

---

---

# Consumo de menos riesgo: técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis

CÉSAR PEREIRO GÓMEZ

Médico Psiquiatra. Unidad Asistencial de Drogodependencias de A Coruña (ACLAD). Plan de Galicia sobre Drogas

Enviar correspondencia a: cesarpereiro@telefonica.net

---

---

## RESUMEN

En los últimos años muchos países de nuestro entorno han realizado enormes esfuerzos por facilitar a los usuarios de drogas medios y cuidados que puedan contribuir a reducir el consumo por vía intravenosa o al menos a disminuir los problemas asociados al mismo. Facilitar el acceso a equipos de inyección higiénicos, a través de los denominados programas de intercambio de jeringuillas, es un buen ejemplo de estas prácticas que han reportado beneficios incuestionables aunque todavía insuficientes. Es posible desarrollar, de forma complementaria, otras intervenciones preventivas que tienen como objetivo contribuir a la introducción de cambios en las técnicas de inyección, para disminuir muchos de los riesgos, como infecciones o sobredosis, derivados de las prácticas incorrectas durante el consumo de las distintas drogas. Cuando el objetivo de la prevención no es la población de potenciales consumidores, sino los usuarios de drogas en activo, puede ser interesante contar con la colaboración de los propios drogodependientes, tratando de convertirlos en agentes educativos que puedan participar en acciones dirigidas a adiestrar o entrenar en un consumo más seguro de las distintas drogas a sus pares. Los Talleres de Consumo de Menor Riesgo pueden constituir el modelo idóneo de referencia para intentar actuar en la divulgación y adiestramiento de técnicas de consumo más seguras y conductas para la prevención de sobredosis. Para reducir los riesgos asociados al consumo, otras estrategias, como facilitar kits de naloxona, a determinados consumidores, pueden ser acciones a tener también en cuenta en la medida que su eficacia se vaya demostrando.

**Palabras clave:** *reducción de daños, higiene, prevención, uso de drogas*

## ABSTRACT

In recent years many countries next to ours have made huge efforts to provide drugs users with resources and care which can contribute to diminish endovenous consumption or at least to reduce problems associated with it. Providing access to hygienic injection kits, by means of the so-called syringes interchange programs, is a good example of these practices which have brought unquestionable although yet insufficient benefits. It's feasible to develop, in a complementary way, other preventive interventions aiming to bring changes on injection methods, and so reducing many of the risks, as infections or overdoses, due to incorrect practices in drugs consumption.

When the focus of prevention is not the population of potential consumers but drugs active users, it can be interesting to rely on assistance from addicts themselves, trying to turn them into educational agents which can participate in actions directed to train their peers in a more safety use of the different drugs. Workshops on Least Risk Consume can be a suitable reference model for trying to act in popularizing and training of more safe consume skills and overdoses prevention behaviours. To diminish the risks associated with consumption other strategies, as providing naloxone kits to certain users, can also be actions to bear in mind as their efficacy should be proved.

**Key words:** *harm reduction, hygiene, prevention, drug use*

## INTRODUCCIÓN

La historia de las drogas es tan antigua como la historia de la humanidad. Sin embargo, los problemas derivados del consumo de algún tipo de drogas son relativamente recientes en nuestro país. Todavía más reciente es su consideración como un problema de salud pública ya que hasta finales de los años ochenta tenían la consideración casi exclusiva de un problema social o judicial. Será precisamente con la aparición y expansión del SIDA, que modificó de forma radical la problemática derivada del consumo de drogas y también la percepción social de este fenómeno, cuando la drogodependencia pasará a considerarse un grave problema de salud pública<sup>1,2</sup>.

El concepto de *reducción de riesgos* comenzó a utilizarse, en nuestro país, a finales de los años ochenta en respuesta a dos factores concretos: el primero la epidemia producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el segundo fue la sospecha creciente de que las estrategias que se habían adoptado para afrontar el consumo de drogas no habían sido suficientemente eficaces para incorporar a las redes sociosanitarias al mayor número posible de usuarios de drogas y para modificar su conducta hacia comportamientos de menor riesgo en relación con la transmisión de infecciones<sup>3</sup>. Si a esto añadimos un cierto grado de autocrítica por parte de los profesionales respecto a las limitaciones en el conocimiento neurobiológico sobre las adicciones y los modelos terapéuticos vigentes, no debería extrañar la progresiva aceptación de las políticas "reduccionistas".

