

ORIGINAL

Pinchase sin infectarse: estrategias para prevenir la infección por el VIH y el VHC entre usuarios de drogas inyectables

P. MATEU-GELABERT, S. FRIEDMAN Y M. SANDOVAL

National Development and Research Institutes Inc. Nueva York. Estados Unidos.

RESUMEN. *Objetivo.* Desde principios de los noventa, en la ciudad de Nueva York se han implementado con éxito programas para reducir la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y, en menor medida, del virus de la hepatitis C (VHC). A pesar de ello, aproximadamente el 70% de los usuarios de drogas inyectables (UDI) están infectados por el VHC. Queremos investigar cómo el 30% restante se las ha arreglado para no infectarse. El *Staying safe* (nombre original del estudio) explora los comportamientos y mecanismos que ayudan a evitar la infección por el VHC y el VIH a largo plazo.

Material y métodos. Hemos utilizado el concepto de «desviación positiva» aplicado en otros campos de salud pública. Estudiamos las estrategias, prácticas y tácticas de prevención de aquellos UDI que, viviendo en contextos de alta prevalencia, se mantienen sin infectar por VIH y el VHC, a pesar de haberse inyectado heroína durante años. Los resultados preliminares presentados en este artículo incluyen el análisis de las entrevistas realizadas a 25 UDI (17 doble negativos, 3 doble positivos y 5 con infección por el VHC y sin infección por el VIH). Se usaron entrevistas semiestructuradas que exploraban con detalle la historia de vida de los sujetos, incluyendo su consumo de drogas, redes sociales,

contacto con instituciones, relaciones sexuales y estrategias de protección y vigilancia.

Resultados. La intencionalidad es importante para no infectarse, especialmente durante períodos de involución (períodos donde hay un deterioro económico y/o social que llevan al que se inyecta a situaciones de mayor riesgo).

Presentamos tres dimensiones independientes de intencionalidad que conllevan comportamientos que pueden ayudar a prevenir la infección: a) evitar «el mono» (síntomas de abstinencia) asegurando el acceso a la droga; b) «llevarlo bien» para no convertirse en un *junkie* y así evitar la «muerte social» y la falta de acceso a los recursos, y c) seguir sin infectarse por el VIH (sólo un doble negativo tuvo un amplio conocimiento sobre la hepatitis C). Estas intencionalidades no son mutuamente excluyentes. La presencia de varias refuerza la puesta en práctica a diario de comportamientos que pueden ayudar al que se inyecta a mantenerse libre de infecciones durante años.

Algunas prácticas que hemos identificado se implementan en grupo y se comunican de UDI a UDI, de esta manera se extienden entre algunas redes sociales de UDI.

Conclusiones. Los UDI que permanecen sin infectarse planean e implementan estrategias de prevención en circunstancias donde otros UDI aplican prácticas de riesgo. El mantenimiento de la no infección no es, por lo tanto, un resultado del azar, sino más bien el resultado del esfuerzo (agencia) de los UDI. Investigar y extender estas estrategias y tácticas a través de programas de prevención podría contribuir a la prevención del VIH y el VHC.

PALABRAS CLAVE: hepatitis C, VIH, UDI, prevención, infección.

Correspondencia:

P. MATEU-GELABERT
National Development Research Institutes, Inc.
71 West 23rd Street, 8th Floor.
New York, NY 10010. USA.
Correo electrónico: mateu-gelabert@ndri.org

Esta investigación está financiada por NIDA grant R01 DA19383.

Recibido: 17-09-2007

Aceptado para su publicación: 28-09-2007

Injecting without getting infected: injectors' strategies to prevent HIV and HCV

ABSTRACT. *Objective.* Since the early 90's New York City has implemented successful programs to reduce the incidence of HIV and to a lesser extent hepatitis C. Despite these successes, approximately 70% of IDUs are hepatitis C positive. We seek to learn how the remaining 30% have managed not to get infected. Staying safe explores behaviors and mechanisms that help avoid HCV and HIV in the long term.

