

Participación de usuarios de drogas como agentes de salud en programas de reducción de daños y prevención del VIH/Sida.

García Lalinde, Gloria

Psicóloga. Coordinadora de Programas de reducción de daños. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID)

Resumen

Las estrategias de reducción de riesgos en las que los propios usuarios de drogas son partícipes del proceso y de la acción están obteniendo resultados muy positivos, tanto cuando se desarrollan en prisiones como cuando lo hacen en medio abierto. Los programas de reducción de riesgos del GID (Grupo Interdisciplinar sobre Drogas), llamados genéricamente «-Riesgos +Salud» han asumido como una característica fundamental este método de intervención participativa. Aunque la reducción de riesgos abarca un amplio espectro de intervenciones, la mayoría de las acciones desarrolladas tienen relación directa o indirecta con la prevención de la transmisión del VIH.

En nuestro modelo de intervención se integran distintas modalidades de acciones de reducción de daños (programas outreach, formación de agentes de salud, talleres de actitudes y participación comunitaria).

Palabras Clave

Reducción de riesgos, Participación activa, Mediador Social, Interdisciplinariedad.

Summary

The strategic of risk redaction in which the drags user participate in the process and in the actions are getting very positive results, inside and outside prison. The risk redaction programs GID (Drags interdisciplinary group), generally called “-risk+health” have assumed as fundamental characteristic this method of share intervention. Although the redaction of risk embrace a wide range of interventions, the majority of the actions developed have a direct or indirect relation with the prevention of the transmission of VIH. In our intervention model are integrated many modalities of risk redaction (outreach programmes, training health agent, attitude workshops and community participation

Correspondencia a:

Glorieta de Bilbao, 1 • 28004 Madrid • Teléfono 914479977 • E-mail: menosriesgos@grupogid.es

Key Words

Risk reduction; Active participation, Social facilitator.

INTRODUCCIÓN

Las estrategias de Reducción de Riesgos engloban todos los programas y servicios, médicos o sociales, de base individual o colectiva, encaminados a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas (Baulenas et Al.). 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)

Las estrategias de reducción de riesgos se dirigen a minimizar un amplio espectro de consecuencias sanitarias y sociales relacionadas con el consumo de drogas. Sin embargo,

se han visto con frecuencia ligadas a la prevención de la transmisión del VIH, especialmente en nuestro país, donde la incidencia de la epidemia de SIDA entre usuarios de drogas es muy alta. Compartir jeringuillas para consumir drogas fue la vía de transmisión en el 58% de los casos SIDA en España (Registro Nacional de SIDA, 2000). Los programas *–Riesgos +Salud* del Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) se desarrollan sobre todo en ámbitos de alta incidencia de SIDA: El Corredor del Henares en Madrid y varios centros penitenciarios de Madrid y Castilla-La Mancha. Esto nos ha llevado a generar acciones centradas especialmente en la prevención de la transmisión del VIH y en el contacto con usuarios de drogas seropositivos. Todas las estrategias desarrolladas han tenido como componente principal la participación activa de los usuarios de drogas en el análisis de la realidad, el desarrollo y la evaluación de los programas *–Riesgos +Salud*.

INFLUENCIAS

Distintos conceptos y marcos teóricos han influido en el desarrollo de nuestro modelo de programas con participación activa de usuarios de drogas. Los más relevantes son:

- Otros modelos 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 usua-



rios de drogas que actúa en Francia en defensa de sus derechos 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 el método Bola de Nieve, difundido por la organización belga Modus Vivendi desde 1988 (MODUSVIVENDI, 1995, 1999). También nos han inspirado las experiencias de algunos Comités AntiSIDA en nuestro país.

- El enfoque teórico y la filosofía de la Reducción de Daños y Riesgos, y los programas desarrollados en nuestro país en la última década, especialmente los programas móviles de intercambio de jeringuillas que han proporcionado datos fiables sobre la realidad del consumo de drogas inyectables (Barrio et al., 1993) y los centros de contacto o de emergencia.
- Los enfoques clásicos de la Mediación Social, la Educación para la Salud y la Intervención Comunitaria. Se trabaja en complementariedad con los recursos comunitarios de cada localidad, implicando asociaciones, dispositivos y mediadores sociales. En nuestro enfoque, Mediador Social es aquél que puede recibir y transmitir información adecuada sobre salud y consumo de drogas a colectivos que de otra manera no recibirían tal información o no estarían en condiciones de asumirla, codificarla y asimilarla (Comas 1992). Incorporamos además la figura del Educador de Iguales, usuario de drogas que actúa como Agente de Salud con sus compañeros. Los usuarios de drogas también pueden ejercer de Agentes de Salud con otras instancias de la comunidad (recursos, asociaciones...) e incluso en actividades

