

que tiene para otro tipo de pacientes, es decir, aquel que sabe de los medicamentos. Muchas veces es al revés, es el UDI el que tiene un cierto manejo de la farmacopea y cree saber lo que le conviene. Si el médico insiste en la vía de discutir sobre lo que considera más adecuado hacer, generalmente suscita en el paciente la agresividad y la idea de que se le quiere escatimar medicación. Muchas veces se producen situaciones violentas. La pregunta entonces del profesional pasa por ¿ceder o no a la demanda? Como recomendaciones generales pueden establecerse:

- 1) Considerar caso por caso, es decir, tener en cuenta la capacidad de respuesta de cada sujeto. Sólo podemos avanzar de lo particular a lo particular. Sabemos que no es fácil.
- 2) En relación a lo anterior, salirse del lugar de aquél que quiere que el enfermo pierda sus malos hábitos de vida, de aquél que sabe lo que al otro le conviene porque, generalmente, esta posición provoca agresividad.
- 3) Dar un tiempo para hablar de las dificultades de cada sujeto en relación al tratamiento y suspender todo *furor sanandi*.
- 4) Es importante un diagnóstico preciso. Las drogodependencias son muchas veces "un cajón de sastre". No deschar trastornos psiquiátricos graves. Por ejemplo, en muchos casos de psicosis, hemos comprobado que aceptar inmediatamente la demanda de desintoxicaciones rápidas puede producir desencadenamientos y pasajes al acto muy graves.

Hay otros aspectos ligados a la demanda que reciben distintos profesionales y son los referidos a las problemáticas judiciales que plantean muchos de estos pacientes. Esta cuestión afecta a los profesionales de centros ambulatorios y también a aquellos en donde se da algún tipo de ingreso. Nos podemos encontrar ante los siguientes problemas:

- 1) Hay pacientes que procediendo de instituciones penitenciarias ingresan en algún tipo de centro asistencial. Si nos preguntamos por qué determinadas personas estando en prisión solicitan tratamiento terapéutico, podemos respondernos que la demanda puede ser un recurso para alcanzar un régimen de vida más grato. En ocasiones ellos mismos, después de un tiempo, lo explican así. Esto podría llevarnos a pensar que si la demanda es trampa desde el inicio, no hay un verdadero interés por dejar el consumo de drogas, por cambiar de vida, etc. y que todo esto impasibilitaría o haría especialmente difícil el tratamiento. En este punto deberíamos evitar cualquier juicio *a priori*. Sigue que no se puede hacer un pronóstico de los casos en este sentido, y la experiencia lo muestra constantemente.
- 2) Si seguimos examinando las circunstancias en que se producen las demandas de tratamiento encontramos otros pacientes, bastante más numerosos, que presentan alguna cuestión judicial al inicio del tratamiento o posteriormente. Sigue entonces que cuando llega el momento preciso solicitan un certificado conforme están voluntariamente en tratamiento para dejar la adicción y este documento es utilizado posteriormente por la defensa del caso. Este tipo de demandas son frecuentes y generalmente se atienden sin mayores problemas. Pero éstos pueden surgir entre el paciente y el profesional que directamente lleva el tratamiento cuando éste comprueba que el paciente no sigue las pautas marcadas. Al respecto, como también en otras situaciones, conviene diferenciar muy bien las funciones de los distintos profesionales que trabajan en los centros.
- 3) El problema de la confidencialidad. Éste se presenta frecuentemente y referido a distintos aspectos. En esta ocasión me referiré a uno bastante corriente. Los tera-

peutas reciben en muchas ocasiones confesiones que les provocan situaciones angustiantes. A veces, el paciente llega a confesar actos delictivos o criminales de mucha gravedad por los que no ha sido juzgado y todo indica que es muy posible que vuelva a cometerlos. ¿Cómo prevenirlos sin faltar a la ética de la confidencialidad que rige todo tipo de cura? No es fácil responder y menos aún con una premisa general. Aquí, el diagnóstico, y en consecuencia el pronóstico, desempeñan un papel fundamental. Por ejemplo, en casos de psicosis, se puede comprobar frecuentemente la recurrencia de las imágenes de sus crímenes con una insistencia pertinaz a través de los sueños, alucinaciones y delirios. La evaluación de cada caso puede aconsejar el ingreso hospitalario.

