

Razones de las prácticas de riesgo en usuarios de drogas por vía parenteral adscritos a programas de reducción de daños en Barcelona

Reasons for risk practices of injected drug users involved in harm reduction programs in Barcelona

Rafael Clua García

Facultat de Ciències de la Salut de Manresa, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

Recibido: 21/05/2020 · Aceptado: 08/01/2021

Resumen

A pesar de la alta cobertura de programas de reducción de daños en Barcelona, los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) continúan manteniendo prácticas de consumo de riesgo. Analizar los motivos de estas prácticas desde la perspectiva de los usuarios es clave para orientar en las intervenciones de educación sanitaria desde los centros de reducción de daños. El objetivo de este estudio es conocer las razones de los UDVP en torno a las prácticas de consumo de riesgo. Se realizó un estudio etnográfico entre 2012 y 2016 mediante la observación participante en cinco centros de reducción de daños y entrevistas semiestructuradas a 15 UDVP. Se realizó análisis de contenido de los datos. Los UDVP creen erróneamente que algunos utensilios de consumo, como el filtro o el cítrico, sirven para eliminar impurezas o agentes patógenos de las sustancias. Se inyectan en zonas de alto riesgo y se bombean la sangre con la expectativa de obtener efectos más intensos. Manejan un conocimiento fragmentario de las vías de transmisión del VIH y las hepatitis. Desconocen algunos factores determinantes de las sobredosis y tienen un conocimiento parcial de cómo actuar ante ellas. Estas prácticas de consumo de riesgo se atribuyen a creencias erróneas, conocimientos parciales de prevención, el deterioro físico y los procesos de estigmatización entre los UDVP. Se recomienda intensificar la educación sanitaria desde los programas de reducción de daños con la participación de usuarios que realicen educación entre iguales para una mayor adaptación y credibilidad en los mensajes preventivos.

Palabras Clave

Usuarios de drogas por vía parenteral; Conductas de riesgo para la salud; Sobredosis de droga; VIH; Reducción del daño; Investigación cualitativa.

— Correspondencia a: —

Rafael Clua

Email: rclua@umanresa.cat



Abstract

Despite the high coverage of harm reduction programs in Barcelona, injected drug users (IDUs) continue to maintain risk-taking practices. The analysis of these practices from the perspective of drug users is a key to guide health education interventions from harm reduction services. The objective of this study is to know the reasons of the IDUs for risk consumption practices. An ethnographic study was carried out between 2012 and 2016 through participant observation in five harm reduction centers and semi-structured interviews with 15 IDUs. Data content analysis was performed. The IDUs believe mistakenly that some consumer tools, such as the filter or citrus, serve to remove impurities or pathogens from the substances. They inject themselves in high-risk areas and pump the blood repeatedly with the expectation of obtaining more intense effects. They hold a fragmentary knowledge about the routes of transmission of HIV and hepatitis. They do not know some determinants of overdoses and have a partial knowledge of how to react in case of it. These risky consumption practices are attributed to erroneous and partial knowledge of prevention, physical deterioration, and stigmatization processes among IDUs. It is recommended to increase action in health education from harm reduction programs involving meaningful participation of drug users who carry out peer education strategies for better adaptation and credibility in preventive messages.

Key Words

People who inject drugs; Health risk behaviors; Drug overdose; HIV; Harm reduction; Qualitative research.

INTRODUCCIÓN

En el Estado español, las políticas de reducción de daños se desarrollaron a finales de los años ochenta para frenar la alta prevalencia de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sanguínea asociadas al uso de drogas por vía parenteral, así como de muertes por sobredosis de heroína (Martínez Oró, 2019; Bosque-Prous y Brugal, 2016). La introducción de estas políticas y de tratamientos antirretrovirales efectivos, así como un rechazo del consumo inyectado de drogas, ha conllevado un descenso de nuevos casos de VIH y de muertes por sobredosis entre los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) desde mediados de los años noventa (Martínez Oró, 2019; Bosque-Prous y Brugal, 2016).

En la actualidad, aunque la declaración de nuevos casos de VIH a nivel nacional se ha detectado principalmente en hombres que tienen sexo con hombres, seguido de mujeres heterosexuales (UVVCR, 2019; Reyes-Urueña, Olalla, Pérez-Hoyos y Caylà, 2013), el uso de drogas por vía parenteral es la segunda causa tanto en mujeres (25,2%) como en hombres (33,6%) (PNSD, 2018). Específicamente, entre los UDVP, se ha estimado una prevalencia del 31,1% por VIH y del 64,4% por VHC (EMCDDA, 2019). En relación con las sobredosis por opioides en España, en el período de 2011 a 2016 se detectaba una disminución y una tendencia a la estabilización de las muertes por esta causa, con alrededor de 330 de fallecidos por año (PNSD, 2018).

Aunque los estudios han demostrado una disminución global de los indicadores en el Estado español, en la comunidad autónoma de Cataluña se ha mantenido una alta incidencia de los efectos negativos entre los UDVP (Bosque-Prous y Brugal, 2016; Folch et ál., 2012; Folch et ál., 2018). Por ello, desde inicios de los años 2000 en esta región se ha fortalecido la oferta de programas de reducción de daños con la implementación y diversificación de programas de sustitución de opiáceos, programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) y salas de consumo higiénico (SCH), entre otros, que han sido integrados en centros de reducción de daños (CRD) próximos a escenas abiertas de consumo (Bosque-Prous y Brugal, 2016; Clua, 2015; Folch et ál., 2018).

