

Nuevos conceptos, nuevo discurso: talleres de consumo de menos riesgo

New concepts, new discourse: workshops for a less risk drugs use

INSÚA, P.*, LLEDÓ, M.** y GRIJALVO, J.***

* Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea.

** Centro de Día Goiztiri. Bizkaia. ***CSM de Donosti-Este Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

RESUMEN: *Objetivo:* la manera de conceptualizar el uso de drogas ha ido cambiando a lo largo de la historia. Tanto la idea de un «problema moral» como la idea de «enfermedad» dieron lugar a políticas de «guerra contra las drogas» y a considerar la abstinencia como único objetivo final válido. El concepto de reducción de riesgos y daños asociados permite hacer el tránsito de la sustancia a la conducta del sujeto que consume y posibilita la consideración de diferentes objetivos para el usuario de drogas en un *continuum* que va desde el consumo de menos riesgo hasta la abstinencia.

Materiales y Método: desde este marco teórico, este artículo presenta los Talleres de Consumo de Menos Riesgo como estrategias específicas que permiten trabajar con los usuarios de drogas en las distintas etapas de este *continuum* con objetivos de Salud Pública.

Resultados: los Programas de Formación para profesionales sanitarios realizados, nos permiten asegurar que éstos cambian sus conocimientos y actitudes y se sienten capaces de realizar este tipo de Talleres con sus clientes.

Conclusión: los profesionales sanitarios necesitan nuevas herramientas de trabajo para poner en marcha Programas de reducción de riesgos y daños asociados a la conducta. Estos Programas, en la forma de Talleres se dirigen a modificar las

conductas de riesgo entre la población usuaria de drogas.

PALABRAS CLAVE: Drogas. Riesgos. Talleres. Conducta. Programas.

ABSTRACT: *Objective:* the concept of conceptualizing the use of drugs has been changing throughout the last years. Drug-taking problem considered as a «moral question» and also as an «illness» brought about policies as «war against drugs» and abstinence was considered the unique solution as a success objective. The concept of harm and risk reduction allows to pasage the aim from the substance to the behaviour of the drug user and also makes possible the consideration of different aims within a *continuum* from the least risk consumption to the abstinence.

Materials and Method: this article presents the «Workshops for a less risk drugs use» as specific strategies that allow the labor with drug users within the different stages of that *continuum* for Public Health objectives.

Results: the Training Programs that we've implemented with sanitary professionals allow us to state that they change their knowledges and attitudes and they feel competent to carry out this kind of Workshops with their clients.

Conclusions: the sanitary professionals needs new tools to design, implement and evaluate Harm Reduction Programs. These Programs, organized like Workshops are adressed to change the risk behaviors among drug users.

KEY WORDS: Drugs. Risks. Workshops. Harm Reduction. Programs.

Correspondencia:

PATRICIA INSÚA.
Facultad de Psicología.
Universidad del País Vasco
Av. de Tolosa, 70.
20018 San Sebastián.
e-mail: pbpincep@sc.ehu.es

Marco teórico de los talleres de consumo de menos riesgo

La reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias

A lo largo de la historia la manera de conceptualizar el uso de sustancias en el mundo occidental ha ido cambiando. Lo que en un primer momento se consideró un problema moral y llevó a la puesta en marcha de políticas centradas en la penalización del consumo y a la «guerra contra las drogas», dio paso a la concepción del fenómeno como un problema médico-sanitario y así, surgieron los primeros tratamientos desarrollados en los años 80 basados fundamentalmente en el cese del consumo y la rehabilitación, resaltando la importancia de la prevención.

Ambas conceptualizaciones están de acuerdo en que el objetivo final es reducir y eliminar el consumo de drogas, insisten en la abstinencia total como único resultado aceptable (tanto del encarcelamiento como del tratamiento) y diseñan estrategias comunicativas (mensajes) y comportamentales (acciones) destinadas a conseguir su objetivo¹.

El concepto «Reducción de Daños» como estrategia de intervención ante los problemas derivados del abuso de drogas no comenzó a usarse hasta finales de los años 80 como respuesta a la importancia que adquirieron los problemas asociados al consumo, especialmente la epidemia del SIDA entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) en los países occidentales, marcando una clara diferencia en la incidencia y prevalencia de la infección por VIH entre aquellos países y/o regiones que habían comenzado de manera previa a la aparición del SIDA con programas de reducción de daños y aquellos cuyos objetivos estaban orientados a la abstinencia; y la comprobación de que las iniciativas puestas en marcha en base a los modelos anteriores no habían logrado uno de sus objetivos fundamentales: mantener a los UDI en tratamiento y conseguir que abandonen el consumo².

Así, el objetivo deja de ser únicamente la abstinencia en el uso de sustancias (que ya no se plantea como condición sino como opción) y pasa a ser también, disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo. La idea central es que las conductas relacionadas con el consumo comportan una serie de riesgos y daños que son tanto o más importantes que las consecuencias derivadas de las características de la acción de las sustancias; y que cambiando las conductas se puede reducir la aparición de los problemas que implica el consumo de drogas.

Sin embargo este modelo no sólo implica un cambio en los objetivos planteados y por tanto en las estrategias a poner en marcha, sino que implica también (y previamente) un cambio en la filosofía que subyace a estas estrategias, es decir, exige un cambio en las creencias, las actitudes, los pensamientos y los discursos de los profesionales y de la comunidad en relación con los Programas de Reducción de Riesgos y Daños asociados (PRRD)³.