Para terminar, insistiré en la importancia del trabajo interdisciplinar que, cuando las condiciones asistenciales lo permiten, posibilita a cada profesional, en muchos casos, tomar decisiones sobre los problemas éticos que se le plantean. Pero eso no los libera de su propia responsabilidad individual en el momento de tener que decidir.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Freud S. El malestar en la cultura. En: Obras Completas. Buenos Aires: Ediciones Amorrortu, 1990; XXI.
- Lacan J. Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología. En: Escritos 2. Méjico: Siglo XXI, 1986.
- Lacan J. El revés del psicoanálisis. Seminario Nro. 17. Barcelona: Paidós, 1995.
- Laurent E. Tres observaciones sobre la toxicomanía. En: Sujeto, goce y modernidad II. Buenos Aires: Atuel-TYA, 1994.
- VVAA. ¿De qué somos responsables? Barcelona: Ediciones Eolia, 1997.
- VVAA. El malestar en la adicción. Barcelona: Ediciones Eolia, 1996.
- VVAA. Pharmakon. Revista del Instituto del Campo Freudiano. Buenos Aires: Ediciones Plural, 1993-98; 1-7.
- VVAA. Mental. Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée. Paris: Ecole Européenne de Psychanalyse, 1998; 5.
- VVAA. Nouveaux symptômes. Revue de psychanalyse. Paris: Navarin-Seuil, 1998; 38.

Evaluación del programa de intercambio de jeringuillas del Centro Penitenciario de Pamplona

MR6.p4 G. Hualde Urralburu, P. García Ferrero* y L. Elizalde Soto**.

Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de Salud. *Equipo de Evaluación del PIJ. **Coordinador del Programa de Prevención y Control del SIDA. Instituto de Salud Pública. Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona-Iruña.

INTRODUCCIÓN

La cárcel de Pamplona es una cárcel vieja y pequeña, situada en la actualidad en una zona céntrica de la ciudad.

En los dos momentos de evaluación a que se refiere esta ponencia no llega a alcanzar en su cuota máxima 150 personas internas, que son todas ellas varones. En ella, han consumido heroína/cocaína/*speed ball* en los últimos 30 días entre el 26% y el 29% de los internos (lo han hecho "alguna vez" en la vida entre el 64% y el 68%). De los consumidores en los últimos 30 días, entre el 64% y el 67% lo han hecho por vía inyectada. En la cárcel de Pamplona trabajan 130 profesionales, 53% personal de vigilancia.

El programa de intercambio de jeringuillas (PIJ) en la prisión de Pamplona, de cuya evaluación se pretende rendir cuenta, es uno de los llamados programas piloto que se puso en funcionamiento en noviembre de 1998. El programa fue elaborado por un Comité de Expertos creado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Según dice literalmente uno de los apartados de los cuestionarios de evaluación, "el PIJ se fundamenta en que los Servicios Médicos de la Prisión y la Asociación SARE, que también hace el intercambio en el despacho PIJ, velarán para que los reclusos que intercambien jeringuillas sean protegidos por el secreto profesional, de forma que el intercambio sólo sirva para que las personas usuarias de jeringuillas reduzcan riesgos de contagio de enfermedades (VIH-SIDA y hepatitis) y nunca sean perjudicadas por ello".

