

Catálogo de parafernalia y mensajes de salud en reducción de riesgos asociados al uso fumado/inhalado de heroína, cocaína y crack en España. Un estudio descriptivo

Raúl Soriano Ocón¹, Silvia Tortajada Navarro² y Ramón Estesos Mesas²

1. Médicos del Mundo. Actualmente: Plan Nacional Sobre el Sida

2. Médicos del Mundo

Recibido: 31/03/2010 · Aceptado: 24/05/2010

Resumen

Objetivo del estudio: Catalogar la parafernalia dispensada y los mensajes de salud utilizados por los equipos que intervienen en programas de reducción de riesgos asociados al uso fumado/inhalado de heroína, cocaína y crack en España. Metodología: Se diseñó un cuestionario para conocer los protocolos de dispensación de esta parafernalia, e identificar los mensajes de salud utilizados en este ámbito, solicitando además el envío de muestras por duplicado de cada uno de los materiales. Los resultados de la experiencia fueron discutidos por un equipo de expertos en reducción de riesgos a través de un Grupo Delphi. Resultados: El cuestionario fue contestado por dieciocho equipos procedentes de catorce provincias. El catálogo de muestras recopiló catorce tipos diferentes de materiales, siendo el papel de aluminio el más habitual. Se compiló una amplia gama de mensajes, algunos de los cuales resultaron contradictorios entre sí o incompletos. Ningún equipo atribuyó exactamente el mismo tipo de infecciones al uso compartido de material. Conclusiones: La parafernalia de consumo dispensada desde los programas públicos participantes, no está regulada ni sujeta a controles que descarten si su uso podría agregar riesgos al consumo de drogas. Parte de los mensajes de salud registrados, resultan deficientes o no están basados en evidencias científicas. Los expertos participantes coinciden en la necesidad de que las autoridades sanitarias impulsen la investigación, realicen recomendaciones sobre la parafernalia dispensable, y promuevan mensajes de salud asentados sobre bases científicas.

Palabras Clave

Parafernalia, vía fumada/inhalada, crack, reducción de daños.

— Correspondencia a:

Raúl Soriano Ocón
Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad - Despacho 3018
Paseo del Prado, 18-20 - 28071 Madrid
mislibertades@terra.es



Abstract

Objectives:To catalogue the dispensed paraphernalia and health messages employed by Spanish health intervention teams within risk reduction programs related to the use of heroin, cocaine, and smoked or inhaled crack. **Methodology:**A questionnaire was designed to inquire about the administration protocols of this paraphernalia and to identify the health messages employed in this context—a request was made for duplicate samples of these materials. Results were discussed by a Delphi group of experts under risk reduction. **Results:**The questionnaire was answered by eighteen teams from fourteen provinces. The sample catalogue compiled fourteen types of different materials, being aluminium foil the most used. A wide range of messages were compiled, some of them contradictory or incomplete. No team attributed the same type of infections to sharing paraphernalia among users. **Conclusions:**The used paraphernalia administered by the participating public risk prevention programs is not regulated nor subject to controls that rule out whether its use would increase the risk for drug use. Some of the reported health messages are either deficient or not based on scientific evidence. The participating experts agree there is a need for public health authorities to promoting research, making recommendations about the handed or dispensed paraphernalia, and promoting scientific based health messages.

Key Words

Paraphernalia, smoked or inhaled, crack, harm reduction.

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio analiza determinados aspectos de la progresiva adaptación de la perspectiva de reducción de riesgos y daños, al ámbito del consumo fumado/inhalado de heroína, cocaína o crack entre la población en situación de exclusión social en España. Desde los años noventa, dicha perspectiva ha ido consolidándose como marco teórico para el abordaje de aquellos usuarios de drogas que no pueden o no desean abandonar el consumo de las mismas. El principal motivo en que se basó entonces la adopción de estas estrategias, fue su contrastada capacidad para frenar el

avance de la infección por VIH en usuarios de drogas inyectables, ya que estos eran los que mayores prevalencias mostraban de VIH (Strathdee, Hallett, Bobrova, Rhodes et al., 2010; Vlahov, Robertson & Strathdee, 2010). De hecho las numerosas evaluaciones de los programas de intercambio de jeringuillas, confirman su utilidad para aumentar la cantidad de material estéril, reducir su reutilización y uso compartido (Wodak & Cooney, 2006; CDC, 2007), y por lo tanto aminorar el riesgo de transmisión del VIH (Huo & Ouellet, 2009; Kidorf & King, 2008) y otras infecciones como las hepatitis B y C (Holtzman, Barry, Ouellet, Des Jarlais, et al. 2009).



Durante la última década, sin embargo, se han producido algunos cambios significativos sobre los patrones de consumo. La vía fumada/inhalada ha ganado terreno progresivamente a la vía inyectada hasta constituirse, prácticamente en todo el territorio español, como la predominante entre la población en situación de exclusión social que consume heroína, cocaína o crack (OED, 2006). Respecto a este último, se hace difícil evaluar el impacto epidemiológico del uso fumado/inhalado de cocaína, investigaciones existentes sugieren que es un importante factor en la epidemia de VIH (Gyarmathy, Neaigus, Miller, Friedman et al., 2002; Caiaffa, Osimani, Martínez-Peralta, Radulich et al., 2006; Des Jarlais, Arasteh, Perlis, Hagan et al., 2007; DeBeck, Kerr, Li, Fischer et al., 2009).