Sin embargo, un alto porcentaje de los UDVP que acuden a los CRD continúa manteniendo prácticas de consumo de riesgo. En diversos estudios se detecta que el 30% de los usuarios comparte jeringuillas, que más del 50% comparte otros utensilios para la preparación de la inyección, y sólo un 20% hace un uso frecuente de las SCH para consumir de forma higiénica y segura (Folch et ál., 2012; Folch et ál., 2018; Clua, 2015). Por otro lado, pese a haberse demostrado una alta cobertura de programas de prevención y atención a las sobredosis en Cataluña (Arribas-Ibar et ál., 2014), se encontró que tres de cada diez personas que usan opioides tienen un conocimiento insuficiente de los factores de riesgo o las medidas que deben tomarse para asistirlas (Espelt et ál., 2017; Sarasa-Renedo et ál., 2014).

En el marco de las políticas prohibicionistas, la capacidad para gestionar de forma positiva el consumo se propicia en entornos con altos niveles de normalización y regu-

lación de las prácticas y de las sustancias (Llort, 2018; Clua, 2020). Por lo tanto, los UDVP sumergidos en procesos de criminalización y estigmatización deben perseverar en la adherencia a estrategias para reducir riesgos y daños (Llort, 2018). No obstante, las investigaciones previas demuestran que la disposición de programas de reducción de daños es insuficiente para mejorar cuatro aspectos centrales en el consumo de drogas: el uso del material estéril, la técnica de inyección, la protección de las infecciones de transmisión sanguínea, y la prevención y atención de las sobredosis. Sin embargo, no existen estudios que hayan explorado en profundidad las explicaciones de las prácticas de consumo de riesgo desde la perspectiva de los UDVP. Responder a esta cuestión es fundamental para orientar en las estrategias de reducción de daños y de educación sanitaria para evitar la perpetuación de prácticas de riesgo en esta población. Por este motivo, el objetivo de este estudio es conocer las razones de las prácticas de consumo de riesgo entre los UDVP adscritos a programas de reducción de daños.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico (Hammersley y Atkinson, 2007), método que permitió una interacción directa con los UDVP dentro de su cotidianidad (Romani, 2019; Bourgois, 2002). Esta investigación es parte de un proyecto más amplio, realizado entre noviembre de 2012 y junio 2016, que pretendía conocer las necesidades sociosanitarias de los usuarios de las SCH y evaluar las políticas de reducción de daños de Barcelona. Se investigó en cinco CRD (tabla 1) y sus alrededores



(vía pública), situados en tres zonas con una fuerte escena de venta de drogas por las que circulan el mayor número de UDVP de esta área metropolitana.

Durante el trabajo de campo, el investigador contactó con hombres y mujeres, españoles y extranjeros, que hacían uso de programas de reducción de daños y que mantenían prácticas de consumo de riesgo. Indagar en este problema de estudio conllevó documentar etnográficamente las prácticas de riesgo de los UDVP que hacen uso de servicios de reducción de daños, pero que también usan drogas en espacios naturales (vía pública y viviendas) (Romaní, 2010). De este modo, la información de la población estudiada fue recogida articulando la observación participante y las entrevistas semiestructuradas. Mediante la observación participante el investigador tomó contacto directo con los UDVP en las diferentes áreas

de los CRD estudiados. Para ello, se situó en diferentes espacios (PIJ, SCH, consultas de enfermería, talleres de prevención de sobredosis y zonas de “calor y café”) para observar las interacciones entre los UDVP y los profesionales. En los diferentes espacios se estableció conversación con los usuarios, por ejemplo, en el momento de realizar el consumo en las SCH o al intercambiar material de consumo en los PIJ. Además, para profundizar en las prácticas de consumo de riesgo en vía pública, realizadas por UDVP que en ocasiones no consumen en las SCH, el investigador acompañó a los educadores de calle para recoger datos en espacios abiertos de consumo (portales, descampados, etc.) y mantener conversaciones informales con los usuarios. El registro de estas sesiones se realizó en un diario de campo, donde se plasmó los hechos, los acontecimientos y las reflexiones del investigador. Por lo tanto, mediante esta técnica

Tabla 1. Centros de reducción de daños estudiados

	SAPS	CAS Baluard	Unidad móvil Zona Franca	CAS Fòrum	Centro sociosanitario “El Local”
Ubicación	Centro de la ciudad de Barcelona	Centro de la ciudad de Barcelona	Barrio periférico de Barcelona	Barrio periférico de Barcelona	Extrarradio, barrio de Sant Adrià de Besòs
Horario de apertura	De lunes a jueves de 18 a 1h., viernes de 13 a 20h.	De lunes a viernes de 7 a 22h., fines de semana de 8 a 19h	De lunes a viernes de 14 a 21:30h.	De lunes a domingo de 12:15 a 18:45h.	De lunes a viernes de 11 a 19h., fines de semana de 11 a 15h.
Programas de reducción de daños	PIJ, TPS, SCH (2 plazas para el consumo VI)	PIJ, PMM, TPS, análisis de sustancias, SCH (5 plazas para el consumo VI y 6 para el consumo VP)	PIJ, TPS, SCH (3 plazas para el consumo VI)	PIJ, PMM, TPS, SCH (1 plaza para el consumo VI)	PIJ, TPS, SCH (8 plazas para el consumo VI)
Número de usuarios (2016)	562	2.217	82	677	2.092

Nota: CAS = centro de atención y seguimiento a las drogodependencias; PIJ = programa de intercambio de jeringuillas; PMM = programa de mantenimiento con metadona; SAPS = Servei d’atenció i prevenció sociosanitària; SCH = sala de consumo higiénico; TPAS = taller de prevención de sobredosis, VI = Vía intravenosa; VP = vía pulmonar.

