

¿Está cambiando el discurso sobre el uso de drogas en las Instituciones?: Un programa de formación de formadores.

Dra. Patricia Insúa* y Sonia Moncada**

*Departamento de Psicología Básica. Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Resumen

La puesta en marcha de programas de Reducción de Daños comienza cuando no se pueden sostener únicamente objetivos de abstinencia en el abordaje de las drogodependencias. Se acepta desde diferentes Instituciones el comenzar a hablar de prevención de los daños y se plantea la necesidad de formar a los profesionales sanitarios capacitándoles para implementar Programas de prevención con los usuarios de drogas. Presentamos los resultados de la evaluación de impacto de un Programa de Formación de Formadores para el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención de los problemas de salud asociados al uso de drogas, llevado a cabo con profesionales de la Red Pública de asistencia de todo el Estado. Se encuentra un incremento importante de todas aquellas capacidades personales necesarias para poner en marcha programas de este tipo y este incremento se mantiene en el tiempo confirmando la adecuación del Programa diseñado.

Palabras clave

Formación. Evaluación. Reducción de daños. Uso de drogas.

Summary

The implementation of harm reduction programmes begin when is impossible to maintain only abstinence objectives in the approach of drug abuse. From different Institutions is accepted to talk about prevention of risks and they raise the need of train the professionals to teach them how to implement prevention programmes with drugs

Correspondencia a:

Dra. Patricia Insúa • Facultad de Psicología • Av. de Tolosa, 70 • 20018 • San Sebastián.
Tel.: 943 01 57 35 • Fax: 943 31 10 55 • E-mail: pbpincep@sc.ehu.es

Sra. Sonia Moncada • Plan Nacional sobre Drogas • C/. Recoletos, 22 • 28001 • Madrid.
Tel.: 91 537 26 87 • Fax: 91 537 27 88 • E-mail: smoncada@pnd.mines



users. We present the results of impact evaluation of a Training Programme to design, implement and evaluate prevention programmes of health problems associated to drug use, did it with sanitary professionals of Public Services in the country. We found an important increase in every necessary personal abilities to implement this kind of programmes and this increment remains in time confirming the adaptation of the designed programme.

Key words

Training Programme. Evaluation. Harm Reduction. Drug Use.

Résumé

La mise en route de programmes de reduction des dommages associé a l'usage des drogues commence quand on ne peut pas soutenir comme unique objectif l'abstinence dans l'abordage des drogedependences. Il est accepté par les diferentes Institutions de commencer à parler de prevention des risques et c'est accepté aussi la necesité de former aux professionnels sanitaires pour être capables de mettre en marche des programmes de prevention avec les utilisateurs des drogues. Dans ce travail on presente les resultats de l'evaluation d'impact d'un programme de Formation pour les formateurs, pour le dessin, la realization et l'evaluation de programmes de prevention des problèmes de santé associé a l'usage des drogues, réalisé avec des professionnels des Services de Santé Publiques de l'État Espagnol. On trouve un incrément important dans toutes les capacités personales necesaria pour mettre en route ce type de programmes et cet incrément se maintient stable dans le temps et confirme l'adéquation du Programme dessiné.

Mots clé

Formation. Evaluation. Reduction des risques. Usage des drogues.

I. INTRODUCCIÓN

Todavía no hace mucho tiempo, la gran mayoría de los programas asistenciales para los usuarios de drogas se basaban en la teoría de la abstinencia y daban prioridad a ésta frente a cualquier otro tipo de salida para el sujeto. Sin embargo, frente a la realidad de

las extensión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana entre los inyectores de drogas en la década de los 80 (asociada, entre otros factores, a la alta incidencia de uso inyectado de heroína a finales de los 70 cuando la gran mayoría de los usuarios de drogas no era consciente de los riesgos que se asumían al compartir los materiales de inyección) y a la



inexistencia de un tratamiento eficaz para esta infección, los esfuerzos sanitarios se comenzaron a centrar en la prevención, observándose una tendencia hacia el abandono de los objetivos de abstinencia y hacia la adopción de modelos de reducción de los daños asociados al consumo de drogas inyectadas.

Esta tendencia no fue general en un primer momento, y si bien algunos países, adoptaron rápidamente una política de reducción de daños, en otros, estos principios han ido siendo adoptados con muchas precauciones y contestados y puestos en tela de juicio desde muchas y diferentes Instituciones.

La crítica principal ha sido el cuestionamiento de su eficacia, y las consecuencias derivadas de objetivos que no persiguen la abstinencia. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado ya la efectividad de los Programas de Reducción de los Daños asociados al uso de drogas y la necesidad ineludible de que complementen a Programas destinados a conseguir la abstinencia.

En nuestro país, no ha habido, hasta la fecha, una política unificada de actuación frente al uso de drogas, y así, los distintos dispositivos de tratamiento (públicos y privados) han decidido qué tipo de Programas poner en marcha. No obstante, se ha ido observando en las distintas CC.AA. y en las distintas organizaciones que trabajan con usuarios de drogas un acercamiento teórico (en un primer momento) hacia la necesidad incuestionable de diseñar e implementar Programas

de prevención de los problemas de salud que se enmarquen en los modelos de Reducción de Daños, con los usuarios de drogas (especialmente con aquellos que las utilizan por vía parenteral, aunque como bien sabemos es difícil categorizar a las personas como "usuario de drogas inyectadas" -UDI- vs. No UDI de manera excluyente, ya que muchas veces se está en la frontera y, dependiendo de distintos factores se realiza o no la conducta de inyección).¹

Distintas son las razones que justifican la necesidad de este tipo de Programas:

- a) por un lado, por las altas tasas de seroprevalencia en este colectivo (aproximadamente el 64 % en el Estado Español -Registro Nacional de Casos de Sida-, y el 65,7% si sumamos aquellos UDVPs que tienen comportamientos homosexuales),
- b) por otro, porque en la mayoría de los UDVPs coexisten (tal y como lo ha confirmado la literatura) los dos comportamientos específicos que dan cuenta de la mayoría de las infecciones por VIH en adultos (vgr. compartir jeringuillas infectadas y tener relaciones sexuales coitales sin preservativo).
- c) Además, una proporción importante de las mujeres UDVPs está en edad de procrear y raramente practica una contracepción sistemática; y sabemos que existe un preocupante riesgo de transmisión materno-fetal del VIH (AIS, 1999)

¹ *Teniendo en cuenta esta realidad, nos vamos a referir a usuarios de drogas por vía parenteral -UDVPs-, incluyendo entre éstos a aquellos usuarios esporádicos de la vía parenteral, ya que ellos también están realizando conductas de riesgo para la transmisión del VIH y otros agentes patógenos.*



(no podemos dejar de tener en cuenta que en el 90% de los casos de Sida pediátrico en España la fuente de transmisión fue la madre, y que de éstas, el 55% era o había sido UDVP). Por otra parte, en el colectivo de mujeres UDVPs la práctica de la prostitución es más frecuente que en hombres UDVPs (Freeman et als., 1994), y su pareja estable es, en numerosas ocasiones, también usuario de drogas (Donoghoe et al, 1989; Murphy, 1989; Kline y Stricker, 1993; Zunzunegui et al, 1990); habiéndose señalado en distintos trabajos que las parejas sexuales de las mujeres UDVPs son las que ejercen la mayor influencia a la hora de compartir el material de inyección y de realizar comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH.