Así, los dispositivos desde los que se venían atendiendo a esta población socialmente vulnerable, han necesitado reorientar su atención hacia este nuevo escenario. Las salas de consumo supervisado adaptadas para consumidores que utilizan la vía fumada/inhalada, implementadas por Médicos del Mundo en Bilbao y más recientemente por ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo) en Barcelona, serían dos claros ejemplos. Pero también otras entidades vienen distribuyendo parafernalia para el consumo fumado/inhalado, siendo el papel de aluminio el material que más habitualmente se dispensa.

El presente estudio realizado por Médicos del Mundo, se integra dentro de la estrategia nº 2 y nº 6 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, por las que se trata de poner en marcha redes de detección e información sobre tecnologías y procedimientos nuevos y

emergentes, que faciliten y agilicen la toma de decisiones sobre las mismas. Al mismo tiempo, se propone evaluar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de determinadas estrategias de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, para realizar posteriormente recomendaciones preventivas a los profesionales.

El objetivo de este trabajo es catalogar la parafernalia dispensada y los mensajes de salud utilizados por los equipos que intervienen en programas de reducción de riesgos asociados al uso fumado/inhalado de heroína, cocaína y crack en España.

MATERIALES Y MÉTODO

El punto de partida de este estudio fue la implantación de una base de datos que recogía de forma sistematizada los datos de actividad y del perfil de los usuarios de los programas de Médicos del Mundo España. El proceso de diseño de la aplicación, incluyó la recopilación de todas las variables a registrar en los programas desarrollados en el conjunto de sedes territoriales. Fue a partir de esta actividad cuando desde la Sede Central se constató la dispensación de una tipología de parafernalia para el uso fumado/inhalado, así como la existencia de talleres que proporcionaban instrucciones sobre el uso de esta parafernalia y que incluían mensajes sobre reducción de riesgos para el uso de esta vía de consumo. A priori, la idoneidad de esta parafernalia y de algunos de los mensajes de salud utilizados en los talleres, no se encontraba reflejada en la literatura especializada.



Se realizaron contactos con los equipos que intervenían en los programas de atención a usuarios de drogas en activo en las sedes de Médicos del Mundo España. A partir de los mismos se contrastó que varios de estos equipos venían realizando talleres interactivos, en los que recababan información sobre las prácticas de consumo y de uso de parafernalia locales. La puesta en marcha de la aplicación permitió dimensionar la existencia de estos talleres, su localización y frecuencia, así como en número de usuarios que participaba en los mismos.

Se propuso entonces sistematizar la búsqueda de información sobre estas prácticas y realizar un estudio incluyendo tanto a equipos de la organización, como de otras entidades. Recurriendo a la triangulación metodológica de técnicas cualitativas y cuantitativas, el trabajo se estructuró en tres bloques: revisión bibliográfica, elaboración de un cuestionario dirigido a equipos de reducción de riesgos y daños, y desarrollo de un grupo Delphi con expertos en la materia, esta técnica ha demostrado su utilidad en numerosos estudios relacionados con el área sociosanitaria (Walsh, Verstraete, Huestis & Morland, 2008; Pulford, Adams & Sheridan, 2009; Wilkinson, Weller, McKimm, O'Connor et al., 2010). El presente texto se centrará mayormente en los dos últimos.

Así, la primera fase del estudio se centró en la realización de una búsqueda bibliográfica, básicamente en dos bases de datos, el Índice Médico Español (IME) y la Science Citation Index (SCI). La búsqueda se ocupó por una parte en las consecuencias para la salud del consumo de heroína, crack y cocaína, y por

otra en las consecuencias del uso de la parafernalia para consumir estas sustancias por vía inhalada/fumada.

La segunda fase del proyecto consistió en la elaboración de un catálogo de parafernalia y de mensajes de salud, se concretaba en el diseño, distribución y procesamiento de un cuestionario que sería remitido a los equipos de reducción de riesgos y daños que intervienen en España con la población que utiliza la vía fumada/inhalada para el consumo de las sustancias indicadas. Para la selección de los equipos participantes, se elaboró un listado de los programas de reducción de riesgos y daños a nivel estatal, propósito para el que se realizó una consulta presencialmente en el Centro de documentación del Plan Nacional sobre Drogas, y se contactó por correo electrónico con los respectivos Planes y órganos territoriales competentes en la materia a nivel autonómico. Fueron invitados a participar en el estudio todos los equipos de reducción de riesgos y daños cuyos datos de contacto fueron facilitados por estas fuentes y de los cuales se tuvo constancia de que intervenían en este ámbito, adoptándose como criterio de inclusión, que en el momento de recibir el cuestionario estuvieran ya dispensando parafernalia específica para el consumo por esta vía. Solo una Administración Autonómica se mostró reacia a que los equipos de su territorio participaran en un estudio de estas características y no facilitó los datos de contacto de sus equipos.

El cuestionario constaba de 25 preguntas, algunas de las cuales contenían escalas de cinco posibles respuestas para medir el grado de acuerdo frente a determinadas afirmaciones.



Aunque se trataba de preguntas cerradas, la recopilación de los textos de los mensajes de salud utilizados por los equipos requería que se aportaran estos de manera textual. Dado que el interés era recoger la información sobre la actividad de los equipos en su conjunto, no se trataba de recibir un cuestionario de cada miembro sino que se cumplimentara un cuestionario por consenso en cada equipo. El instrumento fue testado por un equipo de una sede autonómica de Médicos del Mundo (compuesto por ocho profesionales) antes de ser remitido al resto, esta experiencia piloto permitió realizar algunas mejoras en el instrumento, fundamentalmente dirigidas a facilitar la comprensión de los enunciados. Estos equipos son por lo general multidisciplinarios, y es habitual que participen en los mismos profesionales del trabajo social, educadores sociales, personal de enfermería, psicólogos, médicos, y otras figuras que ejercen labores de monitores o auxiliares (Soriano, 2001).