El concepto de droga como sustancia que introducida en el cuerpo tiene capacidad de alterar su funcionamiento y el comportamiento del sujeto, nos acerca a las conductas que van implícitas en el consumo y a través de las cuáles los usuarios asumen riesgos para su salud que se pueden prever o reducir.

Los riesgos asociados al consumo de drogas son múltiples y están relacionados con distintos factores como son el lugar de consumo, la cantidad, la vía de administración, las compañías, etc. Generalmente estos riesgos se presentan al consumidor de drogas como imprevistos, irremediables y producto de la presión social. Los riesgos asociados al consumo pueden tener consecuencias individuales y sociales y no todos sus efectos son iguales. La intervención sobre los riesgos recomienda intentar realizar un análisis sobre los mismos lo más exhaustivo posible con el objetivo final de poder preverlos, evitarlos y en último caso, disminuir sus consecuencias negativas, es decir, disminuir los daños asociados a éstos⁴.

Existen distintas modalidades de intervención en el marco de la reducción de riesgos y daños: los programas de mantenimiento con metadona de bajo y alto umbral, los programas con otros sustitutivos opiáceos (p.ej.: LAAM, buprenorfina, etc.); los programas de dispensación de otras sustancias psicoactivas; los programas de consumo de menos riesgo y los programas de promoción de sexo más seguro.

Los Programas de consumo de menos riesgo incluyen los Programas de intercambio y distribución de jeringuillas (PIJ), los Talleres de Consumo de Menos Riesgo (TCMR), los Talleres de detección y actuación frente a una sobredosis y las «Injecting Rooms» o Habitaciones de Inyección Higiénica¹.

En algunas ocasiones, los PRRD se han incorporado en los propios servicios de atención a drogodependientes, que bien han posibilitado la formación de sus profesionales o han adaptado sus estructuras para realizarlos. Otras, ante la necesidad de que las medidas preventivas lleguen al máximo número de consumidores de drogas, se han desarrollado sobre el terreno en el que se encuentran los UDI y/o sus amigos con equipos móviles que realizan intervenciones orientadas a

las necesidades de la comunidad y dentro de ésta. Se trata pues de una estrategia de búsqueda, a diferencia de los modelos de espera más clásicos. En ellas, el adicto toma parte activa y adquiere mayor protagonismo y responsabilidad sobre las consecuencias de su conducta de consumo⁵.

En este tipo de programas es interesante involucrar a miembros claves del grupo de consumidores de drogas en las iniciativas e intervenciones específicas. Es decir, estimular un sistema de trabajo de «abajo a arriba» (de los usuarios a los técnicos); y de apoyo y participación de los pares, como sucede, por ejemplo, en las intervenciones tipo «boule de neige», ya que se ha demostrado que los programas que utilizan pares tienen mayor impacto que aquellos que no los utilizan, tanto en poblaciones normalizadas (por ejemplo, jóvenes escolarizados) como en poblaciones ocultas, siendo éste el caso de muchos de los usuarios de drogas^{6,7}.

Desde un punto de vista teórico podríamos considerar entonces el contexto institucional y el medio abierto como claramente diferenciados, perteneciendo al contexto institucional las actividades de acercamiento a usuarios de drogas que se han venido implementando en hospitales, prisiones, albergues, centros de salud mental, PIJ (en centros fijos o en farmacias), juzgados, colegios, etc. y al medio abierto, aquellas intervenciones desarrolladas en escenarios o espacios comunitarios frecuentados por las poblaciones diana y en los que se dan las condiciones objetivas adecuadas para el contacto y la prestación de servicios. En estas actividades se delimita el escenario en función del colectivo con el que se pretende contactar y de la oportunidad y aceptación de la intervención en el mismo.

Los procesos de cambio conductual hacia conductas de menos riesgo

El modelo de fases de cambio⁸ señala que el proceso de cambio para la adopción de una nueva conducta implica cinco etapas:

a) *Precontemplativa*. Se da cuando no hay una verdadera intención de cambio.

b) *Contemplativa*. Se empieza a considerar la posibilidad de cambiar, pero no hay un compromiso de pasar a la acción.

c) *Preparación o disposición al cambio*. Existen en la práctica algunos pequeños cambios observables de comportamiento. Con frecuencia se han llevado a cabo algunos intentos de cambio sin éxito en los meses precedentes.

d) *Acción*. Supone cambios observables del comportamiento y requiere una considerable inversión de

tiempo y energía. Características principales que definen esta fase son: a) esfuerzos observables y significativos para conseguir el cambio; y b) modificación de la conducta diana de acuerdo con un criterio previamente establecido.

e) *Mantenimiento*. El esfuerzo se centra en prevenir la recaída y consolidar los cambios logrados en la fase anterior.