Fuente: Elaboración propia a partir de ASPB (2017) y Clua (2015); 2019.

se recogió información sobre los diferentes ambientes de ritualización del uso de drogas. Dicha información sirvió para discernir temas clave que fueron introducidos en las entrevistas semiestructuradas. Además, en el diario de campo se registró información de los usuarios que no fueron entrevistados formalmente, pero que son parte de la población de estudio (usuarios con baja adherencia a los CRD, con barrera idiomática o que no fueron entrevistados).

Para profundizar en el objeto de estudio, se seleccionó una muestra de usuarios de forma intencional (Martínez-Salgado, 2012) a los que se le realizó una entrevista semiestructurada (Kallio, Pietilä, Johnson y Kangasniemi, 2016). Durante la fase de familiarización de los diferentes ambientes de observación, se contactó con un centenar de usuarios de drogas de manera directa y por medio de la técnica “bola de nieve” (Shaghghi, Bhopal y Sheikh, 2011), a través de los usuarios y los profesionales de los CRD. La muestra se compuso de UDVP adscritos a programas de reducción de daños, mayores de edad y que en el momento de realizar la entrevista no tuvieran mercedas sus capacidades físicas y cognitivas. Se excluyeron a los UDVP que presentaran barrera idiomática o capacidades cognitivas o físicas que impidieran mantener una conversación estructurada. La recogida de datos se prolongó hasta la saturación de los datos, seleccionándose a 15 UDVP. Las características sociodemográficas, sanitarias y de consumo de drogas de los participantes que fueron entrevistados se encuentran descritas en la tabla 2.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron en despachos de los CRD estudiados u otros lugares tranquilos para conversar

(cafeterías) próximas a estos dispositivos. Éstas permitieron obtener información específica sobre las razones de las prácticas de riesgo en un contexto relativamente íntimo que complementó los datos recogidos vía observación participantes. Para ello se utilizó un guion con tres bloques temáticos que incluía preguntas deductivas en torno al consumo de drogas por vía parenteral: 1) Uso de material estéril y práctica del consumo por vía parenteral; 2) Conocimiento de las vías de las infecciones de transmisión sanguínea; y 3) Conocimientos de la prevención y asistencia de sobredosis. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente y transcritas textualmente para su posterior análisis.

Los materiales recogidos fueron analizados mediante el análisis de contenido (Bengtsson, 2016). Este consistió en la interpretación y la comparación objetiva y sistemática de los datos recogidos, para una comprensión holística del problema de investigación. La información se codificó de manera abierta, y a continuación, se elaboró un índice de conceptos con información de carácter provisional. Estos códigos se ordenaron y se compararon entre ellos para simplificarlos en etiquetas más precisas. Estos códigos permitieron identificar descripciones e ideas que se agruparon en familias temáticas para generar categorías que proporcionaron una explicación teórica del objeto de estudio.

Para asegurar la credibilidad y validez de los resultados, el investigador realizó triangulación del análisis (Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe y Neville, 2014). Se realizó triangulación metodológica de las entrevistas semiestructuradas y las notas de campo, y la triangulación de datos, mediante la participación de diferentes UDVP de cinco CRD.



Tabla 2. Características sociodemográficas, sanitarias y de consumo de drogas de los entrevistados

Usuario	Sexo	Año y lugar nacimiento	Ingresos	Vivienda	Tipo de consumo	Patologías	Seguimiento en CAS	Adherencia a PIJ y SCH
U1	Hombre	1962, Córdoba	PNC, hurtos y trapicheos	Piso compartido	Consumo intenso Heroína, VI y VP	VHC	Irregular en CAS	Media
U2	Hombre	1964, Barcelona	Mendicidad	Calle, pensiones	Consumo moderado Heroína, VI	VHC y VIH	Centro de día	Baja
U3	Hombre	1970, Sevilla	Hurtos y trapicheos	Calle, pensiones	Consumo moderado Cocaína, VI	VHB, VHC y VIH	CAS y PMM	Media
U4	Mujer	1974, Granada	PNC, hurtos y trapicheos	Piso compartido	Consumo moderado Heroína y cocaína, VP y VI	VHB, VHC y VIH	CAS y PMM	Media
U5	Mujer	1973, Barcelona	PNC	Vivienda familiar	Consumo ocasional Heroína, VI	VHB, VHC y VIH	CAS y PMM	Uso ocasional
U6	Transex	1974, Barcelona	PNC	Piso compartido	Consumo intenso Cocaína, VI	VHC y VIH	CAS y centro de día	Baja
U7	Intersex	1981, Barcelona	Hurtos y trapicheos	Vivienda familiar	Consumo moderado Heroína y cocaína, VI	VHC y VIH	CAS y PMM	Alta
U8	Hombre	1978, Barcelona	PNC y mendicidad	Piso compartido	Consumo ocasional Heroína, VI	VHC	CAS y PMM	Alta
U9	Hombre	1981, Barcelona	PNC y hurtos	Vivienda familiar	Consumo ocasional Cocaína, VI	VHC	CAS y PMM	Uso ocasional
U10	Mujer	1983, Vic	Trabajo sexual	Vivienda familiar	Consumo bajo Cocaína, VI	VIH	No	Uso ocasional
U11	Hombre	1981, Barcelona	Sueldo	Vivienda familiar	Consumo ocasional Heroína, VI	NO	CAS y PMM	Alta
U12	Hombre	1984, Barcelona	PNC, hurtos y trapicheos	Calle	Consumo intenso Heroína y cocaína, VI	VHC y VIH	Irregular en CAS y PMM	Baja
U13	Hombre	1985, Barcelona	Mendicidad	Calle	Consumo intenso Cocaína, VI	NO	Irregular en CAS y PMM	Alta
U14	Mujer	1985, Barcelona	Mendicidad	Calle	Consumo intenso Cocaína, VI	NO	Irregular en CAS y PMM	Alta
U15	Mujer	1967, Mollerussa	Mendicidad	Calle, pensiones	Consumo moderado Heroína y cocaína, VI	VHC y VIH	CAS y CSMA	Media