En los últimos años se ha producido un cambio drástico en nuestra forma de intervenir en todo lo relativo a intentar reducir las consecuencias negativas relacionadas con el consumo de drogas. Quizás no sea exagerado afirmar que el cambio más importante consistió en una aproximación a una "nueva concepción" de la drogodependencia como enfermedad recidivante o con tendencia a hacerse crónica y la aceptación cada vez mayor de las denominadas políticas de reducción de daños

o de riesgos, que intentan mejorar la calidad de vida de los adictos. Conseguir que los drogodependientes se mantengan vivos antes que libres de drogas constituye el postulado básico de actuación de las políticas paliativas que estamos mencionando. Dicho de otro modo, la abstinencia a las drogas pasa a convertirse en un objetivo más de las acciones que realizamos pero no el único<sup>4</sup>.

Sin renunciar en ningún momento a las acciones dirigidas a la prevención del consumo (hablamos en todo momento de complementariedad, no de exclusión), no debemos olvidar las limitaciones con que nos enfrentamos a la hora de reducir el acceso a las drogas por parte de muchas personas. Tampoco debemos olvidar que los resultados de los distintos tratamientos son limitados. Siendo esto así, por desgracia, a pesar de los esfuerzos dirigidos para que las personas, especialmente determinados grupos de jóvenes, no lleguen a contactar con las drogas, van a ser muchos los que lo hagan, todo ello a pesar de los mensajes sobre las consecuencias negativas de su uso. En este sentido, un reto que tenemos que afrontar de cara al futuro es educarlos en un uso menos arriesgado o más seguro de las drogas, de todas ellas, las legales y las ilegales. Del mismo modo, atendiendo a los resultados limitados de las terapéuticas actuales, también debemos llevar a cabo acciones dirigidas a minimizar los daños derivados del consumo hasta donde sea posible en los dos niveles referidos, consumidores noveles que pueden estar iniciando una carrera adictiva o viejos consumidores en los que parecen no funcionar los tratamientos para la abstinencia.

## ESTABLECIENDO PRIORIDADES: CONSUMO INYECTADO Y SOBREDOSIS

Es bien conocida la importancia que la vía inyectada tiene en la transmisión de infecciones, algunas de las cuales acarrearán severas complicaciones para los usuarios de drogas (VIH/SIDA, hepatitis, endocarditis, infecciones

cutáneas, etc.)<sup>5-8</sup>. Los expertos en adicciones coinciden en que son muchas las variables que influyen en la elección de la vía inyectada a la hora del consumo de sustancias. Entre ellas estarían algunos factores relativos al mercado ilícito de sustancias tales como la disponibilidad de las drogas, su pureza o el precio de venta. Son numerosas las investigaciones que señalan la influencia de las actividades preventivas, entre las que se incluyen la provisión de equipos de inyección estériles o la información sobre técnicas correctas de inyección, en la elección de la vía de consumo o en los cambios a la hora de administrarse distintas drogas<sup>9-11</sup>.

En los últimos años muchos países, entre ellos el nuestro, han realizado enormes esfuerzos por facilitar a los usuarios de drogas medios y cuidados que puedan contribuir a reducir el consumo por vía intravenosa o al menos disminuir los problemas asociados al mismo. En este sentido, la extensión de los programas de sustitución con agonistas opiáceos ha sido un objetivo básico para todos los responsables sanitarios en nuestro entorno. También, en distinta medida, se ha promovido en los últimos años el acceso a equipos de inyección higiénicos a través de los denominados programas de intercambio de jeringuillas. Los beneficios de estas prácticas son incuestionables<sup>12-15</sup> y están fuera de toda duda pero todavía son insuficientes para determinados grupos o poblaciones de adictos. Así, por ejemplo, la práctica clínica cotidiana nos sigue mostrando como pacientes que acuden a nuestras consultas, a pesar de utilizar equipos de inyección estériles, siguen utilizando técnicas de inyección incorrectas o peligrosas.

En este sentido, cabe destacar acciones, como las que se presentan a continuación, que tienen como objetivo contribuir a la introducción de cambios en las técnicas de inyección, para disminuir muchos de los riesgos derivados de las prácticas incorrectas a la hora de realizar consumos de las distintas drogas. En definitiva, se trata ya no sólo de proveer a los consumidores de equipos de inyección estériles, sino además de formarlos

y adiestrarlos en su utilización, de modo que puedan beneficiarse lo máximo posible de su uso adecuado y disminuir los daños derivados de los riesgos que supone el consumo de drogas inyectadas<sup>16</sup>.

