

EXPERIENCIA

Opciones preventivas, asistenciales, de inserción y de mantenimiento de la abstinencia a drogas, en un programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas por vía parenteral realizado por un equipo mixto compuesto por personal técnico multidisciplinar y por personas ex-usuarias de drogas. (Asociación Universidad SIDA)

Options of prevention, care, insertion and maintaining drug abstinence: A program of syringe exchange for users of parenterally administered drugs, carried out by a multidisciplinary team of experts and ex drug users. (Association UnHIVersity)

**Gema VELA LOPEZ; Pedro ORTEGA GONZALO; Arantxa EZQUERRA BOADO;
María Luisa BELINCHON URRUTIA; Milagros GARCIA BARRIO;
José Manuel GARCIA ALVAREZ; Susana LAZARO MAGIDE;
Isolina TAPIA OSORIO; Sergio LECHUGA CARRASCO;
María Felipa DE LA CRUZ SEGOVIANO; José Ignacio SANTIAGO PIRIZ;
Jaime ALVAREZ SANTIAGO**
Asociación UNIVER-SIDA

RESUMEN

El presente estudio describe las características de un Programa de Intercambio de Jeringuillas para usuarios de drogas por vía parenteral, en el que participan Agentes de Salud (AG), ex-usuarios de drogas (Ex-UD), que actúan como monitores. Los resultados obtenidos muestran una prevención eficaz del V.I.H. y otras enfermedades, además de permitir la inserción laboral y consolidar la abstinencia a drogas de los AG, mediante su contratación y la aplicación de técnicas de exposición.

Este programa está subvencionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo —Plan Nacional sobre el SIDA, por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid— Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, por el Ayuntamiento de Madrid-Plan Nacional contra las Drogas y con la colaboración de la Obra Social de la Caja Madrid.

PALABRAS CLAVE

UDVP, PIJ, VIH, Agentes de salud, Prevención, Inserción, Técnicas de exposición, Ex-UD.

ABSTRACT

This study describes the characteristics of a program of syringe exchange for parenterally administered drug users. Participants in the program are health agents (AG) and ex drug users (ex-DU) acting as monitors. Results show that the program allows an efficient prevention of AIDS, as well as other illnesses, labor insertion, and a strengthening of abstinence of the AG through the application of exposure techniques.

KEY WORDS

IDVP, PIJ, Health agents, Prevention, Insertion, Exposure techniques, Ex-DU.

1. INTRODUCCIÓN

Los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ):

* Son dispositivos asistenciales en los que se proporciona a los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) material estéril de inyección, recogiendo las jeringuillas usadas.

* Forman parte de los Programas de Reducción de Daños que tienen como objetivo minimizar los efectos negativos del consumo de drogas por vía parenteral, tanto para los usuarios como para la sociedad.

2. OBJETIVOS

* Evitar la propagación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y otras enfermedades para usuarios de drogas por vía parenteral, que no pueden ó no quieren abandonar su consumo.

* Procurar actitudes y comportamientos que eviten el intercambio de jeringuillas,

así como la práctica de relaciones sexuales desprotegidas.

* Incrementar el contacto con una parte de la población drogodependiente posibilitando una comunicación que permita un mayor uso de las redes asistenciales.

3. MATERIALES Y METODOS

* El Intercambio se caracteriza por la participación activa de Ex-UDVP formados y entrenados específicamente como Agentes de Salud.

* Aplicación de técnicas de exposición para Agentes de Salud

* Se establece una comunicación directa y en su terreno entre UDVP y Agentes de Salud.

* La participación de los Agentes de Salud favorece que los UDVP no discriminen el discurso preventivo.

* En el Intercambio los Agentes de Salud ofrecen información, educación sanitaria y consejo a los UDVP.

* El material distribuido en «Kits» se compone de:

- jeringuilla estéril
- envase de agua bidestilada
- toallita de desinfección
- preservativo
- nota informativa/preventiva

* Los intercambios se realizan de forma tal, que no se penaliza la no devolución de la jeringuilla usada, aun cuando se invita a realizarla, reforzando verbalmente su devolución.

* El Intercambio actúa como un mecanismo de derivación para aquellos UDVP que pretenden acceder a otro tipo de Programas: Comunidades Terapéuticas, Metadona, etc.

* Los datos que se registran en cada intercambio son:

- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Procedencia (CC.AA ó Nacionalidad)
- Fecha/Hora del Intercambio
- Nombre de los Agentes de Salud

* El dispositivo de Intercambio se ubica en el Pozo del Tío Raimundo, Barrio de la Celsa (Vallecas) y en Torregrosa (Usera); los Lunes, Miércoles y Viernes de 12 h. 30 min. a 16 h.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados globales obtenidos en el Programa de Intercambio de Jeringuillas, durante el periodo comprendido entre los meses de Febrero y Junio de 1.997, y entre Noviembre de 1997 y Abril de 1998, se resumen en la siguiente tabla.