Como programa piloto, el PIJ se propone verificar si en la prisión de Pamplona las medidas de prevención probadas en la población general son igualmente realizables y adaptables a las condiciones de ejecución de condena. Entre sus objetivos específicos, el programa pretende:

- 1) Valorar la influencia del programa de intervención en salud sobre el cumplimiento de condena.
- 2) Estimar la aceptación del programa por parte de las personas implicadas.
- 3) Contribuir a la prevención de la infección por el VIH y otros agentes patógenos (hepatitis B, hepatitis C) en la población usuaria de drogas inyectables (UDI), evitando el uso compartido de material de inyección.
- 4) Incrementar las posibilidades de contactar con los usuarios estimulando su acceso a las ofertas asistenciales y a la oferta de los programas de deshabituación de drogas implementados en el ámbito penitenciario.
- 5) Identificar las repercusiones del programa sobre comportamientos de riesgo, el consumo de drogas y la preservación de la salud de los encarcelados.

El mismo programa del Comité de Expertos, al exponer el desarrollo del proyecto, señala que para poder efectuar el análisis profundo de los procesos de ejecución del proyecto, se hace indispensable el diseño y desarrollo de un subprograma de evaluación. La evaluación del PIJ, dice, tratará de analizar su eficacia y viabilidad, y contemplará determinados momentos clave de su desarrollo: la evaluación inicial (anterior a su aplicación), la evaluación del proceso (en uno o varios momentos de su desarrollo), y la evaluación final (una vez transcurrido un año de su funcionamiento).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El Proyecto de Evaluación del PIJ, elaborado por la Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública con la colaboración de la Universidad Pública de Navarra, asume los objetivos evaluadores y las fases de análisis propuestas por el Comité de Expertos, especifi-

cando en su estrategia evaluativa la manera en que esos objetivos se van a cumplimentar en cada una de esas fases de análisis.

En cada una de las tres fases o momentos evaluadores la viabilidad del propio programa es objeto permanente de evaluación, tratando de identificar qué elementos del mismo favorecen o perjudican su desarrollo. Las valoraciones se efectúan fundamentalmente a través del análisis de las imágenes, creencias, actitudes y, en su caso, comportamientos, que el programa y sus diversos componentes suscitan, tanto entre los reclusos como en el personal trabajador de la prisión, sin olvidar, en caso de interferencia, las producidas en el entorno social.

Junto a esta perspectiva evaluadora de la viabilidad del programa, el Proyecto de Evaluación señala que en cada una de las etapas de la evaluación se generarán las informaciones pertinentes que permitan la valoración de la eficacia del programa en la evaluación final del mismo.

La metodología operativa del Proyecto de Evaluación articula funcionalmente los análisis cualitativos con los cuantitativos, que deben servir de soporte para la elaboración de los datos, indicadores y valoraciones. Los análisis cualitativos, consistentes en entrevistas en profundidad y grupos de discusión, básicamente tienen la finalidad de suministrar información que permita perfilar las cuestiones de la herramienta de carácter cuantitativo.

Los análisis cuantitativos se soportan en la encuesta, que en este caso se efectúa con dos cuestionarios diferentes: uno de ellos dirigido al personal funcionario, y el otro destinado a los propios internos. Ambos cuestionarios, que deben pasarse en cada etapa o momento de la evaluación, han sido elaborados para permitir la autorrespuesta de la persona encuestada, sin la mediación específica del encuestador/a, que se ha limitado a entregar, explicar y recoger el cuestionario, favoreciendo siempre al máximo la confidencialidad.

El cuestionario dirigido al personal funcionario se ha limitado prácticamente a cuestiones relacionadas con la viabilidad del PIJ. Explora el nivel de información sobre el programa, su aceptación y la satisfacción por su regulación y funcionamiento, al igual que las imágenes sobre la droga en la cárcel, la eficacia del programa y sus efectos perversos. Éstos se refieren al aumento del consumo de drogas, del stock de jeringuillas y de los "correos" y conflictos, a las repercusiones de excesivo celo o desmotivación en el personal de vigilancia, y al cambio de las condiciones laborales del personal, especialmente en relación al riesgo de accidentes, peligro de contagio y seguridad personal y del centro.