- d) Por el contrario, también se ha señalado que la mayoría de los hombres UDVPs tiene una pareja estable que no consume drogas, siendo consideradas estas relaciones como el "puente" de la transmisión sexual del VIH a la población no UDVP (Donoghoe et als., 1989; Murphy, 1989; Zunzunegui, Rodríguez y Sarasqueta, 1993).

Distintos estudios han comprobado una cierta disminución de las prácticas más arriesgadas respecto al consumo endovenoso de drogas y los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJs), han demostrado sobradamente su influencia en la reducción de las conductas de riesgo en el consumo de drogas por vía parenteral (Kahn, 1998), demostrando que los UDVPs están motivados por su salud aún en períodos de consumo activo de distintas drogas. Sin embargo, todas las

investigaciones indican que esta tendencia a adoptar conductas preventivas no se da en el tema de las relaciones sexuales íntimas (Des Jarlais, 1999), y de forma particular no se da con la pareja estable, y que los cambios en la conducta sexual se dan de forma marcadamente más lenta que los cambios en la conducta de inyección. Los datos sugieren que la seguridad sexual no es considerada como una alta prioridad para los UDVPs y sus parejas sexuales y si bien las normas cotidianas del grupo han comenzado a enfatizar el "uso seguro de drogas", enfatizan las prácticas sexuales inseguras (Battjes et al, 1995; Pavia et al., 1997; Menoyo et al, 1998).

Además, se ha señalado que así como en los comienzos de la epidemia el riesgo de transmisión por compartir los útiles de inyección era predominante, recientemente, al haber disminuido dicha práctica de riesgo gracias a las distintas intervenciones puestas en marcha (especialmente los PIJs), es la transmisión sexual la que puede dar cuenta de casi el 30% de la transmisión entre los UDVPs.

Por tanto, todos los autores están de acuerdo en que hay que trabajar específicamente en el colectivo de UDVPs, esto es, que los programas de prevención de la transmisión del VIH deben ser específicamente diseñados para el grupo con el que se va a trabajar (Freudenberg, 1990; Mantell et als., 1997), y que la educación sobre las conductas de riesgo, en este colectivo, debe focalizarse en reducir los riesgos asociados tanto a la conducta de inyección como a la conducta sexual. De hecho, distintos autores han señalado (Mantell et als., 1997), que los programas de prevención de Sida destinados a usuarios de drogas inyectables, han fallado en mostrar cambios en las conductas sexuales de riesgo;



y que este fallo puede ser atribuido a que no se ha atendido específicamente a estas conductas en las intervenciones diseñadas para estas poblaciones en la última década.

Esto nos llevaría a la necesidad de realización de Programas de prevención y reducción de los daños asociados a las distintas conductas de riesgo adaptados a la cambiante realidad de los usuarios de drogas (Des Jarlais, 1999) y a no pensar que el cambio en un tipo de conducta va a conseguir automáticamente el cambio en la otra.

Sabemos que para hacer prevención y prevenir los riesgos y los daños en los usuarios de drogas, debemos desarrollar intervenciones a distintos niveles (individual, social y político) para provocar cambios tanto en las conductas de riesgo, como en los factores de riesgo, intervenciones que deben ser conceptualizadas bajo los principios de la Salud Pública.

Este tipo de intervenciones, además de ofrecer información, tienen que proporcionar a los individuos los medios para cambiar sus conductas; es decir, además de aumentar la conciencia sobre los riesgos de salud y los métodos eficaces para reducirlos, tienen que proporcionar tanto medios prácticos para el cambio de conducta (agujas, condones, jeringuillas, tratamiento para su adicción, etc.) como ayudar a desarrollar habilidades personales para facilitar la reducción de los riesgos y el cambio conductual (por ejemplo, tener la capacidad para negociar el uso del preservativo en una relación sexual).

En nuestro contexto, poblaciones diana para el desarrollo de intervenciones que potencien estas habilidades son, indudablemente los UDVPs y sus parejas sexuales, que nece-

sitan los conocimientos y los medios para evitar los riesgos de salud; pero también los profesionales sanitarios, que necesitan los conocimientos y medios para poder ofrecer intervenciones eficaces de prevención y ayuda a los usuarios de sustancias, y la comunidad en general, que necesita los conocimientos y medios para crear un ambiente favorable a las iniciativas de prevención y cuidados en salud para los usuarios de sustancias.

Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que para realizar este tipo de intervenciones a nivel de la Salud Pública con el colectivo de usuarios de drogas, es necesario, como requisito previo, que aquellos profesionales que vayan a realizarlas tengan la posibilidad de una formación específica, ya que realizar intervenciones eficaces para cambiar las conductas, supone conocer los modelos que mejor explican los cambios de comportamiento en los seres humanos, las técnicas metodológicas idóneas para trabajar con las variables incluidas en esos modelos y tener habilidades no sólo para diseñar e implementar Programas de intervención teniendo en cuenta dichos principios, sino también para evaluarlos.

Actualmente, la necesidad de la evaluación es insoslayable (Mantell et als., 1997; Holtgrave, 1998), no sólo porque los gestores exigen evaluar las intervenciones, sino porque el dinero público nos exige que sea bien utilizado, es decir, en Programas que funcionen, que cumplan los objetivos que se proponen con los recursos de que disponen. Además, y cada vez más, existe un consenso sobre la necesidad de trabajar en aquellos modelos que se han demostrado eficaces y permitan rentabilizar el tiempo y la energía.



Sin embargo, nos encontramos con que, muchas veces, a pesar de que los profesionales tienen los conocimientos específicos (sobre la transmisión del VIH, sobre la necesidad de realizar conductas preventivas, etc.), fallan a la hora de diseñar Programas eficaces para el cambio conductual.

Todos sabemos que la información es un elemento necesario pero no suficiente en estos Programas, y que lo importante no es dar información sino cambiar conductas con la información. No sirve decir lo que hay que hacer sino facilitar las habilidades necesarias para hacer. Sin embargo la adquisición, modificación y/o eliminación de hábitos no es tarea fácil, a pesar de que las personas tengan la información necesaria, y que si queremos cambiar los comportamientos, tenemos que trabajar no sólo con las variables teóricas que están asociadas al cambio de los mismos, sino también trabajar con una metodología (las técnicas de dinámica de grupos), que es la que se ha demostrado más válida para el objetivo que se quiere conseguir.

Distintos modelos teóricos señalan de una serie de factores asociados a la adopción de comportamientos de riesgo para la salud y han sido aplicados a las conductas relacionadas con la transmisión del VIH. Así, el Modelo de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1977; 1980); el Modelo de la Acción Planificada (Ajzen y Madden, 1986; Shifter y Ajzen, 1985); el Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974); el Modelo de Prevención de Recaídas (Gibbons et al., 1991); el Modelo PRECEDE (Green, 1974); la Teoría de la Autoeficacia (Bandura, 1977); el Modelo de Fases de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1983, 1992); el Modelo de Reducción de Riesgo de Sida (Catania et al., 1990) y el Modelo de Reduc-

ción de Riesgo de Sida Modificado (Ehrhardt et al., 1992) explican suficientemente por qué la información sólo no sirve.