TABLA Nº 1: RESULTADOS GENERALES DEL PIJ

Resultados Generales del Programa de Intercambio de Jeringuillas	
Nº de Agentes de Salud (ex-UD)	5
Nº de Personas Técnicas	4
Nº de Personas Remuneradas	5
Nº de Personas Voluntarias	10
Nº de Personas en prácticas universitarias oficiales	2
Nº de Usuarios del Programa	3.680
Nº de Preservativos dispensados	12.080
Nº de Intercambios realizados	7.714
Nº de Jeringuillas estériles dispensadas	39.449
Nº de Jeringuillas usadas recogidas	33.341
Porcentaje de devolución de jeringuillas	85%

- Número de jeringuillas devueltas
- Número de kits entregados
- Número de preservativos adicionales entregados
- Iniciales del nombre y apellidos del usuario

En este programa han intervenido 5 técnicos, Trabajadora Social, Farmacéutico, Ayudante Técnico Sanitario, Economista y Psicólogo, y 5 Agentes de salud (Ex-UDVP), siendo estos últimos los que, junto a la Trabajadora Social, han formado el dispositivo de calle propiamente dicho.

Durante dicho período se han atendido a 3.680 usuarios nuevos y diferentes, que han realizado 7.714 intercambios. Se distribuyeron un total de 39.449 jeringuillas estériles, y se han recogido 33.341 jeringuillas usadas. Esto supone un porcentaje de devolución que alcanza el 85%. Asimismo se distribuyeron un total de 12.080 preservativos.

El dato de que hayamos atendido a 3.680 usuarios diferentes, durante tan sólo 10 meses, nos lleva a pensar que un elevado número de adictos a drogas por vía parenteral muestra un interés por los riesgos derivados de su consumo, y por tanto, por su salud, aunque puedan, inicialmente, no mostrar interés por otro tipo de tratamientos para su adicción.

El elevado número de jeringuillas estériles, 39.449, y de preservativos, 12.080, dispensados, nos indica la existencia de una prevención eficaz contra el V.I.H., y otras enfermedades. Estudios recientes muestran que los usuarios de programas de intercambio de jeringuillas están hasta 8 veces menos propensos a contraer enfermedades como la Hepatitis B y C, que los UDVP que no participan en este tipo de programas (Lee F.R., 1994). Por otra parte, otro estudio revela que se reduce la tasa de nuevos casos de infección con V.I.H., en un 33 % para los usuarios de programas de intercambio de jeringuillas (Watters J.K., Estilo M.J. y cols., 1994).

El gran número de jeringuillas utilizadas devueltas al dispositivo, 33.341, durante el período estudiado pone de manifiesto que ha existido un servicio de prevención a la comunidad, así como una potenciación y facilitación de dichas devoluciones, garantizándose también que al menos dicho número de material inyectable usado no fue abandonado en la vía pública.

No penalizar la falta de retorno de jeringuillas usadas cuando, como en el caso que describimos, va acompañado de una simple argumentación razonada y un refuerzo verbal positivo por parte del Agente de Salud, se nos ofrece como una forma de actuación a tener en cuenta, sobre todo cuando se ha obtenido una devolución del 85%, superior al 60%, porcentaje que los expertos fijan como nivel necesario para establecer el éxito de un programa de intercambio de jeringuillas (Arroyuelo O., 1991).

En la siguiente tabla se muestra el lugar de origen de los usuarios atendidos en el programa.

Según los datos de la tabla nº 2, podemos observar que un 95% de usuarios son españoles (3.946 en total), siendo el 5% restante perteneciente a otras nacionalidades (184). De los españoles, el 85% son madrileños (3.496) y el 15% son originarios de otras C.C.A.A. (524). Por tanto, un 15% de la población atendida pertenece a otras Comunidades Autónomas. Por consiguiente, en un programa de reducción de daños de intercambio de jeringuillas, nos encontramos que 1/6 de la población diana atendida no es originaria de la Comunidad donde se practica el programa, esto pone de manifiesto que la problemática relacionada con las adicciones no tiene limitaciones geográficas, ni políticas, ni de ámbito institucional.

Por otra parte, en relación a los usuarios originarios de otras nacionalidades, el 72% son Europeos (133), el 22% son Africanos (40), y el 5% Americanos (11). El hecho de que 184 usuarios pertenecientes a otras nacionalidades acudieran al dispositivo a intercambiar jeringuillas, la mayoría con escasa o nula relación con las redes asistenciales, apunta la posibilidad de que, mediante este programa puedan tener acceso a ellas.

