:

Fechas:

Nombre	Apellido	Pre-test	1ª sesión	2ª sesión	3ª sesión	4ª sesión	Post-test	Observaciones
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								

AGENDA DE CONTACTOS DEL AGENTE DE SALUD

FECHA DE CONTACTO	MENSAJE	CONTACTO DEMANDA	USUARIO DE...	DIFICULTADES



ANEXO 4

EVALUACIÓN DEL IMPACTO



EVALUACIÓN DEL IMPACTO

1.- ¿CONOCES EL PROGRAMA BOLA DE NIEVE?

Sí

No

2.-¿SABES EN QUÉ CONSISTE EL PROGRAMA?

3.- ¿HAS HABLADO CON EL AGENTE DE SALUD?

Sí

No

6.-¿QUÉ TEMAS HABÉIS HABLADO?

7.-¿QUÉ TE PARECE ESTE PROGRAMA (QUE HAYA AGENTES DE SALUD, ETC.) ?



8.- ¿A TÍ TE HA SERVIDO EL PROGRAMA?

Sí

No

8.1.¿CÓMO?

[Empty text box for response]

9.- ¿CREEES QUE HA SERVIDO A OTRAS PERSONAS?

Sí

No

9.1.¿CÓMO?

[Empty text box for response]

10.- ¿CONOCES ALGO DE LO QUE HAN HECHO O ESTÁN HACIENDO LOS AGENTES DE SALUD?

Sí

No

[Empty text box for response]

¿QUÉ EN CONCRETO?

11.- ¿HAS PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD QUE HAN ORGANIZADO LOS AGENTES DE SALUD?

Sí

No



CUESTIONARIO DE ACTITUDES SEXUALES (Grupo GID)

DESDE TU PUNTO DE VISTA, SEÑALA TU GRADO DE ACUERDO O
DESACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

(señala con un círculo la respuesta que consideres)

1 2 3 4 5
muy en desacuerdo en desacuerdo más o menos de acuerdo muy de acuerdo

1.- EL PRESERVATIVO ROMPE EL ROMANTICISMO DE LA SITUACIÓN

1 2 3 4 5

2.- SIN PENETRACIÓN NO ME QUEDO A GUSTO

1 2 3 4 5

3.- ME PARECE QUE FOLLAR CON CONDONES ES ARTIFICIAL

1 2 3 4 5

**4.- ME RESULTA INCÓMODO HABLAR DE TEMAS SEXUALES CON MI
PAREJA**

1 2 3 4 5

**5.- PARA QUE UNA PAREJA FUNCIONE TAMBIÉN TIENEN QUE HABLAR
SOBRE SU VIDA SEXUAL**

1 2 3 4 5

**6.- ME PARECE QUE LA SEXUALIDAD ES MUCHO MÁS QUE LA
PENETRACIÓN**

1 2 3 4 5



7.- HABLAR DE SEXO CON MI PAREJA NO VA A RESOLVER NUESTROS PROBLEMAS

1 2 3 4 5

8.- USAR CONDONES ME PERMITE TENER RELACIONES SEXUALES CON DIVERSAS PERSONAS SIN CORRER RIESGOS

1 2 3 4 5

9.- LA MASTURBACIÓN ES UNA PRÁCTICA SEXUAL SÓLO PARA PERSONAS SIN PAREJA

1 2 3 4 5

10.- TENGO MIEDO A LO QUE PIENSE MI PAREJA SI LE PROPONGO USAR PRESERVATIVO

1 2 3 4 5

11.- CREO QUE LAS PRÁCTICAS SEXUALES SIN PENETRACIÓN EVITAN EMBARAZOS Y PROBLEMAS DE SALUD

1 2 3 4 5

12.- SIN PENETRACIÓN NO SE DISFRUTA TANTO

1 2 3 4 5

13.- AL HABLAR DE SEXO CON LA PAREJA TE DAS CUENTA DE QUE MUCHAS PREOCUPACIONES SON COMPARTIDAS

1 2 3 4 5



14.- PUEDE SER MUY EXCITANTE HABLAR DE SEXO CON TU PAREJA

1 2 3 4 5

**15.- NO ME PARECE BIEN HABLAR CON MI PAREJA DE QUE HAY QUE
USAR EL PRESERVATIVO**

1 2 3 4 5

**16.- SI TUVIERA PROBLEMAS SEXUALES ME COSTARÍA MUCHO
HABLARLOS CON MI PAREJA**

1 2 3 4 5

17.- UTILIZAR EL PRESERVATIVO ME DA SEGURIDAD

1 2 3 4 5

18.- SI NO TENGO PRESERVATIVO PREFIERO SEXO SIN PENETRACIÓN

1 2 3 4 5

ANEXO 5

ENCUESTA BOLA DE NIEVE



Operación Bola de nieve

cuestionario

Fecha de realización encuesta ____/____/____ del 200 ____
Nombre del activista _____