Independientemente de sus diferencias, todos estos modelos están de acuerdo en que si queremos incidir en las conductas, vamos a tener que trabajar una serie de variables, que están asociadas a la modificación de los comportamientos, que no tienen que ver con la información sino con las intenciones, las creencias, las emociones, las habilidades personales, las normas, y las representaciones compartidas por una determinada población sobre un determinado fenómeno. Y para modificarlas, va a haber que desarrollar estrategias comunicativas y de intervención específicas.

Por eso va a ser importante formar a los profesionales. Porque estas dos cuestiones (teoría y metodología) exigen una formación específica en los distintos profesionales que les permita la puesta en práctica de intervenciones eficaces.

Desde esta filosofía de trabajo, conociendo la realidad de la infección por VIH en el colectivo de UDVPs de nuestro país; sabiendo la importancia de la formación de los profesionales que atienden a la población UDVP, teniendo en cuenta los principios de las intervenciones eficaces de Salud Pública y considerando los programas cuya evaluación ha demostrado que son eficaces para los objetivos que se proponen; el Plan Nacional sobre Drogas a través de un convenio con el Plan Nacional sobre el Sida y la Universidad del País Vasco han puesto en marcha un Programa en Redes para la formación de profesionales sanitarios del Estado Español que trabajan en Servicios Públicos de atención a UDVPs.



Este Programa de Formación de Formadores, pretende fomentar el cambio en las propias actitudes y creencias de los profesionales con respecto al consumo de drogas y a la conducta sexual y capacitarles para conceptualizar, diseñar, implementar, evaluar y enseñar a realizar a otros profesionales de sus CC.AA. programas de reducción de los riesgos asociados al consumo de sustancias.

Nuestra idea ha sido crear una red de trabajo en el tema de la prevención de la transmisión del VIH con usuarios de drogas, en el que los profesionales se conozcan e intercambien experiencias, diseñen Programas de intervención eficaces con características comunes (aquellas que se han demostrado útiles en los programas pilotos) y los evalúen con los mismos instrumentos (para poder así compartir los resultados, comparar poblaciones, etc.).

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE FORMADORES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL USO DE DROGAS

Este Programa, tiene sus fuentes teóricas en los Modelos sociocognitivos del cambio de comportamiento anteriormente señala-

dos, y se consolida después de haber sido puesto a prueba y evaluado en distintas poblaciones de profesionales sanitarios del Estado durante los últimos años. Las evaluaciones de cada uno de los Programas previamente realizados anteriormente han permitido estructurar un Programa de intervención en Redes que se concibe como una unidad que incluye formación en dos tipos de talleres: Talleres de sexo más seguro (TSMS) y de consumo de menos riesgo (TCMR), supervisión para el diseño de intervenciones adaptadas a cada territorio y materiales de apoyo (un manual y dos vídeos), y que consta de diferentes fases:

- 1) En la primera fase se contactó con los responsables de los Planes de Drogas de las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta, Melilla, Madrid y Barcelona así como cuatro ONGs de carácter supracomunitario: UNAD, Cáritas, Cruz Roja y Proyecto Hombre. A cada uno se le pidió que nombrara un coordinador del programa y dos profesionales que desempeñarían funciones de formadores de los profesionales de los centros de atención de su zona. Esta primera fase contemplaba también el diseño de los talleres que iban a componer el Programa de Formación y una elaboración previa de los materiales que iban a ser utilizados como apoyo al programa y que consistían en un manual sobre educación sanitaria y dos vídeos psicoeducativos. Como resultado de esta

² Se supervisó el diseño tanto de los TSMS como de los TCMR realizados por los profesionales formados en los Cursos, de tal manera que estos talleres cumplieran los criterios científicos y metodológicos necesarios para conseguir los objetivos de formación que se pretendía.



- primera fase fueron formados 56 profesionales de las distintas CC.AA.
- 2) Durante la segunda fase los profesionales formados diseñaron talleres adaptados a su realidad laboral.² En total fueron diseñados 21 TCMR y 22 TSMS. Además, estos profesionales revisaron el material e hicieron aportaciones que fueron recogidas en el Manual de Educación Sanitaria.
 - 3) La tercera fase consistió en la realización de Programas de Prevención de la

Transmisión del VIH por parte de estos profesionales formados, con profesionales sanitarios de las redes públicas de asistencia a las drogodependencias de sus respectivas CC.AA. A cada territorio se asignó un determinado número de cursos –entre uno y tres– en función de su población y del número de admisiones a tratamiento (ver Tabla 1). Estos cursos fueron apoyados con financiación y materiales.

TABLA 1: Distribución de los cursos de formación en cada comunidad autónoma.

CC.AA	Población	% Población	N.Adm.Trat.	%Adm.Trat.	Nº Cursos
Andalucía	7.234.873	18,24%	11.962	22,83%	3
Cataluña*	6.090.040	15,35%	6.418	12,25%	4
Madrid*	5.022.289	12,66%	6.302	12,03%	4
C.Valenciana	4.009.329	10,11%	4.538	8,66%	3
Galicia	2.742.622	6,91%	4.429	8,45%	3
Cast-Leon	2.508.496	6,32%	1.743	3,33%	3
Pais Vasco	2.098.055	5,29%	1.715	3,27%	3
Cast.Mancha	1.712.529	4,32%	1.027	1,96%	2
Canarias	1.606.534	4,05%	6.989	13,34%	3
Aragón	1.187.546	2,99%	860	1,64%	2
Murcia	1.097.249	2,77%	1.124	2,14%	2
Asturias	1.087.885	2,74%	1.235	2,36%	2
Extremadura	1.070.244	2,70%	2.212	4,22%	2
Baleares	760.379	1,92%	853	1,63%	1
Cantabria	527.437	1,33%	389	0,74%	1
Navarra	520.574	1,31%	162	0,31%	1
La Rioja	264.941	0,67%	143	0,27%	1
Ceuta	68.796	0,17%	222	0,42%	1
Melilla	59.576	0,15%	84	0,16%	1
	39.669.394	100%	52.407	100%	42



TABLA 2: Talleres personalizados por los profesionales de las distintas CC.AA.

CC.AA.	NºTalleres	Tipo de Talleres	Nº Total de Participantes
Aragón	2	1 TSMS y 1 TCMR	24
Asturias	1	1 TSMS	24
Baleares	1	1 TSMS	20
Canarias	3	2 TSMS y 1 TCMR	75
Cantabria	2	1 TSMS y 1 TCMR	15
Cast. La Mancha	2	1 TSMS y 1 TCMR	28
Cast. León	3	1 TSMS y 2 TCMR	42
Cataluña	2	1 TSMS y 1 TCMR	40
Ceuta	1	1 TSMS	-
Extremadura	2	1 TSMS y 1 TCMR	40
Galicia	3	3 TSMS/TCMR	60
La Rioja	1	1 TCMR	12
Madrid (Ayunt.)	2	1 TSMS y 1 TCMR	48
Madrid (Com.)	2	1 TSMS y 1 TCMR	36
Melilla	1	1 TSMS	15
Murcia	2	1 TSMS y 1 TCMR	40
País Vasco	3	3 TSMS	38
Valencia	3	3 TCMR	55
Cruz Roja	2	2 TSMS/TCMR	24
Proyecto Hombre	2	1 TSMS y 1 TCMR	20
UNAD	1	1 TCMR	20
TOTAL	41		676

Como resultado de esta fase de aplicación, se realizaron los Talleres que se señalan en la Tabla 2 (ver Tabla 2).

