

ARTÍCULO ESPECIAL

Programas de reducción de daños en la drogodependencia

Chica Villar J¹, Juárez Jiménez MV²,
Canillo Fúnez R³

¹*Enfermero en atención primaria.
Centro de Salud Torredelcampo (Jaén)*

²*Médico de familia en atención primaria.
Centro de Salud Porcuna (Jaén)*

³*Enfermero en atención primaria.
Centro de Salud Bulevar (Jaén)*

CORRESPONDENCIA

Juan Chica Villar
E-mail: juanchivillar95@gmail.com

Recibido el 04-07-2019; aceptado para publicación el 10-10-2019
Med fam Andal. 2019; 2: 182-188

La Organización Mundial de la Salud define como droga o sustancia psicotrópica, aquella que “cuando se ingiere, afecta a los procesos fisiológicos y mentales”. Las drogas se diferencian según su legalidad:

- Legales: están permitidas en una determinada jurisdicción mediante prescripción médica o incluso sin ella.
- Ilegales: su producción, consumo o venta están prohibidos. La droga en sí no está prohibida, sino el uso de ella en cualquiera de las tres variantes anteriormente expuestas.
- Sustancias controladas o intermedias: su distribución está prohibida por ley o bien se restringe a usos médicos o farmacéuticos, variando según cada país.

Se debe tener en cuenta el estigma y la percepción que tienen las personas respecto a las drogas, en referente a la reducción de daño. Desde el punto de vista de la población general, el cannabis y la heroína no están igual considerados, siendo ambas ilegales, y en el lenguaje informal la diferen-

cia entre drogas “duras” (heroína) y “blandas” (cannabis). Esta diferenciación es un constructo social a evitar en la literatura científica¹.

PROGRAMAS DE REDUCCION DE DAÑOS

Se consideran “estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados a una determinada circunstancia”. En el ámbito de las drogas dichas estrategias pretenden minimizar los daños asociados al consumo sin necesariamente reducirlo o eliminarlo. La perspectiva de este campo está relacionada con el mantenimiento del consumo de drogas, contemplando la abstinencia como un objetivo alcanzable a largo plazo e interviniendo en la prevención de daños relacionados con la administración. Estas estrategias van dirigidas a los perjuicios de las personas que consumen (aumentan la seguridad en el consumo y disminuyen el contagio de enfermedades), promoviendo una serie de recomendaciones que tienen el objetivo de respetar los valores humanos fundamentales².

El perfil de los pacientes en programas de reducción de daños suelen tener:

- Inicio más temprano, mayor tiempo de exposición a las prácticas de consumo y fase más avanzada de adicción,
- Precisan menos dosis de droga,
- Son más conscientes de los peligros y riesgos que asumen.

El **estigma** disminuye el volumen de usuarios de droga que acuden a estos servicios, sobre todo en ciudades pequeñas³. Aunque la mayoría de la sociedad está a favor de estos programas, existen personas que lo consideran como un perjuicio a la sociedad y una forma de mantener la drogadicción⁴. La percepción de los usuarios de estos programas es:

- Relación: segura y tranquila con los profesionales sanitarios y psicólogos, y más sana y controlada con los otros usuarios sin la agresividad del consumo en la calle.
- Localización: disponen de servicios hospitalarios cercanos y no tienen un lugar cercano para comprar más droga.
- Identidad: positiva al estar los programas integrados en un contexto ambulatorio (catalogados como “enfermos” frente a “yonquis”) y normalizando la situación.
- Servicios: excursiones, hora del café, programa de intercambio de jeringuillas, salas de consumo higiénico, duchas y profesionales.

Otro objetivo fundamental de los programas de reducción de daños es evitar una **intoxicación** que puede conllevar a la muerte. En Estados Unidos se han incrementado las muertes por sobredosis entre los años 2000-2014, siendo más prevalentes en grandes poblaciones como Nueva York⁵, con una mayor incidencia en jóvenes de entre 15-24 años que se inician en las drogas por influencias e inconsciencia de la existencia de intoxicaciones⁶.

Destaca la alta prevalencia del **VIH** entre personas que usan drogas por vía parenteral y representa un desafío de salud global en muchos

países. Numerosos organismos internacionales como Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud (OMS) han desarrollado y fomentado estrategias en diferentes localizaciones para disminuir dicha patología en este colectivo⁷.