Material and methods. We have used the concept of «positive deviance» (which is used in others fields of public health). We study strategies, practices and prevention tactics of those IDUs who, despite living in areas with high HIV and (especially) HCV prevalence among injectors, and despite having injected for years, remain HIV and HCV uninfected. These preliminary results include the analysis of interviews with 25 subjects (17 double negatives, 3 double positives and 5 HCV+ and HIV-). We used detailed semi-structured interview guides inquiring about subjects' drug consumption, networks, contact with institutions, sexual relations, and protection and vigilance strategies.

Results. Intentionality is important in staying uninfected, particularly during periods of devolution (periods where there is an economic and/or social decline which lead the injector to inject in more risky situations. We present three independent dimensions of intentionality that could help prevent infection: a) avoiding dope-sickness, having access to drugs; b) «keeping it together» so one does not become known as a junkie and thus avoids «social death», and c) staying uninfected with HIV (only one double-negative had extensive knowledge about Hepatitis C). These intentionalities are not mutually exclusive. Their simultaneous presence reinforces the daily enactment of behaviors that can help IDUs remain uninfected for years.

Some of the practices we identify are implemented in group settings and are taught from IDU to IDU, and thus spread among and across some of the injection networks.

Conclusions. IDUs who remain uninfected plan and implement prevention strategies under circumstances where other IDUs are likely to engage in risky practices. Hence, remaining uninfected is not due chance but rather the result of IDUs' indi-

vidual and group effort (agency). Researching and helping prevention programs to teach such strategies and tactics could contribute to reducing the spread of HIV and HCV infections.

KEY WORDS: hepatitis C, HIV, IDU, prevention, infection.

Introducción

Hace ya más de veinte años que convivimos con la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida. Durante estos años hemos aprendido mucho sobre comportamientos de riesgo y contextos que facilitan la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDI). Así, sabemos que los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de infección por el VIH incluyen: compartir jeringuillas u otros instrumentos de inyección tales como algodones o *cookers* (en España se suelen usar cucharillas y en la ciudad de Nueva York tapones de bebida metálicos), frecuencia de inyección, inyección de cocaína e inyección mediada por las jeringuillas (por ejemplo, *back-loading*)¹⁻¹⁹. La incidencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) ha sido relacionada con compartir jeringuillas²⁰ o cualquier otro material para la inyección^{5,20,21}.

Con un mejor conocimiento de los factores de riesgo y la creación de programas de prevención para UDI la tasa de infección por el VIH en algunas ciudades de países desarrollados ha ido disminuyendo. Los esfuerzos realizados por salud pública para reducir el daño o los riesgos asociados a la inyección de drogas han sido muy importantes. Los programas de tratamiento de drogas, de dispensación e intercambio de jeringuillas han demostrado reducir comportamientos de riesgo.

Sin embargo, a pesar del relativo éxito en la lucha contra el VIH, las tasas de prevalencia del VHC entre los que se inyectan siguen siendo muy elevadas. Así, en Nueva York con una tasa de infección del VIH entre los que se inyectan del 50%, a principios de los noventa, se ha pasado a una tasa actual de un 17%²². Sin embargo, la prevalencia del VHC entre jóvenes UDI que llevan más de 6 años inyectándose está entre el 64 y el 71%²³.

El relativo éxito en la lucha contra el VIH entre los UDI, paradójicamente ha puesto de manifiesto la falta de efectividad de los mismos programas en la prevención de la hepatitis C, incluso en ciudades en las que hace ya años que se pusieron en práctica los progra-

mas de prevención²⁴. A su vez, ha puesto de manifiesto que a pesar del extendido conocimiento sobre los comportamientos de riesgo que facilitan la infección entre inyectores, sabemos poco sobre los mecanismos por los cuales los UDI, que llevan años inyectándose, se las han arreglado para no infectarse de ambos virus.

Nuestro estudio ha optado por explorar esta laguna en la investigación. *Staying safe* (nombre original del estudio) explora los comportamientos y mecanismos que llevan a evitar la infección por el VHC y el VIH a largo plazo. En vez de enfocar el estudio en cómo y cuándo se infectan los UDI (comportamientos de riesgo), investigamos sobre lo que se requiere para evitar la infección y mantenerse sin infectar a largo plazo (mantenimiento de la no infección).

