

## **MODELO DE IMPLANTACIÓN DE CURSOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON DROGODEPENDIENTES**

### *Model of implantation of courses of education for the health with drug dependent*

*Víctor José Villanueva Blasco<sup>1</sup>*  
*Ignacio Reguera López de la Osa<sup>1</sup>*  
*Mónica Canedo Janeiro<sup>1</sup>*  
*María Teresa Brañas Valcárcel<sup>1</sup>*  
*Elena Rodríguez Pérez<sup>1</sup>*  
*José Carlos Varela Fernández<sup>1</sup>*

**RESUMEN:** *El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se convirtió en los años 80 en España en un problema de salud pública por sus elevados índices de morbi-mortalidad, consecuencia en esos primeros momentos del desconocimiento del virus y sus vías de transmisión, y por la tardía respuesta institucional para impulsar programas destinados a disminuir las conductas que implican riesgo de infección en los sectores poblacionales más afectados. El aumento de consumidores de drogas por vía parenteral hizo de este sector poblacional el más afectado, y si bien los daños asociados al consumo de sustancias eran evidentes, fue el SIDA la causa mayoritaria de mortalidad. En este contexto, se impulsaron los Programas de Reducción del Daño, entre los cuáles destacaron los destinados a la Captación Activa e Intervención en Medio Abierto, con el objetivo de acceder a las “poblaciones ocultas” de drogodependientes, facilitar material higiénico para el consumo, así como retirar el ya utilizado, trabajando así mismo la disminución de los riesgos con mensajes de salud y facilidades para el acercamiento a la red asistencial. Dado que la situación de calle dificulta una mayor profundización en los mensajes de salud, se articularon para complementar y ampliar dicha intervención los Cursos de Educación para la Salud, destinados a personas drogodependientes, pero entre estos mayoritariamente los que se hallan en situación de exclusión social, ya que estos cursos sirven también como “puente” para el acercamiento y adherencia a los recursos asistenciales, lo cuál facilita una mejora en el estado de salud general de estas personas.*

<sup>1</sup> Programa SISIFO. Fundación Érguete-Integración. Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

**Palabras clave:** *VIH, SIDA, drogodependientes, vía parenteral, vía inyectada, reducción del daño, reducción del riesgo, educación para la salud, adherencia al tratamiento.*

**ABSTRACT:** *The Virus of the Human Immunodeficiency (VHI) turned in the 80s into Spain into a problem of public health for his high indexes of morbi-mortality, consequence into these first moments of the ignorance of the virus and his routes of transmission, and for the late institutional response to stimulate programs destined to diminish the conducts that involve risk of infection in the most affected population sectors. The consumers' increase of drugs for route parenteral did of this most affected population sector, and though the damages associated with the consumption of substances were evident, was the AIDS the majority reason of mortality. In this context, there were stimulated the Programs of Harm Reduction, among which stood out the destined ones for the Active Recruitment and Outreach Intervention, with the aim to accede to the "hidden populations" of drug dependent, facilitating hygienic material for the consumption, as well as to withdraw the already used one, working likewise the decrease of the risks with messages of health and facilities for the approximation to the welfare network. Provided that the situation of street impedes a major deepening in the messages of health, they were articulated to complement and to extend the above mentioned intervention the Courses of Education for the Health, destined to drug dependent persons, but between these for the most part those who are situated in situation of social exclusion, since these courses serve also as "bridge" for the approximation and adherence to the welfare resources, which facilitates an improvement in the general state of health of these persons*

**Key words:** *HIV, AIDS, drugdependent, parenteral route, damage reduction, education health, treatment adherence.*

## 1. INTRODUCCIÓN

A principios de los años 70 se produjo en Europa un aumento del número de usuarios de drogas, principalmente de heroína, que comenzaron a utilizar la vía inyectada. Lo que podía haber sido un problema de salud pública más o menos controlable, con la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a comienzos de los años 80, se convirtió en una epidemia de difícil abordaje, ya que las dimensiones del problema no se limitaron a la suma de ambas cuestiones, consumo de drogas y VIH, sino que se multiplicaron por la presencia de diversos factores: 1) la alta tasa de usuarios de drogas que comenzaban a utilizar la vía inyectada; 2) el desconocimiento del VIH y de sus vías de infección en los primeros momentos; 3) la tardía respuesta de las instituciones para frenar la epidemia del VIH en población drogodependiente a través del con-

sumo por vía parenteral; 4) el rechazo social que se produjo tanto hacia los heroinómanos como hacia las personas con VIH-SIDA; lo cuál derivó en 5) la exclusión social de muchas de estas personas y su alejamiento de la red sociosanitaria, convirtiéndose así en “poblaciones ocultas”; y 6) la escasa oferta asistencial, centrada en Programas Libres de Drogas, y de difícil acceso, lo que dejaba fuera del nivel asistencial a un elevado porcentaje de usuarios de drogas, concretamente, al que mayor necesidad de atención precisaba.

Como consecuencia de todo ello, la población usuaria de drogas por vía intravenosa (UDIs) fue el grupo de población más afectado por este virus. En España concretamente, las tasas de incidencia registradas de Sida (sigue habiendo casos VIH+ y Sida sin registrar) nos situaron en la década de los 90 a la cabeza de Europa. El impacto en la salud individual y en la salud pública que esto supuso podemos resumirlo con las acertadas palabras de Daniel Zulaika:

*“La gran mortalidad fue por el Sida, no por la droga misma (...) Con las reservas oportunas porque en los primeros años no existía el VIH y desconocemos si estaban infectados o no, si comparamos los que se infectaron, y cuantos de ellos han fallecido, y de los que no se infectaron cuántos han fallecido, vemos que prácticamente la mortalidad de los VIH positivos es cinco veces superior a la mortalidad de los VIH negativos. Por tanto, ahí está la clave.”*

Afortunadamente, esta situación ha ido cambiando conforme se ha aceptado la necesidad de establecer un nuevo marco conceptual y asistencial sobre el abordaje multifactorial del fenómeno de las drogodependencias. Es en este contexto en el que hacen su aparición los Programas de Reducción del Daño.