La fórmula escogida para recabar la información de los participantes fue el consentimiento informado, adquiriéndose el compromiso por parte de los investigadores de mantener el anonimato sobre el origen de las muestras de parafernalia y de los mensajes utilizados en los talleres de salud. El motivo de proponer ese anonimato era garantizar que, independientemente de la idoneidad de la parafernalia o de los mensajes utilizados, ningún equipo pudiera llegar a sentir cuestionado su trabajo públicamente frente al resto.

El cuestionario se acompañaba de instrucciones para registrar las muestras de materiales para el consumo fumado/inhalado que los

equipos estuvieran dispensando en el marco de sus programas. Las fichas de identificación junto con sus correspondientes muestras, debían remitirse por correo postal al equipo investigador. Se solicitaba el envío de dos muestras de cada uno de los materiales, a efectos de preparar dos catálogos completos. Aunque el cuestionario se remitió por e-mail, se facilitó además del mismo un teléfono de contacto para consultar en caso de dudas sobre las condiciones de envío de parafernalia, que debía hacerse por correo. Dos equipos consultaron sobre el envase en el que enviar las muestras de bicarbonato y de amoníaco, debido a que no lo dispensaban en unidosis, sino que lo ofrecían en botellas o cajas de mayor formato en el contexto de salas de consumo o de programas de acercamiento. Finalmente remitieron dichas muestras en un envase plástico cerrado y en un sobre.

Se descartaron aquellos cuestionarios procedentes de equipos que, aun actuando sobre la población diana, no dispensaban en ese momento parafernalia. Una vez tabulados los cuestionarios y clasificadas las muestras, en la tercera fase del proyecto los resultados fueron sometidos a discusión por un grupo de expertos mediante el uso de la metodología de pronóstico Delphi. Esta técnica se utiliza para someter un tema de estudio a la valoración y discusión de un grupo de personas que poseen un alto nivel de conocimientos sobre el campo a abordar. Mediante un Delphi se trata de poner de manifiesto las convergencias de opiniones respecto al tema de discusión, y deducir eventuales consensos. El objetivo de los cuestionarios sucesivos, es aproximarse a "la mediana" de la opinión del grupo. Una



de las características de esta técnica es que para evitar el efecto que los "líderes" puedan tener sobre el resto del grupo, se establece que ninguno de los participantes conoce la identidad del resto.

Cada miembro del grupo, que participa sin presencia física, recibe sucesivas rondas de información semicontrolada por el equipo investigador. Este semicontrol consiste en recoger todas las aportaciones pertinentes de cada ronda de aportaciones e incluirlas en el siguiente documento organizándolas de modo que puedan percibirse claramente las respuestas de signo contrario sobre un mismo tema. En la práctica, frente a cada enunciado del cuestionario, en la siguiente ronda los miembros del grupo verán la transcripción de las respuestas aportadas por el conjunto, y que a menudo defienden argumentos contrarios. Tras confrontar la posición personal con la del resto de integrantes del grupo, el anonimato favorece la reconducción de los posibles cambios de posiciones individuales en las siguientes rondas. En definitiva, se trata de promover un proceso de consenso sobre los aspectos escrutados. En el caso del presente estudio, se buscaba identificar las estrategias más pertinentes para la reorientación de las políticas públicas en este ámbito.

Las preguntas del cuestionario estructurado diseñado para el grupo Delphi, hacían referencia a la parafernalia registrada en el catálogo y a los mensajes de salud aportados por los equipos de la fase anterior. Los enunciados trataban de contrastar la consistencia de los mensajes, la pertinencia de los materiales dispensados, o la priorización de las posibles estrategias a

adoptar al respecto. Para la selección de los componentes del grupo de expertos, se buscó deliberadamente un grupo interdisciplinar en el que estuvieran representadas (con un mínimo de una y un máximo de dos profesionales) las siguientes disciplinas: medicina, psicología, antropología, trabajo social, farmacia... A su vez, se consideró el criterio de que los miembros procedieran de diferentes ámbitos institucionales (Administración pública, ONGs, ámbito académico, medio penitenciario, etc.). Finalmente, a efectos de completar el perfil del grupo, se incorporó al mismo un consumidor de drogas en activo con amplia experiencia como usuario de los materiales objeto de discusión. Durante la formación del grupo, sin embargo, no se obtuvo conformidad de participación por parte de la Administración Pública ni de las instituciones penitenciarias, por lo que el grupo se formó exclusivamente con profesionales procedentes de ONGs, y del ámbito académico, así como por un usuario de drogas en activo que fue propuesto por uno de los equipos participantes.

Se estableció realizar un total de tres rondas. La primera estaba destinada a recoger las respuestas individuales. La segunda permitía que cada participante pudiera contrastar sus posiciones con las del resto del grupo, y en su caso reorientar las propias a partir de las aportaciones y comentarios del conjunto. Finalmente la tercera ronda buscaba devolver los resultados que habían alcanzado mayor consenso y recoger las últimas adhesiones o disensos al respecto.

Al finalizar las diferentes fases del estudio, la búsqueda bibliográfica, el catálogo de muestras



de parafernalia, la recopilación de mensajes de salud utilizados por los equipos y las recomendaciones de los expertos obtenidas a través del Grupo Delphi, se entregó al Plan Nacional sobre Drogas la memoria final junto con un juego completo del catálogo de muestras.