I.-DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

S1 Sexo. (Preguntar sólo en caso de duda)

Hombre 1
Mujer 2

S2 Edad (En años)
N.c 99

S3 Nacionalidad
Española 1
Otras (especificar) _____

En el último mes ¿Dónde has vivido?
(Puede responder a más de una)

S.4 Casa (domicilio fijo)

S.5 Sin domicilio fijo, en casas de amigos, padres, familiares)

S.6 Recursos sociales

S.7 Calle

S.8 Cárcel

S9.- Nivel de estudios. (Especificar el máximo nivel finalizado)

Ninguno 1
E.G.B. Primaria, Grad escolar 2
Medio (BUP, ESO, Bachiller) 3
Formación profesional 4
Superior 5
N.c 9

S10.- Situación laboral (hoy)

Trabajo fijo 1
Trabajo eventual 2
Parado 3
Jubilado - Pensionista 4
N.c 9

S11.- ¿Te has inyectado alguna vez droga?

Sí 1
No 2

S12.- ¿Cuántos años tenías la primera vez que te inyectaste?

S13.- ¿Cuántas veces has estado en la cárcel?

Nunca 0
Número de veces

(Entrevistador Si contesta nunca, pasa a siguiente hoja)

S14.- Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo has pasado en prisión sumando todas las veces que has estado?

Tiempo en meses
Tiempo en años

Parte de esta encuesta es una adaptación de la elaborada por Juan Carlos Arberdi y Dulce López Gay del Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid



II.- Tuberculosis y Hepatitis

T.1 ¿Te has hecho la prueba de la tuberculosis?

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.2 ¿Alguna vez diste positivo en un mantoux?

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.3 ¿Has tenido tuberculosis?

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

Nota: Hablar de las tuberculosis, vías de transmisión y si no se hizo la prueba infórmale donde

FICHA 1

T.4 ¿Te has hecho análisis para saber si tienes o has tenido hepatitis?

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.5 ¿Has tenido alguna vez hepatitis?

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

Si dice sí: ¿Cuál?:

T.6 Hepatitis A

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.7 Hepatitis B

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.8 Hepatitis C

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.9 Hepatitis D

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

Las hepatitis B o C se pueden transmitir

T.10 Por relaciones sexuales anales o vaginales sin condón

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.11 Al compartir material de tatuaje

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.12 Al compartir filtros, botes, cucharas al inyectarse

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.13 Al compartir un cigarro o un canuto

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.14 Al compartir jeringuillas usadas

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.15 Al estrechar la mano de una persona con hepatitis

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.16 Al compartir el tubo de esnifar una raya de cocaína

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.17 En el sexo oral (pene-boca o vagina-boca)

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

T.18 Al hacerse masturbar por otro

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

Nota: si las respuestas son incorrectas, explica los modos de transmisión y de prevención que has aprendido

FICHA 2



(Entrevistador: En el caso de que no use la droga inyectada en el último mes, pase al apartado IV El último día que me inyecté)

III.-PRÁCTICAS DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

¿Cuántas jeringuillas usaste el último mes?

- Ninguna
- Menos de 30
- De 30 a 120
- Más de 120

Si contesta ninguna pasa a la parte IV EL ÚLTIMO DÍA QUE ME INYECTÉ

R.1 En el último mes, ¿te has inyectado con jeringuillas nuevas?

- Sí 1
- No 2

En el último mes, ¿Donde has conseguido las jeringuillas nuevas?
(Puede tener respuesta múltiple)

- R.2. En la farmacia
- R.3. Compradas a vendedor
- R.4. Me las da Carlos el educador de menos riesgos más salud
- R.5. En otros centros
- R.6. De otra forma (especificar)

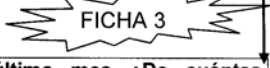
R.7 En el último mes, ¿te has inyectado con una jeringuilla usada previamente por ti mismo?

- Sí 1
- No 2
- (Entrevistador: Si contesta No, pasa a R.9) Si contesta sí, dile que lo mejor es un uso y destruirla o cambiarla.

R.8 En el último mes, antes de tirar una jeringuilla ¿cuántas veces, de media, te has inyectado con ella?

Número de veces

R.9 En el último mes, ¿te has inyectado con jeringuillas previamente usadas por otras personas?

- Sí 1
- No 2
- (Entrevistador: Si contesta no, pasa a R13)
- Si contesta sí: 

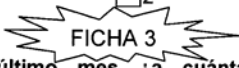
R.11 En el último mes ¿De cuántas personas recibiste jeringuillas ya usadas, con las que luego te pinchaste tú?

Número de personas

R.12 En el último mes ¿Cuántas veces recibiste jeringuillas ya usadas, con las que luego te pinchaste tú?