sensibilizadoras dirigidas a la población general, por ejemplo, el Día mundial del SIDA. En un paradigma de salud pública y comunitaria, trabajo "en medio abierto" y "comunidad" significa implicar a usuarios de drogas como agentes de cambio, establecer redes de trabajo sociales para promover cambios comunitarios (Stimson 1992).

- La interdisciplinariedad, entendida como una actitud general que nos ayuda a apreciar las múltiples facetas de la realidad. En nuestro caso se traduce en integrar las percepciones y conocimientos de los usuarios de drogas de cara a la planificación de nuestra intervención.

En la pasada década, la puesta en marcha de estas estrategias participativas ha requerido la modificación de ciertas representaciones sociales sobre los usuarios de drogas que se pueden concretar en las siguientes imágenes:

- Pasivos
- Receptores de políticas y "terapias"
- Irresponsables
- Lo que aportan es patológico o manipulador
- Irrecuperables (García Lalinde 2001).

La modificación de estas imágenes sociales deformadas forma parte de la filosofía de apoyo entre iguales. Previamente al fomento de la participación activa, hay que devolver a los usuarios de drogas su condición de ciudadanos con derechos y deberes. Frente a la postura mantenida por algunos sectores de que las posibles aportaciones los usuarios de drogas a la intervención son inútiles en el mejor de los casos, nos encontramos con una realidad en la que usuarios de drogas se autoorganizan o participan activamente en proyectos de Educación para la Salud. El equi-



po de *-Riesgos +Salud* fue consciente de la necesidad de asumir algunas actitudes y herramientas (empatía, no juzgar, respeto, flexibilidad, credibilidad, búsqueda de las potencialidades del otro, fomento de la responsabilidad y autonomía, actitud de solución de problemas...) que nos facilitarían un modo de intervención más horizontal y participativo (García Lalinde, 1997).

LOS PROGRAMAS -RIESGOS +SALUD

Las características más significativas de los programas *-Riesgos +Salud* del GID:

- Las estrategias de acercamiento (outreach): Trabajo de calle, acciones informativas y educativas en el terreno de los usuarios de drogas ("picaderos", zonas de venta de drogas, lugares de encuentro de usuarios...).
- Composición "Interdisciplinar" del equipo: Educador, psicólogos, sanitario y ex usuario de drogas.
- Formación de usuarios de drogas en activo como Agentes de Salud, a través de las Operaciones Bola de Nieve.
- Participación de los usuarios de drogas en la elaboración de información preventiva: Folletos, carteles, boletín "*Existimos*" (voz de los usuarios de drogas del Corredor del Henares)...
- Búsqueda de complementariedad con los recursos comunitarios.

BOLA DE NIEVE (BDN)

La estrategia que empleamos habitualmente para implicar a los usuarios de drogas en nuestros programas de prevención del SIDA

es la de la *Operación Bola de Nieve*. Bola de Nieve es un método de sensibilización y transmisión de información sobre SIDA, riesgos del consumo y otros aspectos relacionados con la salud y las drogas en el que la información se transmite a través de un grupo de usuarios de drogas formados como Agentes de Salud. Este grupo recibe un curso de formación sobre Hepatitis, Tuberculosis, SIDA, reducción de riesgos, recursos sociales y sanitarios, etc. Posteriormente, los participantes diseñan y llevan a cabo actividades informativas y sensibilizadoras dirigidas a sus iguales. (García Lalinde 1999). Cada Agente de Salud se pone en contacto con al menos diez usuarios de drogas de sus mismas características.

El GID ha desarrollado 15 Operaciones Bola de Nieve (lo que supone más de 100 Agentes de Salud formados) en distintas localidades de Madrid y Castilla la Mancha con poblaciones variopintas de usuarios de drogas. También se han desarrollado acciones participativas de diversa índole en prisiones (en 7 ocasiones).