Nota: CAS = centro de atención y seguimiento a las drogodependencias; CSMA = centro de salud mental de adultos; PMM = programa de mantenimiento con metadona; PNC = paga no contributiva; VHB = virus de la hepatitis B; VHC = virus de la hepatitis C; VIH = Virus de la Inmunodeficiencia Humana; VI = vía intravenosa; VP = vía pulmonar.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado y un documento donde se detallaba el objetivo del estudio y se garantizaba el anonimato y confidencialidad de los datos siguiendo la ley de protección de datos vigente durante la investigación (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal). Estos documentos fueron aprobados por la Comisión de ética de la Universitat Autònoma de Barcelona.

RESULTADOS

El análisis de los materiales recogidos permitió conocer las razones de las prácticas de consumo de riesgo entre los UDVP, desarrolladas en cuatro categorías: a) Uso del material estéril de consumo; b) Técnica de inyección de drogas; c) Conocimientos de las infecciones de transmisión sanguínea; y d) Prevención y atención de las sobredosis.

Uso del material estéril de consumo

Los UDVP de los CRD obtienen el material estéril en los puntos donde se realiza el PIJ o dentro de las SCH, donde consumen bajo supervisión de profesionales. Los kits que se les facilita se componen de jeringuillas con agujas de diferentes calibres, cazuelas para mezclar la sustancia con agua bidestilada, ácido cítrico o ascórbico para disolver la heroína (marrón), filtros para absorber el preparado, toallitas de alcohol para limpiar la zona de punción, compresor de venas (smart) y servilletas para presionar el lugar de punción tras el consumo.

En los diferentes espacios de actuación de los CRD, los profesionales transmiten mensajes preventivos en relación con el

uso de drogas, de los utensilios de consumo y para mantener unas condiciones higiénicas y seguras. Entre los usuarios entrevistados, todos mostraron saber cómo utilizar el material estéril de forma autónoma. Sin embargo, se detectaron creencias erróneas en el uso de algunos utensilios para la preparación de la inyección. Es ilustrativa la siguiente nota de campo en relación con el uso del ácido cítrico:

Yo al caballo marrón (heroína) le pongo el cítrico y lo caliento para quitarle las impurezas. (Usuario magrebí en la SCH).

De los 15 entrevistados, 9 señalaron que el cítrico sirve para eliminar las impurezas (excipientes) o elementos patógenos (virus o bacterias) que puedan contener la sustancia, cuando la función de este es para presurizar la mezcla de heroína, sobre todo la marrón que es menos hidrosoluble.

En relación con los filtros, los participantes mostraron creencias erróneas similares. Según una usuaria:

Hay que usar siempre el filtro para hacerlo más limpio... una amiga mía perdió el brazo por no usarlo. Se le infectó y no hubo manera de curarlo. (Usuaría italiana en el PIJ).

Entre los entrevistados, 10 refirieron de manera errónea que la función de los filtros es la de eliminar impurezas y agentes patógenos, por lo que desconocen que el uso de estos es para evitar la introducción de partículas de soluto en la cánula de la jeringuilla.

Técnica de inyección de drogas

En las SCH los profesionales recomiendan realizar la inyección en zonas de bajo riesgo (extremidades superiores e inferior-



res). Sin embargo, entre un 5-10% de los consumos se realizan en zonas de inyección de alto riesgo (yugular e ingle). De los 15 entrevistados, 5 refirieron inyectarse en ocasiones en zonas de alto riesgo, de los cuáles 4 eran mujeres, con las siguientes razones más extendidas:

Yo me lo pongo en el cuello... así me sube más rápido. (Entrevistada U14).

La verdad que tengo muy malas venas... las tengo muy finas. En el cuello suelo encontrármela (la vena) más rápido. (Entrevistada U10)

Los UDVP entrevistados referían inyectarse drogas en la zona del cuello con la creencia que de esta manera se alcanzan los efectos de las sustancias de forma más rápida e intensa. En otras ocasiones, expusieron realizar esta práctica como zona alternativa por el deterioro de las venas en extremidades superiores e inferiores.