## **2. REDUCCIÓN DEL DAÑO CON DROGODEPENDIENTES CON CONSUMO ACTIVO**

El concepto de reducción del daño con drogodependientes con consumo activo se refiere, básicamente, a las acciones desarrolladas con el objetivo de prevenir o reducir consecuencias negativas y dañinas para su salud asociadas a las actitudes y comportamientos de riesgo que manifiestan.

Las intervenciones circunscritas a estos programas, surgen ante la necesidad de plantearse que la abstinencia no es la única alternativa

asistencial. Por eso, los objetivos de estos programas están encaminados a mejorar la calidad de vida de los drogodependientes, reduciendo los riesgos y problemáticas asociadas derivadas del consumo y de la exclusión social que pueden ir desarrollando paralelamente a la cronicidad del problema.

Esta labor se realiza a través de medidas psicosociosanitarias orientadas hacia la población drogodependiente en general, y de manera más específica hacia aquellos drogodependientes que no pueden superar su adicción (con recaídas y fracasos terapéuticos frecuentes), y que han ido desarrollando un funcionamiento al margen de la red asistencial y social normalizada, situándose en condiciones de exclusión social que van incidiendo en un progresivo deterioro físico y psicológico de su persona.

La primera medida a adoptar es la detección de las conductas de riesgo asociadas al consumo y la sexualidad. Posteriormente, se intenta desarrollar una labor educativa que motive la adquisición de conductas y hábitos de prevención e higiene alternativos a las conductas de riesgo detectadas, así como facilitar el acceso a la información y recursos necesarios para su consecución, y a la red asistencial.

## **2.1. Objetivos generales de los Programas de Reducción del Daño con drogodependientes con consumo activo**

- Atraer y vincular a las personas consumidoras hacia el programa, estableciendo una continuidad del vínculo como mecanismo de enganche para su atención y acercamiento a los distintos recursos de la red asistencial.
- Ofertar una atención psicosociosanitaria que mejore la calidad de vida del consumidor de drogas.
- Ser un mecanismo de detección sobre el terreno de los problemas y necesidades de esta población.
- Orientar a la persona que acude con una demanda diversificada, informando y asesorando individualmente.
- Favorecer medidas que eviten la exclusión social y sanitaria de este colectivo.

- Reducir las conductas de riesgo asociadas al consumo y la sexualidad, aumentando los conocimientos y la percepción de riesgo.
- Disminuir las patologías relacionadas con las prácticas de riesgo y el modo de vida derivado de la exclusión social.
- Coordinar las acciones e intervenciones dirigidas a esta población con los recursos de la red asistencial.

### **3. PREVENCIÓN INDICADA CON USUARIOS DE DROGAS: CURSOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La Fundación Érguete-Integración, a través del Programa de Intervención Precoz con Drogodependientes en Situación de Exclusión Social (SÍSIFO) que se lleva a cabo en las ciudades de Vigo y A Coruña, desarrolla una serie de acciones que pretenden ofrecer una óptima atención en el área de reducción del daño, y al mismo tiempo establecer mecanismos que faciliten la accesibilidad de la población drogodependiente a la red asistencial, impulsando, entre otras, estrategias de captación activa de poblaciones ocultas y servicios de emergencia que den respuesta a las necesidades básicas del colectivo drogodependiente.

En esta línea, la puesta en marcha de acciones de prevención indicada a través de Cursos de Educación para la Salud dirigidos a la población diana del programa va a posibilitar que estas personas vean disminuidos los factores de vulnerabilidad que inciden negativamente en su problemática de consumo de drogas y exclusión social, mejorando así su calidad de vida, pronóstico y normalización.

La Educación para la Salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo (Costa M, López E, 1996). Su objetivo es la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos en relación con su salud, en concreto se dirige a conseguir que los individuos puedan: a) definir sus propios problemas y necesidades; b) comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos y apoyos externos; y c) promover las acciones más apropiadas para

fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad (Ubillos S, Insúa P, De Andrés M, 2000).

Como podemos apreciar la Reducción del Daño y la Educación para la Salud son conceptos profundamente relacionados y constituyen ejes vertebradores del Programa SISIFO.

#### 4. PLANIFICACIÓN DE UN CURSO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Para la planificación de nuestros Cursos de Educación para la Salud adaptamos el modelo de acreditación ANECA 2006.

Procesos de soporte	2. Perfil de asistentes	5. Asesoramiento individual		
Procesos básicos	1. Objetivos	3. Planificación de la enseñanza	4. Desarrollo de la enseñanza y evaluación	8. Resultados
Resultados	6. Personal docente			
	7. Recursos y servicios			
Inicio		Desarrollo		Final

##### *Adaptación del Esquema del modelo acreditación ANECA-2006*

A partir de este modelo se establece una planificación que oriente, estructure y evalúe de manera coherente, pautada y atendiendo a las necesidades formativas y las variables personales de cada grupo con el que se desea trabajar, debiendo realizarse ajustes si varía el grupo de personas que es beneficiario de esta acción de prevención indicada.

#### 4.1. Detección de problemas y necesidades

Antes de plantearse cualquier tipo de intervención es necesario comprobar que existe una necesidad que justifique dicha intervención. Por tanto, el primer paso es siempre el análisis de necesidades de la población diana.