Existen diferentes tipos de programas de reducción de daños que se clasifican en función de:

-Destinatario:

- Individuales: orientadas al ámbito de la salud, legal o económico.
- Grupo: basadas en una modificación de las opiniones, influencias, acciones o el contexto social en el que están envueltos.
- Sociedad (mediadas sobre todo por el ámbito legal): situación legal del consumo dependiente de las leyes del país, grado de acceso a servicios de salud...

-Lugar de actuación:

- De acercamiento o “outreach”: actúan en un medio abierto en el que está presente la sustancia y siendo éste cercano a los lugares de consumo (por ejemplo, un festival de música)
- Programas en prisiones.

-Quiénes promueven la acción preventiva:

- Administraciones gubernamentales mediadas por profesionales del campo sanitario.
- Autoorganización de usuarios de drogas, por ejemplo la organización “Energy Control” en España.

SITUACIÓN HISTÓRICA Y ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Los antecedentes principales se dieron en Ámsterdam, Rotterdam y la región inglesa de Merseyside. En las dos primeras ciudades se desarrollaron acciones combinadas para proveer de atención médica y social a los usuarios de drogas debido a una epidemia de hepatitis B², mientras que en la tercera se dio el primer programa de

intercambio de jeringas mediado por policías, en el cual disminuyó la tasa de VIH y delitos relacionados con el consumo⁷. Estos fueron los primeros programas de reducción de daños que se dieron en Europa, en los años 80, motivados por una primera recomendación de la OMS en 1973. En ella, se enunciaba que dichos programas de reducción de daños eran una opción válida para controlar el consumo de drogas y sus consecuencias².

En España el primer programa aparece tras la aplicación del Real Decreto 5/1996 del 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990 del 19 de enero, por el que se regulaban movimientos de intercambio de jeringuillas y salas de consumo supervisado, con un éxito discutible debido a la escasa divulgación popular². Un movimiento social empezó a surgir a mediados de la década de 1990 para la implementación del programa de intercambio de jeringuillas en cárceles, el cual se propuso por parte de algunas administraciones, pero tuvo un resultado práctico nulo. En la actualidad, existen programas de mantenimiento con metadona y programas de intercambio de jeringuillas en muchas prisiones y en gran parte del territorio español, aunque solo hay 12 salas de consumo supervisado de las cuales 11 están en Cataluña. También se cuenta con 58 centros de emergencia social siendo la primera la instalada en el barrio de las Barranquillas en Madrid, en mayo de 2000⁸. No existen impedimentos legales para la apertura de más salas de consumo higiénico en España, por lo que se recomienda su implementación. Deben de estar previstas de personal sanitario y no sanitario formado, y además se debe de compartir la acción reductora de daños con aspectos en promoción de la salud.

En Europa, la aplicación de los programas de reducción de daños en pacientes drogodependientes es muy desigual (no forma parte de las políticas generales de los gobiernos), se suelen ofertar mediante ayuntamientos y otros colectivos coordinados bajo un equipo multidisciplinar y van dirigidas a un sector de la población más desfavorecido o conflictivo⁹.

A pesar de que las drogadicciones normalmente se suelen concentrar en barrios marginales de ciudades o entornos en los que la sustancia está presente y, por tanto, gran parte de la población obvia el problema que realmente supone, es un

tema que sigue activo en la actualidad. En la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) realizada en 2015¹⁰, se aprecia que la prevalencia en el consumo de drogas está estable en la mayoría de drogas, aumentando principalmente el consumo de hipnosedantes, tranquilizantes, somníferos y cannabis desde 1997. En cuanto a la transmisión del VIH en personas que se inyectan drogas por vía parenteral, en 2016 un 3.6% de los nuevos diagnósticos se dieron por esta vía¹¹.

Otro punto fundamental, es la edad media de inicio del consumo de sustancias. Según EDADES, la primera sustancia ilegal que los jóvenes comienzan a consumir es el cannabis, con una edad media comprendida en torno a los 15 años. En la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España¹², se aprecia la corta edad media en los jóvenes que comienzan a consumir drogas.

TIPOS DE PROGRAMAS REDUCCIÓN DE DAÑO

Los programas de reducción de daños son una fuente principal de cuidados, estabilización del consumo y un punto inicial en el que los usuarios de drogas por vía parenteral acceden a otros servicios de salud¹³ para disminuir o eliminar de la adicción a la droga. El síndrome de abstinencia a las drogas puede dar lugar al uso no seguro, secundario a la dependencia que padece.