También, se observaron inyecciones en zonas de alto riesgo a conciencia, como ilustra la siguiente nota de campo recogida en una SCH, donde un usuario explicaba a la enfermera por qué se inyectaba en el cuello:

Ya sé que tengo buenas venas en los brazos, pero prefiero pincharme en el cuello... me he echado novia y no quiero que se dé cuenta que soy yonki... (Usuario búlgaro en la SCH).

Los UDVP señalaban inyectarse en zonas de alto riesgo no visibles (yugular e ingle) para evitar delatarse como inyectador.

En las SCH se recomienda inyectar la aguja en una posición de 45° y en una dirección que la sustancia fluya en la misma dirección del flujo sanguíneo. Sin embargo, se detectó que los usuarios adoptan posiciones perjudiciales, con inyecciones accidenta-

les en arterias y tendones, y olvidan realizar cuidados posteriores en la zona de punción que provoca el deterioro del sistema vascular. No obstante, la práctica más extendida que genera deterioro del sistema venoso es el bombeo de sangre reiterado durante la inyección. De los 15 entrevistados, 11 eran habituales a realizar esta práctica. La argumentación más sólida fue la siguiente:

La coca (cocaína) si no te la bombeas varias veces no sube... el caballo (heroína) es diferente, con un par de bombeos ya es suficiente. (Entrevistado U2).

Los participantes se posicionaron en que cuando se consume cocaína mediante el bombeo es posible obtener unos efectos más intensos. Por el contrario, mostraron menor predilección de esta práctica en el consumo de heroína, al no considerarla necesaria para optimizar los efectos.

Conocimientos de las infecciones de transmisión sanguínea

Los UDVP mostraron dificultades para recibir los mensajes preventivos sobre las infecciones de transmisión sanguíneas (VIH y hepatitis B y C). Se detectó que, en muchas ocasiones, acuden con prisas a los PIJ para recoger o intercambiar material higiénico y consumir en otros espacios menos salubres que las SCH (viviendas y vía pública). Entre los entrevistados, 8 presentaron adherencia media-baja y establecían poca interacción con los profesionales, no prestando suficiente atención para recibir los mensajes preventivos. Este aspecto se vio agravado entre los usuarios extranjeros con barrera idiomática, debido a las limitaciones en la comunicación con los profesionales de los CRD.

Los usuarios de los CRD asociaron la transmisión del VIH y las hepatitis B y C con el uso de drogas por vía parenteral. Sin embargo, 9 de los entrevistados mostraron conocimientos parciales de las formas en las que se producen. Son ilustrativas las siguientes notas de campo:

La hepatitis se coge por utilizar muchas veces tu propia jeringuilla... yo siempre llevaba la mía y así lo cogí. (usuario español en la SCH).

A mí un médico me dijo que la hepatitis sale del mismo caballo (heroína)... yo sé lo que me digo, eso lo lleva la droga. (Usuario rumano en la SCH).

Una buena parte de los UDVP manifestaron la creencia errónea que las hepatitis B y C se transmite por utilizar la misma jeringuilla reiteradas veces. En casos extremos, algunos creían que las sustancias de consumo contienen estos virus.

En los datos recogidos en vía pública, se detectaron prácticas de consumo de riesgo asociadas a la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Por ejemplo, durante las observaciones en un descampado próximo a una SCH, un grupo de UDVP consumían junto a un apoyadero y apareció un usuario pidiendo la cazuela: “oye, dame la cazuela que me hago un filtro (mezclar los restos de sustancias con agua bidestilada) ... estoy de mono (síndrome de abstinencia)”. Uno de ellos le daba una cazuela, que acababa de utilizar para dividir una dosis en dos inyecciones con otro inyector, que acabaría reutilizando. De este modo, en ocasiones los usuarios en situaciones de extrema precariedad y sufrimiento llevan a cabo prácticas de riesgo anteponiendo el “alivio inmediato” frente a los riesgos de compartir o reutilizar utensilios para el consumo.

Prevención y atención de las sobredosis

En relación con las sobredosis, los UDVP reconocieron como factores determinantes el consumo de grandes cantidades, la pureza y mezclar sustancias depresoras. No obstante, mostraron menos conocimiento por otros factores, tal como expresaban los siguientes entrevistados:

Cuando te estás pinchando no estás pensando que te vayas a morir. Si eso lo piensas ya no lo harías. (Entrevistado U12).

Los camellos (vendedores de drogas) a veces le meten mierda al caballo (heroína)... yo creo que por eso más de uno la ha palmado (ha muerto). (Entrevistado U1).

Los usuarios de los CRD en pocas ocasiones asociaron como factor de sobredosis el uso de drogas por vía parenteral. Este factor no fue contemplado por 9 de los entrevistados. Esto se debe a que toman el uso de drogas inyectables como costumbre, no midiendo los posibles daños a la salud, sobre todo en aquellos usuarios que mantienen un consumo más intenso. Tampoco tomaban en cuenta la pérdida de tolerancia, situación habitual en usuarios que retoman el consumo tras un período de abstinencia y obtienen las mismas cantidades de heroína que en períodos de consumo intenso. En cambio, se extendía la sospecha de la adulteración de las drogas, creencia errónea dado que en múltiples análisis se han detectado sustancias inocuas.