Este cambio de esquema supuso aprender a pensar, solicitar y analizar los datos de una forma diferente. En vez de pensar en comportamientos de riesgo (puntuales) tuvimos que aprender a pensar en comportamientos de mantenimiento de la no infección (largo plazo).

Para empezar a vislumbrar las respuestas hemos recurrido a los expertos: aquellos UDI que, después de años inyectándose y a pesar de todas las dificultades que conlleva la adicción, han logrado no infectarse. Desde esta nueva perspectiva nuestro objetivo es descubrir estrategias, recursos, prácticas y tácticas de prevención que ayudan a los UDI a evitar la infección por el VIH y/o el VHC. En las próximas secciones presentaremos los métodos usados para indagar sobre el mantenimiento de la no-infección, así como algunos resultados preliminares.

Material y métodos

Desviación positiva

Para el estudio propuesto hemos utilizado el concepto de «desviación positiva» aplicada en otros campos de salud pública^{25,26}. Estudiamos los comportamientos de aquellos UDI que viviendo en contextos de alta prevalencia se mantienen sin infectar por el VIH y el VHC después de consumir heroína (a veces en combinación con otras drogas) por vía intravenosa un mínimo de 8 y un máximo de 15 años. Este período se fijó así en relación a la historia epidemiológica de Nueva York.

Como hemos dicho anteriormente, nos propusimos encontrar las estrategias, recursos, prácticas y tácticas de prevención que evitan el contagio del VIH y/o VHC. Para ello hemos dividido nuestra muestra en

tres grupos: a) UDI sin infección por el VIH ni por el VHC; b) UDI que han sido coinfectados (infectados por el VIH y el VHC), y c) UDI simple-infectados (con infección por el VHC).

Los resultados preliminares presentados en este artículo incluyen el análisis de 25 UDI entrevistados hasta el momento: 17 doble negativos, 3 doble positivos y 5 con infección por el VHC pero no por el VIH. Estos sujetos han sido referidos por el centro de desintoxicación del Hospital Beth Israel y por un estudio epidemiológico sobre UDI llevado a cabo en Nueva York.

En el caso de los UDI, para entender la no infección a largo plazo debemos estudiar patrones de conducta e interacciones sociales a lo largo del tiempo y poder comprender las estrategias y prácticas que llevan a evitar y/o asumir ciertos riesgos, diferenciando las prácticas de aquellos consumidores que están infectados de aquellos que no lo están.

Para descubrir los procesos por los que algunos UDI, a pesar de llevar años inyectándose drogas (entre 8 y 15 años en la ciudad de Nueva York), no se infectan por el VIH o el VHC inventamos una técnica que puede ser llamada caso-control biográfico de desviación positiva. Se reclutan positivos infectados como controles. A los no infectados se les considera casos. Para desarrollar hipótesis se lleva a cabo un análisis comparativo cualitativo de sus historias de vida.

Entrevistas en profundidad

Las entrevistas en profundidad con los sujetos constan de dos sesiones. La primera sesión tiene a su vez dos partes: línea cronológica y la historia de vida.

La línea cronológica se construye a partir de datos aportados por los sujetos; tiene una duración aproximada de 35 minutos. Esta entrevista consiste en pedir al sujeto que narre su historia de vida en sus propios términos, marcando cronológicamente los eventos importantes, para así tener una perspectiva general de la biografía del sujeto. La línea de vida incluye fecha de nacimiento, educación, edad períodos de consumo de droga, otros acontecimientos de especial relevancia (como nacimientos, muertes y relaciones) y cualquier otro dato considerado de importancia para la biografía.

Para el análisis hemos utilizado el *Time Line Maker*, un software que permite crear una representación visual de la historia de vida de los participantes en el estudio. Esto permitirá comparar las representaciones visuales de diferentes sujetos durante el análisis y revelar las interrelaciones entre los eventos de

vida, patrones de evasión de riesgo, redes de apoyo y patrones de uso de drogas.