TABLA Nº 2: DISTRIBUCION POR LUGAR DE PROCEDENCIA DE 3.680 USUARIOS

Nacionales 3.496 (95%)	Comunidad de Madrid 2.972 (85%)	MUNICIPIO DE MADRID 2.912 (98%)	
		Otros Municipios de Madrid 60 (2%)	Getafe 17 Leganés 15 Aranjuez 12 Fuenlabrada 5 Alcorcón 3 Parla 3 Villalba 3 Alcalá de Henares .. 1 Móstoles 1
	Otras CC.AA. 524 (15%)	Castilla-La Mancha 128 Extremadura 93 Andalucía 60 Castilla-León 57 Galicia 55 País Vasco 26	
Nacionales 3.496 (95%)	Otras CC.AA. 524 (15%)	Asturias 21 Ceuta y Melilla 21 Cataluña 17 Aragón 14 Canarias 14 Cantabria 8 Comunidad Valenciana 6 Baleares 4 La Rioja 0 Murcia 0 Navarra 0	
Otras nacionalidades 184 (5%)	Europeos 133 (72%)	Portugal 63 Italia 31 Alemania 18 Suiza 15 Bélgica 3 Francia 2 Bosnia 1	
	Africanos 40 (22%)	Marruecos 18 Argelia 1 Líbano 5 Liberia 2 Irán 1 Mauritania 1 Palestina 1 Sahara 1	
	Americanos 11 (6%)	Brasil 6 Uruguay 3 Chile 2	

TABLA Nº 3: SEXO

SEXO	Nº USUARIOS	PORCENTAJE
Varones	3.297	90%
Mujeres	380	10%
No lo declaran	3	0%

En la tabla nº 3 representamos la distribución de los usuarios del programa por sexo.

Los resultados de la tabla nº 3 muestran que la mayor parte de la población atendi-

da, 90%, corresponde a varones, siendo el 10% restante mujeres.

En la tabla siguiente presentamos la distribución de los usuarios del programa por edad.

TABLA Nº 4: DISTRIBUCION DE USUARIOS POR EDADES

Intervalos	Menores 20 años	de 21 a 25	de 26 a 30	de 31 a 35	de 36 a 40	de 41 a 45	de 46 a 50	de 51 a 55	No lo declara
Nº Usuarios	26	345	1.063	1.174	754	234	44	12	28
Porcentaje	1%	9%	29%	32%	21%	6%	1%	0%	1%

Por otra parte, en la tabla nº 4, y en cuanto a la edad podemos observar que la mayor parte de los usuarios, el 82%, tiene entre 26 y 40 años. Esto parece demostrar que la media de edad de la población adicta a sustancias por vía parenteral tiende a aumentar. Pensamos que una de las causas es precisamente la incidencia del V.I.H. entre este colectivo, lo que a su vez, genera nuevos patrones de consumo y nuevas vías de administración. No obstante es de destacar los 371 usuarios (10%) menores de 25 años, lo que también puede apuntar un rebrote de personas jóvenes que se inician en el consumo de drogas por vía parenteral.

La evolución mensual del Programa se refleja en la Tabla nº 5.

Se ha observado, que la mejora o empeoramiento en la calidad de las sustancias ofertadas en los focos objetivo del programa, y manifestada por los usuarios; ó bien la anulación o disminución de venta de sustancias de algún otro foco próximo,

ya sea por un aumento de la intervención policial o por otras causas (p.ej. eliminación de los focos de la Av. de Guadalajara), influyen en nuestras variables estudiadas en las fechas en que estos acontecimientos se suceden, incrementando ó disminuyendo los resultados.

Podemos destacar el mes de Junio de 1997, en el que se llevó a cabo el tristemente famoso «cerco policial» a los focos, por las nefastas consecuencias que se obtuvieron, entre las que se han de contar la lamentable pérdida de vidas humanas, así como las redadas de Febrero de 1998 en las que efectivos policiales incautaron gran cantidad de droga, que se distribuía en los focos, quedan recogidos en los datos que exponemos y que evidencian un cambio de tendencia para los citados meses en la evaluación global del PIJ.

El hecho de haber alcanzado elevados porcentajes de devolución, llegando inclu-

TABLA Nº 5: EVOLUCION DEL PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS

Mes	MATERIAL ESTERIL					Nº DE USUARIOS			LUGAR
	Intercambios	Jeringuillas dispensadas	Jeringuillas recogidas	% devolución	Condomes dispensados	Nuevos	Antiguos	Total	
Febrero 1997	295	1.390	996	72%	718	210	—	210	La Celsa
Marzo 1997	673	4.552	4.166	92%	2.352	297	58	355	La Celsa
Abril 1997	1.063	5.944	4.482	81%	3.072	451	128	579	La Celsa
Mayo 1997	956	5.772	4.849	84%	—	378	156	534	La Celsa
Junio 1997	344	2.434	1.954	80%	—	162	99	261	La Celsa
Noviembre 1997	416	1.702	1.187	70%	—	307	22	329	Pitis/ Torregrosa
Diciembre 1997	924	3.698	2.613	72%	1.329	460	98	558	Torregrosa
Enero 1998	736	3.596	3.140	87%	1.355	330	138	468	Torregrosa
Febrero 1998	354	1.736	1.657	96%	627	148	108	256	Torregrosa
Marzo 1998	1.049	4.641	4.497	97%	1.493	498	175	673	Torregrosa
Abril 1998	904	4.044	3.800	94%	1.134	439	179	618	Torregrosa
TOTALES	7.714	39.449	33.341	85%	12.080	3.680	1.161	4.841	

so durante algunos meses a superar el 90 %, nos indica que estamos ante un programa donde «la no exigencia de la devolución de las jeringuillas usadas», incrementa la devolución misma por parte de la mayoría de los usuarios, que por otra parte han sido superiores en cantidad con respecto a otro tipo de programas (Menoyo C., Zubia I. y cols., 1994), donde la educación para la salud (operativizada con la exigencia de la devolución de las jeringuillas usadas) compite directamente con la reducción del daño. Sería algo similar a que un Médico, no atendiera (penalizando) a un paciente con una dolencia común, que no ha seguido sus instrucciones al pie de la letra —por ej.: que finalizara el tratamiento farmacológico, antes de lo prescrito y al remitir la sintomatología— sin poner en marcha otros mecanismos para que el paciente se adhiera y concluya dicho tratamiento de la manera más eficaz para su salud.