El cuestionario dirigido a los internos incluye, además de las cuestiones relacionadas con la viabilidad del programa, las que permiten medir su eficacia. Las cuestiones relativas a la viabilidad del programa versan sobre las imágenes de privilegio y riesgo del programa, confianza en los Servicios Médicos y organizaciones no gubernamentales (ONG) (SARE) que hacen el intercambio, y efectos del programa, especialmente los perversos relativos al aumento de analíticas y control y reducción de "beneficios penitenciarios". También indagan sobre diversos aspectos del programa, como el "hecho de tener que pedir jeringuillas", "el horario de distribución" y la "localización del despacho PIJ". Por su parte, las cuestiones orientadas a medir la eficacia del programa tienen en cuenta su impacto en los internos UDI, los consumos de drogas y las prácti-

ticas de riesgo directas e indirectas en torno a los mismos, así como el acceso a programas asistenciales. También indagan sobre el conocimiento del riesgo en algunas prácticas y la autopercpción del mismo.

Dado el número limitado de los colectivos a encuestar, no se han establecido muestras de los mismos, sino que se ha buscado alcanzar el mayor número posible de encuestados en cada uno de ellos, estimulando la participación con pequeños regalos. En la primera y segunda fase de la evaluación esta participación ha alcanzado respectivamente el 52% y el 55% del personal funcionario, y el 69% y el 77% de los internos.

RESULTADOS MÁS RELEVANTES

Cada una de las fases de la evaluación ha dado lugar a sendos informes con un avance de resultados, los análisis de cada una de las encuestas y un anexo estadístico. Según el Proyecto de Evaluación, los dos informes se han centrado en los datos relacionados con la viabilidad del programa, pero también han reseñado otros más relacionados con el impacto o resultados del mismo, que ofrecen indudable interés. A continuación se retoman algunos de los principales datos de cada una de las perspectivas evaluadoras.

La viabilidad del PIJ en la prisión

En ambas fases de la evaluación el PIJ aparece como viable en la prisión, tanto desde la perspectiva del personal trabajador como, y especialmente, desde la perspectiva de los internos.

Según la información suministrada por las *encuestas al personal*, no se puede hablar de visiones y actitudes uniformes del personal trabajador del centro penitenciario respecto al PIJ. La segunda encuesta, incluso, acentúa las visiones contrapuestas entre el personal de vigilancia y el resto de personal. La visión y actitud del personal de vigilancia es más reacia al programa, y alimenta mayores temores sobre el mismo. Sin embargo, los datos también muestran que tales actitudes y representaciones más bien decrecen, aunque parecen estar arraigadas en un amplio sector de dicho personal de vigilancia, y que no cuestionan radicalmente la viabilidad del programa, ni en la primera ni en la segunda evaluación.

La encuesta también detecta una importante insatisfacción respecto a la información recibida sobre el programa, que es sentida en mayor medida por el personal de vigilancia, e identifica los ámbitos o aspectos en que se desearía mayor información. Algunas de las "demandas" que formulan parecen legítimas, pero otras, especialmente las relacionadas con la identificación de los infectados por VIH y usuarios del PIJ, de ser tenidas en cuenta cuestionarían el principio de confidencialidad del mismo. Esta *confidencialidad que sustenta el programa* es aceptada mayoritariamente por el personal, aunque esta aceptación decrece en la segunda encuesta en relación a la primera y siempre es menor entre el personal de vigilancia (36% frente al 82% del resto de personal).

Como consecuencia de los aspectos aquí reseñados, básicamente el informe de la segunda encuesta señala la conveniencia de hacer esfuerzos en la información-formación del personal, a fin de que éste tenga un conocimiento adecuado del programa y de sus riesgos reales, y pueda integrar ambos en su quehacer profesional.

Las encuestas a los internos también confirman la viabilidad del programa. Si en la primera evaluación se constataba que por parte del colectivo de internos dicha viabilidad no parecía estar en entredicho, en la segunda encuesta los indicadores de viabilidad son, en general, todavía más positivos, aunque siguen evidenciando los puntos frágiles del programa.