- 1 a 3 veces por mes
- 1 a 3 veces por semana
- 4 a 6 veces por semana
- Todos los días del mes

R.13 En el último mes, ¿te has inyectado con una jeringuilla recogida del suelo?

- Sí 1
- No 2
- Si contesta sí: 

R.14 En el último mes ¿a cuántas personas has pasado jeringuillas que ya has usado tú?

Número de personas

(Entrevistador Si contesta 0, pasa a R.16)

R.15 En el último mes ¿Cuántas veces repartiste jeringuillas ya usadas por ti, a otras personas?

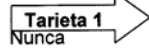
- 1 a 3 veces por mes
- 1 a 3 veces por semana
- 4 a 6 veces por semana
- Todos los días del mes

(Entrevistador si ha contestado esta pregunta, entonces coge la:)



R.16 Durante el último mes, ¿Cuántas veces has compartido el material con el que preparas un pico? (Tapón, bote, cuchara)

Encuestador: Que diga un nº de la

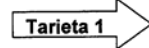
- Tarieta 1** 
- Nunca 1
- 1 a 3 veces por mes 2
- 1 a 3 veces por semana 3
- 4 a 6 veces por semana 4
- Todos los días del mes 5

Encuestador: Si elige los números 2,3,4 ó 5

FICHA 4

R.17 A veces, la gente utiliza una jeringuilla para disolver la droga y luego la reparte a otras jeringuillas. Durante el último mes, ¿Cuántas veces cogiste con tu jeringuilla, droga disuelta de una jeringuilla usada antes por otra persona?

Encuestador: Di que escoja un nº de la

- Tarieta 1** 
- Nunca 1
- 1 a 3 veces por mes 2
- 1 a 3 veces por semana 3
- 4 a 6 veces por semana 4
- Todos los días del mes 5

Encuestador: Si escoge el 2,3,4 ó 5

FICHA 4

IV EL ÚLTIMO DÍA QUE ME INYECTÉ

Ahora nos vamos a referir a tu consumo en el último día

D.1 La última vez que me inyecté fue hace _____ (Tiempo en DÍAS, MESES O AÑOS, que quede claro)

En el último día que te inyectaste ¿Qué drogas has consumido?

- D.2 Heroína**
- D.3 Cocaína**
- D.4 Mezcla de cocaína y heroína**

D.5 El último día que te inyectaste ¿Cuántas veces usaste jeringuillas que habían sido utilizadas previamente por otra persona?

Número de veces

D.6 El último día que te inyectaste ¿Cuántas veces compartiste el material con el que preparas un pico?(Tapón, bote, cuchara)

Número de veces

V.- SITUACIÓN REFERIDA AL VIH

V1.- ¿Te has hecho alguna vez las pruebas del SIDA?

- Si 1
- No 2

Encuestador: Si contesta no infórmale sobre dónde se las pueden hacer y pasa a V.6)

V2.-¿En qué año te hiciste la última prueba de SIDA?

Año

V3.-¿Cual fue el resultado de la última prueba?

- Positivo 1
- Negativo 2
- No lo sé 9

V.4 Si eres positivo al VIH, ¿estás actualmente en tratamiento para el virus?

- Si 1
- No 2

V5.- Si eres positivo al VIH, ¿Acudes a las revisiones con el especialista de hospital sin faltar a ninguna en la actualidad?

- Si 1
- No 2

Encuestador: si dice no

FICHA 5

El virus del SIDA, el VIH, se transmite

V6 Por relaciones sexuales sin condón anales o vaginales

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V7 Al compartir una bebida o comida

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V8 Al compartir material de tatuaje

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V9 Madre a hijo durante el embarazo

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V10 Al compartir filtro, bote, cuchara al inyectarse

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V11 Por fumarse un canuto a medias

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V12 Por coger gotas de las jeringuillas de otros al repartir el caldo (sopa)

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V13 Al darle la mano a un seropositivo

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V14 Al compartir jeringas usadas

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V15 En una felación (mamada) a un seropositivo

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

V16 Al hacerse masturbar por otro/a

Sí 1
No 2
No lo sabe 9

Encuestador: Si las respuestas a las preguntas de la V6 a la V16 son incorrectas, dile cuales contesto mal

VI. UTILIZACIÓN DE RECURSOS

U.1 En los últimos SEIS meses has tenido problemas de salud?

Sí 1
No 2

En los últimos SEIS meses ¿a cuales de los siguientes centros o servicios has acudido?

U.2 Urgencias
U.3 Centro de Salud /Ambulatorio
U.4 Ingresado en el Hospital
U.5 Consulta VIH
U.6 Menos riesgos, más salud
U.7 Enfermería de prisión
U.8 Médico del EAD
U.9 No he acudido a ningún sitio

U.10 En los últimos dos años ¿Has estado en algún programa para dejar de consumir (incluida la metadona)?