La línea cronológica es muy útil para el investigador, ya que sirve como guía a la subsiguiente historia de vida. Permite al entrevistador tener una perspectiva de la vida completa del sujeto (no sólo como consumidor de drogas inyectables) y los distintos períodos de su biografía. En esta segunda parte el entrevistador hace preguntas abiertas para indagar cómo el sujeto desarrolla estrategias, tácticas y prácticas para el manejo de su adicción y la infección. Además de la línea cronológica utilizamos un cuestionario semiestructurado que indica los diferentes temas que deben ser abarcados en la entrevista siguiendo siempre, en la medida de lo posible, la lógica propia del sujeto entrevistado. La guía semiestructurada contiene 6 temas:

1) Consumo de drogas. Patrones de uso, incluyendo cómo varió la cantidad, modo de administración y fuentes de obtención de la droga. Drogas consumidas, dónde consumía las drogas y con quién; cómo varió el acceso a las jeringuillas y el compartirlas; los esfuerzos para evitar riesgos propios y ajenos; obstáculos a esfuerzos de evasión de riesgos; y cómo vencer esos obstáculos.

2) Redes y apoyo social y sus cambios. Quién los asiste emocional y materialmente (bien proveyéndoles de dinero, drogas o un lugar donde vivir), cómo y por qué cambiaron estos factores a lo largo del tiempo, con quién vivían, con quién consumían drogas o tenían relaciones sexuales, quién los ayudaba cuando se metían en problemas. Evitar comportamientos de alto riesgo y cómo manejan las redes donde esos comportamientos no son normativos, por ejemplo no compartir jeringuillas sin interrumpir las relaciones sociales con los usuarios que lo solicitan.

3) Contactos con instituciones. Contactos voluntarios o involuntarios con centros de tratamiento de drogodependencias, servicios sociales, policía, prisiones, centros residenciales de drogodependencias, espacios comunitarios.

4) Relaciones sexuales. Parejas actuales y anteriores, períodos de vida en pareja, y los efectos que tuvieron las separaciones en sus redes de apoyo social, estado emocional y niveles de consumo de drogas. Las variaciones experimentadas en sus relaciones sexuales a lo largo del tiempo (incluyendo prácticas de riesgo y factores de protección), sus cambios de opinión sobre las enfermedades de transmisión sexual, esfuerzos propios y ajenos para evitar riesgos y barreras para no evitarlos tanto propias como ajenas.

5) Estrategias de factores de protección. Incluye comportamientos para evitar la estigmatización, el arresto, las sobredosis o las enfermedades (VIH, hepatitis y otras enfermedades de transmisión sexual). Cómo se protegen y/o evitan situaciones de alto riesgo (por ejemplo, cómo manejaban la expectativa de otros de compartir drogas y jeringuillas).

6) Estrategias de vigilancia. Cómo deciden que un compañero, situación, comportamiento o práctica conlleva riesgo y cómo variaron sus prácticas y comportamientos en distintos contextos y con distintas redes sociales (por ejemplo, parejas, amigos y conocidos).

La historia de vida tiene una duración aproximada de hora y media. Ambas partes de la entrevista en profundidad son grabadas digitalmente. Los entrevistadores permiten que los entrevistados presenten sus propias interpretaciones o interconexiones entre los sucesos de vida, causas de cambio, puntos decisivos, relaciones entre conocimiento y prácticas, y estrategias de evasión. Ello permite vislumbrar temas e interrelaciones no previstas en la propuesta de investigación.

Los participantes recibieron un formulario de consentimiento informado en el que se especificaba la naturaleza del proyecto, la participación voluntaria en el mismo, los derechos de los sujetos para retirarse en cualquier momento del mismo, riesgos y beneficios potenciales, una explicación de los procedimientos de confidencialidad, así como información de contacto con el investigador principal y un representante de la administración para ser utilizado en el caso de que se produzcan efectos adversos.

Staying safe: aprendiendo de los expertos

Uno de los aspectos fundamentales para el análisis es la comparación constante. En la práctica reclutamos primero mayoritariamente a sujetos doble negativos, lo que resultó muy útil. Los sujetos no infectados abrieron nuestro conocimiento a toda una serie de prácticas que, más tarde, pudimos contrastar con las de los infectados por el VIH y/o VHC.