4) La cuarta fase supone la realización de estos Programas de Prevención con distintos grupos de usuarios de drogas del Estado.

Los objetivos principales de dichos Cursos son:

- Incrementar los conocimientos y habilidades de los profesionales de los centros de atención a las drogodependencias dirigidos a potenciar la modificación de las prácticas de riesgo para la transmisión sexual y parenteral delVIH entre los sujetos usuarios de drogas.
- Ofrecer a estos profesionales los recursos teóricos y técnicos necesarios para



la implementación de Programas de Formación en la Prevención de la Transmisión Sexual y Parenteral del VIH, en la forma de "Talleres de Sexo Más Seguro" y "Talleres de Consumo de Menos Riesgo" con otros profesionales sanitarios y de esta forma posibilitar el trabajo en redes:

- a) Formar a formadores
- b) Coordinar y supervisar el período de formación
- c) Intercambiar conocimientos y experiencias
 - Ofrecer los conocimientos necesarios para desarrollar y transmitir la metodología de evaluación correcta de estos Programas de Prevención, de tal manera que se puedan mejorar y objetivar procesos e impacto de los mismos.

Como materiales de apoyo teórico y metodológico a dicho Programa se han realizado³:

- a) un "Manual de Educación Sanitaria: Recursos para Diseñar Talleres de Prevención con Usuarios de Drogas" (Insúa, 1999a)
- b) dos vídeos con sus respectivas Guías de utilización. Ambos vídeos: "Hacia un sexo más seguro" (Insúa, 1999b) y "Si te metes, no te mates" (De Andrés, 1999), fueron elaborados como recursos pedagógicos para implementar Programas de Prevención de la Transmisión del VIH entre usuarios de drogas y sus parejas.

Así, como hemos señalado anteriormente, este Programa se concibe y se ofrece como un "paquete"; que incluye formación específica teórica y metodológica, tanto sobre conducta sexual como sobre conducta de consumo; y materiales de apoyo (teóricos y metodológicos), que facilitan el diseño e implementación de nuevos Talleres.

3. DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

El Programa realizado para la Formación de los profesionales seleccionados de las distintas CC.AA. consta de 32 horas de duración con dos Cursos de 16 horas cada uno:

- a) Programas de Prevención de la Transmisión Sexual del VIH/SIDA, en la forma de "Talleres de Sexo Más Seguro" (TSMS) (16 horas).
- b) Programas de Prevención de la Transmisión Parenteral del VIH/SIDA, en la forma "Talleres de Consumo de Menos Riesgo" (TCMR) (16 horas).

Ambos cursos fueron implementados en dos semanas distintas, en régimen de internado, trabajando mañana y tarde y de lunes a viernes.

³ Dichos materiales de apoyo se han distribuido a todos los profesionales formados en este Programa de Redes, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

⁴ Las muestras de conveniencia se organizan en función de la oportunidad de los participantes (Mantell, DiVittis y Auerbach, 1997).



Realizado un muestreo de cuotas desde el Plan Nacional sobre Drogas, se formaron 4 grupos de profesionales sanitarios (N=56), seleccionados por conveniencia⁴ por los responsables de Drogodependencias de las distintas CC.AA.; asistiendo a los cursos la primera semana los grupos 1 y 2, y la segunda semana los grupos 3 y 4. Estos grupos recibieron los Cursos de Formación en el siguiente orden:

- a) El 1^{er} y 3^{er} Grupo realizaron en primer lugar; el Curso de Formación en "Talleres de Sexo Más Seguro" (lunes, martes y miércoles) y, en segundo lugar; el Curso de Formación en "Talleres de Consumo de Menos Riesgo" (miércoles, jueves y viernes).
- b) El 2^o y 4^o Grupo realizaron en primer lugar; el Curso de Formación en "Talleres de Consumo de Menos Riesgo" (lunes, martes y miércoles) y, en segundo lugar; el Curso de Formación en "Talleres de Sexo Más Seguro" (miércoles, jueves y viernes).

3.1. METODOLOGÍA

Para valorar ambos Cursos de Formación de Formadores se ha realizado un diseño lon-

gitudinal de medidas repetidas, con una evaluación de resultados y una evaluación de proceso.

La evaluación de resultados nos ha permitido detectar los cambios en la percepción que tienen los profesionales formados sobre sus propios recursos teóricos y técnicos para diseñar, impartir y evaluar "Talleres de Sexo Más Seguro" y "Talleres de Consumo de Menos Riesgo" dirigidos a usuarios de drogas, antes y después de la Formación. Por su lado, la evaluación de proceso nos ha permitido conocer la opinión de estos Profesionales sobre los aspectos estructurales de ambos Cursos. En este trabajo, presentamos los datos de la evaluación de resultados.

Como no se encontraron diferencias significativas entre los 4 grupos en las puntuaciones del pre-test, poniendo en evidencia que todos los participantes parten de una percepción de su nivel de formación muy similar; se construyeron dos únicos grupos para evaluar el efecto de ambos Cursos, el grupo A y el grupo B (que en función del tipo de comparación que realicemos van a actuar como grupo experimental y control alternativamente) (ver Tabla 3):

TABLA 3: Metodología de la evaluación de resultados de los cursos de formación.

	TIEMPO 0		TIEMPO 1		TIEMPO 2		TIEMPO 3	
GRUPO A	Pre (TSMS) Pre (TCMR)	TSMS	Post I (TSMS) Post I (TCMR)	TCMR	Post II (TCMR) Post II (TSMS)	Post III (TCMR) Post III (TSMS)		
GRUPO B	Pre (TCMR) Pre (TSMS)	TCMR	Post I (TCMR) Post I (TSMS)	TSMS	Post II (TSMS) Post II (TCMR)	Post III (TSMS) Post III (TCMR)		



- a) Grupo A (formado por los grupos 1 y 3, que como ya hemos señalado, realizaron primero el TSMS y luego el TCMR)
- b) Grupo B (formado por los grupos 2 y 4, que como ya hemos señalado, realizaron primero el TCMR y luego el TSMS)

Para valorar la estabilidad en el tiempo del aprendizaje producido con ambos Cursos, se realizó un seguimiento entre los 6 y 8 meses de acabado el Programa, después de que los profesionales formados en él, diseñaran y pusieran en marcha su propio Programa con profesionales sanitarios de sus respectivas CC.AA.

Para evaluar los cambios producidos como consecuencia de realizar el TSMS, comparamos al grupo A (experimental) y al grupo B (control) en los tiempos 0 y 1. Para evaluar los cambios producidos como consecuencia de realizar el TCMR, comparamos al grupo B (experimental) y al grupo A (control) en los tiempos 0 y 1.

Para evaluar la estabilidad en el tiempo de la percepción de los cambios producidos con la realización de ambos Cursos, comparamos las puntuaciones obtenidas en los tiempos 2 y 3 en ambos grupos.

Para estimar la medida final del efecto producido por ambos Cursos y sus interacciones, se comparan las puntuaciones obtenidas por los Grupos A y B en el pre-test y los post-test 1, 2 y 3.

Para observar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos A y B en la percepción de los cambios producidos como consecuencia de los Cursos a medio plazo, se comparan las medias de las puntuaciones obtenidas por los dos grupos en el Tiempo 3.

