

ABORDAJE EDUCATIVO EN UN PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Marta García Giráldez

Carles Ribas Gorina

S.A.P.S. Cruz Roja Barcelona

1. PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Los UDVP representan uno de los grupos de población más infectada por el VIH. La difusión del virus, en este colectivo, se asocia a determinados comportamientos de riesgo tales como compartir una jeringa y/o mantener relaciones sexuales sin protección, uniéndose a esto, en muchos casos, otros factores desfavorables (mala alimentación, déficit inmunitario y ETS debidas a la promiscuidad y al modo de vida).

Con el Sida, el consumo intravenoso adquiere una nueva dimensión, encaminándose los esfuerzos a evitar la transmisión del virus. La abstinencia en el consumo no es el único objetivo del tratamiento, adquiriendo igual valor la promoción del cambio de comportamientos. Se reconoce la importancia de la minimización de los daños asociados y/o derivados de la administración intravenosa como una estrategia en la prevención de la infección por el VIH¹ y se demuestra que la reducción de riesgos es compatible con la prevención primaria del uso de drogas.²

Ante esto, se prioriza la necesidad de contactar con UDVP, y a partir de establecer relaciones más o menos sólidas fomentar cambios de conducta en relación al consumo. No solamente interesa dirigirse a los UDVP dispuestos a abandonar el consumo de drogas, estimados en un 5-10%, sino también al 90% restante, ofreciéndole otro tipo de alternativas³, orientadas a la disminución de riesgos asociados al uso de drogas y diseñadas para controlar la difusión del VIH.

Dentro de estos programas podemos señalar, entre otros:

las campañas de información (prensa, radio, TV, material escrito,...), la realización del test anti-HIV y el consejo;

Programas outreach, la actividad se lleva a cabo en medio abierto, no esperando que los drogadictos lleguen a los centros de tratamiento sino trabajando en los lugares donde suelen acudir, facilitándoles la búsqueda de ayuda;⁴

Programas de intercambio de material de inyección: farmacias, máquinas expendedoras de jeringas, en programas de intercambio en la calle y en centros;

Promoción del sexo seguro: diversos estudios muestran que la mayoría de UDVP son heterosexuales, activos sexualmente y que un elevado porcentaje tienen parejas sexuales que no se inyectan drogas. La práctica sexual más utilizada es la penetración vaginal, siendo el uso del preservativo infrecuente. Un elevado número de mujeres UDVP recurren a la prostitución como medio para financiar su adicción;⁵

Programas de metadona. En los usuarios de estos programas, se han podido observar cambios en la frecuencia y en la práctica del consumo, así como en los hábitos sexuales, dándose mejoras a nivel orgánico⁶. Destacar también la disminución de las actividades delictivas, el abandono de la prostitución, un incremento de los niveles de empleo y aumento de la cohesión familiar.

Programas en prisiones. El principal factor de riesgo en este medio, es la inyección de droga con jeringas usadas⁷. Entre las actividades cabe destacar: información y educación sobre el Sida, programas de desintoxicación, pruebas de detección del VIH, programa de vacunaciones y de tuberculosis, preservativos y lejía.

En algunos países como Holanda y Suiza, existen programas de intercambio de jeringas dentro de los centros penitenciarios.

2. SERVICIO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN SOCIO SANITARIA PARA DROGODEPENDIENTES

En nuestro país, la mayoría de las redes asistenciales de atención a toxicómanos se crearon durante los ochenta, respondiendo a las necesidades determinadas que planteaba ese colectivo. Actualmente la realidad es otra: se ha observado un deterioro progresivo social y sanitario del usuario de drogas, todo ello agravado por la aparición del SIDA y las enfermedades asociadas.

Para afrontar esta realidad, nos encontramos con un nuevo enfoque cuyos objetivos e ideología de trabajo se enmarcan dentro de los Programas de Reducción de Riesgos. Partimos pues de que la dependencia a una sustancia no tiene porque obstaculizar la educación sociosanitaria ni la consecución de objetivos a corto plazo distintos que la abstinencia.

Dentro de este contexto situamos el Servicio de Atención y Prevención Sociosanitaria para consumidores de drogas (S.A.P.S.), que inicia su funcionamiento en abril de 1993. Se ubica en las dependencias de un Centro Municipal de Urgencias (Peracamps) en la zona portuaria de Barcelona.