En la segunda evaluación, la gran mayoría de internos (86%) está muy a favor o a favor de que el programa se haya puesto en marcha, descendiendo algo sus detractores y aumentando más los partidarios. Asimismo, todavía en mayor proporción, consideran que era necesaria la puesta en marcha del programa en la prisión. Menos todavía que en la primera encuesta, no hay 2 visiones confrontadas entre los posibles destinatarios del programa y el resto de internos.

La viabilidad del programa no parece amenazada por los déficits de información sobre el mismo o por la desconfianza mantenida por algún interno hacia los recursos humanos que sustentan el programa. Entre los usuarios potenciales del programa apenas hay poco informados sobre el mismo, y sólo 3 de los que desconfían a la vez del Servicio Médico y de SARE informan de haberse inyectado en los últimos 30 días. Por otra parte, en la segunda encuesta se registra un crecimiento importante de la confianza en el Servicio Médico, y un ligero descenso en la casi generalizada en SARE de la primera evaluación.

Por su parte, los datos sobre representaciones en torno a posibles repercusiones negativas del programa son preocupantes tanto en la primera como en la segunda encuesta, pero no parecen poner en entredicho la viabilidad del mismo. En la segunda encuesta aumentan algo los que atribuyen al PIJ más control sobre los UDI (49% en total), pero descienden algo los que le atribuyen aumento del número de analíticas (41%) y reducción de beneficios penitenciarios (26%).

Desde la perspectiva de la modalidad del intercambio, la viabilidad del programa parece estar asegurada puesto que el acuerdo sobre dicha modalidad es mucho mayor en la segunda encuesta que en la primera. No obstante, 18 internos hacen sugerencias al respecto, en algún caso alternativas a la propia modalidad de intercambio. A su vez, hay más acuerdo (casi unánime) sobre el horario, pidiendo ampliarlo sólo 4 internos.

Por el contrario, no es así de amplio el acuerdo sobre la ubicación del local en que se realiza el intercambio, expresando dudas sobre su idoneidad o afirmando su inadecuación el 40% de los internos, y haciendo sugerencias al respecto una parte importante de ellos. Más de la mitad de los que se han inyectado en los últimos 30 días duan o no creen que sea la localización del despacho PIJ la más adecuada, aunque la mayor parte de las sugerencias al respecto las hacen otros. Entre las sugerencias efectuadas, la de darle al despacho PIJ otros usos, además del de intercambio, parece que puede resolver buena parte de los inconvenientes señalados al actual emplazamiento.

Impacto y resultados del PIJ

Impacto

La segunda encuesta confirma las previsiones hechas en la primera sobre el uso del programa, permitiendo a su vez construir el perfil de los UDI no usuarios, y matizan-

do el impacto real del mismo. Aunque en el último mes han acudido al programa a intercambiar jeringuillas tantos internos como UDI en los últimos 30 días, en realidad sólo el 69% de estos UDI intercambiaron jeringuillas (los otros usuarios del programa en el último mes –8 en total– no habían informado de consumo inyectado).

De los 8 UDI que no han acudido en los últimos 30 días a intercambiar, sólo 1 no asocia el PIJ con repercusiones de mayor control y/o aumento de analíticas y/o reducción de beneficios penitenciarios. También de ellos, 5 llevaban en prisión menos de 1 mes (2, menos de 1 semana), y 1 desconfiaba a la vez del Servicio Médico y de SARE. Por otra parte, en referencia a los usuarios del programa, hay que advertir que el impacto señalado, según se mostrará más adelante, no debe interpretarse de forma maximalista, como si la participación en el programa incidiese en todas las prácticas de riesgo.