RESULTADOS

El cuestionario fue contestado por dieciocho equipos que intervienen en reducción de daños en el consumo por vía fumada/inhalada de las Comunidades Autónomas de Madrid, Cataluña, Valencia, País Vasco, Galicia, Andalucía, Islas Baleares e Islas Canarias. Respecto a la tipología de los dispositivos, once de ellos eran unidades móviles de acercamiento, mientras

que en ocho casos se trataba de centros de encuentro y acogida y cinco eran programas de calle, por su parte dos eran salas de consumo supervisado y otros tantos eran programas de intercambio de jeringuillas en centros penitenciarios. Algunos de los equipos intervenían simultáneamente en diferentes dispositivos (por ejemplo, unidad móvil y programa de acercamiento). En la Tabla 1 se muestran los materiales dispensados desde los dispositivos en el momento del estudio.

En la Tabla 2 se muestra al año en que comenzaron a dispensarse por primera vez estos materiales en España.

El resto de materiales (agua bidestilada, toallitas de alcohol, cucharas, etc.) venían

Tabla 1. Materiales dispensados desde los dispositivos en el momento del estudio

Tipo de parafernalia	Nº de equipos que la dispensan
Papel de aluminio	16
Tubos de plástico	7
Gomas elásticas (para sujetar papel de aluminio a las pipas)	4
Imperdibles (para perforar el papel de aluminio de las pipas)	3
Bicarbonato sódico (para cocinar crack a partir de clorhidrato de cocaína)	3
Pipas de plástico para crack (equivalentes a botes de los utilizados para la dispensación de metadona)	1
Boquillas de goma (para colocar en el tubo de las pipas)	1
Amoniaco (para cocinar crack a partir de clorhidrato de cocaína)	1
Níquel nanas (para colocar sobre el mismo la piedra de crack en las pipas de metal)	1
Stericups (cazuelitas con mango de plástico o sin el para cocinar crack)	3
Agua bidestilada (para limpiar la gota durante el cocinado)	1
Cuchara (para el cocinado de crack)	1
Toallita de alcohol (para limpiar y calentar la cuchara durante el cocinado)	1
Palillos planos (para despegar la gota de la cuchara durante el cocinado)	1



Tabla 2. Año en el que comienza a dispensarse la parafernalia

Tipo de parafernalia, y año en que comienza a dispensarse (entre paréntesis número de equipos que comienzan ese año)	
Papel de aluminio	1998 (1) 2000 (1); 2002 (3); 2003 (3); 2004 (3); 2005 (1); 2006 (3); 2007 (1)
Tubos para fumado/inhalado	2003 (3); 2004 (2); 2005 (1); 2006 (1)
Gomas elásticas	2003 (2); 2004 (1); 2006 (1)
Imperdibles	2003 (2); 2006 (1)
Bicarbonato sódico	2000 (1); 2004 (1); 2007 (1)
Pipas de plástico para crack	2004 (1)
Boquillas para pipas	2004 (1)
Amoniaco	2005 (1)
Níquel nanas	1998 (1)

dispensándose con anterioridad para el uso inyectado, por lo que no ha sido factible establecer una fecha de inicio de su dispensación para el uso fumado/inhalado. Respecto a las 16 muestras de papel de aluminio recopiladas, solo dos pertenecen al mismo fabricante, el resto son diferentes entre sí.

En ocasiones, la dispensación de una determinada parafernalia tiene su origen en las demandas de los propios consumidores. Preguntados por las peticiones claras e insistentes que formulan los usuarios de los programas sobre parafernalia que desean sea dispensada (primera columna), en la Tabla 3 se ofrece la distribución del número de equipos que accedieron (o no) a dichas demandas.

Los principales motivos alegados por los equipos para no acceder finalmente a dis-

pensar algunos materiales suelen ser la falta de financiación o las dudas sobre si dichos materiales agregan nuevos riesgos al propio consumo fumado/inhalado. Ocho de los diez equipos habían solicitado formalmente financiación pública para la compra de parafernalia de consumo por vía fumada/inhalada. En todos los casos la financiación había sido concedida.

Respecto a los mensajes de salud que se utilizan habitualmente por parte de los equipos de estos dispositivos, se agruparon en función de su tipología, resultando varios bloques temáticos.

Una parte de los mensajes iban dirigidos a comparar los riesgos de la vía inyectada con los de la vía fumada/inhalada haciendo alusión al menor riesgo de que se produzca una sobredosis en esta segunda.

**Tabla 3.** Demanda de parafernalia de los usuarios y equipos que acceden a dicha demanda

Materiales demandados por los usuarios de los programas	Nº de equipos que han accedido a incorporar estos materiales tras ser solicitados por los usuarios	Nº de equipos que han recibido peticiones por parte de los usuarios para incorporar estos materiales, pero que han decidido no incorporar
Papel de aluminio	10	-
Tubos para fumado/inhalado	3	4
Pipas de plástico para crack	1	6
Pipas de metal para crack	-	3
Pipas de cristal para crack	-	4
Filtro o rejilla metálica para pipas	-	1
Boquillas para pipas	1	1
Agua bi-distilada (ampollas)	1	-
Amoniaco	4	6
Bicarbonato sódico	2	3
Níquel nanas	-	3
Ceniza de tabaco	-	1
Protector labial	-	2
Mecheros	-	2
Toallitas de clorhixidrina, para limpiarse las manos tras consumo	-	1
Gomas elásticas para sujetar el papel de aluminio a la pipa	1	-
Ventolín inhalador	-	1

“La vía fumada/inhalada permite mayor control sobre los efectos dado que el consumo se espacia en el tiempo”.