Este análisis implica un esfuerzo importante, pero es la garantía de que nuestras intervenciones estarán al servicio de nuestra población diana, además de proporcionarnos la línea base para la posterior evaluación del impacto de nuestra intervención.

Para establecer estas necesidades existen diferentes fuentes de información que podemos consultar:

1. Estadísticas y estudios previos, también conocidos como indicadores sociales.
2. Personas que puedan poseer la información que buscamos debido a su profesión, actividad o posición en la comunidad (informantes clave).
3. Datos de personas asistidas.
4. Observación y trabajo diario con los beneficiarios de los cursos de educación para la salud.

## **4.2. Exploración de características de la población diana**

Antes de diseñar la intervención con la que pretendemos dar respuesta a las necesidades detectadas debemos explorar las características de la población diana para poder adaptarla, ya que si no se tienen en cuenta las particularidades de la población sobre la que vamos a intervenir podemos incurrir en errores como, por ejemplo, diseñar un programa formativo apoyado en material escrito cuando la mayoría de los beneficiarios presenta dificultades de comprensión lectora por analfabetismo, problemas de visión u otras patologías que afecten al procesamiento cognitivo de la información.

En el caso que nos ocupa serían aspectos importantes a explorar los siguientes:

- Género
- Rango de edades
- Sustancia consumida
- Enfermedades relacionadas con el consumo y la sexualidad
- Capacidades y limitaciones.
  - Capacidad de lectoescritura.
  - Problemas de visión.
- Acceso a recursos
  - Internet
  - Bibliotecas

### **4.3. Establecimiento de prioridades**

Una vez se conocen las necesidades de nuestra población diana, deberá establecerse un orden de prioridad atendiendo a los siguientes criterios:

1. Amplitud del problema, entendida como la frecuencia, intensidad y riesgo de presentación.
2. Gravedad del problema, que se establecerá respondiendo a preguntas como:
  - ¿En qué medida es un problema para la persona?
  - ¿En qué medida es un problema de salud pública?
  - ¿La sociedad lo considera un problema grave?
  - ¿Cuál es el riesgo de amplificación del mismo?
  - ¿En qué áreas y en qué grado afecta a la persona?
3. Tendencia o evolución del problema:
  - ¿Tenderá a aumentar, se estabilizará o se solventará por si mismo?
  - ¿Es reversible o irreversible?
  - ¿Cuál es la duración prevista?

### **4.4. Diseño de la intervención.**

Una vez hemos comprobado la necesidad de llevar a cabo una intervención formativa de este tipo, podemos proceder a su diseño.

#### *4.4.1. Establecimiento de objetivos*

Lo primero será determinar qué objetivos queremos conseguir atendiendo a las prioridades establecidas en el análisis de necesidades. Los objetivos pueden dividirse en generales y específicos según el nivel de concreción de los mismos. Ambos deben ser realistas y formularse por escrito de forma concreta y medible. Unos objetivos específicos bien formulados nos servirán como criterios para evaluar nuestra intervención, estableciendo su cumplimiento total, parcial o no cumplimiento. Estos vendrán referenciados en los talleres o módulos que conforman el curso.



De modo orientativo, algunos de los objetivos generales de los cursos pueden ser:

- Aumentar y mejorar en los usuarios los conocimientos, actitudes y comportamientos para la salud.
- Aumentar la percepción de riesgo/daño para la salud asociado a las prácticas de consumo de drogas.
- Mejorar los conocimientos de los usuarios sobre la existencia, características y funcionamiento de los servicios asistenciales y sociosanitarios.
- Incrementar la densidad de las redes sociales de las personas consumidoras, favoreciendo su integración en grupos ya consolidados y/o en otros programas que complementen el abordaje de las problemáticas que presentan.
- Fomentar el acceso de los consumidores de drogas a los recursos asistenciales.
- Desarrollar la capacidad reflexiva de anticipación, estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.

Es mejor plantear pocos objetivos y diseñar una intervención muy específica que permita conseguirlos, a llevar a cabo una intervención amplia pero superficial. En todo caso nuestros objetivos deberán adaptarse también a los recursos y al tiempo de que disponemos. Cuanto más larga vaya a ser nuestra intervención formativa y más recursos podamos utilizar, más número de objetivos podremos abarcar de manera escalada y complementaria.

#### 4.4.2. *Valoración de recursos disponibles*

La valoración de los recursos de que disponemos para llevar a cabo la intervención puede ser simultánea al establecimiento de objetivos o posterior, en cuyo caso deberán reajustarse dichos objetivos en función de dicha valoración. Los recursos que se deben concretar a la hora de realizar una intervención formativa son los siguientes:

- Persona/s encargadas del diseño del programa formativo
- Persona/s encargadas de impartir la formación
- Persona/s encargadas de la evaluación y seguimiento
- Espacio físico para llevar a cabo el curso

- Mobiliario, fungibles y otros recursos materiales necesarios
- Tiempo disponible para el diseño, la ejecución y la evaluación
- Recursos económicos

Si al analizar los recursos disponibles nos damos cuenta de que la intervención no es posible en el momento actual, es importante no olvidarnos de que esa necesidad existe, y propiciar la coordinación y actuación conjunta con otras organizaciones o instituciones.

#### 4.4.3. *Selección de los formadores*

La adecuada selección de los formadores es clave para que el programa formativo se desarrolle con éxito. Para ello debe atender a los siguientes criterios:

1. Poseer conocimientos del tema a tratar.
2. Poseer conocimientos y experiencia en la transmisión y formación de conocimientos.
3. Poseer habilidades y estrategias para la gestión de grupos.
4. Estar familiarizado con el colectivo al que van dirigidos los cursos y su realidad.