Consumo de drogas ilegales

De modo general puede decirse que, desde que se ha implantado el PIJ en la prisión, no ha aumentado en términos relativos el número de personas que informan de haber consumido cocaína y/o heroína y/o *speed ball* alguna vez y en los últimos 30 días. De la misma forma, se puede afirmar que no ha aumentado el porcentaje de internos que informan de consumo por vía intravenosa en el último mes o, al menos, si hay aumento, no es significativo.

El 64% de los internos informan en la segunda encuesta de haber consumido "alguna vez" (en su vida) cocaína y/o heroína, frente al 68% que informan de este consumo en la primera encuesta. De los que han consumido heroína y/o cocaína "alguna vez", el 41% han consumido en la segunda encuesta heroína y/o cocaína y/o *speed ball* en los últimos 30 días, frente al 44% que afirmaron hacerlo en la primera encuesta (en la que no se contemplaba el *speed ball*). Por su parte, de los que han consumido alguna o varias de estas sustancias en los últimos 30 días, en la última encuesta lo han hecho por vía intravenosa el 67%, frente al 64% que afirmaron hacerlo en la primera encuesta. La mitad de ellos se han inyectado las tres sustancias. El aumento de los 3 puntos porcentuales puede estar explicado por el descenso de los que no contestan a la cuestión, y el dato global encierra en sí cierto descenso relativo de los que se inyectan heroína y un ascenso algo superior de los que se inyectan cocaína.

Actitudes y prácticas de compartir jeringuillas

La actitud hacia la práctica de compartir jeringuillas y las propias prácticas de compartir se han modificado positivamente desde la implantación del PIJ, si bien los problemas no han desaparecido.

En la primera evaluación, el 48% de los internos que habían consumido alguna vez droga inyectada afirmaban estar dispuestos en la prisión a utilizar, en una situación de "necesidad" y/o urgencia, una jeringuilla ya usada por otros. En la segunda encuesta este porcentaje ha descendido hasta el 38%. De modo similar, también ha descendido la proporción de los que están dispuestos a prestar la propia jeringuilla a alguien con "necesidad y urgencia".

También se ha producido un descenso importante en la práctica de compartir jeringuillas, fundamentalmente en lo que respecta a la utilización de jeringuillas usadas con anterioridad por otra persona. A su vez, ha descendido el número de aquellos que informan de reutilizar la propia jeringuilla. Tomando como referente el conjunto de per-

sonas que informan de alguna práctica de riesgo, se aprecia que la práctica de compartir en general ha descendido 19 puntos porcentuales, y el uso de jeringuillas ya utilizadas por otras personas, 31 puntos. Sintetizando todos los datos, en la segunda evaluación informan de reutilizar la jeringuilla –propia o de otros– el 62% del conjunto de los que indican alguna práctica de riesgo, frente al 81% en la primera encuesta. Cuando hay reutilización de la jeringuilla propia o de otros, no se aprecian progresos tan claros en su limpieza con lejía.

Prácticas indirectas de compartir

Bajo esta expresión se incluyen aquellas prácticas que conllevan utilizar otros materiales de inyección ya usados por otra persona, y que "indirectamente" implican compartir la jeringuilla. Tales prácticas se refieren al uso del recipiente para preparar la dosis, del filtro o algodón, y del agua para disolver y/o limpiar la jeringuilla. Además hay que añadir aquellas prácticas de compartir droga que implican el uso de una jeringuilla común para preparar la dosis. Estas prácticas, a las que no se las suele asociar con ningún tipo de riesgo y que, sin embargo, implican el contacto indirecto con una jeringuilla ya usada por otra persona, no suelen identificarse bajo el término "compartir" y normalmente los IDU tampoco lo hacen cuando se les pregunta de forma más directa sobre la práctica de usar la jeringuilla ya usada por otros. En la primera evaluación estas prácticas no se incluyeron en el cuestionario, pero sí en la segunda.