Asimismo entendemos que estos resultados están directamente relacionados con la ausencia de una exhaustiva y completa identificación del usuario, muchas veces en situación ilegal o al

limite, lo que favorece su accesibilidad al dispositivo.

Por otra parte, entendemos que también esta accesibilidad se ha visto favorecida por la ubicación del dispositivo: adyacente al mismo foco.

También es de destacar que ante la experiencia del programa, los usuarios nuevos han ido creciendo de manera espectacular, lo que nos indica una sólida implantación del mismo en la zona.

Asimismo, observamos que existe un determinado grupo de usuarios que se han mantenido y repetido con el paso del tiempo, e incluso ante la variación del dispositivo, es decir, que compran droga en diferentes focos. Esto en principio nos coloca ante la posibilidad de realizar con estos usuarios otro tipo de intervención más orientativa, de educación, derivación, etc.

Debemos señalar que el alto número de usuarios diferentes del PIJ, 3.680, puede, en cierta medida, estar sesgado por la posible variación en su identificación (iniciales y fecha de nacimiento) debido a su situación de ilegalidad.

5. CONCLUSIONES

- La intervención en el PIJ de Ex-UDVP, previamente formados y entrenados, resulta altamente eficaz por establecerse unas condiciones más cercanas a los UDVP y menos discriminativas, facilitándose la comunicación, el discurso preventivo y favoreciendo la demanda asistencial de los usuarios de drogas en activo por el efecto de referencia y «Modelo» que supone la participación de los Agentes de Salud.
- Los UDVP que no quieren ó no pueden dejar de inyectarse drogas, pueden evitar la propagación del V.I.H. y de otras enfermedades transmisibles mediante los PIJ.
- No existen evidencias de que los PIJ aumenten ó faciliten el consumo de drogas, y sí existen evidencias de que, en las zonas en las que existe un PIJ, se reduce el abuso de drogas.
- La inversión en medios de prevención del V.I.H., como son los PIJ, resulta más económica que asumir los costes asistenciales de las personas infectadas por V.I.H (4 MM. de pta. por PIJ y dispositivo, frente a 2 MM. de pta. por persona infectada).
- El elevado número de usuarios diferentes atendidos indica que una gran parte de los UDVP muestra interés por los riesgos derivados de su consumo.
- La gran cantidad de jeringuillas y preservativos dispensados nos indica la existencia de una prevención eficaz contra el V.I.H. y otras enfermedades entre los UDVP.
- El sustancial número de jeringuillas usadas devueltas al dispositivo, pone de manifiesto que ha existido un ser-vicio de prevención a la comunidad, garantizándose también que al menos dicho número de jeringuillas no fueron abandonadas en la vía pública ni reutilizadas.
- No penalizar la falta de retorno de jeringuillas usadas se nos ofrece como una forma de actuación a tener en cuenta, sobre todo cuando se ha obtenido una devolución del 85%, frente a otro tipo de programas de intercambio en los que sí se exige la devolución de la usada.
- La no exigencia de una identificación exhaustiva de los UDVP, todos activos en su adicción y muchos en situación delictiva, sugiere que se muestren más disponibles y accesibles a un dispositivo de intercambio de este tipo.
- Este programa de intercambio de jeringuillas ha supuesto un contacto con una parte importante de la población drogodependiente que no acude o lo hace manera no sistemática a los servicios asistenciales existentes.
- Una sexta parte de la población atendida no es originaria de la Comunidad de Madrid, donde se practica este programa, por tanto la población que presenta problemas de adicción no está enmarcada bajo límites geográficos, ni políticos ni de ámbito institucional.
- El 5% de la población atendida es originaria de otros países, la mayoría con escasa o nula relación con las redes asistenciales, lo que apunta la posibilidad de que, mediante este Programa puedan tener acceso a ellas.
- El progresivo aumento de la edad de los UDVP de este Programa sugiere que están variando los patrones de consumo de sustancias y vías de administración.