Distintos estudios han demostrado que los sujetos precontempladores asimilan menos la información sobre sus problemas y no se preocupan por los aspectos negativos de los mismos que les afectan; de hecho, son los que se muestran más resistentes a la intervención psicoterapéutica y a los mensajes de los profesionales de la salud. Por su parte, los individuos que se encuentran en la fase contemplativa, empiezan a mostrarse sensibles a las observaciones, confrontaciones e interpretaciones. En los que se encuentran en la fase de preparación se incrementan los procesos de cambio cognitivo y afectivo, a la vez que empiezan a intentar reducir los comportamientos de riesgo. En la fase de acción, se incrementa la utilización de estas estrategias conductuales lo que va a generar un importante estrés. Finalmente, en la fase de mantenimiento, aparece, por una parte, la valoración de las circunstancias que aumentan la probabilidad de una recaída y, por otra, un sentimiento incrementado de autoestima por haber conseguido llegar a ser la persona que cada uno se proponía ser⁸⁻¹⁰.

Una característica clave del cambio es que es circular y ascendente. Circular significa que se reconoce la existencia de recaídas dentro del proceso de cambio y el que éstas sean recurrentes, es decir, se tiene en cuenta la posibilidad de que la conducta problema o de riesgo (p.ej.: compartir jeringuillas), vuelva a repetirse a pesar de que se realicen esfuerzos para mantener las conductas preventivas. Una característica de esta recurrencia es que vuelve a iniciar el proceso.

Es ascendente porque las experiencias anteriores de cambio aportan mayores conocimientos y habilidades para afrontar situaciones futuras. El reducir las conductas de riesgo asociadas al consumo genera en la persona una mayor sensación de autoeficacia y control sobre la conducta problema; y así la creencia mantenida de que la conducta no se puede controlar disminuye en la confrontación con la experiencia directa que la contradice. Cuanto más tiempo se haya mantenido el cambio, mayor probabilidad existe de conseguir el objetivo la próxima vez.

Cuando se ha conseguido un cambio y se produce una vuelta a la conducta problema, aparece lo que se denomina el efecto de la violación o ruptura de la norma. Sus síntomas son: sensación de fracaso, aumento

de la sensación de no control sobre la situación, surgimiento de dudas sobre la efectividad y el resultado del cambio conseguido previamente y aumento de los sentimientos de frustración y de culpabilidad (sobre todo si las consecuencias del riesgo inciden específicamente y de manera negativa y directa sobre la salud de uno mismo o de los demás)^{11,12}.

La intensidad de estas situaciones depende del tiempo que se haya mantenido el cambio (encontrándonos con que cuanto más tiempo, aparece más culpa y mayor sensación de fracaso) y del nivel de compromiso y esfuerzo realizado para la consecución del cambio (cuanto más esfuerzo haya realizado el sujeto para lograr el objetivo, mayor sensación de fracaso).

Considerando que el cambio es un proceso, es importante tener en cuenta que los esfuerzos se deben realizar no sólo para conseguir el cambio sino también para mantenerlo. Frente a este momento personal se pueden presentar situaciones que ponen en duda y cuestionan el cambio conseguido. La prevención e intervención sobre estos escenarios reforzarán el mantenimiento de la conducta de reducción de riesgos que se pretende instaurar.

A la hora de tomar una decisión (p.ej.: asumir o no un riesgo) siempre se realiza un balance (consciente o inconsciente) sopesando las ventajas e inconvenientes de la conducta. Las sensaciones de fracaso o culpa, la necesidad inmediata de la droga, etc. juegan un papel importante en la toma de decisiones. Los balances decisionales (p.ej.: ventajas e inconvenientes de compartir una jeringuilla) permiten al sujeto conocer qué significa esa situación para él; suponen una valoración afectiva y cognitiva respecto a un problema (el análisis de las creencias de la persona sobre esa situación y de los pensamientos irracionales asociados), así como la valoración de cómo el problema puede afectar a los demás y al ambiente en general^{13,14}.

Determinantes asociados al cambio conductual

El cambio conductual no depende únicamente de la información sino que hay que tener en cuenta una serie de variables que van a estar en relación con las actitudes, las creencias, las cogniciones y los afectos del sujeto. Reconocer las situaciones difíciles que mantienen las conductas de riesgo no significa que, automáticamente, éstas se vayan a modificar.

El objetivo de los TCMR es identificar los comportamientos de riesgo y los daños a la salud asociados a éstos. La identificación de estos comportamientos incluye el trabajo sobre aquellos determinantes de la conducta que favorecen su mantenimiento y aquellos que contribuyen al cambio^{4,15}.

Las respuestas de cambio relacionadas con la reducción de riesgos y daños van a estar determinadas por factores motivacionales. Las expectativas que provoca la conducta constituyen una parte esencial en el análisis de la respuesta ante la situación de riesgo. La creencia que tenga la persona sobre su capacidad de respuesta y sobre los resultados concretos de su conducta determinan las expectativas de eficacia y resultado respectivamente¹⁶.

La expectativa de eficacia se refiere concretamente a la convicción de poder realizar con éxito la conducta que se requiere para producir unos resultados determinados. Supone el paso de la idea a la acción.

La expectativa de resultado hace referencia a la estimación sobre las posibilidades de que tal conducta consiga esos resultados. Ambas van evolucionando con los cambios cognitivos y motivacionales generados por la persona, no son fijas y están sujetas a posibles modificaciones.

Para que la creencia en las propias capacidades sea realista es necesario que la persona reconozca estas capacidades objetivamente. Las expectativas de eficacia se gestan a través de la experiencia directa y la revisión de las experiencias pasadas, de la experiencia indirecta, de la persuasión verbal y del estado fisiológico. La experiencia directa es su mejor fuente y se relaciona con el éxito repetido determinando la fuerza y firmeza de las expectativas. La experiencia indirecta tiende a convencer pero también puede producir el efecto contrario ya que observar incapacidad en el otro puede reducir la expectativa de eficacia. Cuanto mayor es la similitud con el otro y cuanto menor es la propia experiencia, mayor es el impacto.