Hemos utilizado el análisis múltiple de la varianza (MANOVA) de medidas repetidas y la prueba t para muestras independientes y muestras relacionadas.

TABLA 4: Evaluación de resultados: Cuestionario del curso de formación de formadores en "Talleres de Sexo más Seguro".

VARIABLE	RANGO DE RESPUESTA
MOTIVACIÓN	1 = Totalmente Desmotivado a 6 = Totalmente Motivado
INTERÉS	1 = Totalmente Desinteresado a 6 = Totalmente Interesado
EXPERIENCIA	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
CONOCIMIENTOS SOBRE CONTENIDOS	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
CONOCIMIENTOS SOBRE METODOLOGÍA	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
CONOCIMIENTOS SOBRE EVALUACIÓN	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
CONOCIMIENTOS SOBRE PROGRAMACIÓN	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
HABILIDADES PARA IMPARTIR	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente



TABLA 5: Evaluación de resultados: Cuestionario del curso de formación de formadores en "Talleres de Consumo de Menos Riesgo".

VARIABLE	RANGO DE RESPUESTA
MOTIVACIÓN	1 = Totalmente Desmotivado a 6 = Totalmente Motivado
INTERÉS	1 = Totalmente Desinteresado a 6 = Totalmente Interesado
EXPERIENCIA	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
CONOCIMIENTOS SOBRE CONTENIDOS	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
CONOCIMIENTOS SOBRE METODOLOGÍA	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
CONOCIMIENTOS SOBRE EVALUACIÓN	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
CONOCIMIENTOS SOBRE PROGRAMACIÓN	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente
HABILIDADES PARA IMPARTIR	1 = Deficiente a 6 = Sobresaliente

3.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se tomaron medidas sobre ambos Cursos de Formación mediante dos cuestionarios especialmente contruidos para este Programa, que han recogido (ver tablas 4 y 5):

- En el Pre-test: información sobre el nivel de motivación e interés de los Profesionales en realizar estos Cursos, así como experiencia previa en el diseño, implementación y evaluación de TSMS y de TCMR para controlar el posible efecto de estas variables.
- Tanto en el Pre-test como en el Post-Test I, Post-Test II y Post-Test III: información sobre la percepción que tienen de los conocimientos de que disponen sobre los contenidos que se deben abordar; la metodología que se debe aplicar; la programación y diseño que se debe seguir; los procedimientos y técnicas evaluativas que deben emplearse, así como las ha-

bilidades para impartir este tipo de Talleres.

Todas las variables fueron respondidas a través de escalas Tipo Likert de 6 puntos en las que el 1 es la puntuación más negativa y 6 la más positiva. Estos cuestionarios se administraron de forma voluntaria y anónima y se emplearon aproximadamente una media de 10 minutos en cumplimentar ambos cuestionarios.

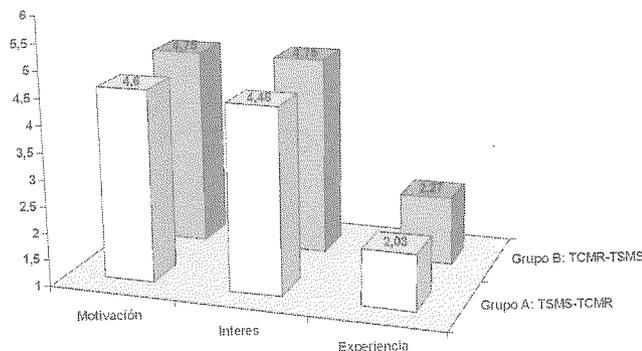
Los cuestionarios correspondientes al pre-test, al post-test I y al pos-test II fueron administrados en el mismo lugar donde se impartieron los Cursos de Formación. Sin embargo, el cuestionario correspondiente al post-test III fue enviado a todos los formados y devuelto por correo.

3.3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El número total de profesionales formados en la segunda fase de estos Cursos, ha



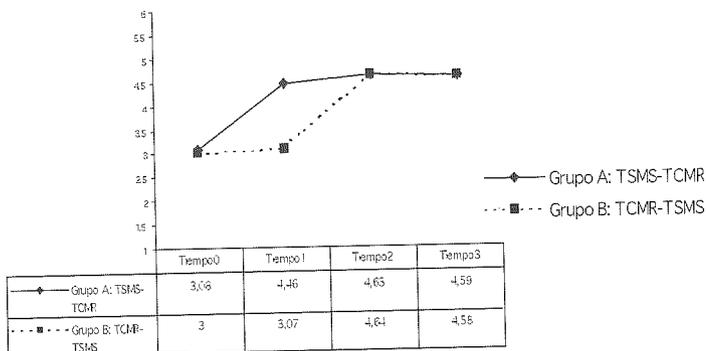
GRÁFICO 1: Actitud de los grupos antes de los cursos.



sido de 56 de los cuáles, un 69,6% fueron mujeres y un 30,4% hombres. La edad media ha sido de 35,6 años (con un rango de 24 y 46). Este grupo estuvo formado por profesionales sanitarios que trabajan con el colec-

tivo de usuarios de drogas de todas las CC.AA. del Estado, encontrándose entre los mismos, médicos, psicólogos, diplomados y auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y educadores.

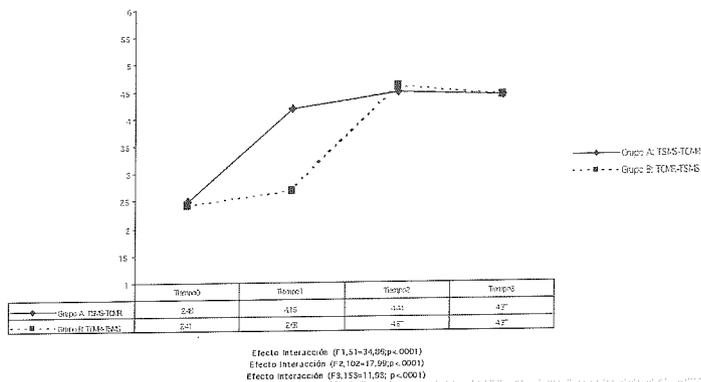
GRÁFICO 2: Curso de Formación de Formadores en TSMS. Información sobre contenidos de los talleres.



Efecto Interacción (F1,49=17,10; p<.0001)
 Efecto Intereacción (F2,98=13,02; p<.0001)
 Efecto Interacción (F3,147=9,10; p<.0001)



GRÁFICO 3: Curso de Formación de Formadores en TSMS. Conocimientos sobre Metodología



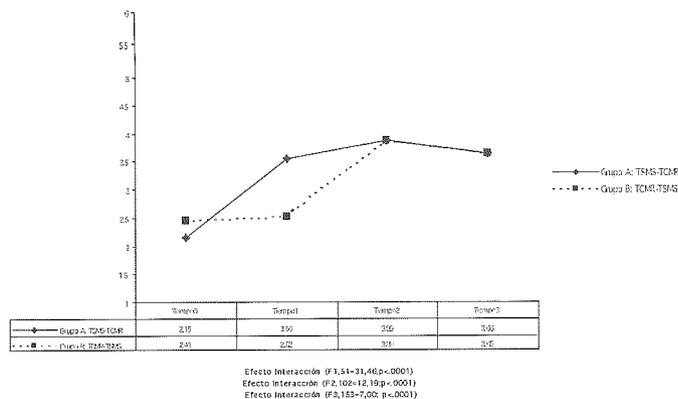
3.4.- EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Todo el grupo partía de una alta motivación, un gran interés y una muy baja experiencia tanto en Talleres de Sexo más Seguro

como en Talleres de Consumo de Menor Riesgo (ver Gráfico 1).