Las funciones del formador pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. Funciones de dinamización.
  - a) Creación de un clima de confianza dentro del grupo.
  - b) Facilitación y motivación para la participación activa.
  - c) Ajuste de la metodología prevista.
  - d) Reconducción de las desviaciones del tema.
  - e) Administración del tiempo.
  - f) Control y dinamización de los conflictos.
  - g) Observación, análisis, y gestión de las tensiones y emociones.
2. Funciones de clarificación y refuerzo.
  - a) Clarificación y recuerdo de los objetivos.
  - b) Clarificación de la metodología.
  - c) Facilitación de la comprensión.
  - d) Síntesis de las intervenciones.
  - e) Refuerzo de los cambios.

Hay habilidades que es conveniente que posea el formador, o se capacite previamente, para trabajar con personas con una problemática de salud, que en muchos casos está socialmente estigmatizada, ya que son esenciales para el respeto, la comprensión y acogimiento, que serán indispensables para la capacidad de enganche y motivación de los beneficiarios. Las más destacables serían:

1. Establecer una relación humana de acogida y de receptividad, de respeto y consideración positiva hacia los asistentes.
2. Capacidad de empatía.
3. Escuchar activamente.
4. Evitar convertirse en el modelo de referencia fundamental.
5. Evitar el protagonismo.
6. Evitar los juicios personales.
7. Eludir las preferencias personales.
8. Enfocar las intervenciones de modo sugerente, motivador y constructivo.
9. Capacidad de observación de lo que ocurre dentro del grupo.
10. Capacidad de reacción ante situaciones imprevistas.
11. Ser flexible a las sugerencias, cambios, interrupciones y participación negativa, sabiendo encauzarlas adecuadamente.
12. Propiciar la toma de conciencia y la actitud reflexiva (acción-reflexión-acción), de manera que permita a los beneficiarios preguntarse, recoger información y valorar alternativas conductuales.
13. Fomentar las perspectivas de futuro, reforzar la confianza en sí mismo de los asistentes, y visibilizar las capacidades de afrontamiento positivo que pueden generalizar a distintas situaciones.
14. Capacidad de autocrítica sobre su actuación y la consecución de los objetivos previstos inicialmente.

Respecto del refuerzo de la confianza en sí mismo a desarrollar sobre los asistentes, es una meta educativa deseable porque el desarrollo de un autoconcepto positivo facilita el equilibrio personal, pero además es una variable mediadora en el aprendizaje que ayuda al logro de otras metas. La falta de autoestima, la experiencia de sentirse incapaz y poco valioso, es un aspecto que dificulta nuestro desarrollo

personal, y de hecho es causa y consecuencia de trastornos emocionales que ponen a la persona en situación de vulnerabilidad restringiendo su autonomía personal.

#### 4.4.4. *Establecimiento de contenidos a tratar*

Definidos objetivos generales y recursos podemos pasar a diseñar la actividad formativa. En primer lugar, estableceremos los objetivos específicos y los contenidos formativos asociados. Esta información deberá ser tomada en cuenta en la programación de las sesiones, de ese modo podremos hacer una valoración del tiempo que nos ocupará.

Sirva de ejemplo como contenidos prioritarios de un Curso de Educación para la Salud dirigido a usuarios de drogas:

- Vih-sida: definición, vías de transmisión, prevención, infección-reinfección, pruebas diagnósticas, motivación para el tratamiento.
- Hepatitis B y C: definición, vías de transmisión, prevención, vacunas, pruebas diagnósticas, motivación para el tratamiento.
- Tuberculosis: definición, vías de transmisión, prevención, vacunas, pruebas diagnósticas, motivación para el tratamiento.
- Consumo: sustancias y formas de consumo, prácticas de riesgo, sobredosis, motivación para el tratamiento.
- Sexualidad: infecciones de transmisión sexual, sexo seguro, métodos anticonceptivos.

#### 4.4.5. *Elección de la metodología a seguir*

Existen muchas técnicas que podemos utilizar. Para seleccionarla deberemos tener en cuenta las características de nuestra población diana, los objetivos del programa formativo y los recursos de que disponemos.

Un buen programa de formación debe incluir técnicas variadas, siendo recomendable no utilizar la misma técnica durante más de 45 minutos aproximadamente.

En todo caso, una metodología participativa siempre obtendrá mejores resultados que la transmisión unidireccional de informa-

ción, ya que a mayor implicación de los participantes mayor será su nivel de procesamiento e integración de la información. La participación puede conseguirse fomentando el intercambio de ideas, ofertando la consulta de dudas y estableciendo una metodología de manejo y procesamiento de la información a través de dinámicas y juegos.

#### 4.4.6. *Elaboración del cronograma*

El cronograma nos proporciona una visualización rápida de las fechas en las que se llevará a cabo el curso y por lo tanto de su duración, así como de los horarios y los contenidos.

En un cronograma acostumbra a incluirse la siguiente información:

- Título del curso
- Título de cada una de las sesiones
- Fechas, horarios y lugar en que se llevarán a cabo cada una de las sesiones.

Para establecer las fechas y horarios es necesario tener en cuenta las características específicas de la población diana. En este sentido los aspectos a tener en cuenta son los siguientes:

- Horarios de suministro de metadona por parte de las unidades de tratamiento.
- Horario de atención de necesidades básicas por otras entidades (comedores sociales, roperos, duchas, etc).
- Horario con tendencia hacia mitad de mañana en adelante en consideración de las personas que tienen dificultades de conciliación de sueño, o que se mantienen en el circuito de calle hasta altas horas de la noche.
- El tiempo de las sesiones no suele ser superior a 50 minutos, atendiendo a la capacidad de atención de los asistentes, así mismo la pausa se puede aprovechar para ofrecer un desayuno a los asistentes, ya que muchos de ellos no tienen para desayunar o no tiene el hábito.