La persuasión verbal es la técnica que permite objetivar las habilidades potenciales, superando las deficiencias y fracasos anteriores con el objetivo de conseguir un despliegue máximo de las capacidades del sujeto y el mantenimiento de un esfuerzo más prolongado. Sin embargo, el estado fisiológico puede marcar señales de fatiga, de falta de alimento, dolor, tensión, miedo, o estrés que favorecen la ineficacia. Asimismo, la visión de un futuro poco atractivo disuade en muchas ocasiones de afrontar adecuadamente el problema y puede favorecer la vuelta a la conducta de riesgo¹⁶.

No obstante, está comprobado que personas con expectativas arraigadas no tienden a fijarse en las señales fisiológicas y las superan encaminándose a su objetivo y que el entrenamiento en el análisis de los fracasos anteriores permite no repetirlos y superarlos.

Por su parte, las expectativas de resultado tienen su origen en el *feedback* del resultado, en la dificultad de la tarea, en la información derivada de las comparaciones y en las diferencias de personalidad.

Como *feedback* de resultado consideramos cualquier experiencia de éxito o fracaso tras la realización de una tarea. La dificultad de la tarea se relaciona con las características específicas de ésta e influye directamente en la valoración del resultado¹⁶.

También interviene la observación de los resultados obtenidos por otros en la misma tarea. Existe una norma grupal de lo que constituye éxito o fracaso en la reducción de los riesgos. Si el sujeto cree que nadie es capaz de superar una situación de riesgo con éxito, hay mayores probabilidades de que responda en base a esta creencia fatalista y no realice una conducta preventiva que está disponible en su repertorio aunque menos saliente⁴.

Asimismo, existe un error normativo a nivel cognitivo en la estimación de probabilidades, ya que muy pocos sujetos realizan estas estimaciones considerando el teorema de Bayes, por lo que su percepción subjetiva de la probabilidad de ocurrencia de un hecho siempre está sesgada por sus creencias¹⁷. Por otro lado, existe también una predisposición en la estimación de las probabilidades de éxito antes de realizar la tarea, que está en relación con diferencias individuales. Las personas con expectativas de resultado excesivamente optimista parten de una alta necesidad de logro mientras que los que subestiman las posibilidades, parten de una baja necesidad de logro. Así, los primeros van a vivir el fracaso de una manera mucho más global y definitiva que los segundos y su sentimiento de devaluación será mayor¹⁶. Por tanto, el trabajo en los talleres debe dirigirse a consolidar la relación entre las expectativas realistas positivas de eficacia y resultado con la conducta preventiva.

Después de lo dicho, vemos cómo estas estrategias de intervención que se focalizan en la reducción de los riesgos y daños asociados suponen en realidad la integración de una serie de conceptos ya manejados por la Psicología en un nuevo discurso orientado no a «eliminar» el consumo de drogas del repertorio de conductas del sujeto sino a posibilitarle el aprendizaje de nuevas conductas que le permitan un consumo de menos riesgo, de manera que se reduzcan y minimicen los daños asociados a ese consumo. Para trabajar en esta línea, es necesario que los profesionales que atienden a los usuarios de drogas tengan acceso a una formación específica que les otorgue tanto los conocimientos teóricos que les exigirán la puesta en marcha de estos Talleres (los procesos de cambio conductual, los determinantes asociados a la conducta, etc.), como los conocimientos sobre la forma más idónea de programar un Taller.

Programación de talleres de consumo de menos riesgo

Hay una serie de pasos que son necesarios a la hora de realizar un Taller de Consumo de Menos Riesgo y que conocemos con el nombre de «programación», que van desde la identificación del grupo al que va a ir dedicada la intervención específica, hasta el establecimiento del diseño de evaluación*. Así, podríamos hablar de:

a) Identificar el grupo, sus intereses y necesidades:

Para formar un grupo hay que tener en cuenta una serie de características de los usuarios de drogas a los que va dirigido. En el caso de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo es aceptable que coincidan sujetos de distintas edades, en distintos momentos de su historia de consumo, incluso sujetos de distintos programas de tratamiento, siempre teniendo cuidado de respetar la similitud en las fases del momento personal de cambio^{8,19}. Es decir, la variable más importante en estos Talleres es la fase del momento de cambio con respecto a las conductas de riesgo en la que se encuentren los sujetos que van a participar, pudiendo decir que este aspecto es una cuestión fundamental a tener en cuenta en el trabajo grupal con sujetos con patologías del círculo de las adicciones²⁰.

Es aconsejable que el número de personas que compongan el grupo oscile entre 6 y 12 personas, siempre teniendo en cuenta la capacidad del conductor en el manejo de los grupos.