Otro grupo de mensajes comparaban los riesgos de la vía inyectada con los de la vía fumada/inhalada haciendo alusión a los riesgos de transmisión de infecciones y problemas circulatorios.

“La vía fumada/inhalada es menos agresiva físicamente que la inyectada y evita la aparición o transmisión de infecciones sanguíneas”.

“La vía fumada/inhalada es una alternativa para las personas que tienen dificultades para inyectarse (por el estado de sus venas encallecidas o difíciles de localizar; o por falta de pulso, etc.)”.



Otra categoría de los mensajes recogidos, alertaba sobre los riesgos de compartir material de consumo.

“Utiliza siempre tu propio tubo para fumar y si compartes usa una boquilla para tu compañero”.

“No compartiendo el material y usando el material estéril evitarás el contagio de herpes, hepatitis A y C”.

Algunos de los mensajes se dirigían a mejorar la técnica de elaboración o manejo de parafernalia propia de esta vía.

“Hacer rulos para el consumo inhalado con aluminio largos y más ancho en el extremo cercano al aluminio (conseguir que el humo se enfríe)”.

“Cambia de rulo cada vez que fumes”.

Algunos mensajes hacían referencia a la mejora de la manipulación del papel de aluminio:

“Es preferible usar papel de aluminio que no tenga capa plástica”.

“Quemar previamente el papel de aluminio para quemar la capa plástica”.

“Cuidado con el papel de plata varía su toxicidad”.

“Quemar previamente el papel de aluminio para facilitar que la gota corra”.

“Quemar el papel de plata antes de fumar para quitar el plomo, y dañar lo menos posible el aparato respiratorio”.

“Cambiar de papel de aluminio una vez que está bastante usado”.

“Cambia de papel cada vez que fumes”.

Otra categoría de mensajes hacía referencia al cocinado del crack a partir de clorhidrato de cocaína.

“Es preferible el uso del bicarbonato para basificar la coca que el amoniaco”.

“Limpiar la gota de cocaína con agua destilada”.

Se registran también mensajes dirigidos a reducir los riesgos que puedan derivarse de la manipulación de la llama, o también como consecuencia del calor que se desprende a consumir por esta vía.

“Recogerse el pelo largo antes de consumir”.

“Cuidado con labios, pelos, pestañas y cejas”.

“Utilizar regularmente protector labial”.

“Utilizar regularmente crema hidratante en la cara”.

Todos los miembros del grupo de expertos consultados, mantenían un grado de acuerdo del 100% con las siguientes afirmaciones:

- El volumen de producción científica en torno al consumo fumado/inhalado de heroína, cocaína y crack es insuficiente.
- La literatura científica existente sobre fumado/inhalado no resulta lo suficientemente accesible para los equipos que intervienen en reducción de riesgos y daños.
- Las dificultades para encontrar referencias bibliográficas que respondan a las necesidades de información de los equipos, pueden llevarles a buscar respuestas en páginas y foros cuya información no está contrastada científicamente.
- Deberían establecerse protocolos para valorar la salud respiratoria de cada usuario antes de promover el cambio de vía de la inyectada a la fumada/inhalada.
- Las autoridades sanitarias deberían pronunciarse sobre qué parafernalia es convenient-



te o no dispensar, realizando recomendaciones al respecto.

- En el medio penitenciario, las políticas públicas deberían garantizar el acceso al papel de aluminio en el mismo contexto en el que se facilitan los útiles de inyección.

Por otra parte, se registraron diferentes grados de consenso sobre el resto de enunciados propuestos a los miembros del grupo:

- La vía de consumo fumada/inhalada está considerada como una vía mucho menos agresiva para el organismo que la vía inyectada. Por lo que el 87,5% considera que esta creencia puede estar influyendo en la generación de una baja percepción de riesgo respecto a la misma por parte de los consumidores.
- El 87,5% de los participantes considera que las administraciones públicas deberían subvencionar los materiales que se estimen pertinentes para el consumo fumado/inhalado, tal como ocurre con los materiales para el consumo inyectado.
- El 87,5% de los profesionales participantes piensa que es probable que en el futuro parte de los usuarios que consumen heroína, cocaína o crack por vía fumada/inhalada, desarrollen graves problemas respiratorios.
- Un 87,5% de los entrevistados considera que la disponibilidad de material para inyectarse o para inhalar/fumar, influye en la elección de la vía de consumo dentro del medio penitenciario.
- Un 82,5% de los entrevistados considera que las Administraciones Públicas deberían establecer protocolos para hacer un

seguimiento de la salud respiratoria de los usuarios de larga evolución que utilizan la vía fumada/inhalada.

- El 75% de los participantes piensa que al quemar el papel de aluminio y aspirar los vapores de la sustancia, puede darse una transferencia de partículas de aluminio al organismo.
- Frente al enunciado: Los equipos deberían abstenerse de dispensar cualquier tipo de material para el consumo fumado/inhalado, hasta que recibieran el visto bueno de las autoridades sanitarias competentes. El 75% de los profesionales se muestra en desacuerdo y un 25% no se muestra ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En opinión del 62,5% de los profesionales entrevistados, se debería evitar la dispensación de pipas de plástico porque algunos usuarios las raspan por dentro para fumar el residuo, y al rasparlas con agujas se desprenden también diminutas virutas de plástico; un 12,5% no estaría de acuerdo con esta medida.
- Un 37,5% de los entrevistados considera que sería preferible utilizar la construcción vía "fumada/inhalada" en lugar de vía "pulmonar"; por otro lado un 62,5% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con esta preferencia.