#### 4.4.7. *Elaboración del programa formativo*

Es conveniente elaborar un guión de cada sesión formativa en la que se incluya la siguiente información:

- Objetivos específicos de la sesión.
- Contenido: Se aportará información sobre la que se apoya la intervención, incluyendo actividades y dinámicas.
- Materiales necesarios para desarrollar la actividad.

A continuación reproducimos un ejemplo de sesión, como modelo de las que pueden conformar un Curso de Educación para la Salud.

### 5. MODELO DE SESIÓN DE UN CURSO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

SESIÓN	Fecha:	Hora:	Lugar:
<b>MOTIVACIÓN HACIA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN USUARIOS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA</b>			
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informar y formar sobre el tratamiento, cómo funciona y la importancia de la adherencia.</li> <li>▪ Fomentar la comunicación permanente, fluida y un entorno de confianza con el médico.</li> <li>▪ Ofrecer apoyo de un equipo multidisciplinar en un entorno asistencial abierto.</li> <li>▪ Apoyar a la persona cuando decida dar pasos trascendentales para su tratamiento.</li> <li>▪ Manejar adecuadamente las adicciones a sustancias e integrar el abordaje que se hace de este problema con el abordaje del tratamiento y seguimiento de la infección por VIH.</li> <li>▪ Ser consciente de los efectos adversos del tratamiento así como de las demás consecuencias derivadas,</li> <li>▪ Conocer las alternativas a su alcance y su viabilidad.</li> </ul>		
<b>DESARROLLO</b>			
<b>ACTIVIDAD</b>	<p><b>CONCEPTOS BÁSICOS DEL VIH/SIDA.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué es el VIH?</li> <li>▪ ¿Qué es el SIDA?</li> <li>▪ ¿Cómo se transmite el VIH?</li> </ul>		

Modelo de implantación de cursos de educación para la salud con drogodependientes

<b>DURACIÓN</b>	15 minutos aprox.
<b>CONTENIDO</b>	VER ANEXO I
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Material escrito para los participantes</li> <li>▪ Soporte informático (Cañón, ordenador...)</li> </ul>
<b>ACTIVIDAD</b>	<p><b>VIGILANCIA DEL SISTEMA INMUNITARIO Y EVOLUCIÓN DEL VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel de CD4</li> <li>▪ La carga viral.</li> <li>▪ Relación entre CD4 y CD8</li> <li>▪ Conclusión</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	35 minutos aprox.
<b>CONTENIDO</b>	VER ANEXO II
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Material escrito para los participantes.</li> <li>▪ Soporte informático (Cañón, ordenador...)</li> </ul>
<b>DESCANSO</b>	20 minutos aprox.
<b>ACTIVIDAD</b>	<p><b>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Objetivos del TAR</li> <li>▪ Adherencia y resistencia al tratamiento antirretroviral</li> <li>▪ Importancia de la adherencia en el tratamiento del VIH</li> <li>▪ ¿Por qué es importante la adherencia al TAR?</li> <li>▪ ¿De qué depende el éxito del TAR?</li> <li>▪ Factores que facilitan una buena adherencia</li> <li>▪ Factores que impiden una buena adherencia.</li> <li>▪ Interacciones farmacológicas.</li> </ul>
<b>DURACIÓN</b>	50 minutos aprox.
<b>CONTENIDO</b>	VER ANEXO 3
<b>MATERIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Material escrito para los participantes</li> <li>▪ Soporte informático (Cañón, ordenador...)</li> </ul>

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- BLANCO, M.C.; TABEADA, J. A. *Vivir e Convivir*. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela.
- CEDISA. *Documento para la prevención y promoción de la salud en personas que viven con VIH/SIDA*, 2007.
- GARCÍA, G.; GUTIÉRREZ, E.; MORANTE, L. *Bola de Nieve. Guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud*. Edita Grupo GID. Subvención Ministerio de Sanidade e Consumo.
- HOUTS, P.; MARKOWICZ, M. *Guía para el cuidado a domicilio del paciente con VIH/SIDA*. Colegio Americano de Médicos. Fundación Wellcome. España, 1999.
- INSÚA, P. *Programa de formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas*. Itxaropena, SA 3ª edición, diciembre de 2000, Zarautz.
- MARTÍN, C. *Guía de counselling para Formadores*. 2ª Edición. Escuela de Sida, Salud y convivencia Fundación Anti-Sida España (FASE). Ed. Harmony. Madrid, 1997.
- MORENO, S. *Infección por VIH: Consejos*. Editorial GILEAD, 2006.
- SANCHOS, C.; COENE, D. *Vivir y convivir con VIH/SIDA. Manual de autocuidados*. Institut Valencià d'estudis en Salut Pública. Valencia, 1996.
- VILLANUEVA, V. *Programa y manual de intervención con drogodependientes en situación de emergencia social*. Edita Xunta de Galicia Consellería de Sanidade. 2006 Santiago de Compostela.
- [http://www.aneca.es/active/active\\_ense\\_acre.asp](http://www.aneca.es/active/active_ense_acre.asp)



## **ANEXO 1: CONCEPTOS BÁSICOS DEL VIH-SIDA**

Para la formación de los cursos de salud debemos manejar información basada en la clínica y definir conceptos fundamentales.

### **¿Qué es el VIH?**

Virus de inmunodeficiencia humana. Este virus ataca al sistema de defensas haciendo que no funcionen correctamente, y por lo tanto disminuye su capacidad de protegernos frente a las enfermedades.

*El VIH es el virus que causa el SIDA.*

### **¿Qué es el SIDA?**

S-Síndrome  
I- Inmuno  
D-Deficiencia  
A-Adquirida

El SIDA es una enfermedad causada por el VIH que hace que las personas sean más vulnerables a contraer enfermedades “oportunistas”.