La identificación de intereses y necesidades es importante para seleccionar los contenidos a trabajar. La elaboración de un pre-test sobre los conocimientos previos del grupo (ver apartado *h) evaluación*) contribuirá tanto a la consecución de los objetivos, como a la realización de un examen del perfil del grupo en la primera sesión que servirá para todo el trabajo que se desarrollará durante las diferentes sesiones del Taller.

b) Señalar los objetivos a lograr:

Es necesario enumerar los objetivos generales y específicos de los Talleres. Como objetivos generales consideramos aquellos que se refieren a la salud biopsicosocial de los usuarios de drogas y como objetivos específicos aquellos determinantes de los generales y que intentan modificar las variables que intervienen en la adopción y cambio de comportamientos (los determi-

*Para ampliar este tema, véase Manual de Educación Sanitaria⁴ y ¿Cómo diseñar un Programa de prevención de la transmisión sexual del VIH para usuarios de drogas?¹⁸.

nantes asociados a la conducta: información, percepción de riesgo, expectativas de autoeficacia, etc.). Cada sesión del taller tiene sus objetivos específicos que van a estar en relación con los objetivos generales pretendidos. Es importante seleccionar objetivos evaluables y que no sean ambiguos. Muchas veces nos encontramos con objetivos del tipo «aumentar la capacidad crítica de los drogodependientes para decidir ante situaciones de riesgo» y no sabemos cómo medir la «capacidad crítica» o qué variables integran ese constructo.

Así, los objetivos generales en los Talleres de Consumo de Menos Riesgo pueden estar relacionados con la disminución del número de prácticas de riesgo asociadas al consumo de drogas, con la disminución del número de casos de infección por VIH y Hepatitis, así como de sobredosis. Por su parte, los objetivos específicos van a estar más relacionados con el aumento del nivel de información, el incremento de la capacidad de los usuarios de drogas para negociar un consumo de menos riesgo y el aumento del acceso de los drogodependientes a los recursos sociosanitarios.

c) Delimitar los contenidos a trabajar:

Los contenidos de los talleres se van a fijar en función de los intereses y necesidades del grupo y en función de los objetivos establecidos. Los contenidos fundamentales en este tipo de Talleres van a estar relacionados con las conductas y las técnicas de inyección de alto riesgo, con la información sobre otras formas de consumo, con la información sobre SIDA, Hepatitis y sobredosis, con las normas y creencias del grupo asociadas a las conductas de riesgo, con habilidades para la toma de decisiones y con el conocimiento de los recursos asistenciales y sanitarios disponibles en la comunidad. El marco teórico comentado en el apartado primero de este artículo aporta aquellas variables fundamentales a trabajar en este tipo de Talleres.

d) Delimitar la metodología de trabajo:

Este apartado consiste en seleccionar las dinámicas grupales adecuadas en función de los contenidos a trabajar. Está demostrado que son las técnicas grupales las que producen una mayor asimilación de la información y un mejor recuerdo de la misma.

El tipo de dinámicas grupales más adecuadas dependen de los objetivos, de los contenidos, del clima del grupo y del momento del programa, entre otras variables. Algunas de las técnicas a utilizar son el Brainstorming, el Balance Decisional, la Discusión Dirigida y el Role Playing, teniendo en cuenta que las técnicas de corte más cognitivo

son las menos ansiógenas y las más adecuadas para proporcionar información, mientras que las técnicas idóneas para modificar las actitudes y los aspectos más afectivos de las conductas son las que generan mayor ansiedad y las que hay que utilizar en un segundo momento cuando el grupo ya está cohesionado (p. ej.: Role-Playing)⁴.

e) Identificar los recursos humanos y materiales necesarios:

Entre los recursos humanos necesarios para la realización de un Taller de Consumo de Menos Riesgo se puede pensar en educadores, profesionales sanitarios, usuarios de drogas formados como agentes de salud, etcétera, siendo interesante la coordinación con otros profesionales que pueden abordar algunos contenidos específicos (p. ej.: reanimación cardiopulmonar, evaluación de programas, etc.).

Recursos materiales a utilizar pueden ser audiovisuales, transparencias, vídeo, un espacio físico adecuado, material fungible como cartulinas y rotuladores, etc.

En este apartado se trataría de identificar y organizar previamente todos los recursos necesarios para poner en marcha un Taller, ya que prever las personas y los materiales necesarios nos va a facilitar el trabajo posterior.

f) Identificar los recursos sociosanitarios de la zona y favorecer el acceso a los mismos:

El conocimiento de los recursos sociosanitarios existentes, sus objetivos, el trabajo que realizan, su disponibilidad para la coordinación y otras características más generales forman parte esencial de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo. Muchas veces, los Talleres se realizan en contextos no institucionales y es importante dar a conocer a los usuarios de drogas los recursos disponibles en la comunidad y favorecer el acceso a los mismos ya que está ampliamente documentado que a mayor contacto con los Servicios Sanitarios mejor es el pronóstico a largo plazo.

g) Diseñar el programa:

El diseño del programa depende de los objetivos que nos hayamos planteado, de la población a la que va dirigido, de los materiales con los que se cuente, etc. Este diseño debe contemplar la duración total del taller, las fechas de aplicación del mismo, los objetivos que se persiguen, los contenidos fundamentales a trabajar para conseguir esos objetivos, la metodología que se va a utilizar de cada sesión en función de los contenidos a tratar y los materiales necesarios para su realización.