Sí 1
No 2

(Entrevistador: Si contesta no pasa a pregunta U.17)

(Si contesta que sí sigue con normalidad)



En los últimos dos años he estado en:
(Puede responder a más de una)

- U.11 Desintoxicación en hospital
U.12 Privados (cristianos, etc ...)
U.13 Comunidad terapéutica
U.14 EAD
U.15 Desintoxicación en la cárcel
U.16 Metadona

U.17 ¿Actualmente estás en un programa de metadona?

- Sí 1
No 2

U.18 ¿Conoces sitios donde intercambiar jeringuillas?

- Sí 1
No 2

Encuestador si dice sí, entonces pregunta:
¿Cuál conoces? _____

U.19 ¿Conoces sitios donde den preservativos gratuitos?

- Sí 1
No 2

Encuestador si dice sí, entonces pregunta:
¿Cuál conoces? _____

VII UTILIZACIÓN DE CONDÓN

C.1 En los últimos 6 meses ¿Has tenido una pareja estable?

- Sí 1
No 2

(Entrevistador: Si contesta "No" pasa a pregunta C.5)

C.2 Tu pareja estable es seropositiva?

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

C.3 Cuando has tenido relaciones sexuales con tu pareja estable ¿Con qué frecuencia utilizaste el condón?

(Encuestador: Pide que escojan un nº de la

Tarieta 2

- Nunca 1
Menos de la mitad de las veces 2
La mitad de las veces 3
Más de la mitad de las veces 4
Siempre 5

(Encuestador si dice un Número diferente de 5)

FICHA 6

C.4 Tu pareja estable se ha inyectado drogas por vía intravenosa alguna vez en su vida?

- Sí 1
No 2
No lo sabe 9

C.5 En los últimos 6 meses, ¿con cuantas personas diferentes has mantenido relaciones sexuales? (diferentes de su pareja estable si la tuviera)

Número de personas

Entrevistador: si no ha mantenido relaciones sexuales con ninguna persona en los últimos 6 meses, pasa a siguiente hoja

C.6 En los últimos 6 meses cuando mantuviste relaciones sexuales con parejas ocasionales ¿Con qué frecuencia utilizaste el condón?

(Encuestador: Pide que escojan un nº de la

Tarieta 2

- Nunca 1
Menos de la mitad de las veces 2
La mitad de las veces 3
Más de la mitad de las veces 4
Siempre 5

Encuestador si contesta un número distinto de 5

FICHA 6

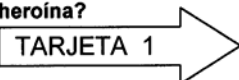

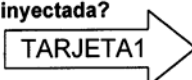
VIII.- DATOS DE CONSUMO

Las preguntas que te voy a hacer a continuación se refieren al consumo de

MEZCLA DE COCA Y HEROÍNA

	codificación	Respuesta
¿Has consumido alguna vez en la vida mezcla de cocaína y heroína?	(Si contesta "No" pasa a siguiente página)	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Si has consumido alguna vez en al vida mezcla de cocaína y heroína, ¿a qué edad comenzaste?	Edad en años	<input type="text"/> <input type="text"/>
¿Has consumido alguna vez en la vida mezcla de cocaína y heroína por vía intravenosa?		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Si has consumido alguna vez en la vida mezcla de cocaína y heroína por vía intravenosa ¿a qué edad comenzaste?	Edad en años	<input type="text"/> <input type="text"/>
CONSUMO EN ÚLTIMO MES <i>Encuestador: saca la tarjeta 1 y pide que elijan un número</i>		
¿Cuántos días en el último mes has consumido mezcla de cocaína y heroína? TARJETA 1	Ningún día en el último mes 1 a 3 días por mes 1 a 3 días por semana 4 a 6 días por semana Todos los días del mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(Si contesta 1, pasar a página siguiente)		
¿Cuántos días en el último mes has consumido mezcla de cocaína y heroína esnifada o fumada? TARJETA 1	Ningún día en el último mes 1 a 3 días por mes 1 a 3 días por semana 4 a 6 días por semana Todos los días del mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
El día que fumas o esnifas mezcla de heroína y cocaína, ¿cuántas rayas, chinos sueles consumir?	Número de rayas, chinos de mezcla de heroína y cocaína que se ha tomado por día	<input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántos días en el último mes has consumido mezcla de cocaína y heroína inyectada? TARJETA 1	Ningún día en el último mes 1 a 3 días por mes 1 a 3 días por semana 4 a 6 días por semana Todos los días del mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(Si no ha consumido pasa a siguiente página)		
El día que te inyectas mezcla de heroína y cocaína, ¿cuántos picos sueles darte?	Número de picos que se ha puesto por día	<input type="text"/> <input type="text"/>