A partir de la entrevista de línea de vida usando el *software Time Line Maker* creamos gráficas de vida. Estas gráficas nos proporcionaron una visión general de la vida de los sujetos, riesgos y factores de riesgo. Este ejercicio nos ayudó a humanizar a los sujetos, son seres humanos, no sólo UDI.

La inspección visual de los gráficos de vida ayudó a desestimar la suposición inicial de un cierto determinismo estructural. Desde una óptica sociológica se partió de la hipótesis de que los sujetos doble negati-

vos presentarían una cierta «protección estructural» con historias de vida con más recursos y apoyo social. Sin embargo, los UDI sin infección por el VIH ni VHC, entrevistados presentaron numerosas experiencias de encarcelamiento, períodos de mendicidad y/o sin techo o pérdida de apoyo familiar. Las categorías de análisis se fueron modificando con el desarrollo de nuevos conceptos e hipótesis. Después de algunos meses, se añadieron eventos subjetivos y de *agency* (por ejemplo, estrategias) en los gráficos de vida, y también conceptos de más alto orden (involución, desajuste entre ingresos y necesidad de drogas).

Resultados

Por el momento, dado que llevamos tan sólo un año de trabajo de campo, nuestras conclusiones son hipótesis tentativas. Algunas de estas hipótesis son simples conclusiones descriptivas.

Los datos ponen en evidencia que los UDI preparan y llevan a término estrategias para no infectarse. El mantenimiento de la no infección no es, por lo tanto, un resultado del azar, sino más bien el resultado del esfuerzo (agencia) de los UDI. Estos comportamientos los hacen parte de sus rutinas sociales y normas, para así convertirse en prácticas cotidianas. Se requiere estrategia, esfuerzo y constancia para permanecer no infectado (particularmente con el VHC), especialmente después de años inyectándose.

Los datos indican que es posible no infectarse a lo largo de los años, a pesar de vivir serias dificultades. Así, por ejemplo, nuestro sujeto 007, al que le hemos dado el apodo de *Staying safe* James Bond permanece sin infectarse tras 9 años inyectándose; a pesar de que ha sido arrestado muchas veces por posesión de drogas y por acarrear jeringuillas, se ha inyectado en *shooting galleries*; su compañera sexual y también en el consumo de drogas inyectables es una trabajadora sexual, ha permanecido sin vivienda estable por un período de 8 años y, además, ha tenido algunos períodos de alto consumo de droga.

No obstante, aun en tan difíciles circunstancias, el sujeto 007 también fue capaz de organizar su vida de tal manera que redujera a mínimos su riesgo de infección. En la mayor parte de su vida como UDI sólo tuvo una compañera a la hora de inyectarse (su pareja). Ambos cooperaron para inyectarse sin riesgo. Así, por ejemplo, se dividían la labor diaria de conseguir dinero y jeringuillas, de manera que droga y equipo de inyección no usado estuvieran disponibles cada vez que se reunieran. A su vez, 007 introdujo mecanismos

de protección en sus redes sociales. Así, enseñó a su pareja a guardar «la bolsa de la mañana» para que ambos dispusieran de dosis al despertarse y así evitar síntomas de abstinencia. También se asegura que a pesar de inyectarse juntos a diario, usan equipamiento separado. Incluso en prácticas de alto riesgo tales como el asistir a *shooting galleries*, 007 y su compañera pagaron extra por un «cuarto privado» para evitar intromisiones de otros inyectores que pudieran inducir a compartir equipo de inyección. Además 007 también mantiene lazos sociales críticos (con su hija y su madre) y nexos sociales con otros familiares y amigos que le ayudan y ofrecen lugar donde poder dormir y ducharse.

Para muchos UDI, a menudo, mientras aumenta el tiempo que llevan inyectándose se incrementan las situaciones de alto riesgo en las que se inyectan. La intencionalidad es importante para permanecer no infectado (especialmente durante períodos de involución). Entendemos como involución aquellos períodos donde hay un deterioro económico y/o social que fuerza al inyector a situaciones de inyección de mayor riesgo.