Una propuesta para un Taller de Consumo de Menos Riesgo, puede consistir en un Taller con una duración mínima de 10 horas, con cinco sesiones de dos horas cada una distribuidas en dos días por semana, en las que se trabajen los contenidos que se especifican en el apartado 3 y en un espacio físico relacionado con la atención de los servicios de drogodependencias.

h) Establecer el diseño de evaluación:

El diseño de evaluación se establece en función de las posibilidades reales con que se cuente: de la disponibilidad o no de un grupo de control, de la posibilidad de realizar seguimientos, de los conocimientos sobre evaluación que tengan los profesionales o de la posibilidad de coordinarse con otros profesionales expertos, etc. No debemos olvidar que sólo la evaluación nos va a permitir saber tanto si hemos logrado los objetivos que nos proponíamos como mejorar los aspectos estructurales del taller. La evaluación puede ser de impacto (el cambio conseguido con la intervención) y/o de implementación (el «control de calidad» del programa diseñado).

Es importante seleccionar instrumentos de evaluación que cumplan los criterios de fiabilidad y validez para la población con la que se van a utilizar. Una propuesta de evaluación consistente sería la utilización de un grupo experimental y un grupo control (o grupo en lista de espera para una intervención posterior), con los que se realice un pre-test, un post-test y un seguimiento al mes de finalizar la intervención; de tal manera de poder objetivar el efecto de la intervención a corto y a medio plazo en los distintos grupos²¹.

i) Aplicar el programa y su evaluación:

Una vez diseñado y programado el Taller se trata de ponerlo en marcha y evaluarlo. En cada sesión se van a trabajar los distintos contenidos programados (que como hemos comentado van a estar en función de los objetivos planteados y de las necesidades detectadas con el grupo de usuarios en el pre-test) siguiendo el orden previsto y a través de las dinámicas grupales idóneas. Al comenzar y finalizar el Taller (pre y post-test) se pasarán las escalas que se han decidido para realizar la evaluación. Es fundamental asegurarse de que los usuarios entienden y responden a todas las preguntas, siendo útil la pasación de los cuestionarios en forma de entrevista estructurada grupal, en la que el profesional va señalando una a una las preguntas, clarificando las dudas que surjan y los participantes las van contestando.

Se aplican los análisis estadísticos adecuados tanto para la comparación de ambos grupos como para la descripción de los aspectos estructurales del Taller. En caso de que los profesionales que lo realicen no tengan conocimientos sobre evaluación, siempre es conveniente que consulten con expertos en el tema que les pueden asesorar.

Contenidos a trabajar en los talleres de consumo de menos riesgo

En estos Talleres se trabajan fundamentalmente los riesgos asociados a la conducta de inyección de drogas, aunque también se tratan otros aspectos relacionados con el consumo que pueden llevar a diferentes riesgos y daños (p.ej.: policonsumo de sustancias que pueden llevar a una sobredosis).

Los daños más comunes asociados a la inyección de drogas son: abscesos, flebitis, sepsis por estafilococos, micosis sistémica, endocarditis, embolias por cuerpos extraños, edema pulmonar no cardiogénico, hepatitis e infección por VIH y sobredosis. Todos estos daños a la salud va a ser abordados en el Taller, ya que son experiencias vividas por la mayoría de los asistentes y consecuencias claras de las conductas que queremos cambiar.

Por otro lado y asociados a la conducta de inyección de sustancias hay una serie de elementos que siembre hay que tener en cuenta como son la jeringuilla, el agua, el recipiente, el filtro, el acidificante, el torniquete, las toallitas de alcohol y las diferentes sustancias utilizadas solas o en combinación. Otros elementos que intervienen son el punto de inyección en el cuerpo, el lugar donde se realice la conducta de inyección, el sujeto que vende la droga y la compañía o no de otros usuarios en el momento del consumo.

Cada uno de los elementos mencionados exige una preparación previa, una acción concreta y cuidados posteriores. En los Talleres de Consumo de Menos Riesgo se analiza cada uno de estos componentes y droga por droga: cómo preparar el material, cómo utilizarlo, qué cuidados posteriores exige, qué alternativas de consumo tiene cada una de ellas.

Una vez transmitida la información, también hay que tener en cuenta las situaciones que cuestionan y ponen en riesgo el cambio conductual, y que en ocasiones mantienen las conductas problema¹². Estas situaciones tienen que ser trabajadas específicamente en los Talleres ya que sabemos que para cambiar conductas la información es necesaria pero no suficiente.

Como ya hemos señalado, existen distintas técnicas grupales que se pueden utilizar más o menos adecuadas para cada momento específico del Taller⁴. Una técnica válida para reconocer y trabajar las situaciones que pueden poner en riesgo el cambio conductual buscado y/o conseguido, es la técnica de la espina del pez.

Esta técnica consiste en elegir una conducta de riesgo y enumerar las situaciones en las que esta conducta se puede dar. Se dibuja el esqueleto de un pez con sus espinas. En la cabeza del pez se especifica la conducta problema elegida (p.ej.: inyección de riesgo) y en las espinas del pez los sujetos participantes en el Taller especifican las causas que ellos identifican de esa conducta problema.

Estas causas pueden ser de distintos tipos, por ejemplo no saber inyectarse; estar bajo la presión de otros que consumen; estar con amigos; etc.; emociones negativas como depresión, ansiedad, rabia, frustración; pensar que no se sirve para nada; dificultades situacionales y ambientales –por ejemplo para acceder a la jeringuilla–; poca percepción de riesgo; estar de «mono»; necesidad de gratificación inmediata ante situaciones de estrés; haber mezclado drogas y estar confuso y/o desinhibido; etc.