Con respecto a la información que tienen los profesionales formados sobre los contenidos que habría que trabajar en los TSMS,

GRÁFICO 4: Curso de Formación de Formadores en TSMS. Conocimientos sobre Evaluación de Talleres.





vemos que no sólo hay un cambio significativo en ambos grupos independientemente de que hayan realizado el TSMS en primer o segundo lugar, sino que este cambio se mantiene estable en el tiempo para todos los profesionales (efecto entre grupos: $F_{1,49}=5.08$; $p<.029$; efecto tiempo: $F_{3,147}=54.20$; $p<.000$ y efecto de interacción: $F_{3,147}=9.10$; $p<.000$) (ver Gráfico 2).

El mismo patrón de resultados lo encontramos en los conocimientos sobre la metodología que hay que utilizar en estos TSMS. La comparación de las puntuaciones obtenidas en los tiempos 0, 1, 2 y 3 muestra que éstas difieren a través del tiempo (efecto tiempo $F_{3,153}=77.83$; $p<.000$ y efecto de interacción $F_{3,153}=11.93$; $p<.000$) y se mantienen estables con el paso de éste, no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos en el Tiempo3 (ver Gráfico 3).

Observamos también un incremento en los conocimientos que poseen sobre la eva-

luación de este tipo de TSMS en todos los profesionales, tanto los del Grupo A como los del Grupo B, una vez que ambos han realizado los Cursos (efecto tiempo: $F_{3,153}=44.81$; $p<.000$; efecto de interacción $F_{3,153}=7.00$; $p<.000$). Estos conocimientos sobre evaluación, permanecen estables en el tiempo y no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en el Tiempo3 (ver Gráfico 4).

Con respecto a la Programación de estos TSMS, es decir, con respecto a la información sobre los pasos que hay que seguir para diseñar e implementar un Programa de Prevención de la transmisión sexual del VIH de estas características, vemos que en ambos grupos antes y después de los Cursos realizados se produce un aumento significativo de la misma. Además, este aumento se mantiene estable en el tiempo en ambos grupos, no

GRÁFICO 5: Curso de Formación de Formadores en TSMS. Conocimientos Programación de Talleres.

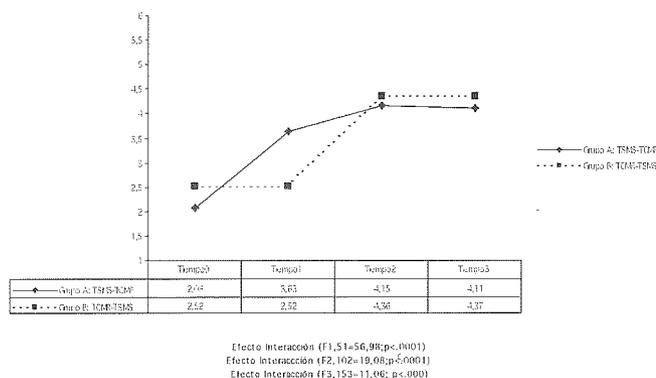
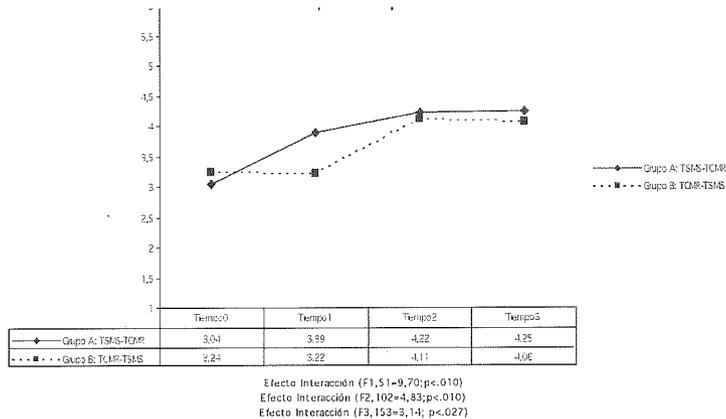




GRÁFICO 6: Curso de Formación de Formadores en TSMS. Habilidad para implementar Talleres.



encontrando diferencias significativas entre ambos en el Tiempo 3 (efecto tiempo: F3,153=75.69; p<.000; efecto de interacción: F3,153=11.06; p<.000) (ver Gráfico 5).

Con respecto a las habilidades percibidas por los profesionales para implementar Programas de Prevención de la Transmisión del VIH en la forma de TSMS, vemos que tam-

GRÁFICO 7: Curso de Formación de Formadores en TCMR. Información sobre contenidos en los Talleres.

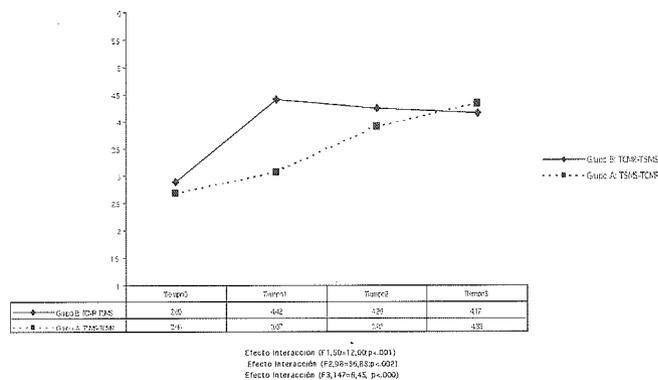
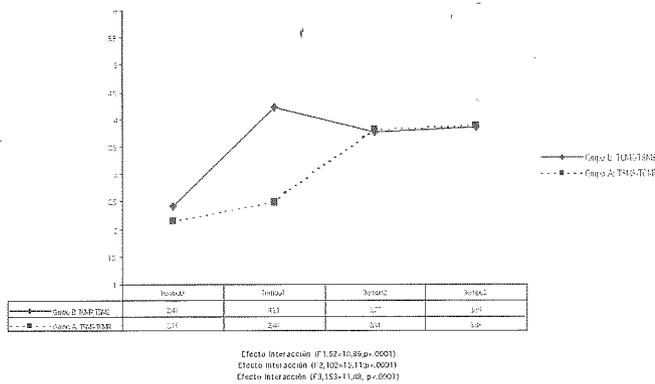




GRÁFICO 8: Curso de Formación de Formadores en TCMR. Conocimientos sobre Metodología.