Como se refleja en otro capítulo de esta Monografía, la muerte por reacción aguda de drogas (sobredosis) se ha convertido en la primera causa de muerte para los consumidores de drogas una vez ha comenzado a remitir la epidemia del SIDA en muchos países de nuestro entorno<sup>17</sup>. De nuevo el consumo de drogas por vía intravenosa supone un mayor riesgo frente a una eventual sobredosis<sup>18</sup>. Sabemos, sin embargo, que las posibilidades de intervención con éxito para impedir el fallecimiento de una persona, una vez ha sufrido un episodio de sobredosis, son muy elevadas<sup>19</sup>. Si esto así, no debemos renunciar a orientar nuestros esfuerzos en esta dirección para tratar de reducir hasta donde sea humanamente posible las negativas consecuencias del consumo de drogas.

## **AMPLIANDO APOYOS: CONTAR CON LOS USUARIOS**

Antes mencionábamos las dificultades que tenemos para hacer llegar a los jóvenes mensajes preventivos en relación con el consumo de las distintas drogas.

Probablemente no es exagerado afirmar que gran parte del contenido de los mensajes preventivos carece de credibilidad para aquellos a quien van dirigidos, entre otras razones porque solo informan sobre los aspectos negativos del consumo de las drogas. También porque quienes los elaboran contemplan las drogas e incluso a los potenciales consumidores desde una óptica personal no exenta de prejuicios de tipo moral e ideológico, sin conocer ni reconocer las motivaciones principales de los consumos de drogas.

Cuando el objetivo de la prevención es no ya la población de potenciales consumidores sino los usuarios de drogas en activo, las dificultades son todavía mayores. Es obvio

que no sirven los mismos códigos de comunicación y que los contenidos de nuestras intervenciones no pueden ser iguales<sup>20</sup>.

En el caso de usuarios de drogas activos habría que modificar las estrategias preventivas para dar paso a una información que contemple de una manera más rigurosa todos los efectos de las drogas: los buscados o deseados cuando se usan, los negativos o no buscados, los relativos al entorno o contexto en que se consumen y las medidas a poner en práctica cuando las cosas no salen como uno preveía (intoxicación, sobredosis, etc.).

Desde nuestro punto de vista, las posibilidades de éxito en el trabajo con usuarios de drogas, a la hora de transmitir mensajes dirigidos a que modifiquen su conducta en relación con el consumo, pasa por condiciones básicas e imprescindibles como el respeto y la credibilidad. Esto supone informar sobre las drogas de una manera distinta a como le hemos hecho en muchos casos en los últimos años.

Para el que nunca lo haya hecho, quizás nada pueda ser tan sorprendente y grato a la vez como trabajar con un colectivo de usuarios de drogas cuando el objetivo del trabajo no es cuestionar el consumo sino cómo llevarlo a cabo con el menor riesgo<sup>16</sup>. En este sentido, facilitar consejo sobre como consumir drogas de una forma más segura va a ser mucho más eficaz que plantear interrogantes sobre por qué se realiza sin aportar estrategias minimizadoras de daños para futuros consumos.

Vayamos un poco más allá todavía. A todos los diabéticos insulino dependientes no sólo se les proporcionan medios de inyección estériles sino que además se les instruye detenidamente en el manejo de los mismos para evitar daños en relación con su uso. Al fin y al cabo es lógico, son enfermos que necesitarán inyectarse de forma reiterada a lo largo de su vida. Resulta curioso observar como en el caso de los drogodependientes, que también son enfermos, esto no ha sido así con carácter general. Lamentablemente, para muchos todavía resulta escandalosa la imagen de una enfermera, u otro personal del

ámbito sanitario, adiestrando a un adicto en el uso correcto de la jeringuilla y las técnicas de inyección adecuadas<sup>21</sup>.

A nadie escapa que la introducción en el mundo de las drogas casi siempre viene de la mano de un "usuario más o menos experto". Conviene recordar aquí que las diferencias en la educación recibida en nuestra sociedad para las drogas ilegales difieren claramente de la facilitada para las drogas socialmente admitidas como por ejemplo el alcohol. El aprendizaje en el consumo se realiza en la propia familia o amigos pero desde el principio se reciben pautas sobre modos de beber más seguros, excepciones que permiten sobrepasar los límites socialmente aceptados, etc. Para las drogas ilegales el acercamiento es claramente distinto, ya que la introducción o el adiestramiento en su consumo lo realiza en mayor medida fuera del ámbito familiar e incluso del denominado grupo de pares. Así pues el interés de convertir a los usuarios de drogas en agentes educativos para enseñar o entrenar en un consumo más seguro de las distintas drogas es básico si queremos reducir las consecuencias negativas de su uso<sup>20</sup>.