- Se ha observado también un rebrote de gente más joven que se incorpora a la población usuaria de drogas por vía parenteral.
- El número de nuevos usuarios va creciendo con el paso del tiempo, lo que indica una sólida implantación del programa en las zonas atendidas.
- La asistencia continuada en el tiempo de un grupo de UDVP al dispositivo, permite la posibilidad de su inclusión en otro tipo de programas de intervención de más alcance: de mantenimiento con Agonistas opiáceos e incluso de otros en los que se pueda plantear la abstinencia, a demanda del usuario.
- Hemos observado últimamente, aunque no disponemos de datos registrados y concluyentes, un aumento de usuarios del PIJ, que lo son a la vez de Programas de Mantenimiento con Metadona.
- El concurso de Agentes de Salud, ex-UD en el PIJ, y el empleo de técnicas de exposición a estímulos de alto riesgo, supone una desensibilización a dichos estímulos y, por consiguiente, una contribución válida para el mantenimiento de su propia abstinencia, además de posibilitar su inserción laboral.

6. TECNICAS DE EXPOSICIÓN, FORMACIÓN ESPECÍFICA Y RESULTADOS PARA LOS AGENTES DE SALUD (EX-UD)

La situación de alto riesgo en las conductas adictivas a heroína que más recaídas ocasiona es la presión social (Cumings, Gordon y Marlatt, 1980). Así se ha constatado que muchas recaídas, e inclu-

so el comienzo de un nuevo periodo adictivo, después de haber realizado de forma satisfactoria un tratamiento, son ocasionadas por la vuelta de los sujetos a su entorno habitual, en el cual se ven ante la situación de hacer frente a ciertos estímulos ambientales: lugares, amigos, etc. Una posible explicación es el *síndrome de abstinencia condicionado*, así se ha comprobado que personas adictas desintoxicadas, al regresar a su medio habitual, experimentan respuestas condicionadas compensatorias (en forma de síntomas del síndrome de abstinencia) como por ejemplo náuseas, calambres, lagrimeo, rinorrea, taquicardia, descenso de la temperatura, etc. (Wikler, 1967, 1968).

Por tanto, una vez superado el síndrome de abstinencia, existen una serie de estímulos condicionados (EC) que elicitán respuestas condicionadas (RC) que a su vez dan lugar a la conducta de búsqueda y autoadministración de drogas. Por tratarse de RC pueden aplicarse procedimientos de exposición para extinguirlas en relación con las señales (EC) que las elicitán.

Poulos, Hison y Siegel (1981) plantearon la existencia de lazos entre las RC y el fenómeno de la recaída en el caso del consumo de drogas en humanos, sugiriendo dos clases de estímulos predroga que elicitán las RC que incrementan la probabilidad de la conducta de búsqueda de drogas: a) estímulos ambientales asociados con la autoadministración de drogas, y b) estados afectivos negativos, cuya justificación teórica es la siguiente: 1) el síndrome de abstinencia se caracteriza por un estado afectivo negativo; 2) la administración de drogas alivia esa experiencia afectiva; 3) el afecto negativo asociado con la abstinencia se convierte en una señal interoceptiva condicionada con la administración de las drogas, y 4) cualquier estado afectivo negativo se convierte en una señal mediante la generalización de

estímulos. Por tanto, se justifica la terapia de exposición a los estímulos ambientales y a los estados emocionales negativos que elicitán RC compensatorias a la ingesta de drogas.

Se puede decir, que con la terapia de exposición se extinguen las fuertes respuestas de deseo y los síntomas de abstinencia que se desencadenan ante objetos, pensamientos, sentimientos, lugares, personas, determinados momentos del día, los cinco sentidos, recuerdos, etc. Así, las RC se extinguirán si se rompe la asociación entre los estímulos contextuales y el consumo de drogas.

Los estudios más relevantes realizados en este área para probar de forma empírica la reactividad ante estímulos condicionados (mediante un paradigma de condicionamiento clásico), en el caso de la dependencia a la heroína y a cocaína, fueron realizados por O'Brien y su grupo en la Universidad de Pensilvania en Filadelfia (O'Brien, 1975; O'Brien y otros, 1977, 1986, 1990; Childress y otros, 1986, 1987, 1993).

En el caso de los adictos a la heroína, los estudios realizados por los autores ponen de manifiesto que, independientemente de que estos sujetos estuviesen en un programa de mantenimiento con metadona, desintoxicándose o abstinentes, se daba una reactividad autónoma diferencial ante los estímulos relacionados con los opiáceos en comparación con los neutros. El patrón característico de respuesta se caracterizó por un aumento significativo de la activación fisiológica (p. ej., disminución significativa de la temperatura periférica de la piel y de la resistencia galvánica de la piel), aumento de la respuesta de deseo (medido por el deseo subjetivo de consumir, sensación de «estar colocado») y, por último, presencia de síntomas de abstinencia. Es más, en un estudio posterior Ehrman y otros (1990) observaron que los no consumido-

res no presentaban respuestas diferenciales a los estímulos relacionados con los opiáceos en comparación con los neutros. Estos resultados también se confirmaron en el caso de los adictos a cocaína (Childress y otros, 1993).