Todos los entrevistados mostraron conocimientos básicos sobre la atención a las sobredosis de opiáceos. Ante casos de sobredosis en vía pública, referían pedir auxilio al personal de las CRD próximos de zonas de consumo abierto o a transeúntes. Por el



contrario, entre 10 de los entrevistados se extendían creencias erróneas para asistir las sobredosis de opiáceos y todos manifestaron no disponer siempre de naloxona para este tipo de situaciones. Son ilustrativas la siguiente nota de campo y extracto de entrevista:

Hombre, si yo veo a uno con una sobredosis, le doy dos pechazos y seguro que se levanta. (usuario español en taller de prevención de sobredosis).

No sé... si veo a uno con sobredosis lo intentaré levantar para que camine... también me han dicho que si le pinchas cocaína... ¿eso es posible? (Entrevistado U8).

Los UDVP expresaron golpear violentamente en el pecho o hacer andar a las personas con sobredosis como método de reanimación. En otras ocasiones, hicieron alusión a inyectar agua caliente o sustancias estimulantes (cocaína) como método alternativo, aunque durante el trabajo de campo no se demostró que fueran adoptadas dichas medidas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio permitió conocer las razones de las prácticas de consumo de riesgo entre los UDVP que utilizan programas de reducción de daños en Barcelona. Se destacó que pese a disponer de una alta cobertura de estos programas, donde reciben mensajes preventivos, los UDVP continúan involucrados en prácticas de riesgo atribuidas a creencias erróneas, conocimientos parciales de prevención, el deterioro físico y los procesos de estigmatización, que perpetúan los daños a la salud en esta población.

Diversos estudios han evidenciado que los UDVP mantienen prácticas de consumo en “entornos de riesgo” (Rhodes, 2009; Llord, 2018) y presentan barreras de acceso a los centros de reducción de daños relacionadas con la criminalización y el control social en las proximidades de estos servicios (Bardwell, Strike, Altenberg, Barnaby y Kerr, 2019; Clua, 2020; Wodak, 2013). Además, estudios previos en el contexto estudiado alentaban de la existencia de barreras culturales, educativas y lingüísticas entre los UDVP para integrar los mensajes preventivos (Sarasa-Renedo et ál., 2014; Folch et ál., 2018; Clua, 2020). En el presente estudio, coincidiendo con estudios anteriores (Folch et ál., 2018; Clua, 2018; Clua, 2020), se demuestra que las prácticas de consumo de riesgo se extienden mayormente en usuarios con baja adherencia a los programas de reducción de daños. De forma relevante, se aportan las razones de estas prácticas desde la perspectiva de los usuarios, que ha suscitado una serie de recomendaciones para rediseñar e intensificar las intervenciones de educación sanitaria para los diferentes ámbitos que atañen al consumo de drogas por vía parenteral.

Entre los UDVP se extienden creencias erróneas relacionadas con la utilidad de algunos utensilios para el consumo por vía parenteral (por ejemplo, filtros, cítrico, y cazuelas). Pese a que el desconocimiento del uso de estos utensilios no es perjudicial para el contagio de infecciones de transmisión sanguínea en el contexto de las SCH, cabe tener en cuenta que un mal uso de estos puede conllevar implicaciones negativas en ambientes donde es difícil extremar precauciones (vía pública o viviendas) (Llord, 2018; Hope et ál., 2017; Clua, 2018).

En relación con la técnica de consumo, se detectó que los UDVP practican la inyección en zonas de alto riesgo (yugular e ingle), sobre todo en mujeres, como alternativas a otras zonas de punción donde presentan dificultades para inyectarse, con la creencia de obtener unos efectos más intensos y para ocultar signos de inyección visibles, como afirman estudios internacionales (Hope et ál., 2017; Hope et ál., 2015). En el presente estudio también se comentó la práctica de bombearse sangre durante en el consumo de cocaína, concebida erróneamente como una forma para obtener efectos más intensos, y se detectaron otras técnicas perjudiciales para el sistema vascular, tales como inyectarse en la dirección contraria al flujo sanguíneo o no presionar la zona de punción tras el consumo, por desidia o por adoptar posiciones ergonómicas desfavorables en la técnica de inyección.

En relación con la prevención y la atención a las sobredosis, se detectó que los usuarios no tienen en cuenta como posible factor el uso de la vía parenteral o la pérdida de tolerancia a los opiáceos, tal como apunta un estudio realizado en CRD de Cataluña (Sarasa-Renedo et ál., 2014). A su vez, presentaron conocimientos parciales de la atención de las sobredosis, como golpear violentamente para la reanimación, bajo el argumento que de este modo es posible despertar más eficientemente a las personas que presentan este cuadro clínico.

Por lo tanto, aunque diversos estudios han demostrado que el uso de programas de reducción de daños, como los PIJ y las SCH, entre otros, tienen el potencial de reducir las prácticas de riesgo entre los UDVP (Fernandes et ál., 2017; Potier, Laprévotte, Dubois-Arber, Cottencin y Ro-