Dirigido y gestionado por Cruz Roja Barcelona, está subvencionado por el Ministerio de Asuntos Sociales, el Òrgan Tècnic de Drogodependències (Conselleria de Sanitat. Generalitat de Catalunya), y el Plan Municipal de Drogas del Ajuntament de Barcelona. En el año 94, se recibió una subvención del Programa para la Prevención y Control del Sida, así como medios técnicos y materiales del Programa de Vacunaciones y del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, dependientes de la Generalitat.

Los objetivos son los siguientes:

- Contactar con toxicómanos que habitualmente no consultan la red asistencial, ofreciéndoles un servicio de ayuda sociosanitaria de base, adaptado a sus necesidades más inmediatas.
- Fomentar prácticas sin riesgos en relación al consumo y a su modo de vida, mediante un programa de Educación Sanitaria que incluye información sociosanitaria, intercambio de jeringas y donación de preservativos. La jeringa es intermediaria de la transmisión de mensajes de prevención y promoción de la salud.
- Mejorar la calidad de vida a nivel social, sanitario y cobertura de necesidades básicas.
- Facilitar el acceso a otros recursos.
- Propiciar un espacio de relación donde el usuario pueda encontrar un momento de descanso.

Bajo estas líneas, el SAPS trata de ofrecer formas de ayuda ajustadas a las características y necesidades de las personas adictas a drogas ilegales.

Los profesionales que atienden a este colectivo durante todas las noches del año, integran un equipo multidisciplinar (educadores, asistentes sociales y enfermeros). Un médico internista visita dos veces por semana, un abogado y un dentista una vez a la semana, y un psiquiatra con funciones de coordinación es el responsable del servicio. Un secretario a tiempo parcial, un vigilante jurado, una responsable de limpieza participan del funcionamiento del servicio, que junto a los colaboradores (voluntarios y objetores que realizan la Prestación Social Sustitutoria) completan el equipo.

La actividad fundamental del equipo es establecer relaciones sólidas con las personas que acuden al servicio. Esta relación se basa en una informalidad aparente. Una vez que se establece el vínculo, éste potencia el resto de intervenciones tanto sociales como sanitarias.

El servicio no funcionaría si los usuarios de éste no participaran y respetaran el funcionamiento y las normas del mismo (no violencia, no tráfico, no consumo). No territorializado, el acceso es directo, (22h-06h), no existiendo criterios de sexo ni edad, ni siendo necesario presentar documentación para acceder o utilizar el servicio. Todas las actividades son gratuitas.

A continuación, se presentarán las diferentes actividades del servicio incluyendo datos comparativos (93-94) que orienten sobre la evolución del mismo.

3. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA

Cualquier persona que consuma drogas ilegales tiene acceso. Se encuentra espacialmente diferenciado, se trata de un mostrador situado a la entrada del servicio.

Información y educación para la salud: comportamientos sin riesgos, sexo seguro, prevención de las sobredosis, así como asesoramiento sobre centros y formas de tratamiento.

Intercambio de jeringas, entrega de toallitas con alcohol, agua bidestilada y preservativos. El intercambio responde de forma orientativa al modelo 1 x 1, entregándose generalmente, el mismo número de jeringas que traen.

Aproximadamente, 500 personas han visitado la enfermería con alguna demanda. Definimos intervención sanitaria no sólo la actividad realizada por las enfermeras sino también las visitas médicas. Dentro de estas intervenciones englobamos curas básicas, pruebas de embarazo, vacunaciones, detección del HIV y tuberculosis, tutela de tratamientos farmacológicos y exámenes médicos.

A finales de 1994 se había contactado con 2.500 personas, realizando un total de 23.735 visitas al servicio. Cada noche, pasaban por el SAPS una media de 65 usuarios (en 1993 la media de asistencias era de 47).

Tabla 1. Intercambio de jeringas y donación de preservativos

| Jeringas | 1993 | 1994 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|
| Nº intercambio jeringas | 10.317 | 19.688 |
| % recuperación usadas | 76% | 85% |
| Jeringas entregadas | 35.313 | 77.199 |
| Jeringas recuperadas | 26.724 | 65.674 |
| % usuarios que intercambian jeringas | 88% | 98% |
| Preservativos | 1993 | 1994 |
| Nº distribuciones | 2.966 | 6.587 |
| Nº preservativos | 10.510 | 20.745 |

La tasa de prevalencia de positividad al HIV sobre 240 usuarios que acuden al servicio es del 49.6%, similar a la de otros estudios realizados en contextos similares. Si correlacionamos los resultados con la variable ser socio del club comprobamos que la tasa es más alta que en aquellos que sólo vienen a intercambio.