Los agentes de Salud contactan con poblaciones específicas de usuarios de drogas a las que ellos mismos pertenecen, dependiendo de los objetivos de cada BDN. Algunos ejemplos de colectivos de usuarios de drogas contactados en distintas operaciones BDN:

- Torrejón de Ardoz 1998. Alcobendas/San Sebastián de los Reyes 1999. Albacete 2000: Operaciones BDN de contacto con el colectivo de usuarios de drogas inyectables en general.
- Alcorcón 1999: Contacto con usuarios de programa de metadona que siguen consumiendo heroína/cocaína.



- Torrejón de Ardoz 1999: Contacto con jóvenes (menos de 25 años) y recientes inyectores (menos de 2 años inyectándose).
- Alcalá de Henares 2000: Contacto con usuarias de drogas que ejercen la prostitución.
- Alcobendas/San Sebastián de los Reyes 2000. Albacete 2001: Contacto con usuarios con pareja estable (prevención de la transmisión sexual del VIH).
- Talavera de la Reina 2001: Contacto con usuarios de drogas de la comunidad gitana.
- Alcalá 2001. Torrejón 2002: Contacto con usuarios de drogas seropositivos.
- Alcalá y Torrejón 2001: Contacto con parejas serodiscordantes de usuarios de drogas (Programa "Antón usó condón").

EL IMPACTO DE BDN EN LOS AGENTES DE SALUD.

Algunos datos del efecto de participar en BDN para los propios Agentes de Salud:

- 135 Agentes de Salud formados.
- Al menos el 60% de los Agentes de Salud inician tratamiento de su drogodependencia o de su proceso VIH después de participar en BDN.
- Todos los Agentes de Salud manifiestan haber introducido cambios en su conducta favorecedores de su salud (seguimiento en el hospital, usar jeringuillas nuevas, usar más el preservativo, valorar la sexualidad no penetrativa, adherencia al tratamiento antirretroviral...).
- La mayoría de Agentes de Salud siguen colaborando con nosotros en aquellas lo-

calidades (Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz) donde mantenemos un programa estable –Riesgos +Salud.

EL IMPACTO EN EL COLECTIVO DE USUARIOS DE DROGAS CONTACTADO.

Es difícil para un programa pequeño y escasamente financiado como el nuestro evaluar el impacto de BDN en el colectivo de usuarios de drogas al que se dirige. Aún así contamos con algunos datos:

- En total, al menos 1350 usuarios de drogas contactados directamente.
- Torrejón 1998. Durante los dos meses siguientes a BDN, se multiplica por cinco el número de jeringuillas intercambiadas en nuestro programa –RIESGOS +SALUD.
- Alcobendas/San Sebastián 1999. El 87% de personas que acuden al ISIDROBUS (servicio móvil de intercambio de jeringuillas de la Comunidad de Madrid) en el primer mes de servicio lo hacen por la información proporcionada por los agentes de salud. Promocionar este servicio era el objetivo de esta BDN.
- Alcorcón 1999. El 86% de entrevistados en el Programa de Metadona tuvo contacto con los agentes de salud y el 73% recuerda mensajes preventivos.
- Torrejón 1999. Después de la BDN dirigida a jóvenes inyectores, el número de jóvenes que acuden a nuestro programa –RIESGOS +SALUD aumenta en un 50%.
- Talavera 2000. El 57% de usuarios que pasan por el centro de drogas durante las dos semanas siguientes a la BDN dicen haber recibido información preventiva a través de un agente de salud de BDN.

- Albacete 2000. El 60% de los usuarios entrevistados en el barrio marginal "El Congo" después de BDN afirman haber recibido información a través de los agentes de salud.
- Talavera de la Reina 2001. Todos los gitanos que pasaron por el Equipo de Atención de Drogodependencias de Talavera conocían el programa. El 86% tuvieron contacto con un Agente de Salud gitano. Al hilo de BDN, las asociaciones gitanas Romí Romaní (mujeres gitanas) y Chalamos Catanés realizaron un Festival Gitano centrado en el fenómeno de las drogodependencias en la comunidad gitana.

En la última BDN realizada (Torrejón 2002, dirigida a seropositivos) nos hemos esforzado por obtener algunos datos sobre el impacto de la operación en el colectivo al que se dirige, en este caso el colectivo de usu-

rios de drogas inyectables seropositivos. Al objetivo general de proporcionar información sobre prácticas de riesgo y sobre VIH añadimos esta vez el de promocionar un futuro servicio para seropositivos que se realizará en nuestro local. Para evaluar el impacto, pasamos un cuestionario previo a la Bola de Nieve (febrero 2002) y otro posterior (abril 2002) a los 25 primeros seropositivos que llegan a nuestro local y que quieren contestarlo. Algunos resultados:

A). Las personas seropositivas entrevistadas en nuestro local en abril han tenido contacto con un agente de salud de BDN, puesto que conocen BDN y saben del futuro servicio para personas VIH+ (Tablas de contraste 1, 3 y 5).