Una vez «rellenadas» cada una de las espinas del pez con una causa se descartan aquellas que estén repetidas, las que son dichas porque sí, aquellas que no estén en relación con el tema, etc., y se clasifican las restantes en función distintos criterios, p.ej.: según se deban a factores fisiológicos (estar de mono, ansiedad, deseo irresistible de consumir); a factores relacionales (pareja sexual, presión social, querer quedar bien); a factores educacionales (tener o no tener información); a factores psicológicos (baja autoestima, conducta suicida); o factores ambientales (no tener dinero, ser sábado, no encontrar una farmacia de guardia, que sea de día o de noche, que haga mucho calor, haber robado en la farmacia y no querer entrar, etc.).

Posteriormente en el trabajo grupal se debe reflexionar sobre el contenido de la dinámica y confrontar cada una de las causas citadas. Así, se puede pedir a cada persona del grupo que evalúe en qué medida considera que esa causa le puede suceder, en qué medida se siente preparado para evitarla, y en qué medida le interesa que esa situación se trabaje en el grupo. Se pueden realizar balances decisionales sobre las ventajas e inconvenientes de prever cada una de las situaciones.

También se puede elegir de entre todas las situaciones que se han citado la/s que posteriormente se va/n a trabajar en el grupo. Esta elección se puede realizar en base a diversos criterios como ser la situación más frecuente, la más representada en el grupo, la más difícil de evitar, la que más interesa al grupo, la más peligrosa, etc.

Lo importante es analizar en el grupo todas aquellas causas de la conducta de consumo de riesgo, demostrando que cada una de estas causas es un comportamiento modificable que se encuentra sujeto a diferentes determinantes. Se trata de romper con el concepto de irremediabilidad de la conducta que deja al sujeto inerte frente al contexto y que genera en él una indefensión aprendida.

Otra técnica interesante para trabajar a nivel grupal son los autorregistros. Para analizar las situaciones de riesgo se puede realizar un listado de los momentos, días y sitios en los que por ejemplo, aumentan las dificultades de acceder a las jeringuillas nuevas. La utilización de estos autorregistros tiene muchas ventajas para el cambio conductual ya que confronta al sujeto con todas aquellas situaciones que generalmente «suceden» sin un análisis previo.

Las ventajas de todas las técnicas grupales (técnicas que son especialmente vivenciales, motivacionales y participativas) están en el aumento de la concienciación por parte de los usuarios, en el análisis de los antecedentes de la situación, en la búsqueda de alternativas, en el refuerzo del cambio y en la transmisión de información correcta⁴.

También en los TCMR se puede recurrir al trabajo con el análisis de situaciones pasadas, que permite revisar y reflexionar sobre todos los antecedentes de la conducta. Este análisis rompe con los pensamientos de que la situación es inevitable y fragmenta su condición de situación imprevista e irremediable ante la ansiedad y ante pensamientos distorsionados.

Las alternativas que se proponen en el taller son aprender a prever las situaciones en el grupo, plantearse la autorregulación de la conducta por pasos y establecer compromisos concretos: experimentar ciertas acciones dirigidas al cambio, visualizar el futuro y manejar información objetiva sobre las consecuencias de las conductas de riesgo. Estas cuestiones suponen estrategias importantes para el análisis de las expectativas de resultado negativo las vivencias de fracaso y sirven como momento para pensar en el tipo de atribuciones que la persona hace de este fracaso. Permiten además, reforzar cualquier afirmación de automotivación. Así, el Taller permite espacios de reflexión sobre los cambios necesarios en el estilo de vida a través de las situaciones planteadas en él.

Con respecto a la sobredosis, en estos Talleres se la puede trabajar como un riesgo más asociado a la conducta de consumo de sustancias, o diseñar un Taller específico de prevención, detección y actuación ante la/s sobredosis. Cualquiera que sea la forma en la que decidamos trabajarla, la/s sobredosis es un contenido

fundamental de los TCMR, debiendo hacer hincapié en los determinantes y precipitantes de la misma, especialmente la mezcla de sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central y el consumo después de períodos de abstinencia (forzada o voluntaria). Asimismo se debe trabajar la estrategia de actuación más adecuada ante una sobredosis incluyendo la reanimación cardiopulmonar, la posibilidad de utilización de naloxona (actualmente en debate en ciertas instancias), la petición de ayuda adecuada y a tiempo, etc.

Cada profesional deberá diseñar este aspecto del Taller teniendo en cuenta la realidad del consumo de sustancias en su grupo.

Conclusiones

Hemos visto cómo la manera de conceptualizar el uso de sustancias ha ido cambiando en los últimos años, y cómo de políticas centradas en la penalización primero y en el modelo médico se ha pasado a visiones más pragmáticas en las que lo importante no es conseguir la abstinencia en el uso de la sustancia sino reducir los riesgos y los daños asociados a su consumo.

Asimismo hemos planteado la importancia que tiene el concepto de proceso de cambio para explicar la situación personal de un sujeto que utiliza drogas y la importancia que va a tener entender dicho proceso para explicar la adquisición de nuevas conductas.

Por otro lado, también hemos señalado que la realización de una conducta de riesgo está en relación con una serie de variables que van a ser determinantes de la conducta y que van a incidir junto con la motivación y las expectativas del sujeto para tener éxito en el intento de cambio.