Tabla 2. Seropositividad HIV y pertenencia al club

| | sin techo (club) | | solo INJ | | Total | |
|--------------|-----------------------------|----|-----------------|----|--------------|------|
| | <i>nº</i> | % | <i>nº</i> | % | <i>nº</i> | % |
| HIV+ | 83 | 63 | 32 | 31 | 118 | 49,6 |
| HIV - | 50 | 37 | 70 | 69 | 120 | 50,4 |
| Total | 136 | 57 | 102 | 43 | 238 | 100 |

Dentro del colectivo que practica la prostitución, como recurso para mantener su consumo, se ha detectado también una alta prevalencia de AchIV+, lo que hace que sea un colectivo importante sobre el cual trabajar cambios de comportamientos tanto a nivel sexual (uso del preservativo), como relacionados con su forma de consumo.

Tabla 3. Seropositividad y prostitución

| | n | HIV+ % | HIV- % | HIV? | % |
|--------------------|----------|---------------|---------------|-------------|----------|
| Mujeres | 55 | 31 | 56.49 | 16.415 | 27.2 |
| Hombres | 7 | 3 | 42.93 | 42.91 | 14.2 |
| Travestidos | 11 | 7 | 63.60 | 4 | 36.4 |
| TOTAL | 73 | 41 | 56.212 | 16.420 | 27.4 |

PROGRAMA SOCIAL de cobertura de las necesidades básicas (alimentación, higiene, ropa limpia,...), que llamamos "club" y al que sólo tienen acceso los "socios", es decir, personas que han pasado una mínima entrevista que nos permite determinar la existencia de carencias sociales graves. Consta de una sala de descanso con mesas y sillas, libros y revistas, juegos de mesa, música y televisión. El espacio no es muy amplio, siendo su "aforo" de 18 personas. Se ofrece una alimentación mínima, café, sopa, refresco, galletas,... servicio de ducha, ropero, lavadora-secadora.

Los criterios para ser socio del club giran en torno a una situación social desfavorable, con dificultades para solventar aspectos básicos de su vida. Estos criterios no son estrictos sino orientativos.

Durante 1994, un total de 223 personas han hecho uso de las prestaciones del Club.

Tabla 4. Club

| | 1993 | 1994 |
|---------------------|-------------|-------------|
| Alimentación | 4.415 | 8.763 |
| Duchas | 684 | 1.280 |
| Ropa | 448 | 729 |

4. TIPOLOGÍA DE USUARIOS

Una de las características del SAPS es la heterogeneidad de las personas que a él acuden, en cuanto a sexo, etnia, edad, situación social; por ello, nos es difícil determinar el usuario tipo del servicio. La toxicomanía es una característica más, y englobarlos bajo esta única característica sería un error. El sector que acude al intercambio es diferente al sector que acude al club. El socio suele ser hombre, de unos 29 años aproximadamente, que no realiza seguimiento médico ni tratamiento por su consumo. Duerme y come donde y cuando puede y ha llegado al SAPS porque se lo ha dicho otro usuario.

Puede ser magrebí, español, italiano, portugués; dedicarse a la prostitución, al trapicheo, al descuido, al robo, a mendigar; haber estado en prisión, tener condenas pendientes, ser licenciado,... Cada persona es una realidad diferente por lo cual cada actividad que ponemos en marcha supone un esfuerzo de adaptación, por nuestra parte, para llegar a las diferentes culturas o formas de vida, siendo el respeto la base de toda intervención.

Tabla 5. Tipología de usuarios

Edad media: 29 años. (Entre 15 y 54 años)

Sexo: 68% hombre; 1% travestidos

63 % sin seguimiento médico actual

82 % sin tratamiento actual por su consumo

30 % nunca ha hecho tratamiento de drogas

51 % ha realizado tratamiento en un servicio de la Red de Atención a las Drogodependencias

92 % han conocido el servicio a través de otro usuario

Higiene y techo: carencias más acusadas de aquellos que acuden al Club.

Las demandas más habituales son las relacionadas con la vivienda, prestaciones económicas (subsidios), trabajo y tratamiento (metadona).

La mayoría de los usuarios que acuden al SAPS, no tienen domicilio fijo, duermen en coches, cajeros automáticos,... Hay una parte de la población, sobre todo colectivos que se dedican a la prostitución, que duermen en pensiones aunque no de forma regular dada la variabilidad de sus ingresos.