B). Después de BDN hay un incremento significativo tanto de las personas VIH+ que acuden a nuestro local (contactos) como de

Tabla de contraste 1: Impacto de BDN en torno al conocimiento del futuro servicio "para personas positivas"

	<i>Muestra recogida en febrero</i>	<i>Muestra recogida en abril</i>
<i>Número</i>	19	25
<i>Proporción sí</i>	0,05	0,56

Nivel de significación 0,01. Distribución T de student

Tabla de contraste 3: ¿Has sido encuestado por un Agente BDN en el último mes?

	<i>Muestra recogida en febrero</i>	<i>Muestra recogida en abril</i>
<i>Número</i>	19	23
<i>Proporción sí</i>	0,00	0,70

Nivel de significación 0,01. Distribución T de Student

Tabla de contraste 5: ¿Has comentado o te han comentado en el último mes algo relacionado con lo aprendido en BDN (sobre VIH/SIDA)?

	<i>Muestra recogida en febrero</i>	<i>Muestra recogida en abril</i>
<i>Número</i>	12	18
<i>Proporción sí</i>	0,00	0,72

Nivel de significación 0,01. Distribución T de Student



Tabla de contingencia 1: N° de contactos brutos en el local

Mes medida	STATUS		SEROLOGICO
	VIH+	VIH-	Total
Febrero previo	32,8 %	67,2 %	51,4 %(180)
Abril post	41,8 %	58,2 %	48,6(170)
Total			100 %

El incremento de personas seropositivas que acuden al local de *menos riesgos, más salud* entre febrero y abril es significativo con un 93 % de probabilidad (Z crítico 1,8).

Tabla de contingencia 2: N° de intervenciones brutas en el local

Mes medida	STATUS		SEROLOGICO
	VIH+	VIH-	Total
Febrero previo	32,7 %	67,3 %	50,3 %(269)
Abril post	63,5 %	36,5 %	49,7 %(266)
Total			100%(535)

Se ha producido un incremento significativo en las intervenciones en nuestro local con las personas que viven con VIH entre los meses de febrero y abril, con un nivel de confianza de 99 % .

las intervenciones con personas seropositivas (Tablas de contingencia 1 y 2).

C). Se duplica las solicitud de materiales preventivos (jeringuillas, preservativos) en el local (incremento del 107.7%)

Las actitudes: Respeto a la dignidad de las personas. Aceptación de los demás y autoaceptación.

La importancia de los "modelos" entre la población usuaria de drogas.

CONCLUSIONES

Las estrategias que cuentan con la participación activa de usuarios han resultado ser muy eficientes a la hora de:

- Transmitir eficazmente información concreta entre colectivos específicos.
- Promocionar recursos sanitarios y sociales.
- Contactar con poblaciones "invisibles" de usuarios de drogas.
- Mejorar la autoestima y la calidad de vida de los propios agentes de salud.

Dos factores nos parecen relevantes para asegurar el buen resultado de una BDN:

BIBLIOGRAFÍA

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

Barrio, G; De la Fuente, L.; Colomo C. y col. (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.



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

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. (2001). Participación Activa de usuarios de drogas en Programas de Reducción De Daños. Iª 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 (SEISIDA).

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?". Iª Jornada sobre intercambio de Jeringuillas. Libro de

Ponencias. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo (Secretaría de Plan Nacional sobre el Sida).

GID. (1997). La Reducción de Riesgos como meta global. En busca de la complementariedad de objetivos. Documentos técnicos. Madrid. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID).

MODUSVIVENDI. (1999) Euro Boule de Neige. Manual metodológico. Bruselas. MODUSVIVENDI.

MODUS VIVENDI. (1995) "Boule de Neige". Rapport General Dactivites. Bruselas. MODUSVIVENDI.

Mol, R.; Otter, E.; van der Meer, A. (1992) Drugs and aids in the Netherlands –the interests of drug users. Amsterdam. MDHG

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.

Trautmann, F; Barendregt, C. (1994) Manual europeo de apoyo entre usuarios de drogas por vía intravenosa. Utrecht. NIAD.