En esta segunda evaluación más de dos tercios de los internos que informan de consumo por vía inyectable utilizan un recipiente –cuchara, lata, etc.– y/o el filtro y/o el agua ya utilizados por otra persona. Algunos de ellos han informado también de prácticas "directas" de compartir jeringuillas, pero el 71% de ellos no han utilizado la jeringuilla ya usada por otra persona. A estos datos habría que añadir que el 27% de los internos que se han inyectado informan de haber cogido con su jeringuilla droga disuelta en otra ya usada. La mayoría de ellos no indican haber utilizado la jeringuilla de otra persona.

Autopercepción de riesgo y conocimiento del riesgo de algunas prácticas

El conocimiento y la autopercepción son dos factores que influyen en las prácticas de consumo. También en la segunda evaluación se han incorporado al cuestionario 1 pregunta sobre autopercepción de riesgo y 2 más sobre el conocimiento del riesgo que pueden implicar algunas prácticas asociadas al consumo por vía intravenosa de drogas. La primera de ellas hace referencia al riesgo de contraer el VIH por compartir jeringuillas de manera ocasional, y la segunda se centra en la eficacia de la lejía en relación al virus de la hepatitis.

El 59% de la población reclusa considera que no tiene ninguna probabilidad de contraer la infección del virus del SIDA, un 31% piensa que tienen probabilidades, aunque más bien "pocas" (26%) y, en menor medida, "bastantes" (5%). Un 8% no responde a la pregunta, y el 2% indican que "ya lo tengo". La percepción del propio riesgo se asocia de manera significativa con haber consumido drogas inyectadas alguna vez y, sobre todo, con haber utilizado esta vía en los últimos 30 días, pero no todos los UDI tienen percepción del mismo.

Por su parte, la gran mayoría de la población reclusa de Pamplona "conoce" los riesgos que implica el uso de una

jeringuilla ya utilizada, aunque sea de forma muy ocasional. Sin embargo, el 13% cree que no conlleva ningún riesgo, y un 11% "no sabe". En relación a la hepatitis y la eficacia de la lejía, el conocimiento es menor. Un 20% considera que la limpieza con lejía elimina los riesgos, y un 27% "no sabe". Tanto entre los que utilizan la jeringuilla de otra persona como entre los que pasan a otros la suya usada, más de la mitad desconocen la no total eficacia de la lejía con respecto al virus de la hepatitis. Estos datos, así como los referidos a las prácticas de compartir directas e indirectas, han inducido al equipo de evaluación a hacer propuestas de mejora de información y formación de los reclusos sobre estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Comité de Expertos Departamento de Salud. Programa Piloto de Intercambio de Jeringuillas de la Prisión de Pamplona. Departamento de Salud. Pamplona, 1998.
- Connors MA. Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: implications for AIDS prevention. Soc Sci Med 1992; 34(6):591-601.
- Grund J-P C, Friedman SR, Stern LS, Jose B, Neatigus A, Curtis R, Des Jarlais DC. Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. Soc Sci Med 1996; 42(5):691-703.
- Guydish J, Bucardo J, Clark G, Bernheim S. Evaluating needle exchange: A description of client characteristics, health status, programme utilization, and HIV risk behavior. Substance Use Misuse 1998; 33(5):1.173-1.196.
- Heimer R, Khoshnood K, Bigg D, Guydish J, Junge B. Syringe use and reuse: effects of syringe exchange programs in four cities. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovir 1998; 18 (Suppl 1): S37-S44.
- Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programs for prevention of HIV infection. Lancet 1997; 349:1.797-1.800.
- ISP, UPNA. Evaluación de la Viabilidad del Programa Piloto de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en la Prisión. Primer Informe de Evaluación. Pamplona, 1999. Segundo Informe de Evaluación. Pamplona, 1999.
- O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igia, 1995.
- Page JB. Needle Exchange and Reduction of Harm: Anthropological view. Medical Anthropology 1997; 18:13-33.
- Remis RS, Bruneau J, Hankins CA. Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovir 1998; 18(Suppl 1): S57-S59.
- Rodés A, dir. Programas de Intercambios de Jeringuillas para la Prevención del VIH en países del sur de Europa. PESESEUD, 1997. CEESCAT, 1998.
- Singer M. Needle Exchange and AIDS prevention: Controversies, policies and research. Medical Anthropology 1997; 18:1-12.
- Stimson G Vi, Jones S, Chalmers C, Sullivan D. A short questionnaire (IRQ) to assess injecting risk behaviour. Addiction 1998; 93(3):337-347.
- Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, et al. Needle exchange is not enough: lessons from The Vancouver injecting drug use study. AIDS 1997; 11:F59-F65.
- Vegue González M, Alvaro Brun E, García Pastor S. Evaluación de un programa de metadona en prisión. Resultados preliminares. Adicciones 1998; 10(1):59-67.
- Voget RL, Breda MC, Des Jarlais DC, Gates S, Whiticar P. Hawaii's Statewide Syringe exchange program. Am J Public Health 1998; 88(9):1.403-1.404.
- Weber U, Schneider W. Syringe exchange in Germany. Substance Use Misuse 1998; 33(5):1.093-1.112.