Por otro lado, los albergues municipales, no acogen a personas adictas a drogas, a no ser que lleven un período comprobado de abstinencia. Ello dificulta, en gran parte, realizar un trabajo integral de todas sus necesidades.

5. PECULIARIDADES

La nocturnidad, la ausencia de lista de espera, el acceso directo y la confidencialidad han propiciado el contacto con colectivos que tradicionalmente no consultan: inmigrantes ilegales, prostitución masculina y femenina, transexuales y travestidos y diferentes "tribus urbanas".

El reconocer a la persona que consume drogas como tal, sin exigirle el abandono del consumo posibilita las condiciones para desarrollar relaciones personalizadas con el equipo, es decir, crear un vínculo adecuado. Todo ello implica la ausencia de juicios morales y críticos sobre el consumo de drogas. Establecer una relación con el usuario y esperar, sin exigir, la aparición de la demanda.

Nos hemos encontrado con personas que manejan un código ético, una escala de valores y un lenguaje que difieren de la cultura establecida, lo cual no impide la adecuación a normas sociales, pero implica conocer este código si queremos que nuestros mensajes lleguen.

Son personas con recursos propios, susceptibles de cambio. Si entienden el significado de las consignas preventivas pueden llegar a sentirse implicados y actuar como agentes de salud, difundiendo las consignas que conocen en su entorno.

6. EDUCADOR Y CONTEXTO

Ante el profesional, el usuario puede proyectar su deseo, su angustia, su malestar, su disconformidad, su demanda... La educación como elemento de control y el educador, que la legitima, ejercen una contención que ha de favorecer el orden y la relación, posibilitando un nivel de empatía y de comunicación.

Timbres, puertas, doble cristal, guardia de seguridad, batas blancas, despachos, mesas, mostradores, controles de orina,... son diferentes obstáculos que el toxicómano ha de ir franqueando para conseguir una mejora de su calidad de vida. La atención directa, sin cita previa, facilita la relación, la participación y reduce la conflictividad, ya que el usuario acude de forma voluntaria.

Desde los diferentes espacios de relación, el educador facilita la elaboración de la demanda y la provoca, en aquellos usuarios cuyos recursos personales no permiten hacerla explícita.

El usuario elige a su interlocutor (independientemente de la profesión del mismo), de manera que las demandas las canalizará el profesional de referencia. Puede ser sanitaria, social, o inespecífica, por ello, debemos disponer de conocimiento de enfermería, de trabajo social y orientar sin perder de vista la especificidad de cada profesional.

7. FUNCIONES

La acogida: El primer contacto del usuario con el servicio puede quedar marcado por la acogida. Es importante la primera información que se da y cómo se da. Apostamos por un contacto aparentemente informal que permita al usuario tener el SAPS entre sus puntos de referencia.

Este contacto se establece generalmente cuando viene a pedir o intercambiar una jeringa. Es entonces cuando se habla sobre los comportamientos de riesgo y de prevención específica. Posteriormente es informado de las diferentes prestaciones de que dispone el centro, así como de su horario y normas.

La entrevista: Una vez elaborada la demanda de acceso al club se establece la entrevista. Este espacio individual, permite profundizar y conocer mejor la situación sociosanitaria del usuario. A partir de una primera evaluación de su situación se acuerda con el usuario el acceso o no al club. Se le presenta a los profesionales que están en el servicio así como las dependencias del mismo. Se abre un dossier.

Elaboración de mensajes de prevención y de promoción de la salud dirigidos a esta población. Se incluyen aspectos tan diversos como educación en la higiene y en la alimentación, prácticas de consumo sin riesgos, uso del preservativo, sobredosis, abscesos,...

Buscar los canales adecuados para que llegue la información (cómic, juegos,...)

Dinamización de actividades lúdico-educativas (TV, video forum, lectura, escritura, juegos,...), así como organizar actividades extraordinarias.

Promoción del asociacionismo y la participación (asambleas, revista interna, normas y funciones del servicio...).

Realización y diseño de actividades grupales (cenas-coloquio, donde se debaten temas propuestos por ellos con la intención de mejorar y conocer la "su realidad").

Charlas informativas y educativas (uso del preservativo,...)

Evaluación de las formas de consumo: Consideramos que el riesgo orgánico para los usuarios de drogas, especialmente los que usan la vía intravenosa, es mayor a causa de cómo consumen la droga, que de la sustancia en sí misma. A partir de aquí, nos planteamos como objetivo, un cambio de hábitos de consumo encaminados a minimizar los daños ocasionados por éste.