Existe unanimidad en cuanto a los principales tipos de programas de reducción de daños: programas de intercambios de jeringas, salas de inyección seguras y supervisadas y el tratamiento con fármacos agonistas o antagonistas¹⁴. La relación entre beneficio y coste es mayor en el primer tipo y disminuye con los restantes, debido a la infraestructura necesaria para hacerlo eficaz y al personal destinado (sanitario y no sanitario), el esfuerzo combinado de todos aumenta los beneficios reduciendo al máximo el coste a largo plazo¹⁵. En cuanto a los costes, la terapia antirretroviral es la estrategia más cara, seguida de la terapia de sustitución de opioides y por último de los programas de intercambio de jeringas.

El programa más importante en la reducción de riesgos de la drogadicción es el programa

de **intercambio de jeringas**, evita que usuarios de droga por vía parenteral compartan útiles de inyección como jeringuillas con los riesgos que ello supone. Un tercio de los usuarios han compartido alguna vez jeringuilla y más de la mitad material de forma indirecta, porcentajes que disminuyen mediante la supervisión y la educación para la salud¹⁶. Los usuarios de drogas por vía parenteral presentan mayor probabilidad de compartir jeringuilla si:

- Se inyectan diariamente,
- Tienen una pareja usuaria de drogas por vía parenteral,
- La fuente de ingresos es ilegal,
- Son difíciles de obtener (existe asociación entre no compartir y la obtención de jeringuillas estériles fáciles de obtener: gratuitas o compradas).

Tiene el objetivo de reducir las infecciones por el uso de una misma jeringa en varios usuarios y consecuentemente, reducir la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o hepatitis B. Existe una clasificación del tipo de jeringas en función de la capacidad de la jeringa de "espacio muerto", es decir, aquel que no se inyecta pero que está relacionado con la capacidad de transmitir infecciones a través de la sangre debido a la acumulación de esta. Se diferencian en "low dead" y "high dead", siendo las primeras jeringas y agujas más pequeñas que las segundas.

Los usuarios de drogas por vía parenteral tienen un mayor riesgo de contraer el VIH y la hepatitis C, circunstancia que se ha asociado a comportamientos sexuales de riesgo, multiplicando por tanto las posibilidades de que lo contraigan sus parejas sexuales y ampliando el círculo de infectados¹⁷. Ha disminuido la incidencia del VIH en España desde 1980, gracias a programas de reducción de daños efectivos, como son el mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona) y los programas de distribución de jeringuillas dirigidas a los consumidores. Los factores extrínsecos que han dado lugar a una reducción en el número de pacientes con VIH son la mejora sanitaria, la educación para la salud en materia de prevención o los fallecimientos y los programas de reducción de daños para esta patología.

Teniendo en cuenta el acercamiento con los posibles usuarios, existen dos tipos de servicios de reducción de daños: centralizados y móviles puntuales¹⁸. El mantenimiento de puntos fijos y móviles reduce notablemente conductas negativas. El acceso a puntos móviles, al ser más fácil que acceder a puntos fijos, hace que aumente la captación de personas a programas de deshabituación. El acercamiento a los usuarios sigue siendo una tarea pendiente, mostrando una percepción de necesidad de mejora en cuanto a la accesibilidad en tiempo, espacio y lugar. Un incremento en la distancia de espacio para acceder a actividades, tiempo pasado en la calle y dormir en diversos sitios durante un periodo de 6 meses o más, conlleva a un aumento de la probabilidad de padecer HIV.

Otros tipos de programas son:

Salas de inyección, el consumo se realiza bajo la supervisión de un sanitario. La disponibilidad de un espacio de consumo supervisado en un lugar de elevado consumo se acompaña de una importante reducción de jeringas encontradas en el suelo con el paso del tiempo. El número de jeringuillas encontradas es un indicador indirecto y fiable de monitorización del consumo.

Talleres de consumo para evitar riesgos que suelen estar en el mismo lugar en el que se realiza el consumo, tratamiento con fármacos o antagonistas (medicamentos no opiáceos, opiáceos y derivados), y asistencia a sobredosis.

Con una combinación entre los tipos de programas de reducción de daños se disminuye¹⁹:

- VIH/SIDA.
- Infección de piel y tejidos blandos.
- Sobredosis (y muerte por sobredosis).
- Enfermedades hepáticas.

REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO PROMOCIÓN DE LA SALUD

Existe un escaso conocimiento de la población general sobre estos programas y de la función de

los programas de reducción de daños en el tratamiento de las drogadicciones. Se deben abordar²⁰:

- Aspectos relacionados con la promoción de la salud y prevención de patologías secundarias a la drogadicción.
- Atención sanitaria a toda persona que lo necesite en el que se respetan las creencias y voluntades de dicho paciente, dando información y manteniendo su confidencialidad.

Un factor a tener en cuenta en la **prevención de las sobredosis** (educación sobre efectos de las drogas o reanimación cardiopulmonar) es que ejerce una mayor influencia el grupo de iguales en el ambiente en los que la droga es consumida en dicho momento que las autoridades sanitarias pertinentes². La mayor parte de los pacientes han aprendido a realizar estrategias de reducción de daños gracias a otros amigos o compañeros.

Las familias pueden educarlos en estrategias para reducir el daño frente al consumo (ej: jeringas estériles), y además los proveen de recursos básicos como alojamiento y comida. Los sanitarios tienen un papel fundamental en la formación de estrategias de reducción de daño para la familia, y que sea ésta la que se lo oferte al individuo. Gran parte de los usuarios dejan el contacto con su familia con el motivo de protegerla frente a su adicción. En otros casos, es la familia la que se desvincula del contacto con el usuario.

Las prácticas inseguras están dadas por los ambientes de marginalidad y el contexto social en el que se desarrollan los individuos.

Factores microsociales como el tener un hogar conflictivo, o no tener casa, dificultan el inicio y adherencia a este tipo de estrategias.

El consejo sanitario conciencia de que a pesar de estar realizando un acto con consecuencias negativas, el realizarlo de forma lo más limpia posible puede "salvar sus vidas".

Estos talleres aplicados a pequeña escala han demostrado una mejora en el conocimiento y la autopercepción de los jóvenes a los que se les imparte. Los jóvenes²¹:

1. Presentan un mayor riesgo de sobredosis⁶.

2. Están relativamente poco informados acerca de la prevención de sobredosis y de tratamientos sustitutivos.
3. Los riesgos de tener el virus del VIH están asociados con personas que han tenido sobredosis⁵.

Otro principio fundamental es la **prevención infecciones de tejidos superficiales y blandos** frecuentes en personas que se inyectan drogas. Están causadas por bacterias ubicadas en la piel las personas que se inyectan, y las que están presentes en drogas contaminadas, agentes cortantes y en el instrumental que usan los usuarios. Aunque muchas de estas infecciones están localizadas y son superficiales, cuando se asocian con síntomas sistémicos pueden dar lugar a una infección que pone en peligro la vida de la persona. Las formas más comunes de infección en el sitio de punción son celulitis o abscesos²². Reutilizar o compartir jeringuilla aumenta las probabilidades de padecer alguno de estos problemas. Es importante el entorno del usuario de drogas, puesto que también contribuyen factores como: escasa higiene, piel o vena dañadas, bajo nivel de ácido cítrico o falta de Vitamina C²³... Los pacientes sometidos a terapias de reducción de daños tienen menor probabilidad de padecer estas infecciones.

CONCLUSIONES

Los programas de reducción de daños enfocados a personas drogodependientes intentan disminuir las posibles complicaciones derivadas de dichas adicciones mediante una serie de estrategias: intercambio de jeringas estériles, centros de inyección segura y supervisada, y terapias de sustitución de opioides. Se mantiene el consumo de drogas ilegales en jóvenes y adultos y los problemas derivados de ellos; con una prevalencia importante (problema de salud pública). Los programas de reducción de daños dan lugar a una disminución de la incidencia de enfermedades como el VIH, infección de piel y tejidos blandos, sobredosis y enfermedades hepáticas, siendo el papel de los sanitarios importante en la educación para la salud y en el estigma que sufren los usuarios de dichos programas. La importancia de los programas de reducción de

daños como un instrumento que, a bajo coste comparado con el beneficio que supone, da lugar a una disminución de problemas subyacentes.

Los programas de reducción de daños presentan un beneficio elevado para las personas usuarias de drogas por vía parenteral. Sin embargo, aún no son usados por todos aquellos que lo necesitan por la propia percepción negativa para buscar ayuda o por el estigma que muchas personas presentan frente a este colectivo.

El rol del personal sanitario actúa como potenciador del proceso al disminuir el estigma de los usuarios y emplear la educación en salud para conseguir los objetivos del programa. La educación sanitaria se debe realizar en puntos de acceso a jeringas y con el propósito de eliminar el estigma por parte del resto de la población.