Motivos, dificultades y necesidades para los programas de mantenimiento con heroína

MR6.p5 *M. Casas Brugué, J. Trujols, J.C. Pérez de los Cobos, F. Batlle y J. Colom**

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la "Santa Creu y Sant Pau". Barcelona. *Organ Tènic de Drogodependències. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Los programas de mantenimiento con fármacos agonistas ocupan un lugar prioritario en el tratamiento de la dependencia de opiáceos (Meana et al, 1997; Ward et al, 1998). Este abordaje terapéutico, basado en la sustitución del opiáceo objeto de abuso por otro de curso legal, prescrito durante un período de tiempo prolongado bajo control médico, debe ser considerado como un auténtico tratamiento psicofarmacológico de la dependencia de heroína (Casas, 1995), a la par que un elemento indispensable para disminuir las consecuencias indeseables del consumo de drogas por vía parenteral en el contexto de las políticas de reducción de daños (Marlatt, 1998). Desde que fueron introducidos por Dole y Nyswander en 1964, hasta la actualidad, los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos se han realizado, casi exclusivamente, con metadona (PMM), habiendo estado sujetos a un proceso de revisión y evaluación constante que ha permitido demostrar su elevado índice de retención en tratamiento, así como su capacidad para disminuir el consumo de drogas ilegales (Marsch, 1998). A pesar de los claros resultados favorables que la literatura científica actual nos ofrece respecto de los PMM, son cada vez más numerosas las publicaciones que advierten sobre el progresivo fracaso de dichos programas (PMM fracasado) o, como mínimo, de la aparición de eventos que dificultan su seguimiento (PMM complicado). Se considera fracasado un PMM cuando el paciente abandona el tratamiento después de una correcta fase de inducción. Se considera un PMM como complicado cuando una serie de factores ligados a la idiosincrasia del paciente, como puede ser el consumo concomitante de diversos tóxicos, la aparición de psicopatología asociada, el reinicio de conductas de riesgo, el seguimiento deficiente del programa, etc., cuestionan los objetivos y la utilidad del PMM. A principios de los años 90 la alarma social generada por la expansión del VIH empezó a forzar a la sociedad occidental a buscar estrategias terapéuticas que controlaran lo que se vino en denominar conductas de riesgo: adicción por vía intravenosa, delincuencia, marginalidad, prostitución, etc. Se generalizaron de esta manera los PMM y empezaron a aceptarse los criterios de "bajo umbral", es decir, programas de dispensación de metadona prácticamente libres, sin exigir al paciente nada más que acudir al centro o vehículo dispensador. Al mismo tiempo, se estudiaron nuevas ofertas minimizadoras del daño como las "galerías de inyección", los "parques de consumo", etc. y volvieron a revitalizarse las hipótesis de trabajo que habían sustentando al "British System" de dispensación de opiáceos, es decir, el sistema británico de tratamientos de mantenimiento con heroína (Strang y Gossop, 1994).