En este marco teórico se estructuran los Talleres de Consumo de Menos Riesgo. Estas estrategias de intervención suponen la organización de los viejos conceptos en un nuevo discurso-acción. Como cualquier Ta-

ller debe pasar por un proceso de programación que va a suponer la identificación del grupo con el que se va a trabajar, sus intereses y necesidades; la clarificación de los objetivos que se pretenden y los contenidos a trabajar para conseguirlos; la elección de las técnicas grupales más adecuadas para trabajar con esos contenidos; la delimitación de los recursos con los que se cuenta (humanos, materiales y socio-sanitarios) y el establecimiento de un diseño adecuado de evaluación que permita objetivar los resultados.

Además de contenidos idiosincrásicos en función del grupo, un Taller de Consumo de Menos Riesgo siempre va a tener que dar información clara sobre los distintos riesgos asociados a las conductas y los daños a la salud derivados de éstos; va a tener que hacer hincapié en las situaciones que cuestionan y ponen en riesgo el cambio conductual y va a tener que abordar la necesidad de detección y actuación frente a una sobredosis aportando estrategias claras y plausibles de afrontamiento.

Estos Talleres suponen un trabajo vivencial que potencia las habilidades personales de cada sujeto en función de su momento personal de cambio para hacer frente a las conductas que realiza en su consumo de sustancias, minimizando los riesgos asociados sin cuestionar y/o castigar el consumo en sí mismo.

Los Talleres de Consumo de Menos Riesgo permiten al sujeto reflexionar y confrontar la distintas formas de uso de drogas incidiendo en la necesidad de disminuir los riesgos asociados a éstas.

Pensamos que pasar del riesgo de la sustancia al riesgo de la conducta es aceptar al sujeto como un individuo racional capaz de tomar decisiones sobre su vida, decisiones con las que podemos no estar de acuerdo. Aún así debemos transmitirle la convicción de que la reducción de los riesgos y los daños asociados al consumo es un objetivo importante (no paliativo), alcanzable y que depende de él mismo, posibilitándole así la ruptura de la marginación y la ilegalidad en la que muchas veces se mueve.

Bibliografía

1. Insúa P y Grijalvo J. Programas de Reducción de Riesgos en Atención a las Drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del Psicólogo* 2000;77:33-45.
2. O'Hare P, Newcombe R, Matthews A, Buning E, Drucker E (Eds.). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia; 1995.
3. Insúa P y Grijalvo J. Pensamiento y Lenguaje en los programas de reducción de daños: estrategias de aproximación y aplicación a poblaciones ocultas. Ponencia presentada en el IV Conferencia Europea sobre Rehabilitación y Política de Drogas, Marbella, 1999.
4. Insúa P. (Dir). *Manual de Educación Sanitaria: recursos para diseñar Talleres de prevención con usuarios de drogas*. Zarautz: UPV/EHU y Plan Nacional sobre Drogas; 1999.
5. Gossop M. El tratamiento en su entorno circunstancial en M Casas y M Gossop (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: CITRAN; 1993:2-44.
6. Insúa P. La Prevención del SIDA a Nivel Comunitario: un Programa de Investigación-Acción con el colectivo de Consumidores de Droga por Vía Parenteral. En: C San Juan (coord.) *Intervención Psicosocial: Elementos de Programación y Evaluación Socialmente Eficaces*. Barcelona: Anthropos 1996:134-68.

7. Insúa P y Grijalvo J. Estrategias cognitivas, comunicativas y comportamentales frente al cliente drogodependiente: a propósito de la educación sanitaria desde una oficina de farmacia. *Farmacéuticos* 1999;227:37-44.
8. Prochaska JO. An eclectic and integrative approach: transtheoretical therapy en A Gurman y S Messer (Eds.). *Essential Psychotherapies: theory and practice*. New York: The Guilford Press 1995:403-40.
9. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behaviors, *American Psychologist*, 1992;47:1102-14.
10. Prochaska JO y Prochaska JM. Modelo transteórico del cambio de conductas adictivas. En M Casas y M Gossop (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*, Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1993:85-136.
11. Ellis A. *Terapia Racional-Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos*. Manual para profesionales de la Psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1992.
12. Marlatt A y Gordon J (Eds.). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guildford Press, 1985.
13. Janis IL *Formas breves de consejo*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1987.
14. Janis IL y Mann L. *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment*, New York: Free Press; 1977.
15. Bandura A. *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe; 1982.
16. Reeve J. *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España S.A., 1994.
17. Artieta I y González Labra MJ. El razonamiento probabilístico. En: MJ González Labra (Ed.). *Introducción a la Psicología del Pensamiento*. Madrid: Trotta, 1998:323-66.
18. Insúa P y Moncada S. ¿Cómo diseñar un Programa de prevención de la transmisión sexual del VIH para usuarios de drogas? *Trastornos Adictivos* 2000;2:201-10.
19. Prochaska JO y DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51:390-5.
20. Grijalvo J, Insúa P e Iruín A. Un modelo grupal para el abordaje de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria atendidos en un Servicio público de salud mental de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. *Psiquiatría Biológica*, en prensa.
21. Mantell J, DiVittis A, Auerbach M. *Evaluating HIV Prevention Interventions*. New York: Plenum Press, 1997.