Sobre esto último conviene realizar una observación. En contra de la idea ampliamente extendida sobre los usuarios de drogas como personas que únicamente se preocupan por conseguir drogas y que permanecen al margen de todo lo que les rodea, existen muestras suficientes en los colectivos de usuarios e innumerables acciones conjuntas entre profesionales y agentes de salud usuarios de drogas que nos demuestran que esta afirmación no sirve para todos ellos. Muy al contrario, los usuarios de drogas tienen intereses y preocupaciones como su trabajo, su familia y también sus compañeros de consumo. En los últimos años, aparecen cada vez con más fuerza, colectivos u organizaciones de drogodependientes que han desempeñado y desempeñan papeles clave en prevenir las consecuencias negativas del consumo de drogas<sup>22</sup>. Su preocupación por impedir la progresión de la infección por el VIH, las hepatitis o prevenir la muerte por sobredosis son algunos ejemplos de las tareas valiosas que

están realizando. Conseguir un acercamiento a estas personas y por medio de ellas a los usuarios de drogas o a potenciales usuarios es una tarea de presente y futuro que no debíamos perder de vista y que sin duda contribuirá a mejorar algo que señalábamos como necesario a la hora de intervenir con drogodependientes activos, conseguir una mínima credibilidad hacia el contenido de nuestros mensajes que de otro modo posiblemente no obtendremos.

### **ASPECTOS GENERALES RELATIVOS A LA DIFUSIÓN DE LAS TÉCNICAS DE INYECCIÓN MÁS SEGURA Y PREVENCIÓN DE SOBREDOSIS**

Distintos estudios demuestran la necesidad de la complementariedad entre todo el abanico de posibles intervenciones en materia de Educación para la Salud y provisión de tratamiento con usuarios de drogas<sup>23-25</sup>. Las intervenciones de acercamiento (outreach) son eficaces para contactar con usuarios de drogas y prevenir la transmisión de infecciones o la sobredosis y también son útiles para derivarlos a tratamiento y reforzar la retención<sup>26-34</sup>. Los Programas de Intercambio de Jeringuillas tienen como objetivo el suministro de material estéril de inyección, fomentar el acceso de los usuarios a servicios básicos de sociosanitarios y derivar pacientes a los programas específicos de tratamiento<sup>35-43</sup>. Los programas formales de tratamiento, además de suministrar los servicios relacionados directamente con éste, debieran proporcionar a todos sus clientes: servicios de educación y prevención, etc. Cada realidad local, cada población de usuarios de drogas, habrán de definir la forma final de este tipo de intervenciones y la metodología específica de las mismas. En cualquier caso, el espacio que habitualmente denominamos **Taller o Grupo de Trabajo** podría constituir el modelo idóneo de referencia para intentar actuar en la divulgación y adiestramiento de técnicas de consumo de menos riesgo y conductas para la prevención de sobredosis.

En primer lugar, en lo relativo al marco teórico en el que fundamentar las actividades o talleres que se realizarán, son varias las teorías de referencia para explicar la influencia de los diferentes factores personales y sociales en la adopción de conductas saludables o de riesgo. Desde la Teoría del Aprendizaje Social y el Conductismo<sup>44,45</sup>, al modelo de Creencias de Salud<sup>46</sup>, se podrán obtener referentes teóricos para entender la conducta de los usuarios de drogas y las estrategias que faciliten cambios dirigidos a disminuir los riesgos del consumo.