SOLO HEROÍNA

	Codificación	Respuesta
Has consumido alguna vez en la vida Heroína?	<i>(Si contesta "No" pasa a siguiente página)</i>	Sí No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Si has consumido alguna vez en la vida heroína, a que edad comenzaste?	Edad en años	□□
Has consumido alguna vez en la vida heroína por vía intravenosa?		Sí No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Si has consumido alguna vez en la vida heroína por vía intravenosa a que edad comenzaste?	Edad en años	□□
<p>CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES</p> <p><i>Encuestador: saca la tarjeta 1 y pide que elijan un número</i></p>		
¿Cuántos días en el último mes has consumido heroína? <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	<i>Ningún día en el último mes</i> <i>1 a 3 días por mes</i> <i>1 a 3 días por semana</i> <i>4 a 6 días por semana</i> <i>Todos los días del mes</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(Si contesta 1, pasar a página siguiente)		
¿Cuántos días en el último mes has consumido heroína esnifada o fumada? <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	<i>Ningún día en el último mes</i> <i>1 a 3 días por mes</i> <i>1 a 3 días por semana</i> <i>4 a 6 días por semana</i> <i>Todos los días del mes</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
El día que fumas o esnifas heroína, ¿cuántas rayas, chinos sueles consumir?	Número de rayas, chinos de heroína que se ha tomado por día	□□
¿Cuántos días en el último mes has consumido heroína inyectada? <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	<i>Ningún día en el último mes</i> <i>1 a 3 días por mes</i> <i>1 a 3 días por semana</i> <i>4 a 6 días por semana</i> <i>Todos los días del mes</i>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(Si no ha consumido pasa a siguiente página)		
El día que te inyectas heroína, ¿cuántos picos sueles darte?	Número de picos de heroína que se ha puesto por día	□□

SOLO COCAÍNA

	codificación	Respuesta
¿Has consumido alguna vez en la vida Cocaína?	<i>(Si contesta "No" pasa a pregunta final)</i>	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Si has consumido alguna vez en la vida Cocaína, a que edad comenzaste	Edad en años	<input type="text"/> <input type="text"/>
¿Has consumido alguna vez en la vida Cocaína por vía intravenosa?		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
Si has consumido alguna vez en la vida Cocaína por vía intravenosa ¿a que edad comenzaste?	Edad en años	<input type="text"/> <input type="text"/>
CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES <i>Encuestador saca la tarjeta 1 antes de empezar y pide que cojan un número</i>		
¿Cuántos días en el último mes has consumido cocaína? <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">TARJETA 1 →</div>	Ningún día en el último mes 1 a 3 días por mes 1 a 3 días por semana 4 a 6 días por semana Todos los días del mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
(Si contesta 1 pasa a pie de pagina)		
¿Cuántos días en el último mes has consumido cocaína esnifada o fumada? <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">TARJETA 1 →</div>	Ningún día en el último mes 1 a 3 días por mes 1 a 3 días por semana 4 a 6 días por semana Todos los días del mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
El día que fumas o esnifas cocaína, ¿cuántas rayas, chinos sueles consumir?	Número rayas, chinos de cocaína que se ha tomado por día	<input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántos días en el último mes has consumido cocaína inyectada? <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">TARJETA 1 →</div>	Ningún día en el último mes 1 a 3 días por mes 1 a 3 días por semana 4 a 6 días por semana Todos los días del mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
El día que te inyectas cocaína, ¿cuántos picos sueles darte?	Número de picos que se ha puesto por día	<input type="text"/> <input type="text"/>

(Pregunta para fumadores de chinos o bases que en el pasado se inyectaban pero ahora no)

Si ahora sólo fumas o esnifas, ¿cuánto tiempo hace que no te inyectas?

Tiempo en meses

Tiempo en años

Fin de encuesta



TARJETA 1

Ningún día en el último mes	1
1 a 3 días por mes	2
1 a 3 días por semana.....	3
4 a 6 días por semana	4
Todos los días del mes	5

Escoge el número que más se acerque a tu respuesta

TARJETA 2

Nunca	1
Menos de la mitad de las veces.....	2
La mitad de las veces	3
Más de la mitad de las veces.....	4
Siempre	5

Escoge el número que más se acerque a tu respuesta



FICHA 1

La Tuberculosis es causada por un bacilo que se transmite por vía aérea: se inhala.

Desde que se inhala hasta que se desarrolla la enfermedad pueden pasar muchos años dependiendo de tu estado físico: cuando estás débil de defensas la Tuberculosis aparece.

Una analítica de Mantoux nos dice si hemos inhalado bacilos de la Tuberculosis. Si el resultado es positivo indica contacto no que estás enfermo de tuberculosis.

Para ver su grado de desarrollo o dónde se ha instalado hacen falta otras pruebas como esputos, rayos X del pecho...

Las Tuberculosis pueden ser pulmonares o salirse del pulmón: no es raro en seropositivos.