Finalmente señalar que en el ámbito de las drogodependencias un aspecto importante desde una perspectiva terapéutica son los pensamientos o deseos de consumir que ocurren con frecuencia en el postratamiento. Un punto fundamental de la terapia es que el sujeto experimente deseos de consumir y que sepa resistir a estos deseos con los procedimientos que haya aprendido. Precisamente la exposición continua a los indicios de riesgo y la resistencia continua a una respuesta de consumo acaban por eliminar la potencia de dichos indicios. Si un sujeto sólo evita el peligro, quizá logre una recuperación objetiva (no consumir), pero puede experimentar aún cierto grado de intranquilidad subjetiva. La recuperación total (objetiva y subjetiva) sólo tiene lugar cuando el sujeto se expone a los indicios de riesgo de forma regular y no tiene dificultades para resistirse a la respuesta de consumo. (Echeburua y del Corral, 1993).

Señalamos otras técnicas empleadas con la exposición: exposición prolongada, exposición in vivo, participación, imitación participante, desensibilización cognitiva, desensibilización in vivo, desensibilización sistemática, contracondicionamiento; extinción gradual, autoobservación, moldeamiento, práctica reforzada, aproximaciones sucesivas, descondicionamiento, exposición funcional al estímulo condicionado, confrontación en grupo, práctica masiva, estimulación de alta intensidad, inhibición reactiva, reforzamiento encubierto, entrenamiento emocional, entrenamiento en el control de ansiedad, modificación cognitiva, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.

Tomando como base las consideraciones anteriores nuestra entidad seleccionó usuarios de drogas que habían concluido programas de tratamiento y que mantenían su abstinencia a drogas con los siguientes objetivos:

—Recibir formación específica acerca del PIJ

—Recibir entrenamiento en habilidades ante situaciones de alto riesgo

—Aplicación de técnicas de exposición a estímulos de alto riesgo

—Contratación laboral, en calidad de Agentes de Salud/Monitores en Prevención para llevar a cabo las tareas propias del PIJ.

El curso de formación de Agentes de Salud para la realización del programa de intercambio de jeringuillas fue dirigido por personal técnico y realizado durante los meses de Noviembre y Diciembre de 1996 y Octubre de 1997. El programa de dicho curso fue el siguiente:

- * Objetivos y justificación del programa de intercambio de Jeringuillas
- * Características del mismo
- * Entrenamiento en registro de datos
- * Tratamiento informático de datos (DBASE III +)
- * Comparación con otros PIJ
- * Aspectos relevantes sobre el V.I.H. y sus mecanismos de transmisión
- * Estrategias de prevención ante el V.I.H.

Se utilizaron técnicas de «Role Playing» en las que se simulan situaciones que se

pueden presentar en la realidad, así como una instrucción en técnicas de «Counseling» (arte de hacer reflexionar a las personas por medio de preguntas, de modo que puedan llegar a toma de decisiones que consideren adecuadas para ellas y para su salud). Los agentes de salud también fueron entrenados, mediante técnicas de exposición, a enfrentarse a situaciones de riesgo. Este entrenamiento propiamente dicho se llevó a cabo en la prospección, es decir, en el estudio de campo realizado en las zonas de venta y/o consumo de drogas.

Con respecto al mantenimiento de la abstinencia a drogas de los 5 agentes de salud, indicaremos que se ha constatado que todas las determinaciones de droga en orina han resultado negativas a opiáceos, cocaína y cannabis, efectuándose éstas de forma imprevisible para los sujetos. Por tanto podemos concluir que no se han producido recaídas. Asimismo hemos de manifestar que han existido otro tipo de variables que nos permiten confirmar la ausencia de recaídas: interés profesional, interés formativo, dedicación, participación en foros de debate, participación en atención de usuarios de drogas fuera de sus horarios laborales, actitud, etc.

Con la finalidad de explicar estos resultados, nos hemos situado de partida en modelos de condicionamiento que ya se han expuesto anteriormente y en la aplicación de las referidas técnicas de exposición.

Concretamente nos basamos en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: «Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas», en el cual se integran 10 procesos de cambio con 5 estadios de cambio según la siguiente tabla:

Hemos adaptado el PIJ, a los tres últimos estadios de cambio del citado modelo:

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Aumento de la concienciación Relieve dramático Reevaluación ambiental				
Autorreevaluación				
Autoliberación				
Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos				
Integración de los estadios y procesos de cambio. (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).				

Mantenimiento de la Abstinencia, Recaída y Finalización.

En el estadio de mantenimiento de la abstinencia, los sujetos intentan conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior (el de Acción en el que los individuos cambian su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que la afectan, con el objetivo de superar la adicción), y prevenir una posible recaída de la conducta adictiva. Este estadio no consiste, pues, en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no sólo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída. La posible incidencia del Programa de Intercambio de Jeringuillas en los agentes de salud, se describe en los procesos de cambio intervinientes en este estadio.

Una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, una recaída puede producirse, pues, tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado mediano y planificado de una decisión conscientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado (Tejero, Trujols y Casas, 1993). Aun cuando en las versiones iniciales del modelo transteórico la fase de recaída era conceptualizada como un estadio bien definido y diferenciado, en trabajos posteriores se ha constatado que implica un movimiento a un estadio de preacción (precontemplación, contemplación o preparación).