Hay que señalar siempre otras vías de consumo como esnifar o fumar, que aunque también crean dependencia y ocasionan daños, reducen el riesgo de contagio de muchas enfermedades.

Las diferentes informaciones recibidas tras el contacto con los usuarios, nos permiten conocer nuevas formas de consumo, los diferentes rituales, modas, argot,... para poder actualizar nuestros mensajes preventivos y dinámica de trabajo.

Los educadores, al igual que el resto del equipo, mantenemos una formación continuada (visitas a congresos, ponencias, comunicaciones, etc). Como metodología de trabajo dedicamos hora y media a la semana en formación ya sea sesión bibliográfica, presentación de casos y de otros proyectos. Así mismo disponemos de un espacio de supervisión de soporte una vez al mes.

8. A MODO DE CONCLUSIÓN

La educación pasa por la voluntariedad de la persona para ser educada. Así mismo, para fomentar cambios de comportamiento, tiene que existir una predisposición de la persona. Si el contacto con UDVP se ha realizado y él está predispuesto al cambio, nos quedaría por resolver la salida. Encontrar o disponer de recursos adaptados a la necesidad planteada.

La realidad nos presenta que no es tan necesario abrir nuevos servicios como el replanteamiento de las políticas asistenciales que acerquen en lo posible la oferta de recursos a la población diana. Las listas de espera y los criterios rígidos sólo obstaculizan el proceso.

La función del educador será la de articulador o puente entre un sujeto con una problemática de inadaptación y las redes comunitarias. La relación educativa sujeto-educador tendrá como objetivo la circulación social del sujeto en las redes institucionales normalizadas.

En esta relación, la transmisión de unos valores, pautas y hábitos (culturales, sociales,...) ha de posibilitar al sujeto una autonomía social, siempre y cuando el sujeto esté dispuesto a realizar un cambio.

Si queremos que la imagen social del toxicómano varíe, debemos tener en cuenta la ubicación y diseño de los programas. La normalización pasará por ubicar los servicios de toxicomanías en los centros de salud ya que la excesiva especificidad genera en muchos casos, diferencia.

Los Programas de Reducción de Riesgos, si bien no dan una respuesta total al problema de la drogodependencia, sí atraen a mucha de esta población. La accesibilidad, el contacto, la ausencia de excesiva rigidez, permiten conseguir objetivos intermedios de salud y posibilitan a largo plazo su inclusión en otros programas. No se trata de buscar nuevos objetivos sino de utilizar estrategias diferentes para llegar a ellos.

BIBLIOGRAFIA

BARRIO G., DE LA FUENTE L., CAMI J.

El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. Medicina Clínica, 1993

ORGAN TECNIC DE DROGODEPENDENCIES. Departament de Sanitat i Seguretat Social,

Programes d'intercanvi de xeringues a Catalunya. Informació de l'Organ tècnic. 1994

DE ANDRES, M.

Desde la penalización hacia la prevención. Revista Jano, 1994

DE ANDRES R., CONTRERAS G., PEREZ L. et al. Transmisión heterosexual del VIH en usuarios de drogas por vía parenteral. Revista Jano, 1994

ELIZALDE B., MENOYO C., ZULAIKA D. et al. Estrategias de prevención del sida en usuarios de drogas por vía parenteral. Jano, 1994

MUGA R., EGEA J.M.

Sida y drogadicción: es la hora de la metadona. Medicina Interna, Barcelona, 1994.

NOTAS

1. Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic, 1988; National Academy of Sciences, "Controlling Aids, Update". Washington, 1988

2. WHO/GPA. HIV Infection and drug injecting intervention strategies. Ginebra. OMS, 1988.

3. O'HARE P.A. A note on the concept of harm reduction. En: The reduction of drug related harm. Amsterdam, 1992

4. BUNING, E.C. Outreach work among drug users in the light of the AIDS epidemic. Amsterdam, 1990.

5. DONOGHOE M.C., STINSON G.V., DOLAN K. Sexual behaviour of injecting drug user and associated risk of HIV infection for non-injecting sexual partners. Aids Care 1989.

6. BALL J.C., LANGE W.R., MYERS G.P., et al. Reducing the risk of Aids through methadone maintenance treatment. J Health Soc Behav 1988.

7. MARTIN L., GRANADOS A., MIRANDA M. Multivariable analysis of HIV infection in Spanish prisons. En: Abstracts of the VIIth Int. Conf. Aids. Florencia, 1991.