El bacilo de la Tuberculosis se transmite de dos maneras:

1.- De modo directo

Cuando una persona con Tuberculosis activa (no las que no la han desarrollado aunque las hayan inhalado) tose o echa pequeñas gotas al hablar. Otra persona puede inhalarlas si está cerca.

2.- De modo indirecto

Tras toser los bacilos de la Tuberculosis van al suelo y no mueren, si están en un sitio cerrado, una corriente de aire o al limpiar la sala, vuelven a flotar y pueden ser inhalados.

Esto es frecuente si se convive con personas con tuberculosis activa en una casa, hospital, picadero, prisión....



Conviene hacerse regularmente una prueba de Mantoux.

Si una persona tiene Tuberculosis activa ha de ser tratada pues si se trata de transmitir bacterias a otras.

Si has de convivir con alguien con Tuberculosis tú médico te dirá que medidas tomar.



FICHA 2

Las Hepatitis son causadas por virus, le llaman la epidemia silenciosa pues desde que se adquiere el virus hasta que el hígado comienza a dar problemas pueden pasar 15 o 20 años.

Las más frecuentes son las Hepatitis que se transmiten por sangre, las Hepatitis B, C y D, además son las Hepatitis que se pueden volver crónicas. Estos virus se transmiten de persona a persona de la misma forma que el VIH:

- Por vía sanguínea, a través de compartir instrumental usado para inyectarse, para tatuar o piercing y por utensilios de higiene que pueden contener sangre de otras personas: cepillo de dientes, cuchillas de afeitar, cortaúñas...

La Hepatitis es 10 veces más infecciosa que el VIH en contacto con la sangre: es más fácil pillarla que el VIH.

- Por vía sexual a través de relaciones sexuales con penetración sin usar preservativo.
- De madre portadora a hijo

La Hepatitis es menos infecciosa que el VIH por vía sexual y de madre a hijo.

- Además la Hepatitis C se puede transmitir por compartir el tubo para inhalar (esnifar) drogas como la cocaína.



¿Cómo prevenirla?

1. LA HEPATITIS B

- * Existe una vacuna a tu disposición
- * Evitando compartir jeringuillas, agujas, útiles de inyección...de higiene personal: cepillos de dientes, cortaúñas o cuchillas de afeitar.
- * Usando preservativo en tus relaciones sexuales con penetración

2. LA HEPATITIS C

- * No existe una vacuna la única alternativa es la prevención
- * Evitando compartir jeringuillas, agujas, útiles de inyección
- * Evitando compartir el tubo para inhalar (esnifar) drogas
- * Evitando compartir objetos de higiene personal: cepillos de dientes, cortaúñas, o cuchillas de afeitar.
- * Usando preservativo en tus relaciones sexuales con penetración aunque es muy difícil que la hepatitis C se transmita por sexo.

3. LA HEPATITIS D

Para tener Hepatitis D hay que tener previamente la Hepatitis B, aunque nos pueden transmitir las dos a la vez. **Si te vacunas de la hepatitis B evitaras a la hepatitis D además de la B.** Evitando la Hepatitis B además evitas la D; las medidas preventivas son las mismas.

Las pruebas de detección y la administración de vacunas se hacen en cualquier centro de salud.

Si ya tienes Hepatitis puedes darte tratamiento a través de unidades hospitalarias especializadas, tú médico puede informarte.



FICHA 3

Jeringuillas siempre limpias

El que el virus del SIDA y de las hepatitis se transmiten a través de la sangre ha hecho de la práctica de compartir jeringuillas la forma más común de adquirir estas enfermedades.

Usa siempre una nueva jeringuilla y aguja y no compartas el resto de utensilios de inyección en los que pueda haber sangre.

Un estudio demuestra que el VIH es capaz de vivir 28 días en una jeringuilla usada, coger jeringuillas y agujas del suelo ya usadas para inyectarte puede transmitirte el VIH.

Si estás "malo" y no hay jeringuillas o agujas nuevas

- 1.- Consume parte de otra manera (fumada o esnifada) para poder buscar una nueva y consumir el resto.
- 2.- Lo segundo mejor es hervir los instrumentos que hayan sido usados
- 3.- En tercer lugar desinfectar con lejía (pura y recién abierta) o alcohol (70° o 80°).
- 4.- Incluso enjuagar varias veces con agua fría es mejor que no hacer nada.

Lo mejor es destruirlas o cambiarlas por una nueva en los puntos de intercambio, no se la des a un tercero si te la pide ni usas las de nadie para consumir.

Una máquina para cada uso.



FICHA 4

No sólo son las jeringuillas: útiles y costumbres

Además de la jeringuillas, otros objetos que se usan durante la preparación pueden contener sangre, si se comparten existe el riesgo de transmisión del virus.