*No es lo mismo estar infectado por el VIH que tener el SIDA.*

### **¿Cómo se transmite el VIH?**

Existen tres vías fundamentales de transmisión del VIH:

- Transmisión sexual.
- Transmisión sanguínea.
- Transmisión vertical (madre-hijo).

## **ANEXO 2: VIGILANCIA DEL SISTEMA INMUNITARIO Y EVOLUCIÓN DEL VIH**

Actualmente se controlan tres datos que se consideran esenciales para saber en qué estado está el sistema inmunitario y cuál es el nivel de actividad del VIH. Estos son la cantidad de linfocitos CD4 por mm<sup>3</sup> de sangre, la carga viral o cantidad de virus por mm<sup>3</sup> de sangre y la relación CD4/CD8. De estos tres los dos primeros son los más importantes.

Estudiar los CD4 y la carga viral nos permite saber si los tratamientos antirretrovirales funcionan correctamente, o si hay que optar por una nueva combinación farmacológica. También nos permite evaluar mejor si se puede cambiar de una sustancia a otra para evitar o disminuir determinado tipo de efecto secundario.

Así mismo permite predecir a medio plazo la evolución del estado de salud general de la persona infectada por el virus y, para las personas que todavía no están bajo tratamiento antirretroviral, permite establecer cuál es el mejor momento para su inicio.

También es importante conocer el recuento de CD4 y la carga viral (CV) si se desea tener hijos, si una persona se va a someter a una operación por cualquier motivo de salud distinto del VIH, o si es preciso o recomendable vacunarse contra alguna otra enfermedad.

Por lo tanto, tener contacto con el Servicio de Medicina Interna y asistir periódicamente a las revisiones pautadas es imprescindible para controlar el virus y anticiparse a los problemas, ofreciendo así una mayor calidad de vida.

### **El nivel de CD4**

El nivel medio de CD4 en una persona no es siempre el mismo y varía en función de múltiples factores como el momento en que se tome la muestra de sangre, o bien si la persona está pasando por una reacción alérgica o tiene alguna enfermedad en curso, como una gripe, por ejemplo.

En una mayoría de los casos, el número de CD4 se mantiene estable en ese valor, con una tendencia ligera a la baja, de modo que, con

el paso del tiempo, si no se está tomando tratamiento antirretroviral (TAR), la cantidad de CD4 tiende a disminuir paulatinamente.

En cualquier caso, hoy en día no solo se tiene en cuenta el nivel de CD4 como criterio para recomendar el inicio del TAR, sino también otros factores como la carga viral y la evolución que se haya tenido a lo largo del tiempo del número de CD4 y CV. Además, también cuentan, y mucho, las condiciones de vida y el estado emocional de la persona que va a tomar el TAR y su disposición o no a iniciar el tratamiento en un momento dado.

## **La Carga Viral**

La carga viral (CV), es la cantidad de virus presente en cada mm<sup>3</sup> de sangre, también varía a lo largo del tiempo. En los primeros días de la infección suele ser muy alta, con tendencia descendente en los meses siguientes hasta que logra estabilizarse, especialmente cuando el sistema inmunitario ya ha producido anticuerpos.

## **Relación entre CD4 y CD8**

La relación o “ratio” entre CD4 y CD8 es un indicador del impacto que el VIH ha llegado a hacer al sistema inmunitario. Así, cuanto menor sea el valor de esta relación, que se obtiene dividiendo el número de CD4 por el de CD8, mayor será la afectación del sistema inmunitario a causa del VIH.

## **Conclusión**

El control y estudio de estas tres variables es fundamental para evaluar el estado de salud de las personas infectadas por el VIH. Permite saber no sólo el estado de su sistema inmunitario y el nivel de actividad del virus en un momento dado, sino también, repitiendo las analíticas periódicamente, saber cómo es la evolución y qué cabe esperar a medio plazo.

Esto resulta fundamental para evaluar el momento de iniciar el TAR, ver cómo responde el VIH al mismo o evaluar si es posible cambiar de combinación de fármacos para evitar o paliar algún efec-

to secundario o prevenir la aparición de resistencias a la medicación por parte del virus.

La evolución de estos parámetros no es la misma para todas las personas. Lo importante es ver cómo toda esta información refleja el estado de salud en un momento dado y, en función de ello, ver que posibilidades de actuación hay. Para ello es básico detectar la infección por VIH lo antes posible, pues cuanto antes se empiece un seguimiento médico, mejor sabremos lo que está pasando ofreciéndonos la oportunidad de intervenir a tiempo cuando sea necesario, especialmente ahora que los conocimientos sobre invasión, replicación y actuación del virus es amplio, y hay más y mejores herramientas para el seguimiento y tratamiento de esta enfermedad, hasta el punto de haber sido considerada en la práctica como una enfermedad crónica dejando atrás el estigma de enfermedad mortal, aunque sin un reconocimiento claro de su estatus de enfermedad crónica por parte de algunos sectores de la sociedad, tal vez herencia del estigma asociado a la infección y algunas de sus posibles causas derivadas de comportamientos socialmente considerados como “poco correctos”. Todo ello hace que no sea fácil convivir con un proceso de enfermedad de estas magnitudes, más aún cuando el mismo está rodeado de mitos, ignorancia e información tergiversada., por lo cuál es esencial ofrecer información veraz y concisa que sensibilice a la ciudadanía hacia una convivencia positiva equivalente a la que se tiene con cualquier otra enfermedad.