lland, 2014), es necesario buscar fórmulas para intensificar la educación sanitaria con intervenciones adicionales. En primer lugar, se precisa un mayor despliegue de talleres de inyección higiénica para promover una buena gestión de la preparación y la técnica de consumo con el fin de minimizar los problemas vasculares y la transmisión de enfermedades infectocontagiosas entre los UDVP. En estos talleres debe promoverse la conciencia de los riesgos de un mal uso de los utensilios de consumo y de la inyección en zonas de punción de riesgo, así como fomentarse la transición del uso de drogas a vías de consumo menos dañinas (Hope et ál., 2015; Hope et ál., 2017). En segundo lugar, es necesaria una mayor extensión de talleres de sobredosis y distribución de naloxona con el fin de aumentar la conciencia de los factores riesgos de sobredosis y fomentar el entrenamiento en actuaciones básicas de reanimación entre los UDVP (Espelt et ál., 2015). En ambas intervenciones, dadas las barreras idiomáticas, culturales y educativas entre los UDVP, se recomienda la participación de usuarios, entrenados previamente, que realicen educación entre iguales para superar dichas limitaciones con mensajes preventivos más adaptados, tal como recomiendan estudios internacionales (Callon, Charles, Alexander, Small y Kerr, 2013; Morgan, Lee y Sebar, 2015). Este tipo de refuerzo es útil para mejorar la credibilidad de los mensajes preventivos y una forma de superar barreras entre los UDVP y los profesionales de los centros de reducción de daños.

Además, los resultados nos indican que el consumo higiénico y seguro sólo es posible realizarlo en las SCH mediante la incorporación de mensajes preventivos y la



supervisión de personal sanitario, tal como apuntan otros estudios (Wood et ál., 2008; Fast, Small, Wood y Kerr, 2008). Estudios realizados en Cataluña han demostrado que los UDVP que mantienen menos prácticas de riesgo son aquellos que tienen un consumo menos intenso o que acuden con mayor frecuencia a las SCH (Clua, 2018; Folch et ál., 2018). No obstante, estudios etnográficos han destacado que la incorporación de las opciones preventivas está determinada por factores socioculturales, siendo recomendable una mayor flexibilización y adaptación de las normas de los programas de reducción de daños para aumentar la adherencia de los UDVP (Llort, 2018; Clua, 2020). De este modo, es necesario fomentar el uso de estos dispositivos, eliminando barreras de acceso y promocionándolos de forma positiva para que resulten atractivos para los usuarios (Duncan, Duff, Sebar y Lee, 2017; Small, Moore, Shoveller, Wood y Kerr, 2012).

Entre las limitaciones del estudio cabe señalar que no se realizó observación participante en viviendas o casas okupas, donde se podría haber recogido datos para reflexionar y promover acciones de reducción de daños en estos espacios. Esta limitación se superó parcialmente mediante las entrevistas semiestructuradas, en las que se preguntó sobre este aspecto. Otra limitación fue el escaso acceso para entrevistar formalmente a usuarios extranjeros con barrera idiomática. Esta se superó mediante conversaciones mantenidas con este tipo de usuarios, registradas en el diario de campo. Pese a estos sesgos, esta investigación pone de manifiesto la necesidad de intensificar la educación sanitaria desde los programas de reducción de daños, además de revelarse contenidos clave que deben ser introducidos en las interven-

ciones preventivas. No obstante, se detectaron barreras de acceso a los programas de los CRD que no han sido analizadas en profundidad. En esta línea, se sugiere realizar estudios cualitativos con perspectiva de los UDVP que esclarezcan cómo mejorar el acceso a los programas de reducción de daños.

En síntesis, las prácticas de consumo de riesgo se atribuyen a creencias erróneas, conocimientos parciales de prevención, el deterioro físico y los procesos de estigmatización entre los UDVP. El mantenimiento de estas prácticas perpetúa los daños a la salud en esta población. Por lo tanto, es necesario intensificar la educación sanitaria, individual y grupal, en torno al uso de drogas por vía parenteral desde los programas de reducción de daños. Para vencer las barreras culturales, idiomáticas y educativas entre los usuarios, se recomienda el entrenamiento de agentes de salud que realicen educación entre iguales para una mayor adaptación y credibilidad en los mensajes preventivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPB). (2017). *Informe anual 2016. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*. Barcelona: ASPB.
- Arribas-Ibar, E.; Sánchez-Niubò, A.; Majó, X.; Domingo-Salvany, A. y Brugal, M.T. (2014). Coverage of overdose prevention programs for opiate users and injectors: a cross-sectional study. *Harm Reduction Journal*, 11, 33.
- Bardwell, G.; Strike, C.; Altenberg, J.; Barnaby, L. y Kerr T. (2019). Implementation contexts and the impact of policing on