- ✓ Tapones, botes, cucharas, han podido ser usados anteriormente por otros si coges cualquiera que te encuentres, además si preparasen pico a medias, o a tercias, cada uno mete su jeringuilla que puede estar sucia.
- ✓ Con los filtros sucede lo mismo usar uno nuevo cada vez, para cada persona que participe un filtro propio.
- ✓ El agua: normalmente para cogerla la gente usa la jeringuilla, si está sucia deja restos en el agua, si luego otra persona coge agua se lleva dichos restos, lo mejor es no usar jeringuillas para cogerla, las botellitas de agua biodestilada se parte y se echa gota a gota.

Las costumbres de las personas que se inyectan también influyen:

El bombeo

La práctica del bombeo contamina las jeringuillas, las llena más de sangre, además si la sangre se coagula la persona ansiosa pide una aguja rápidamente sin pensar si está limpia o no. Evita el bombeo y tras el uso cambia la jeringuilla por una nueva en los puntos de intercambio.

Dejar gotas

Si te quieres tirar el rollo mejor deja una punta de material, no una gota que ha podido estar en contacto con una jeringuilla o útil sucio y puede tener virus.



Igualar la cantidad al preparar pico a medias.

Esto se evita repartiendo el material y preparando las dosis por separado, pues al hacerlo en común, al coger, siempre uno coge más y otro menos y cuando se trata de igualar la cantidad también pueden ir virus si útiles o jeringuillas no eran nuevos.

Boteros y goteros es preferible que se busquen la vida de otra manera pues corren muchos riesgos.



FICHA 5

Las personas seropositivas, con infección de VIH, han de llevar su control.

Hoy día los avances en la medicina permiten tener controlada la infección por VIH, tener el VIH no es sinónimo de muerto o de desarrollar SIDA. Para ello es preciso que la persona acuda a revisión hospitalaria para que mediante análisis regulares le tengan controlado.

La carga viral.

La carga viral o número de VIH por gota de sangre, nos marca la velocidad de nuestra infección, si fuera un coche que va a estrellarse contra una pared nos indica la velocidad a la que vamos. Lo ideal es tenerla baja sin tomar tratamiento o indetectable si lo tomas, nos indicaría que el coche que se estrella está detenido o a paso lento.

El número de defensas (T4 o CD4)

El recuento de defensas nos marca lo fuerte que es nuestro cuerpo a la hora de combatir las enfermedades, lo ideal es tener muchas: (una persona normal tiene 1000). Si fuera un coche que se estrella nos indica los metros que nos quedan para estrellarlos: si queda mucha distancia hay tiempo para frenar. Además si se toma tratamiento, las defensas suben: el coche va para atrás.

Otras enfermedades que pueden agravar el proceso.

Si las defensas las tenemos ocupadas combatiendo a otras enfermedades no se pueden ocupar del VIH al 100%: las defensas también luchan contra el VIH. Si fuera un coche que va a estrellarse es como si además nos fallaran los frenos, no dispusiéramos de airbag...

El tratamiento para el VIH está disponible sólo en hospitales, para los pacientes hospitalarios, si no se va a seguimiento no hay tratamiento.



Además en seguimiento sabrás en cada momento: como está el coche (enfermedades que puedan agravar el proceso), la velocidad a la que vas (el número de tu carga viral), y los metros que te quedan para estrellarte si no se hace nada. (el número de T4 o CD4).



FICHA 6

¿Por qué se debe practicar sexo seguro?

Para prevenir la transmisión del VIH, hepatitis y otras enfermedades de transmisión sexual o un embarazo no deseado que puedan ser evitados manteniendo protección en tus contactos sexuales.

Riesgo de contraer el VIH y prácticas sexuales

Dependiendo de la práctica sexual tenemos de menos a más riesgo:

Sexo oral boca-vagina el riesgo es insignificante: es **casi imposible**.

Sexo oral boca-pene (sin eyaculación) el riesgo es insignificante

Boca-pene con eyaculación, el riesgo es mínimo

Fricción vagina-vagina riesgo leve

Penetración vaginal para el hombre riesgo leve.

Penetración vaginal para la mujer riesgo alto

Penetración anal, para el hombre que penetra (a hombre o mujer) riesgo alto.

Penetración anal para quien es penetrado/a, hombre o mujer riesgo muy alto.

El hecho de que haya más riesgo no significa que con una vez que hagas cualquier práctica sin protección no pueda pasarte, lo mejor es usar preservativos como rutina para proteger tu salud.

Cuantas más parejas sexuales tengas y mantengas relaciones sin protección más riesgo corres, hasta la fidelidad no es capaz de evitar la transmisión, mejor fiarse del condón.



BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

Aguilar I. (1995). El Educador Social y las Drogodependencias. Grupo GID.

Autores varios. (2000) Documento Marco sobre Reducción de Daños. Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Riesgos relacionados con las drogas. Barcelona.