## **ANEXO 3: TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

### **Objetivos del TAR**

Los medicamentos para el VIH, o fármacos antirretrovirales (ARV), que se utilizan para su tratamiento, no son capaces de curar la enfermedad, aunque pueden evitar que el virus se replique o haga copias de sí mismo, y en consecuencia que la enfermedad avance hacia un pronóstico de gravedad. En este sentido, la medicación para el VIH tiene cuatro objetivos fundamentales:

- Aumentar la esperanza y la calidad de vida.
- Evitar la progresión de la enfermedad.
  - Reducir la carga viral
  - Limitar el desarrollo de resistencias
- Devolver el sistema inmunitario a su estado normal y mantenerlo así durante el mayor tiempo posible.
  - Mantener el recuento de células CD4 dentro del intervalo normal o aumentarlos si fueran demasiado bajos.
  - Evitar otras posibles infecciones.
  - Minimizar la transmisión del VIH a otras personas.

También es importante el conocimiento y formación sobre fármacos antirretrovirales por parte de todos los profesionales que intervengan en cualquier parte del proceso, puesto que complementará las indicaciones hechas por su médico de referencia, en cuanto a restricciones alimentarias, formas de conservación, número y horario de las tomas, etc.

### **Adherencia y resistencia al tratamiento antirretroviral**

Hay dos factores que pueden afectar al éxito del tratamiento: la adherencia y la resistencia.

La adherencia se refiere a lo estrictamente que se sigue el régimen de tratamiento.

La resistencia se produce cuando se reduce la efectividad de los fármacos pautados para el tratamiento del VIH.

La relación entre estos dos factores es vital para el éxito del tratamiento, ya que el tomar la medicación respetando la pauta esta-

blecida por el médico tal ayuda a reducir las posibilidades de que el VIH genere resistencias.

## **Importancia de la adherencia en el tratamiento del VIH**

La adherencia a la medicación antirretroviral es un elemento clave para que se pueda abordar con éxito el tratamiento del VIH. Una mala adherencia puede llevar a la aparición de resistencias y a la progresión de la infección por VIH al estado de SIDA con mayor rapidez.

Cuando se trata del tratamiento del VIH, “tomar la medicación tal y como se te dice que lo hagas” cobra un nuevo significado. La mayoría de las combinaciones de fármacos antirretrovirales (ARV) incluyen tres o más fármacos que se toman entre 1 y 3 veces al día cada uno y que tienen potenciales efectos secundarios. Cada uno puede tener diferentes normas en cuanto a su asociación de tomas con la comida: uno puede exigir tener el estómago vacío, mientras que otro quizás deba tomarse durante una comida.

Entre los factores que facilitan una buena adherencia destacan la situación emocional y de autoestima actual de la persona, estar informado y apreciar los efectos positivos derivados de la terapia, comprender cómo funcionan los fármacos antirretrovirales, la aceptación del propio estatus con respecto al VIH, utilizar ayudas y recordatorios para la toma de la medicación, tener acceso a regímenes más sencillos de toma, la minimización de los efectos secundarios y contar con una red de apoyo tanto en el entorno cercano como a nivel social.

Entre los factores que dificultan una buena adherencia se encuentra que todos ellos tienen que ver, en mayor o menor medida con los problemas para adecuar el régimen de tratamientos a las condiciones de vida de las personas que van a tomar los fármacos (sobre todo aquellas que padecen una situación de exclusión social y carecen de vivienda), con el acceso a la información y la comprensión de la misma (para lo cuál se pueden articular medidas tales como la mediación entre iguales, los cursos de educación para la salud, etc), con el miedo a revelar el propio estatus con respecto al VIH (discriminación, condiciones sociales desfavorables), con el modo en que

están organizados los recursos sociosanitarios de atención y los condicionantes que pueden surgir en la relación médico-paciente.

A modo de recomendación, los profesionales que intervienen en el proceso de la adherencia al TAR deberían prestar atención a estos factores y hablar abiertamente de todo ello con los/las usuarios/as para poder detectar problemas y poner en práctica estrategias que favorezcan la adherencia.

### **¿Por qué es importante la adherencia al TAR?**

Se ha demostrado que la adherencia tiene impacto sobre la eficacia de los fármacos antirretrovirales a la hora de evitar la replicación del VIH. Si se salta una dosis de la medicación, el virus tiene la oportunidad de replicarse, y lo hace muy rápidamente. Cuando sucede eso, la carga viral aumenta, lo que puede poner a la persona en riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el SIDA, y consecuencia de ello fallecer.

Es tanta la importancia de la adherencia en el tratamiento del VIH, que los investigadores han descubierto que una supresión óptima del virus exige entre un 90% y un 95% de adherencia.

Por otro lado, es conveniente destacar que la falta de adherencia no sólo puede provocar resistencia a los fármacos favoreciendo la realización de copias de sí mismo sino que, y esto es muy importante, también puede hacer copias con mutaciones, las cuáles al poseer una morfología distinta responden de manera distinta ante el tratamiento, pudiendo reducir significativamente su eficacia.

### **¿De qué depende el éxito del TAR?**

El primer régimen de tratamiento tiene más posibilidades de éxito a largo plazo, así que es muy importante tomar los fármacos correctamente desde el principio. Muchas personas descubren que la adherencia al tratamiento se hace más difícil con el tiempo. Cuando esto sucede es recomendable hablar con su médico sobre cualquier problema que tenga con el plan de tratamiento para que valore si es posible hacer algún ajuste que minimice dichos problemas facilitan-

do así la adherencia, ya que los pacientes que toman su medicación correctamente consiguen mejores resultados.