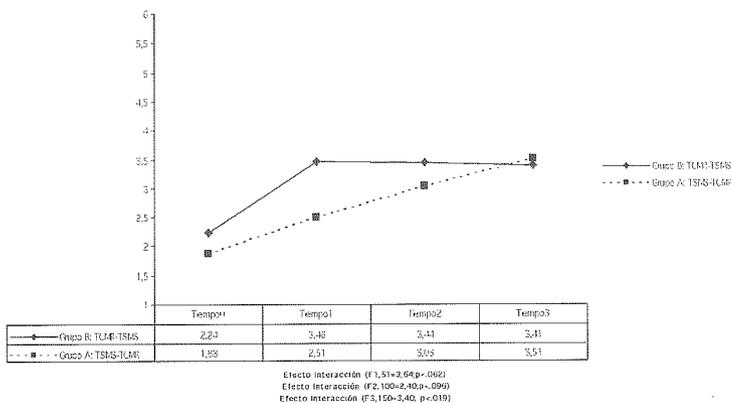


bién éstas aumentan después de la realización de los Cursos y se mantienen estables en el tiempo (efecto tiempo: $F_{3,153}=24.88$; $p<.000$; efecto de interacción: $F_{3,153}=3.14$; $p<.027$). Nuevamente no encontramos dife-

rencias significativas entre los Grupos A y B en el Tiempo3 (ver Gráfico 6).

En lo que respecta a los Talleres de Consumo de Menor Riesgo, encontramos el mismo patrón de resultados que con los Talleres

GRÁFICO 9: Curso de Formación de Formadores en TCMR. Conocimientos sobre Evaluación de Talleres.





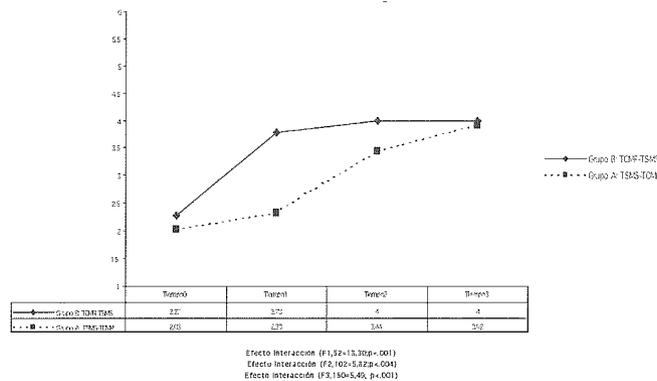
de Sexo más Seguro. Como se puede apreciar en el Gráfico 7, existen diferencias en ambos grupos después de haber realizado el TCMR sobre la información que tienen acerca de los contenidos que hay que trabajar en un Taller de estas características; estas puntuaciones se mantienen estables en el tiempo (efecto tiempo: $F_{3,147}=31.76$; $p<.000$; efecto de interacción $F_{3,147}=6.45$; $p<.000$) y no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el Tiempo3 (ver Gráfico 7)

Si observamos qué pasa con la información sobre la metodología adecuada para trabajar en estos TCMR que dicen tener los profesionales formados después de los Cursos, nos encontramos que ésta aumenta y se mantiene en el tiempo (efecto del grupo: $F_{1,51}=4.47$; $p<.039$; efecto tiempo: $F_{3,153}=38.87$; $p<.000$ y efecto de interacción ($F_{3,153}=11.88$; $p<.000$). No encontramos diferencias significativas en ambos grupos en el Tiempo3 (ver Gráfico 8).

Con respecto a los conocimientos sobre evaluación de TCMR después de los Cursos de Formación, no encontramos un patrón de resultados tan claros. Sin embargo, al comparar los Tiempos 0, 1, 2 y 3 observamos que ambos grupos han aumentado sus conocimientos sobre evaluación de TCMR (efecto grupo: $F_{1,50}=4.81$; $p<.033$; efecto tiempo: $F_{3,150}=28.95$; $p<.000$ y efecto de interacción: $F_{3,150}=3.40$; $p<.019$) y no se aprecian diferencias significativas entre ambos en el Tiempo3 (ver Gráfico 9).

Con respecto a la información sobre programación de TCMR, encontramos el mismo patrón de resultados que con respecto a otras variables trabajadas en los Cursos. Así, ambos grupos aumentan sus conocimientos en el Tiempo2, éstos se mantienen estables en el Tiempo 3 (efecto grupo: $F_{1,50}=6.22$; $p<.016$; efecto tiempo: $F_{3,150}=45.69$; $p<.000$ y efecto de interacción $F_{3,150}=5.49$; $p<.001$) y no encontramos diferencias significativas entre ambos en el Tiempo 3 (ver Gráfico 10).

GRÁFICO 10: Curso de Formación de Formadores en TCMR. Información sobre Programación de Talleres.





Finalmente, y con respecto a las habilidades adquiridas que señalan los profesionales formados para diseñar e implementar TCMR, observamos que éstas aumentan después de la realización de los Cursos en ambos grupos, que este aumento de las habilidades se mantiene en el tiempo (efecto tiempo: $F_{3,150}=18.84$; $p<.000$ y efecto de interacción: $F_{3,150}=10.08$; $p<.000$) y al no existir diferencias significativas entre ambos grupos en el Tiempo3, podemos concluir que la habilidades percibidas son las mismas para los profesionales de ambos grupos (ver Gráfico 11).

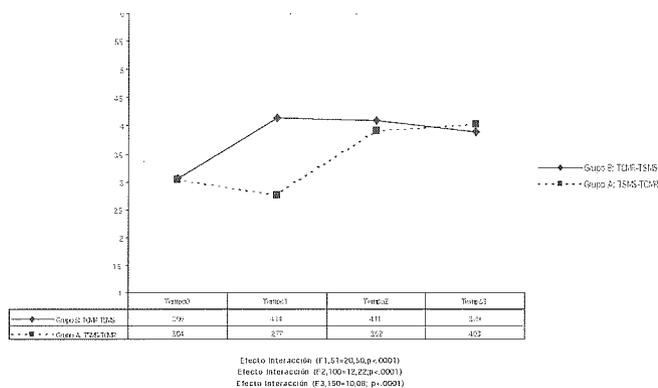
4.- DISCUSIÓN

La evaluación de resultados de este Programa de Formación de Formadores para la puesta en marcha de Programas de prevención de la transmisión del VIH entre usuarios de drogas nos permite concluir que si bien todos los profesionales participantes parten

de una alta motivación e interés en él, la experiencia que tienen en el diseño, implementación y evaluación tanto de TSMS como de TCMR, es muy baja. Esto corrobora lo que señalábamos anteriormente, sobre la necesidad de formación del personal sanitario que trabaja con el colectivo de usuarios de drogas.

Por otro lado, y en términos generales, podemos decir que los resultados confirman que el Programa ha tenido una influencia positiva en todos los profesionales que lo han realizado, tanto a corto como a medio plazo. Todos los grupos perciben un incremento muy significativo de la información que disponen sobre los contenidos a abordar en este tipo de programas, la metodología a emplear; las técnicas de evaluación necesarias para evaluarlos, la formas en que éstos se programan, y las habilidades personales necesarias para ponerlos en marcha. Además, podemos decir que independientemente de en qué orden hayan realizado el Curso (primero

GRÁFICO 11: Curso de Formación de Formadores en TCMR. Habilidad para implementar Talleres.





TSMS y en segundo lugar TCMR ó viceversa), el aprendizaje es el mismo. Asimismo, ambos grupos muestran una evolución similar en el tiempo en todos los aspectos evaluados.

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos decir que el objetivo de formar a los profesionales de la Red Pública en el diseño, implementación y evaluación de Programas de Formación para la prevención de la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas, está conseguido.