Por lo que se refiere a la parafernalia de consumo, la Tabla 4 recoge los materiales cuya dispensación supone un mayor consenso.

Por otro lado, existen opiniones contrarias a la dispensación de materiales como el níquel nanas (87,5%), pipas de metal para el consumo de crack (87,5%), cenizas de tabaco (75%),



Tabla 4. Grado de consenso entre los participantes en el Grupo Delphi sobre la conveniencia de dispensar determinados materiales de parafernalia en el contexto de programas de reducción de riesgos y daños

Materiales	Grado de acuerdo
papel de aluminio	100%
agua bidestilada	100%
cazuelillas para hacer la mezcla o cocinar crack	87,5%
boquillas de goma	87,5%
bicarbonato sódico	75%
tubos de plástico	62,5%

rejillas para las pipas de metal de crack (75%), mecheros (75%), pipas de plástico (62,5%), y amoníaco (50%).

DISCUSIÓN

Una de las primeras aportaciones que pueden extraerse de este trabajo, es la constatación de que en España, la perspectiva de reducción de riesgos y daños sigue siendo un referente teórico en proceso de evolución. A pesar de que su popularización tuvo lugar como sustento de las intervenciones dirigidas a la prevención del VIH entre los usuarios de drogas vía inyectada, los equipos que intervienen en este ámbito han elaborado adaptaciones de esta perspectiva para responder a la progresiva extensión del consumo fumado en detrimento del uso inyectado.

Los resultados de este estudio muestran cómo la introducción de la parafernalia para el consumo vía fumada/inhalada, entre la oferta del material dispensado por estos equipos, se

ha producido de una manera focalizada, poco homogénea, y tardía en el tiempo (ver Tabla 2). La disparidad de materiales y formatos de esta parafernalia (ver Tabla 1), parece responder a esta respuesta atomizada y originada desde cada uno de los equipos. Tal es así, que de las dieciséis muestras de papel de aluminio identificadas, solo dos pertenecían al mismo tipo de producto comercial. Diez de los equipos participantes no solicita financiación pública para la compra de la parafernalia de fumado/inhalado que ofrecen. Y entre los materiales registrados, se encuentran algunos cuya dispensación debería evitarse según los propios expertos integrantes del grupo Delphi consultado.

Por lo que se refiere a los mensajes de salud promovidos por estos equipos de reducción de daños en torno al consumo fumado/inhalado, muestran consenso sobre las ventajas de esta vía sobre la inyectada (Bravo, Barrio, De la Fuente, Royuela et al., 2000; Hernández-Aguado, Avino, Pérez-Hoyos, González-Aracil



et al., 1999; De la Fuente, Fabregat, Domingo, Silva et al., 2003) haciendo referencia al menor riesgo de sobredosis y de infecciones que se transmiten por la sangre, así como a la evitación de problemas de circulación. Sin embargo, en algunas categorías se detectan mensajes que, lejos de asentarse sobre bases científicas, trasladan ideas erróneas, o se muestran contradictorios entre sí. Las justificaciones aportadas para la instrucción de quemar el papel de plata antes de consumir servirían de ejemplos: "...para facilitar que la gota corra", "... para quemar la capa plástica", "...para quitar el plomo, y dañar lo menos posible el aparato respiratorio". Por otra parte, los errores y la disparidad de criterios detectados sobre el tipo de riesgos que entraña el compartir materiales como pipas o tubos, hace que la mayoría de los mensajes registrados en esta categoría resulten incompletos o inadecuados, destacándose que ningún equipo atribuye exactamente el mismo tipo de infecciones que otro a estas prácticas.

A partir de los datos recogidos en la Tabla 3, puede observarse cómo los propios usuarios formulan demandas a los equipos sobre el tipo de materiales que desearían les fueran dispensados. Algunas de estas demandas han sido satisfechas por los equipos incorporando dicha parafernalia. Además, los ocho equipos que habían solicitado a las Administraciones Públicas financiación para parafernalia de fumado/inhalado, declararon haber recibido una respuesta favorable. Sin embargo, una limitación del estudio resulta de no haber desagregado en la pregunta qué tipo concreto de parafernalia habían aprobado o rechazado financiar las Administraciones responsables.

Estos equipos que trabajan en primera línea con consumidores en activo son, entre otros motivos- por ser receptores directos de demandas de parafernalia (Tabla 3)- testigos directos de las tendencias de consumo, tanto sobre el tipo de sustancias utilizadas, como en lo relativo a las vías de administración. Sin embargo, de este estudio se desprende que existe un importante vacío de información sobre el contenido del trabajo que realizan. Su experiencia práctica no está convenientemente representada en las publicaciones. La búsqueda bibliográfica de la primera fase de este estudio, ya identificó una importante laguna de conocimiento, en lo que se refiere a las consecuencias del uso de la parafernalia utilizada en el consumo de la cocaína/crack/heroína por vía fumada/inhalada. Lo anterior, unido al análisis del tipo de parafernalia y de los mensajes identificados, permite inferir que existe un significativo vacío de referencias teóricas y técnicas en este campo.

A pesar de que todos los equipos entrevistados recibían financiación pública, se desconoce si las Administraciones Públicas responsables han detectado las deficiencias señaladas en el apartado de resultados, pues los conocimientos teórico-prácticos que se requieren para evaluar adecuadamente estas actuaciones, representan un campo muy específico y escasamente recogido en la bibliografía. En ese sentido, los integrantes del Grupo Delphi, comparten la idea de que los propios equipos de estos dispositivos y programas pueden presentar carencias formativas y que no tienen el acceso que requerirían a las evidencias científicas disponibles. Algo que por otra parte, se une a la ausencia de referencias



accesibles sobre determinadas temáticas, como la parafernalia y los riesgos derivados del uso de la misma. Este tipo de limitaciones se agrava con la aparente variabilidad de los usos locales de parafernalia de fumado/inhalado, pues las referencias de otras latitudes sobre consumo de crack en pipas de metal o de cristal, no responden a los interrogantes que aquí se plantean a partir del uso por ejemplo de pipas de plástico.