Por lo que atañe a la realización de las actividades formativas o de adiestramiento, llevadas a cabo con drogodependientes, habrá que tener en cuenta varios aspectos desde el punto de vista práctico, todos ellos como antes comentábamos mediatizados por cada realidad local<sup>47</sup>. Así, habrá que valorar: a) el espacio físico en el que se realizarán los encuentros (preferentemente accesible, cómodo, etc); b) los recursos materiales (medios audiovisuales, material de inyección, maniquís para RCP, material gráfico, etc.); c) lenguaje (es obvio que un lenguaje no formal y adaptado a la comunicación habitual entre usuarios de drogas facilitará la comunicación), d) reconocimiento material (gratificar a los mediadores o reclutadores por el aporte de sujetos al taller, a los asistentes por su colaboración, a los mediadores por su colaboración, etc.); e) duración (a nuestro juicio un condicionante a tener siempre en cuenta es la duración de las actividades que nunca han de rebasar las posibilidades de atención y participación de los asistentes, en este sentido somos partidarios de sesiones cortas y recuerdos periódicos antes que cursos de larga duración); f) la difusión (más allá de los anuncios en espacios formales planteamos siempre el reclutamiento activo contando con la colaboración de los propios usuarios de drogas); g) "reglas de juego" (es imprescindible que todos los participantes en las actividades organizadas tengan claro el objetivo de las mismas, los roles que cada uno desempeña, la condiciones exigidas para la participación –puntualidad, respeto, estado cognitivo, inte-

rrupciones-, etc.); otros aspectos como el número de participantes en cada sesión, la posibilidad de repetición de sesiones, etc. también serán aspectos a valorar detenidamente en cada caso.

Tan importante como valorar aspectos relativos a los drogodependientes participantes en los Talleres de Consumo de Menos Riesgo, será observar detenidamente los contenidos para los mismos y de modo especial las características o condiciones que habrán de reunir los formadores. Comenzando por estas últimas, vaya por delante que desde nuestro punto de vista es preferible que sean dos personas las que se responsabilicen de la realización de estos tipos de talleres y si fuese posible que al menos uno de ellos sea un usuario de drogas.

Las posibilidades de mediación que facilita esta situación es algo que nunca debiera desaprovecharse y aún contando con que el peso del desarrollo de las sesiones recaiga de modo especial en uno de los dos formadores, el papel que el otro puede jugar como observador o de apoyo es fundamental. Aunque pudiese parecer innecesario, recalamos la conveniencia de que los formadores tengan siempre muy presente el perfil de los sujetos con los que trabaja: drogas consumidas, nivel cultural, sexo, idioma, etc. En este sentido reiterar que es imprescindible una conocimiento detallado de la realidad sobre la que se quiere intervenir (aspectos locales, argot, prácticas habituales, etc.). A todo esto habría que añadir algunos aspectos o condiciones que debiera reunir toda persona que quiera dinamizar cualquier tipo de grupo: conocimientos o habilidades necesarios para motivar y facilitar las intervenciones de los participantes, generar el clima de confianza necesario para que los miembros del grupo estén confortables durante su desarrollo, respetar los objetivos de cada sesión de trabajo evitando las desviaciones, administrar el tiempo, resolver o minimizar los conflictos que surjan, etc.

En lo que atañe a los contenidos de los talleres varios son los temas que debieran tratarse si nos atenemos a las prioridades señaladas con anterioridad. Será básico plantearse

como objetivo de primer orden en la transmisión de información que los posibles daños para la salud, en relación con el consumo de drogas, vienen derivados de situaciones de riesgo que tienen que ver con las sustancias que se consumen, las formas de consumo o algunas conductas peculiares que mantienen muchos usuarios de drogas. Aunque no es posible hablar de un consumo de drogas totalmente seguro, porque algunos factores de riesgo no se pueden modificar (por ejemplo, el desconocimiento sobre las características reales de una sustancia adquirida en el mercado negro y sin control sanitario) si será posible reducir o minimizar los riesgos en relación con el consumo de drogas modificando algunos comportamientos.

De todos los posibles daños asociados al consumo de drogas, la forma de consumo, referida a la vía por la que las drogas son introducidas en nuestro organismo, constituye el factor de riesgo de mayor gravedad<sup>48</sup>. De este modo, el uso de drogas inyectándolas supone el camino más fácil para la entrada en nuestro cuerpo distintos microorganismos que pueden causar numerosas enfermedades, fundamentalmente de tipo infeccioso. La entrada en el torrente sanguíneo de impurezas, partículas mal diluidas, etc., puede causar también distintos problemas para la salud. La inyección de sustancias supone además severos riesgos para la producción de una reacción aguda o "sobredosis"<sup>17-19</sup>. Está claro que de todas las formas de consumo, el consumo inyectado, y especialmente la administración intravenosa debiera ser la opción a evitar para prevenir problemas. Así pues, para reducir los riesgos relativos al consumo intravenoso habrá que tener en cuenta algunas recomendaciones relativas al material empleado para la inyección, a las drogas consumidas, a la técnica de inyección y al lugar o contexto en el que se realiza el consumo. De este modo, los contenidos de un taller sobre consumo de menor riesgo habrán de facilitar: a) una descripción detallada de las vías de administración de drogas; b) de todos los componentes del equipo de inyección (jeringa, aguja, diluyente, recipientes para realizar la mezcla, acidificantes, filtros, desinfectante, torniquete, etc.); c) de