Barrio, G; De la Fuente, L.; Colomo C. y cols. (1993). Infección por VIH y conductas de riesgo entre los consumidores de drogas captados por un programa de intercambio de jeringuillas. Médicos del Mundo. Bilbao. II Congreso Nacional sobre el SIDA.

Baulenas, G.; Borrás, T.; Magrí. N (1998). Políticas e intervenciones de Reducción de Riesgos. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2003). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Elisardo Becoña Iglesias. Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A.; Amengual, M. Actuar es posible. Educación sobre el alcohol. Plan Nacional sobre Drogas.

CEESCAT (Centre D'estudis Epidemiològics sobre la SIDA de Catalunya)(2000). Monitoratge de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homes homosexuals i en usuaris de drogues per via parenteral. Document tècnic número 11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.



Comas, D. (1992). Las drogas, guía para mediadores sociales. Ministerio de Asuntos Sociales.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre el Sida. Universidad del País Vasco. (1999). Programa de formación 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: Patricia Insúa.

Escámez, J. y col. (1993). Educación para la Salud. Ed. Generalitat Valenciana, Valencia. FAD, NAU Llibres.

Fishbein, M.; Ajzen, I. (1980). Understanding attitude and predicting social behavior. Prentice Hall. New York.

García Lalinde, G. y col. (2004). "Guía de Evaluación para programas de mediadores/as en Centros Penitenciarios". Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad y Consumo. Ed. GrupoGID.

García Lalinde, G. (2002). Participación de usuarios de drogas como agentes de salud en programas de reducción de daños y prevención del VIH/SIDA. En Revista Española de Drogodependencias, Vol. 27, nº 3. AESED, Valencia.

García Lalinde G. (2001). Participación Activa de usuarios de drogas en Programas de Reducción De Daños. 1ª Conferencia Latina sobre la Reducción de los Daños relacionados con las Drogas. Libro de Ponencias.

García Lalinde G (1999). "Proyecto Bola de Nieve para la reducción de riesgos entre usuarios de drogas". 5º Congreso Nacional sobre el SIDA. Libro de Ponencias. Santiago de Compostela. Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SESIDA).

García Lalinde G (1999). Operación Bola de Nieve: El potencial de los usuarios de drogas en la transmisión de información preventiva. En Boletín del Centro de Documentación de Drogodependencias 56. Pag. 10. Observatorio Vasco de Drogodependencias.



García Lalinde G. (1997) "¿Es posible hacer educación sanitaria desde los Programas de Intercambio de Jeringuillas?". 1ª Jornada sobre intercambio de Jeringuillas. Libro de Ponencias. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida).

George Ritzzer. Teoría Sociológica Moderna. (McGraw Hill) 5ª Ed.

Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) (1997). La Reducción de Riesgos como meta global. En busca de la complementariedad de objetivos. Documentos técnicos. Madrid. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID).

Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) (1996) Programa de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad de Madrid (PPD) Materiales de formación en prevención de drogodependencias.

FASE, (1997) "GUÍA DE COUNSELLING PARA FORMADORES". Edita Harmony (2ª edición).

Hart, R. (1992) "LA PARTICIPACIÓN INFANTIL: DESDE EL FALSO FAVORECIMIENTO A LA CIUDADANÍA". Innocenti Essays, nº 4, Nueva York, NY: UNICEF.

MODUS VIVENDI (1999). Euro Boule de Neige. Manual metodológico. Bruselas. MODUS VIVENDI.

MODUS VIVENDI (1995). "Boule de Neige". Rapport General Dactivites. Bruselas. MODUS VIVENDI.

Mol, R.; Otter, E.; van der Meer, A. (1992). Drugs and aids in the Netherlands. The interests of drug users. Amsterdam. MDHG.

Oliver-Smith, A. (1996). "Investigación antropológica de epidemias y desastres" Annual Review of Anthropology, 25

ONUSIDA (2000). Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas. Ginebra. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.

Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación.

SEISIDA (2001). Programa de intervención en profesionales de salud sobre prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en Mujeres. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan Nacional sobre el SIDA.

Silva, A. (1994). La Evaluación de Programas en Drogodependencias. Vol. II. Ed. Grupo GID.

Stimson, G. V. (1995). En O'Hare, P. A.; Newcombe, R.; y col. (comp.) La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona, Grup Igia.

Svenson, Gary R. y cols (1998) "DIRECTRICES EUROPEAS PARA LA EDUCACIÓN ENTRE IGUALES SOBRE EL SIDA A JÓVENES". European comisión.

Trautmann, F. y Barendregt, C. (1994) Manual europeo de apoyo entre usuarios de drogas por vía intravenosa. Utrecht. NIAD.

Vázquez, P.; Soto, J y cols. (1996). "REFLEXIONES DE UN EDUCADOR DE CALLE" (2ª edición). Edita ASETIL.

Salvador, T; Martínez, I. Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo. CEPS. Madrid.