No obstante, y tal como comentamos anteriormente, la intención al diseñar un trabajo en redes, era que éstos profesionales formaran a su vez a profesionales sanitarios de sus propias CC.AA. para capacitarles de cara a llevar a la práctica este tipo de intervenciones. Por tanto, para poder decir que nuestro objetivo se ha conseguido, debemos revisar cuántos TSMS y TCMR han sido diseñados por estos profesionales y cuántos puestos en marcha, revisando también a cuántas CC.AA. y profesionales sanitarios hemos llegado.

Los datos nos dicen que el 70% de los profesionales formados ha diseñado TSMS y TCMR, profesionales que pertenecen a 16 CC.AA. Asimismo, la tercera fase de los TSMS se ha realizado en 15 CC.AA. y la de los TCMR en 12.

Si nos fijamos en el número total de Talleres de Sexo más Seguro realizados durante el período que abarcaba el Programa y su evaluación, vemos que ascienden a 19, mientras que el de Talleres de Consumo de menor Riesgo ascienden a 17. Asimismo, se realizaron 5 Talleres conjuntos que trataban ambos temas. Y si nos centramos en el número de profesionales sanitarios formados en esos

Talleres, nos encontramos con que en el diseño, implementación y evaluación de Talleres de Sexo más Seguro, se han formado un total de 284 profesionales sanitarios; y en la realización de Talleres de Consumo de menor Riesgo, se han formado 273 profesionales sanitarios de las distintas CC.AA. Además, 119 profesionales se han formado en la puesta en marcha de ambos Talleres.

Es decir, el total de profesionales formados a través de la estrategia de redes, han sido los 56 profesionales iniciales, y 676 profesionales en la tercera fase. Vemos que se ha multiplicado por 12 el número de profesionales formados en un año (ver Tabla 2).

Creemos que estos datos son suficientemente elocuentes sobre lo que una estrategia de redes organizada y coordinada puede conseguir. En este momento, podemos decir que en el Estado Español existe una muestra suficientemente amplia de profesionales sanitarios trabajando con el colectivo de usuarios de drogas en distintos dispositivos, que tienen los materiales, los conocimientos y las habilidades necesarias para poner en marcha Talleres de Sexo más Seguro y Talleres de Consumo de menor Riesgo con ellos; Programas que siguen una filosofía de reducción de daños -o minimización de riesgos, como queramos- asociados al uso de drogas. Y tienen los conocimientos necesarios para evaluarlos y poder mejorarlos en la medida en que sus datos indiquen esta necesidad.

Así, vemos que en el Estado cada vez son más los profesionales que están en contacto con el colectivo de usuarios de drogas que conciben sus intervenciones como intervenciones de Salud Pública, que son conscientes de que los objetivos a trabajar son varios y



no excluyentes y que en la medida que podamos desarrollar intervenciones que incidan y potencien el cambio de determinados comportamientos, conseguiremos disminuir las muertes por sobredosis, la incidencia y prevalencia de enfermedades como el Sida y la Hepatitis C; y otros daños a la salud asociados al uso de drogas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ajzen, I. y Fishbein, M.** (1977). Attitude and Behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I. y Fishbein, M.** (1980). Understanding Attitudes and predicting Social Behavior. USA, Prentice-Hall, Inc.
- Ajzen, I. y Madden, T.J.** (1986). Prediction of goal-directed behavior: The role of intention, perceived control, and prior behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 305-328.
- Bandura, A.** (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, Inc. (Versión Castellana: Teoría del Aprendizaje Social, Madrid, Espasa-Calpe, 1982).
- Battjes, R.J.; Pickens, R.W. y Brown, L.S.** (1995). HIV infection and AIDS risk behaviors among injecting drug users entering methadone treatment: an update. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 10, 90-96.
- Becker, M.H.** (1974). The health beliefs model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Catania, J.A.; Kegeles, S. y Coates, T.** (1990). Towards an understanding of risk behavior: An Aids risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- De Andrés, M.** (1999). Si te metes, no te mates. Vídeo educativo. Barcelona, Ex Aequo.
- Des Jarlais, D.C.; Friedman, S.; Perlis, T. et al.** (1999). Behavior and HIV infection among new drug injectors in the era of AIDS in New York City. *Journal of Acquir. Immune Defic. Syndrome Hum. Retrovirology*, 20, 67-72.
- Donoghoe, M.; Stimson, G.; Dolan, K.** (1989). Sexual behaviour of injecting drug users and associated risks of HIV infection for noninjecting sexual partners. *AIDS Care*, 1, 51-58.
- Ehrhardt, A.; Exner, T.; Miller, S. y Stein, Z.** (1992). Sexual risk behavior and behavior change in heterosexual women and men. New York, HIV Center for Clinical and Behavioral Studies at the New York State Psychiatric Institute.
- Freudenberg, N.** (1990). Developing a new agenda for the evaluation of AIDS education. *Health Education Research*, 5, 295-298.
- Freeman, R.; Rodríguez, G. y French, J. A.** (1994). Comparison of male and female intravenous drug users risk behaviours for HIV infection. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 20, 2, 129-157.
- Gibbons, F.; McGovern, P. y Lando, H.** (1991). Relapse and risk perception among members of smoking cessation clinic. *Health Psychologist*, 10, 42-45.
- Green, L.W.** (1974). Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods and examples. *Health Education Monographs (supl. 2)*: 34-64.



- Holtgrave, D. (1994). Cost analysis and HIV prevention interventions. *American Psychologist*, 49, 1088-1089.
- Holtgrave, D. (1998). *Handbook of Economic Evaluation of HIV Prevention Programs*. NY, Plenum Press.
- IAS (1999). Position Paper on Mother-to-Child Transmission. *Newsletter*, 13, 5-9.
- Insúa, P. (1999a). *Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar Talleres de prevención con usuarios de drogas*. Gipuzkoa, Ixtaropena.
- Insúa, P. (1999b). *Hacia un sexo más seguro*. Vídeo psicoeducativo. Madrid, KNR.
- Kline, A.; Strickler, J. (1993). Perceptions of risk for AIDS among women in drug treatment. *Health Psychology*, 12, 4, 313-323.
- Mantell, J.; DiVittis, A. y Auerbach, M. (1997). *Evaluating HIV Prevention Interventions*. NY, Plenum Press.
- Menoyo, C.; Urzelai, A.; Zubia, I. y Zulaika, D. (1998). Variación temporal de las conductas de riesgo en relación con la infección por VIH. IV Congreso Nacional sobre el Sida. *SESIDA*, 9, 3, 133-135.
- Murphy, D. (1989). Heterosexual contacts of intravenous drug abusers: implications for the next spread of the AIDS epidemic. *AIDS and Substance Abuse*, 89-97.
- OMS (1998). *Guía para la valoración y respuesta rápida sobre uso de sustancias y conducta sexual*. Documento elaborado por T. Rodhes y G. Stimson.
- Pavia, M.; Indovino, A.; Nobile, C. et al. (1997). Intravenous drug users and AIDS. *European Journal Public Health*, 7, 2, 199-204.
- Plan Nacional sobre Drogas (1991). *Infección por VIH entre usuarios de drogas*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En: M. Hersen, R.M. Eiser y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Sycamore, Illinois, Sycamore Press, 184-214.
- Schifter, D.E. y Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social psychology*, 49, 843-851.
- Zunzunegui, M.V.; Rodríguez, M.A.; Sarasqueta, C. (1990). Drogadicción intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 34, 7, 2-11.