Siguiendo con aquellos aspectos que consiguieron un consenso absoluto por parte del Grupo Delphi, desde este estudio se propone una recomendación a las autoridades sanitarias pertinentes, la de que se pronuncien sobre qué parafernalia es conveniente o no dispensar desde el marco de los programas de reducción de riesgos y daños para estos usuarios de drogas que utilizan la vía fumada/inhalada, realizando recomendaciones al respecto. De la misma manera que se han editado diferentes manuales sobre talleres de inyección más segura y sobre los mensajes pertinentes en ese contexto, sería deseable hacer lo propio dando difusión a los contenidos vinculados a la vía de consumo que nos ocupa.

Independientemente de que sean las Administraciones o no quienes asuman el coste de la parafernalia, lo fundamental es que estas realicen recomendaciones sobre qué materiales reúnen las garantías para proceder a su dispensación. Cabría pensar que, mientras las autoridades sanitarias no se pronuncien al respecto, lo más prudente sería paralizar cautelarmente la actual dispensación de materiales. Sin embargo, al ser preguntados al respecto, los miembros del grupo se mostraban a favor de mantenerla.

Preguntados sobre la conveniencia de ofrecer diferentes materiales, algunos de los productos eran considerados como de dispensación prioritaria, mientras que otros eran valorados como desaconsejables. El amoniaco, dispensado por algunos equipos para el cocinado de crack, era por ejemplo uno de los productos que serían desaconsejables, resultando el bicarbonato la alternativa más apoyada por el grupo para ese fin.

A partir de los resultados del Delphi, se propone también el establecimiento de protocolos para valorar la salud respiratoria de cada usuario antes de promover el cambio de vía de la inyectada a la fumada/inhalada. En realidad, la insistencia sobre la peligrosidad de la vía inyectada puede haber contribuido (March, Ballesta & Pepsa, 2001; De la Fuente, Barrio, Royuela & Bravo, 1997), según la mayoría de los componentes del grupo, a que se genere una baja percepción de riesgo sobre el uso fumado/inhalado (Barrio, De La Fuente, Lew, Royuela et al., 2001). Puesto que algunas personas pueden de por sí presentar problemas respiratorios graves, sería conveniente que los mensajes sobre los riesgos que entraña esta vía incorporaran también los factores de riesgo individual. En cualquier caso, el grupo quiere llamar la atención sobre la posibilidad de que en un futuro próximo estos usuarios desarrollen problemas respiratorios graves, de ahí la pertinencia de establecer protocolos para monitorizar la evolución de la salud respiratoria de este colectivo tal como por otra parte, se recoge entre las acciones del Programa de Actuación frente a la cocaína (2007-2010), cuando incluye entre sus acciones: "Estimular y apoyar los estudios epidemiológicos, clínicos



y de investigación básica sobre la extensión y los determinantes de los distintos patrones de consumo de cocaína, sus efectos sobre el organismo, los problemas médicos así como los determinantes neuropsicológicos y sociales relacionados con la cocaína, y las medidas para reducirlos”.

Otro de los aspectos a subrayar dado que en la actualidad la vía fumada/inhalada está relevando a la inyectada, es la necesidad de que los centros penitenciarios que actualmente ofrecen programas de intercambio de jeringuillas, dispensen también la parafernalia que las autoridades sanitarias recomiendan para el uso fumado/inhalado. De lo contrario, podría darse la paradoja de que un consumidor habitual de heroína fumada en papel de aluminio, o de crack fumado en pipa, ingresara en un centro penitenciario y desde el mismo se le ofreciera exclusivamente material de inyección, pues esto podría inducir a un cambio de vía de administración hacia una vía más agresiva y con mayores implicaciones para la salud. De ahí la recomendación del grupo de expertos de garantizar el acceso dentro del sistema penitenciario a la parafernalia que se encuentre indicada.

Por lo que se refiere a la discusión en torno a la parafernalia, parecen claras las dudas sobre el uso de las pipas de plástico, tan características del caso de España. Si bien no producen las quemaduras en los labios que se dan en los países en los que el material de elección es metal o cristal (Leonard, DeRubeis, Pelude, Medd et al., 2008), entrañan riesgos derivados del raspado con objetos cortantes o punzantes con el objeto de extraer lo que los usuarios denominan “la madre”. Este residuo que que-

da adherido a las paredes de las pipas tras un uso reiterado, es reciclado para volver a ser fumado. Pese a la importancia de este hecho, no se ha detectado entre los mensajes de salud registrados, ninguno referido a las consecuencias del raspado o disolución del mismo, ni al consumo de este mitificado residuo.

También hay que destacar que a pesar de que el grupo se manifestara favorable a la dispensación de papel de aluminio, la mayor parte del mismo piensa que su uso podría producir una transferencia de partículas de aluminio al organismo, aunque esta sospecha no se encuentra contrastada. Este aspecto aparentemente contradictorio viene a reforzar una idea, la de que las consecuencias de cada tipo de parafernalia deben ser objeto de nuevas investigaciones, para determinar en qué medida añaden o no riesgos a los del propio consumo de las sustancias. Solo así podrán establecerse con suficientes garantías recomendaciones ajustadas a la realidad.