Existen escasos estudios relacionados con otras drogas ilegales que no sean inyectadas por vía parenteral, como la metanfetamina o la cocaína, debido a la magnitud que pueden alcanzar los problemas secundarios por sustancias inyectadas como la heroína.

La reducción de daños se considera (no como un fin en sí mismo) un método de acercamiento:

- De las personas usuarias de drogas a estrategias que pueden minimizar los daños asociados a ellas,
- A la información y a los buenos hábitos en salud (drogodependencia y los problemas relacionados a ella).

BIBLIOGRAFÍA

1. Janik P, Kosticova M, Pecenek J, Turcek M. Categorization of psychoactive substances into "hard drugs" and "soft drugs": A critical review of terminology used in current scientific literature. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2017; 43:636-646.
2. Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: Situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*. 2016; 30(1): 99-105.
3. Bozinoff N, Small W, Long C, DeBeck K, Fast D. Still "at risk": An examination of how street-involved young people understand, experience, and engage with "harm reduction" in Vancouver's inner city. *International Journal of Drug Policy*. 2017; 45:33-39.
4. Kulesza M, Teachman B, Werntz A, Gasser M, Lindgren K. Correlates of public support toward federal funding for harm reduction strategies. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. 2015; 10:25.
5. IDUHA. Harm reduction in New York City, citywide evaluation study NYC. 2015.
6. NYC DOHMH. Unintentional drug poisoning (overdose) death involving opioids in New York City. 2015.
7. Huang Y, Yang J, Nelson K, Kuo H, Lew-Ting C, Hui Yang C, et al. Changes in HIV incidence among people who inject drugs in taiwan following introduction of a harm reduction program: A study of two cohorts. *Plos Medicine*. 2014;11:4.
8. Clua García, R. Salas de consumo higiénico en España (2000-2013). *Salud Colectiva*. 2015; 11(2):261-282.
9. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. III Plan Andaluz sobre drogas y adicciones 2016-2021. 2016.
10. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2017.
11. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2016. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos del VIH. 2017.
12. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. ESTUDES 2016/2017.
13. Islam MM, Topp L, Conigrave KM, White A. Linkage into specialist hepatitis C treatment services of injecting drug users attending a needle syringe program-based primary healthcare centre. *Abuse Treatment*. 2012; 43(4): 440-445.
14. Wilson D, Donald B, Shattock A, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*. 2015; 26(1):S5-11.
15. Adamson K, Jackson L, Gahagan J. Young people and injection drug use: Is there a need to expand harm reduction services and support? Dalhousie University School of Health and Human Performance, Halifax, Nova Scotia, Canada. 2017:39:14-20.
16. Folch C, Casabona J, Brugal M, Majó X, Meroño M, Espelt A, Gonzalez V. Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 26(1):37-44.
17. Broz D, Pham H, Spiller M, Wejner C. Prevalence of HIV infection and risk behaviors among younger and older injecting drug users in the United States. *AIDS Behaviour*. 2014; 18(3):284-296.
18. Schatz E, Nougier M. Salas de consumo de drogas: Evidencias y prácticas. Consorcio Internacional Sobre Políticas De Drogas. 2012.

19. Martínez-Luna N, Rodríguez-Cintas L, Esojo A, Palma-Álvarez R, Robles-Martínez M, Grau-López L, Perea M, Roncero C. Uso de reducción de daños y gravedad psicopatológica y médica en pacientes en programa de mantenimiento con metadona. *Revista Adicciones*. 2018; 30(3):197-2017.
20. Calvo M, MacFarlane J, Zaccaro H, Curtis M, Caban M, Favaro J, Passannante M, Frost T. Young people who use drugs engaged in harm reduction programs in new york city: Overdose and other risks. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017; 178, 106-114.
21. Bahji A, Wood E, Ahamad K, Dong H, DeBeck K, Milloy M, Kerr T, Hayashi K. Increasing awareness about HIV prevention among young people who initiated injection drug use in a canadian setting, 1988–2014. *International Journal of Drug Policy*. 2015; 26(12):1258-1264.
22. Dunleavy K, Munro A, Roy K, Hutchinson S, Palmateer N, Knox T, Goldberg D, Taylor A. Association between harm reduction intervention uptake and skin and soft tissue infections among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017; 174:91-97.
23. Kesten J, Ayres R, Neale J, Clark J, Vickerman P, Hickman M, Redwood S. Acceptability of low dead space syringes and implications for their introduction: A qualitative study in the west of England. *International Journal of Drug Policy*. 2017; 39:99-108.