las técnicas de inyección higiénicas, información sobre aspectos anatómicos elementales (diferencias arteria-vena, elección del lugar de inyección, etc.); d) un análisis detenido de los acontecimientos previos al consumo o relacionados con el contexto en el que éste se realiza (adquisición de las drogas, consumo sólo o acompañado, en casa o en la calle, etc.), e) un repaso a las incidencias más importantes relacionadas con el consumo (extravasaciones, transmisión de infecciones, lesiones locales, sobredosis, etc.), f) la provisión de alternativas para cuando surjan estas incidencias (carencia de jeringas limpias y lavado-desinfección de material usado, tratamiento de infecciones en tejidos blandos o flebitis, técnicas de reanimación, etc.).

En nuestra experiencia es importante dedicar un tiempo de los talleres a transmitir información destinada a promover cambios de conducta que contribuyan a mejorar la auto-percepción y la imagen social de los adictos<sup>16</sup>. Insistimos mucho en que dejar las jeringuillas tiradas en la calle es una práctica que acarrea varios problemas que no deben olvidarse. En primer lugar es un acto que contribuye a crear una imagen social muy negativa de los adictos "no se preocupan por nada ni por nadie..." "sólo piensan en drogarse..." etc. Algunas experiencias muestran que cuando los usuarios de drogas se preocupan de depositar en lugar seguro las jeringuillas que utilizan, son aceptados socialmente en mayor medida. Sabemos además que, las jeringuillas tiradas en la calle, además de trasladar una imagen negativa de los usuarios de drogas, también suponen riesgo y que alguien accidentalmente pueda pincharse con ellas, con los riesgos que esto supone para la transmisión de enfermedades. Por último, también cabe la posibilidad de que en situaciones de "emergencia", alguien que no posee una jeringuilla para inyectarse, utilice una que encuentre en el suelo, corriendo de este modo riesgos innecesarios en relación con la transmisión de enfermedades. Así pues, consideramos un elemento importante de nuestras intervenciones los cambios de comportamiento relativos no sólo al momento del consumo sino

también a la implicación de los usuarios en la retirada de los elementos relacionados con el mismo propiciado o no por los programas de intercambio de jeringuillas.

Hasta ahora, en lo relativo a contenidos de los talleres de consumo de menos riesgo hemos enumerado elementos relacionados básicamente con el consumo inyectado y en algún momento hicimos referencia a las sobredosis. Quizás merezca la pena detenerse un poco más al detallar que aspectos relacionados con las reacciones agudas tras consumo de drogas pueden ser objeto de nuestras intervenciones.

A nuestro juicio los aspectos básicos serían cuatro: a) ¿qué es una sobredosis? b) como identificarla c) como actuar si llegara a ocurrir y d) que podemos hacer para prevenirla. Estará pues indicado tratar de informar sobre los distintos mecanismos que intervienen en una sobredosis (tolerancia farmacológica, policonsumo, contaminantes tóxicos y reacciones alérgicas), sobre las circunstancias relacionadas con el momento del consumo (proveedores, pureza de sustancias, consumo en solitario, etc.), circunstancias personales del momento (uso simultáneo de varias drogas o fármacos, períodos previos de abstinencia, etc). Nosotros hacemos especial hincapié en el adiestramiento en la técnicas de resucitación cardiopulmonar a un nivel elemental y en tratar de que los usuarios con los que trabajamos lleguen a interiorizar una especie de protocolo de actuación por si en algún momento se ven envueltos en un caso de posible sobredosis (llamar a una ambulancia, comprobar consciencia, posición de seguridad, etc.)<sup>16</sup>.

Para finalizar, es preciso señalar que en el capítulo de posibles acciones dirigidas a prevenir las consecuencias de las sobredosis estaría la provisión a determinados adictos, de los denominados *kits* de naloxona. Este tipo de experiencias que han generado importantes expectativas y no menos controversias<sup>49-54</sup> todavía están pendientes de un análisis definitivo en cuanto a sus posibles beneficios ya que los resultados obtenidos todavía no pueden considerarse concluyen-

tes. Un estudio Delphi realizado en la Unión Europea recientemente entre profesionales que trabajan en el campo de las adicciones mostraba las divergencias en los distintos países a la hora de argumentar en contra o a favor de este tipo de prácticas.