Agradecimientos

Queremos agradecer muy especialmente la colaboración de todos los equipos de reducción de riesgos y daños que participaron en este trabajo. Esperamos que el resultado final sea de su interés y que consiga llamar la atención sobre la necesidad de seguir investigando en este ámbito y mejorar así la calidad y sentido de las intervenciones.

Financiación

El estudio fue financiado en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrio, G., De La Fuente, L., Lew, C., Royuela, L., Bravo, M.J. & Torrens, M. (2001). Differences in severity of heroin dependence by route of administration: the importance of length of heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 169-177.
- Bravo, M.J., Barrio, G., De la Fuente, L., Royuela, L., Colomo, C., Rodríguez, A. & Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para el control de la infección por VIH y las prácticas de riesgo en inyectores de drogas. (2000). Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de prácticas de riesgo de inyección entre inyectores de drogas infectados o no por el VIH de tres ciudades españoles. *Revista Clínica Española*, 200, 355-359.
- Caiaffa, W.T., Osimani, M.L., Martínez-Peralta, P., Radulich, G., Latorre, L., Muzzio, E., Segura, M., Chiparelli, H., Russi, J., Zocrato, K.B.F., Rey, J., Vázquez, E., Cuchí, P., Sosa Estani, S., Rossi, D. & Weissenbacher, M. (2006). *HIV and Hepatitis C virus among self declared non-injecting cocaine users declared non-injecting cocaine users (NICUs) in two countries in South America*. Toronto. XVI International AIDS Conference, Abstract Book.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2007). Syringe exchange programs-United States 2005. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 9, 1164-1167.
- DeBeck, K., Kerr, T., Li, K., Fischer, B., Buxton, J., Montaner, J. & Wood, E. (2009). Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 27, 585-589.
- De la Fuente, L., Barrio, G., Royuela, L. & Bravo, M.J. (1997). The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. The Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. *Addiction*, 92, 1749-1763.
- De la Fuente, L., Fabregat, A., Domingo, A., Silva, T., Ambrós, M. & Torralba, L. (2003). Jóvenes consumidores de heroína de Madrid y Barcelona en 1995 y 2002: cambios en las prevalencias de inyección y en las prácticas asociadas. *Publicación Oficial de SEISIDA* 4:153.
- Des Jarlais, D.C., Arasteh, K., Perlis, T., Hagan, H., Abdul-Quader, A., Heckathorn, D.D., McKnight, C., Bramson, H., Nemeth, C., Torian, L.V. & Friedman, S.R. (2007). Convergence of HIV seroprevalence among injecting and non-injecting drug users in New York City. *AIDS*, 21, 231-235.
- Gyarmathy, V.A., Neaigus, A., Miller, M., Friedman, S.R. & Des Jarlais, D.C. (2002). Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B Virus, and hepatitis C virus infection among non-injecting heroin users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 448-456.
- Hernández-Aguado, I., Avino, M.J., Pérez-Hoyos, S., González-Aracil, J., Ruiz-Pérez, I., Torr, A. et al. (1999). Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of the epidemic over 10 years. *International Journal of Epidemiology*, 28, 335-340.
- Holtzman, D., Barry, V., Ouellet, L.J., Des Jarlais, D.C., Vlahov, D., Golub, E.T., Hudson, S.M. & Garfein, R.S. (2009). The influence of needle exchange programs on injection risk behaviors and infection with hepatitis C virus



among young injection drug users in select cities in the United States, 1994-2004. *Preventive Medicine*, 49, 68-73.

Huo, D. & Ouellet, L.J. (2009). Needle exchange and sexual risk behaviors among a cohort of injection drug users in Chicago, Illinois. *Sexually Transmitted Diseases*, 36, 35-40.

Kidorf, M. & King, V.L. (2008). Expanding the public health benefits of syringe exchange programs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 487-495.

Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L., Medd, E., Birkett, N. & Seto, J. (2008). "I inject less as I have easier access to pipes" Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline a safer crack-smoking resources are distributed. *The International Journal on Drug Policy*, 19, 255-264.

March, J.C., Ballesta, R. & Pepsa, E. (2001). La drogadicción por vía intravenosa, un problema de salud pública en España. *Atención Primaria*, 28, 631-633.

Observatorio Español sobre Drogas (2005). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006 -análisis y principales resultados. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid. Recuperado el 26 de diciembre de 2009 de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>.

Pulford, J., Adams, P. & Sheridan, J. (2009). Developing a clinical assessment model suited to use in an agency providing short-term substance use treatment: findings from a delphi survey of expert opinion. *Administration and Policy in Mental Health*, 36, 322-330.

Soriano, R. (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el trabajo social*. Tirant lo Blanch. 116-136.

Strathdee, S.A., Hallett, T.B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdool, R. & Hankins, C.A. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 376, 268-84.

Vlahov, D., Robertson, A.M. & Strathdee, S.A. (2010). Prevention of HIV infection among injection drug users in resource-limited settings. *Clinical Infectious Diseases*, 50, 114-121.

Walsh, J.M., Verstraete, A.G., Huestis, M.A. & Morland, J. (2008). Guidelines for research on drugged driving. *Addiction*, 103, 1258-1268.

Wilkinson, T.J., Weller, J.M., McKimm, J., O'Connor, B.J., Pinnock, R.E., Poole, P.J., Sheehan, D., Tweed, M.J., & Wearn, A.M. (2010). Programmatic research in medical education: a national collaboration. *The New Zealand Medical Journal*, 16, 24-33.

Wodak, A. & Cooney, A. (2006). Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse*, 41, 777-813.