- access to supervised consumption services in Toronto, Canada: a qualitative comparative analysis. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 30.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14.
- Bosque-Prous, M. y Brugal, M.T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30(Supl 1), 104-110.
- Bourgois, P. (2002). Anthropology and epidemiology on drugs: cross-methodological and theoretical dialogue. *International Journal of Drug Policy*, 13(4), 259-269.
- Callon, C.; Charles, G.; Alexander, R.; Small, W. y Kerr, T. (2013). On the same level: facilitators' experiences running a drug user-led safer injecting education campaign. *Harm Reduction Journal*, 10, 4.
- Carter, N.; Bryant-Lukosius, D.; DiCenso, A.; Blythe, J. y Neville, A.J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545-547.
- Clua, R. (2015). Salas de consumo higiénico en España (2000 – 2013). *Salud Colectiva*, 11(2), 261-282.
- Clua, R. (2018). Estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 79-89.
- Clua, R. (2020). La gestión de placeres y daños: estudio etnográfico sobre el consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico. *Salud Colectiva*; 16, e2481.
- Duncan, T.; Duff, C.; Sebar, B. y Lee, J. (2017). Enjoying the kick: Locating pleasure within the drug consumption room. *International Journal of Drug Policy*, 49, 92-101.
- Espelt, A.; Major, X.; Parés-Badell, O.; Carvajal, S.; Vecino, C.; Gasulla, L.; Bosque-Prous, M. y Brugal, M.T. (2015). Implementation of systematic programs of overdose training at drug treatment and prevention centres in Catalonia, 2008-2013. En Dichtl, A. y Stöver, H. (eds.) *Naloxon - Überlebenshilfe im Drogennotfall*. Frankfurt: Fachhochschulverlag, pp. 83-95.
- Espelt, A.; Bosque-Prous, M.; Folch, C.; Sarasa-Renedo, A.; Majó, X.; Casabona, J.; Brugal, M.T. y REDAN Group. (2017). Is systematic training in opioid overdose prevention effective? *PLoS One*, 12(10), e0186833.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA). (2019). *Spain Country Drug Report 2019*. Madrid: Government Delegation to the National Plan on Drugs - (DGPND) Ministry of Health, Consumer Affairs & Social Welfare/EMCDDA.
- Fast, D.; Small, W.; Wood, E. y Kerr, T. (2008). The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. *Harm Reduction Journal*, 5, 32.
- Fernandes, R.M.; Cary, M.; Duarte, G.; Jesus, G.; Alarcão, J.; Torre, C.; Costa, S.; Costa, J. y Carneiro, A.V. (2017). Effectiveness of needle and syringe programmes in people who inject drugs - An overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 17(1), 309.
- Folch, C.; Casabona, J.; Brugal, M.T.; Majó, X.; Meroño, M.; Espelt, A. y González,



- V. (2012). Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 37-44.
- Folch, C.; Lorente, N.; Majó, X.; Parés-Badell, O.; Roca, X.; Brugal, T.; Roux, P.; Carrieri, P.; Colom, J.; Casabona, J. y REDAN study group. (2018). Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *International Journal of Drug Policy*, 62, 24-29.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in Practice*. Third edition. London: Routledge.
- Hope, V.D.; Iversen, J.; Cullen, K.J.; Parry, J.V.; Maher, L. y Ncube, F. (2017). Injection into the jugular vein among people who inject drugs in the United Kingdom: Prevalence, associated factors and harms. *International Journal of Drug Policy*, 46, 28-33.
- Hope, V.D.; Scott, J.; Cullen, K.J.; Parry, J.V.; Ncube, F. y Hickman M. (2015). Going into the groin: Injection into the femoral vein among people who inject drugs in three urban areas of England. *Drug and alcohol dependence*, 152, 239-245.
- Kallio, H.; Pietilä, A.M.; Johnson, M. y Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965.
- Llort, A. (2018). Dime dónde consumes y te diré... Antropología sobre el uso y abuso de cocaína. *Perifèria: Revista de Recerca i Formació en Antropologia*, 23(1), 56-83.
- Martínez Oró, D.P. (2019). La dimensión sociopolítica de la reducción de daños y de riesgos en el Estado español. *Revista española de drogodependencias*, 44(3), 52-66.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & saúde coletiva*, 17(3), 613-619.
- Morgan, K.; Lee, J. y Sebar, B. (2015). Community health workers: a bridge to healthcare for people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 26(4), 380-387.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). (2018). *Memoria 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Potier, C.; Laprévotte, V.; Dubois-Arber, F.; Cottencin, O. y Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68.
- Reyes-Urueña, J.M.; Olalla, P.G.d.; Pérez-Hoyos, S. y Caylà, J.A. (2013). Time series analysis comparing mandatory and voluntary notification of newly diagnosed HIV infections in a city with a concentrated epidemic. *BMC Public Health*, 13, 338.
- Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 193-292.
- Romaní, O. (2010). La epidemiología socio-cultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias. En Haro,

- J.A. (coord.) *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar, pp. 89-113.
- Romani, O. (2019). Visibilizar lo escondido: drogas, patología y normalidad, una perspectiva antropológica. En Zarco, J.; Ramasco, M.; Pedraz, A. y Palmar, A.M. (coords.) *Investigación cualitativa en salud*. Madrid: CIS, pp. 231-244.
- Sarasa-Renedo, A.; Espelt, A.; Folch, C.; Vecino, C.; Majó, X.; Castellano, Y.; Casabona, J.; Brugal, M.T. y REDAN Study Group. (2014). Overdose prevention in injecting opioid users: the role of substance abuse treatment and training programs. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 146-154.
- Shaghghi, A.; Bhopal, R.S. y Sheikh, A. (2011). Approaches to recruiting hard-to-reach populations into research: a review of the literature. *Health Promotion Perspectives*, 1(2), 86-94.
- Small, W.; Moore, D.; Shoveller, J.; Wood, E. y Kerr, T. (2012). Perceptions of risk and safety within injection settings: Injection drug users' reasons for attending a supervised injecting facility in Vancouver, Canada. *Health, Risk & Society*, 14(4), 307-324.
- Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo (UVVCR). (2019). *Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2018: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de Sida*. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida – Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación/Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII.
- Wood, R.A.; Wood, E.; Lai, C.; Tyndall, M.W.; Montaner, J.S. y Kerr, T. (2008). Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 19(3), 183-188.
- Wodak, A. (2013). Harm Reduction and law. The impact of criminalisation on public health. En Brigaud, T. (dir.) *The history and principles of Harm Reduction. Between public health and social change*. París: Médecins du Monde y Agence Française de Développement, pp. 110-119.