Aunque lo ideal sería poder conseguir la curación de los adictos a drogas (al menos su normalización social, abstinencia consolidada, etc.), lo cierto es que se trata de un objetivo lejano para un importante porcentaje de los mismos, al menos por ahora. En este sentido, por suerte para los propios consumidores de drogas, también para los profesionales, hace ya algunos años que hemos entendido y asumido que cabían otro tipo de intervenciones con unos objetivos intermedios, lo que se ha denominado políticas de reducción de daños. Las intervenciones que hemos descrito debieran ser un elemento importante de las acciones en este ámbito.

## REFERENCIAS

1. Lacoste JA. Reducción de daños y riesgos: Una respuesta de Salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas. *Adicciones* 1995; 7: 299-318.
2. Minno, A. Evolución de un pensamiento-experiencias personales y algunos datos cifrados. En: *Avances en Drogodependencias*. Barcelona: Edit. Neurociencias, 1995.
3. O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E (eds.). *The reduction of Drug-rela Harm*. Londres: Routledge, 1992.
4. Marlatt GA. Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. En *V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, 1998.
5. OMS. Guía para la valoración y respuesta rápida sobre el uso de drogas endovenosas. (UDE-VRR). Organización Mundial de la Salud. Borrador. Ginebra, 1998.
6. Trautmann F, Barendregt. *Manual europeo de apoyo entre compañeros*. Utrecht: NIAD, 1994.
7. Trimbos Institute. Stichting Mainline. European Comission. DG V. *Rate your risks. The facts about infections*. Amsterdam, 1998.
8. Derricot J, Preston A. *The safer injecting briefing HIT*. Liverpool, 1999.
9. Watters J, Estilo M, Kral A et al. HIV infection among female injection-drug users recruited in community settings. *Sex Transm Dis* 1994; 21: 321-328.
10. Watters JK, Estilo MJ, Clark GL, Lorvick J. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA* 1994; 271: 115-120.
11. Stimson GV. Aids and Injecting Drug Use in the United Kingdom, 1987-1993: The Policy Response and the Prevention of the Epidemic. *Social Sci Med* 1995; 41: 699-716.
12. Paone D, Des Jarlais DC, Caloir S, Friedman PB, Ness I, Friedman SR. New York City syringe exchange: An overview. In *Proceedings of the National Academy of Sciences Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Washintong D.C.: National Academy Press, 1994.
13. National Academy of Sciences. Report from Panel on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs. London, 1994.
14. Lurie P, Reingold AL (eds.). *The Public-Health Impact of Needle-Exchange Programs in the United States and Abroad. Conclusions, and Recommendations*. University of California, San Francisco. San Francisco: Institute for Health Policy Studies, 1993.
15. US General Accounting Office. *Needle Exchange Programs: Research Suggests Promise as an AIDS Prevention Strategy*, Report to the Chairman, Select Committee on Narcotics Abuse And Control, House of Representatives. Washington: US House of Representatives, US GAO, 1993.
16. Pereiro C. *Reduce os riscos diminue os danos*. Dirección Xeral de Saúde Pública. Edit. Xunta de Galicia. Santiago: Consellería de Sanidade, 2002.
17. Pereiro C. *Muerte por reacción aguda tras consumo de drogas en Galicia (1992-1997)*. Edit. Universidad de Santiago, 1999.
18. Pereiro C, Bermejo A, Fernández P y Tabernero MJ. Deaths from drug abuse in northwestern Spain, 1992 – 97 *Addict Biol* 2003 (8): 89-95.