Prochaska y DiClemente (1984) han especulado respecto a la existencia de un supuesto estadio que pondría fin al proceso de cambio. Este estadio implicaría la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo

significativo «extra» de tiempo o energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio del ex adicto. Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operativamente el estadio de finalización a través de los dos criterios siguientes: a) el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo, y b) la confianza o seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100 por 100. Preguntados los agentes de salud al respecto, y considerando que se encuentran en periodos de mantenimiento de su abstinencia y no de finalización del cambio, sus respuestas fueron las siguientes:

repercutido clínicamente en todos sus procesos de cambio: aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático, autoliberación y liberación social, consolidándose los contenidos cognitivos y relacionales incluidos en las fases de precontemplación, contemplación, preparación y acción.

La participación de los Agentes de Salud en el PIJ ha resultado de especial importancia por la repercusión que ha supuesto para su propia fase de mantenimiento de la abstinencia, cuyos procesos de cambio describimos a continuación:

Agente de salud	Criterio a) Deseo de consumir nulo	Criterio b) Confianza/Seguridad 100%
1	si	si (100%)
2	si	si (80%)
3	si	si (90%)
4	no	si (60%)
5	no	si (60%)

Debemos mencionar que los agentes de salud 1, 2 y 3 son los que de hecho han realizado tareas de calle en los focos de intercambio, y los agentes de salud 4 y 5 han desarrollado su labor en el Centro de nuestra entidad.

Asimismo hemos de manifestar, que en la actualidad tan sólo dos agentes de salud siguen prestando sus servicios por nuestra entidad de forma remunerada. Los tres restantes lo hacen de forma voluntaria, ya que han encontrado trabajo en un banco, un restaurante y un hipermercado, respectivamente. Por otra parte dos de ellos están próximos a contraer matrimonio, uno está esperando descendencia y finalmente otro esta a punto de concluir sus estudios para la obtención del Graduado Escolar.

Entendemos que el trabajo desarrollado por los Agentes de Salud en el Programa de Intercambio de Jeringuillas ha

* *Manejo de contingencias*: es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta (no consumir heroína, por ejemplo) relativa al cambio conductual ocurra. Consiste en el auto y/o heterorrefuerzo de dicha conducta. En este sentido la participación de agentes de salud en el Intercambio, los objetivos del mismo de prevenir la infección del V.I.H., de favorecer la demanda asistencial de los usuarios en activo, el trabajo en equipo, etc. se constituyen en verdaderos mecanismos de hetero y autorrefuerzo para que la conducta citada se efectúe.

* *Relaciones de ayuda*: representa la existencia y utilización del apoyo social (familiares, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva, por ejemplo abrirse y confiar en alguna persona allegada. En este proceso el Programa de Intercambio de

Jeringuillas nos sugiere que se constituye en un entorno adecuado de apoyo a través del equipo de trabajo, que facilita el mantenimiento del cambio, y por tanto la consolidación de su abstinencia.

* *Contracondicionamiento*: consiste esencialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio es esencialmente conductual. Por definición es este el proceso en el cual el Intercambio de Jeringuillas se convierte en una técnica de contracondicionamiento propiamente dicha. Se observó que en la preparación de los «kits» y posteriormente en la prospección que se llevó a cabo en los focos y poblados, los agentes que se incorporaron al programa emitieron respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas condicionadas a los estímulos de

riesgo, y al aplicarse las técnicas de exposición, estas respuestas se modificaron desapareciendo el condicionamiento.

Los resultados obtenidos por la aplicación del Programa de Intercambio de Jeringuillas mediante la intervención de agentes de salud bajo el modelo de Prochaska y DiClemente, nos sugieren que, estas aplicaciones, pueden ser generalizadas a otros tipos de programas de tratamiento para usuarios de drogas, como de mantenimiento con agonistas opiáceos, libres de drogas, etc. Así mismo, entendemos que el concurso de diferentes modalidades de programas en un mismo lugar, con la participación de agentes de salud, ex-usuarios de drogas, puede representar una mejoría por los efectos de aprendizaje social, disminución de variables discriminativas, el empleo de técnicas de exposición y los fenómenos de desensibilización y contracondicionamiento que de ellas emanan.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ SANTIAGO J., ROYO ISACH J., VILADRICH SEGUES M.C., GUIRADO GOÑI M.V., HERNANDEZ TORRES F., ALCARAZ BARRIGA J.M., BAYÉS SOPENA R., (1994). Estudio, evolución y factores innovadores de un programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas en Barcelona. *Intervención Psicosocial*. Madrid, vol. III, nº 9, 125-137.

ARROYUELO O., (1991). Primer programa de intercambio de jeringuillas en el Estadio Español. En Zulaika D. y Usteto R. (eds.) *SIDA: un desafío para la comunidad*. Madrid: Centro de Estudios Sociales Aplicados, 229-235.

CHILDRESS A.R., MCLELLAN A.T. Y O'BRIEN C.P. (1986). «Conditioned responses in a methadone population: A comparison of laboratory, clinic and natural setting». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 173-179.