### **Factores que facilitan una buena adherencia**

- La autoestima, ya que de ella surgen los elementos de motivación y voluntad que le permitirán a la persona movilizarse para obtener los recursos y la ayuda necesarios para una buena adherencia. Por ello, es fundamental trabajar sobre este aspecto.
- En el caso de las personas que presentan un perfil de adicción o abuso de otras sustancias (drogas o medicamentos) un factor que beneficia la adherencia a la terapia antirretroviral es el que estas personas sean capaces de dar prioridad a la toma de los antirretrovirales y que aprecien la parte positiva de tomar la medicación.
- La creencia o la certidumbre en la eficacia de la medicación antirretroviral.
- Conocer el funcionamiento de los antirretrovirales y por qué de ello se deriva la necesidad de mantener una adherencia adecuada.
- Tener acceso a regímenes de tratamiento simplificados en las tomas y con efectos secundarios más llevaderos.
- La habilidad para encajar la toma de los antirretrovirales en la rutina diaria.
- Tener una rutina en la cual se pueda encajar con mayor facilidad la toma de los antirretrovirales.
- Utilizar herramientas de ayuda para recordar las tomas y para verificar si las tomas anteriores se hicieron correctamente.
- Conocer los efectos secundarios, saber evaluar su importancia, conocer lo que puede pasar y conocer las alternativas (y poder acceder a ellas) para actuar en cada caso.
- Tener una relación de confianza y de comunicación abierta con el médico es determinante para alcanzar y mantener una buena adherencia.
- Sentirse apoyado e integrado en los grupos de personas más próximas: familiares, amigos, compañeros de trabajo, independientemente de que se les dé a conocer o no el estatus frente al VIH.



- El hecho de que las personas cercanas conozcan el estatus con respecto al VIH también ayuda, ya que descarga una presión importante y amplía el círculo de aquellos en quien se puede confiar o a quienes se puede pedir ayuda cuando sea necesario.
- La implicación de las personas cercanas para ayudar en la toma de la medicación, recordar tomas o dar apoyo en aspectos nutricionales o de organización de la rutina diaria.
- El hecho de que la persona que toma tratamiento antirretroviral quiera estar informada sobre las distintas opciones de combinaciones de fármacos y participe activamente, junto con el equipo médico que lleva su seguimiento, en las decisiones que determinan el tipo de terapia a tomar; esto es, mantener una actitud proactiva.
- Tener personas a cargo, en particular niños, que dependan para su bienestar del buen estado de salud y de la capacidad de salir hacia delante de la persona que toma fármacos antirretrovirales.

### **Factores que impiden una buena adherencia**

- Miedo a revelar el propio estatus frente al VIH y temor a tomar los medicamentos en lugares públicos o a la vista de otras personas.
- Sentirse deprimido/a, sin esperanza o desbordado/a por los acontecimientos.
- Tener adicción a otras sustancias (drogas o medicamentos).
- Tendencia a olvidar las horas de toma de la medicación.
- No confiar en la eficacia de los fármacos antirretrovirales.
- No confiar en las opiniones o recomendaciones del médico.
- Preferir tomar medicamentos alternativos y terapias naturales.
- Rechazo a la toma de medicamentos en general.
- Sentir que el empezar a tomar la medicación es un recordatorio del propio estatus con respecto al VIH o un indicador de que la salud empeora.
- Comprensión inadecuada de las instrucciones para la toma de los fármacos antirretrovirales.
- Falta de autoestima.

- Problemas socioeconómicos y de otra índole que resulten prioritarios debido a su gravedad y que dejen la propia salud en un segundo plano.
- Tener otras enfermedades cuyos síntomas o manifestaciones dificulten la toma de la medicación antirretroviral.
- Las creencias a cerca de la medicación, lo que se sabe de “oídas” sobre un medicamento, si es “malo” o “bueno”.
- El impacto de los efectos secundarios.
- La incertidumbre sobre los efectos secundarios a largo plazo.
- La anticipación que hacen algunas personas con respecto a los efectos secundarios.
- La complejidad del regimen antirretroviral.
- El tamaño, sabor o número de fármacos.
- El hecho de sentirse bien con la terapia antirretroviral que puede hacer bajar la guardia en la vigilancia de las tomas y las dosis (esto también tiene impacto sobre la prevención a nivel de las relaciones sexuales).
- Interrupciones o alteraciones frecuentes en la rutina diaria debidas al trabajo, a problemas familiares, a las condiciones de vida, etc.
- Problemas para integrar la toma de los medicamentos con otras actividades diarias relativas al trabajo, la familia o las responsabilidades que se tengan para con otras personas: hijos, parientes a cargo, etc.
- Problemas para cumplir con los requisitos que la medicación muchas veces establece con respecto a las comidas.
- Trabajar lejos de casa y no llevar consigo la medicación (especialmente en los regímenes de una sola toma diaria).
- La falta de apoyo y comprensión de las personas cercanas.
- El aislamiento social y la falta de refuerzos afectivos.
- La separación en el tiempo (de meses en cualquier caso) entre las visitas al médico y no contar con un canal de comunicación más inmediato.

## **Interacciones farmacológicas**

El tomar fármacos con o sin receta, drogas, anticonceptivos orales, tratamientos homeopáticos o suplementos herbales en combinación con los fármacos antirretrovirales no sólo puede reducir su eficacia, sino que puede tener graves consecuencias para la salud. Por esta razón, es conveniente ser sincero y honesto con el médico acerca de cualquier fármaco que se esté tomando o se planea tomar, sin importar lo inocuo o poco importante que puede parecer. De este modo, el médico podrá realizar una mejor valoración y gestión de los cuidados que se precisan.

Por lo tanto, una relación cordial que facilite la comunicación entre médico-paciente y otros profesionales que intervengan en el proceso de la infección por el VIH, ayudará a lograr el objetivo general que es la prevención y promoción de la salud. Podemos definirlo como el autocuidado de cada persona en su proceso de enfermedad.