19. Zador D, Sunjic S, Darke S. Heroin-related deaths in New South Wales, 1992: toxicologic findings and circumstances. *Med J of Aust* 1996; 164: 204-207.
20. De Andrés M, Hernández T. Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas. Madrid: Edit. Fundación CREFAT, 1998.
21. O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E (eds.). La reducción de daños relacionados con las drogas. Barcelona: Edit. IGIA., 1995.
22. Coyle SL, Needle RH, Normand J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: A review of published outcome data. *Public Health Rep* 1998; 113 : 19-30.
23. Menoyo C, Zubia I, Urzelai A, Zulaika D. El kit antisida y otras experiencias de prevención en el Estado Español. *Jano*, 1994; XLVI (1072): 59-67.
24. Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic, 1988. Washington: National Academy of Sciences, "Controlling Aids, Update", 1988.
25. WHO. HIV infection and drug injecting intervention strategies. Ginebra, 1988.
26. Hughes P. Behind the wall of respect: Community experiments in heroine addiction control. Chicago: University of Chicago Press, 1977.
27. Watters J. K, Biemacki P. Targeted sampling: Options for the study of hidden populations. *Social Problems* 1989; 36: 416-430.
28. Wiebel, W. Combining ethnographic and epidemiologic methods for targeted AIDS interventions: The Chicago Model. In National Institute on Drug Abuse, Needle sharing among intravenous drug abusers: National and international perspectives (NIDA Research Monograph No. 80). Rockville, MD: U.S. Public Health Service, 1988.
29. Wiebel, W. Identifying and gaining access to hidden populations. In National Institute on Drug Abuse. The collection and interpretation of data from hidden populations (NIDA. Research Monograph No. 98). Rockville, MD: U. S. Public Health Service, 1990.
30. Wiebel W, Lampinen T. AIDS and intravenous drug abuse. In Drug abuse and drug abuse research: The third triennial report to Congress from the Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS No. ADM 91-1704, 85-110). Rockville, MD, 1991.
31. Wiebel W, Lampinen T. Primary prevention of HIV-I intravenous drug users. *Journal of Primary Prevention* 1991; 12: 35-47.
32. Wiebel W, Jimenez A, Johnson, W, et al. Positive effect on HIV seroconversion of street outreach intervention with IDUs in Chicago, 1988-1992. IX International Conference on AIDS. Berlin, Germany, 1993.
33. Raymond C. Study of IV drug users and AIDS finds differing infection rate, risk behaviors. *JAMA* 1988; 260: 310-315.
34. Shick J, Wiebel, W. Congregation sites for youthful multiple drug abusers: locations for epidemiological research and intervention. *Journal of Drug and Alcohol Dependence* 1981; 7: 63-79.
35. Schoenbaum EE, Hartel DM, Gourevitch MN. Needle exchange use among a cohort of injecting drug users. *AIDS* 1996; 10 : 1729-1734.
36. Vlahov D, Junge B, Brookmeyer R. Reductions in high-risk drug use behaviours among participants in the Baltimore needle exchange program. *J AIDS Human Retrovirology* 1997; 16:400-406.
37. Watters JG, Estilo MJ, Clark GL, et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA* 1994; 271: 115-120.
38. Frischer M, Elliot L. Discriminating needle exchange attenders from non-attenders. *Addiction* 1993; 88:681-687.
39. Keene J, Stimson GV, Jones S, et al. Evaluation of syringe-exchange for HIV prevention among injecting drug users in rural and urban areas of Wales. *Addiction* 1993: 1063-1070.
40. Des Jarlais D, Friedman P, Hagan H, et al. The protective effect of AIDS-related behavioural change among injection drug users: a cross-national study. *Am J Public Health* 1996; 86: 1780-1785.
41. Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997; 349: 1797-1800.
42. Kaplan EH, Khoshnood D, Heimer R. A decline in HIV-infected needles returned to New Haven's needle exchange program: client shift or needle exchange? *Am J Public Health* 1994; 84:1991-1994.
43. Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D, et al. HIV incidence among injecting drug users in

- New York City syringe-exchange programmes. Lancet 1996; 348: 987-991.
44. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid, Espasa Calpe, 1982.
  45. Bandura A. Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
  46. Becker et al. The health belief model and personal health behaviour. New Jersey: Slack, 1974.
  47. Aguilar I. (Coordinadora). El educador social y las drogodependencias. Madrid: Edit. GID, 1995.
  48. El Problema de la Drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Informe Anual 2003. OEDT. Luxemburgo, 2003.
  49. Strang J. Heroin overdose: the case for take-home naloxones. Brit Med J 1996; 312: 1435.
  50. Darke S. Te distribution of naloxone to heroin user. Addiction 1997; 92:1195-9.
  51. Strang J. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. Addiction 1999; 94: 199-204.
  52. Dettmer K. Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilots schemes. Brit Med J 2001; 322: 895-6.
  53. Graham C. Take home naloxone for opiate addicts. Brit Med J 2001; 323: 934.
  54. Bigg D. Chicago Experience with Take-Away Naloxone. Brit Med J 2002; 324: 678.