CHILDRESS A.R., MCLELLAN A.T. Y O'BRIEN C.P. (1986). «Abstinent opiate abusers exhibit conditioned craving, conditioned withdrawal and reductions in both trough extinction». *British Journal of Addiction*, 81, 655-660, 701-706.

CHILDRESS A.R., MCLELLAN A.T. Y O'BRIEN C.P. (1987). «Classically conditioned responses in cocaine and opioid dependence: A role in relapse? Learning Factors in Drug Dependence». *NIDA Research Monograph*, 84, 25-43.

CHILDRESS A.R., HOLE A.V., EHERMAN R.N., ROBBINS S.J. MCLELLAN A.T. Y O'BRIEN C.P. (1993). «Reactividad ante estímulos en la dependencia de la cocaína y de los opiáceos: Visión general de las estrategias para afrontar los deseos irresistibles de droga y la excitación condicionada», en M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas*, Sitges, Ediciones en Neurociencias.

- CUMMINGS C., GORDON J.R. Y MARLATT, G.A. (1980). «Relapse: Prevention and prediction». en W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*, (pp. 291-321), Nueva York, Pergamon Press.
- GROSCLOSE S.L., VALLEROY L.A., WEINSTEIN B., ET AL. (1994). New Connecticut laws to improve access to needles and syringes: what is their impact?. In: *Proceedings of Workshops on Needle Exchange and Bleach distribution Programs*. National Academy press. Washington DC.
- LACOSTE JA. (1996). ¿Sirven los programas de intercambio de jeringuillas?. *Adicciones*. Valencia, vol. 8, nº 2, 121-125.
- LEE FR. (1994). Data shows needle exchange curbs HIV among Addicts. *The New York Times*, November 24, 1, 9.
- LURIE P., REINGOLD A.L., BOWSER B. ET AL. (1993). The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. *Prepared for the Centers for Disease Control and Prevention*, September.
- MENOYO C., ZUBIA I., URZELAI A., ZULAIKA D., (1994). El kit antiSida y otras experiencias de prevención en el Estado Español. *JANO*. Barcelona, vol. XLVI, nº 1072, 59-67.
- O'BRIEN C.P. (1975). «Experimental analysis for conditioning factors in human narcotic addiction. *Pharmacological Review*, 27, 535-543.
- O'BRIEN C.P., TESTA T., O'BRIEN T.J., BRADY J.P. Y WELLS B. (1977). «Conditioned narcotic withdrawal in humans. *Science*, 195, 1000-1002.
- O'BRIEN C.P., NACE E., MINTZ J., MEYERS A., Y REAM N. (1980). «Follow-up of Vietnam veterans. Part 1: relapse to drug use after Vietnam service». *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 333-340.
- O'BRIEN C.P., EHRMAN R. Y TERNES J. (1986). «Classical Conditioning in human opioid dependence, en S.R. Goldberg e I.P. Stolerman (eds.), *Behavioral analysis of drug dependence*, Nueva York, Academic Press.
- O'BRIEN C.P., CHILDRESS A.R., MCLELLAN T. Y EHERMAN R. (1990). «Integrating systematic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients». *Addictive Behaviors*, 15, 355-365.
- POULOS C.X., HINSON R.E. Y SIEGEL S. (1981). «The role of pavlovian processes in drug tolerance and dependence: implication for treatment». *Addictive Behaviors*, 6, 205-212.
- PROCHASKA J.O., DICLEMENTE C.C (1984). «The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy». Homewood, Illinois, Dorsey Press.
- PROCHASKA J.O., DICLEMENTE C.C. Y NORCROSS J.C. (1992). «In search of how people change. Applications to addictive behaviors». *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- TEJERO A., TRUJOLS J. Y CASAS M. (1993). «Prevención de recaídas: Su aplicación en un contexto clínico». en M. Casas y M.Gossop (eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*, Sitges, Ediciones en Neurociencias.
- VELICER, W.F., PROCHASKA J.O., ROSSI J.S. Y SNOW M.G. (1992). «Assessing outcome in smoking cessation studies». *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.
- WATTERS J.K., ESTILO M.J., CLARK G.L. ET AL. (1994). Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injecting drug users. *Journal of the American Medical Association*. USA, vol. 271, 115-120.
- WIKLER A. (1948). «Recent progress in research on the neurophysiologic basis of morphine addiction». *American Journal of Psychiatry*, 105, 329-338.
- WIKLER A. (1965). «Conditioning factors in opiate addiction and relapse», en D.I. Wilner y G.G. Kassebaum (eds.) *Narcotics*, Nueva York, McGraw-Hill.
- WIKLER A. (1974). «Requirements for extinction of relapse-facilitating variables and for rehabilitation in a narcotic-antagonist treatment program», en M.C. Braude, S.S. Harris, E.L. May, J.P. Smith y J.E. Villarreal (eds.), *Narcotic antagonists advances in biochemical psychopharmacology*, Nueva York, Raven Press.
- WIKLER A. (1977). «The search for the psyche in drug dependence: A 35 year retrospective study», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 29-40.
- WIKLER A. (1980). *Opioid dependence : Mechanisms and treatment*, Nueva York, Plenum Press.