Durante los análisis hemos identificado tres dimensiones independientes de intencionalidad que conllevan comportamientos que ayudan a prevenir la infección por el VIH y el VHC.

- 1) Evitar «el mono» (síntomas de abstinencia) asegurando el acceso a la droga.
- 2) Llevarlo bien (*keeping it together*) para no convertirse en un *junkie* y así evitar la «muerte social» y la falta de acceso a los recursos.
- 3) Continuar sin infectarse por el VIH (sólo un doble negativo tuvo un amplio conocimiento sobre la hepatitis C).

Después de experiencias muy desagradables con el síndrome de abstinencia, muchos UDI quieren evitar «el mono» a toda costa. Este fenómeno ha sido documentado ampliamente por la literatura científica. Los UDI que se inyectan de manera segura, renuncian a prácticas de inyección seguras cuando se encuentran bajo el síndrome de abstinencia, si ello les lleva a poderse inyectar de manera inmediata, desapareciendo así los síntomas de abstinencia. Los participantes en el estudio han desarrollado estrategias y tácticas para evitar «el mono». La estrategia principal es la de intentar equilibrar la dosis consumida con los ingresos disponibles. De esta manera uno puede sistematizar el consumo sin tener que incurrir en delitos ni participar en prácticas de inyección de alto riesgo. Entendido de esta manera, cabe resaltar que el riesgo de infección

recae no tanto en un consumo elevado de heroína sino más bien en un consumo mayor de los medios de los que se dispone.

Así, desde el punto de vista económico, algunos UDI se convierten en vendedores de drogas para poder mantener un trabajo relativamente estable que les permite la flexibilidad y los ingresos necesarios para mantener su adicción. Otros desarrollan mecanismos de crédito entre amigos, vecinos o incluso los propios vendedores de drogas. De esta manera, si en alguna ocasión no dispusieran del dinero necesario para comprar la droga podrían recurrir al crédito, consumir la droga y evitar el síndrome de abstinencia. Estos sujetos se aseguran de pagar la deuda en cuanto les es posible para que la opción del crédito siga disponible en los momentos de necesidad crítica.

A menudo los UDI disponen de opciones limitadas y tienen poca flexibilidad a la hora de incrementar sus recursos monetarios. Cuando ello ocurre, recurren a la dosificación de su propio consumo para asegurarse la viabilidad a corto y medio plazo. Así, por ejemplo, los UDI de nuestra muestra se autorrecetan dosificaciones, conocidas como «de mantenimiento». Una dosificación de mantenimiento requiere la inyección de una dosis por la mañana, a menudo inmediatamente después de despertarse, una dosis a mediodía y otra por la noche, normalmente antes de acostarse. Para el mantenimiento, cada dosis consiste generalmente en una bolsa de heroína que se vende en el mercado a 10 dólares. Con esta autoadministración el UDI se asegura poder pasar el día completo sin los síntomas del «mono», mientras reduce al mínimo los requerimientos económicos que conllevan la adicción.

Otra táctica puesta en práctica por algunos UDI para evitar los nefastos síntomas del «mono» es la de guardar en algún lugar seguro algunas dosis de reserva para situaciones en las que no dispone de los fondos necesarios o hay interrupciones de oferta en su zona de compra. Otros se aseguran, de forma sistemática, de guardar la dosis de la mañana el día antes. Esta denominada *morning bag* (bolsa de la mañana) permite al UDI tomar su dosis matutina sin la amenaza de tener que pasar por los síntomas de abstinencia y poder empezar el día en buena forma.

Para los UDI poder equiparar los escasos ingresos disponibles con los medios de los que se dispone representa un objetivo crucial que les permitiría evitar comportamientos delictivos y, a su vez, disponer de la droga necesaria para poder «colocarse» sin tener que sufrir los síndromes de abstinencia. Uno de nuestros sujetos desarrolló una peculiar táctica, que denominamos «30-20-10», que le permitía el mantenimiento

con la compra de dos dosis. Este UDI compra por la mañana dos bolsas de droga por valor de 20 dólares. Diluye la droga con 30 mm de agua, de ahí aspira con la jeringuilla 10 mm que procede a inyectarse. Los 20 mm restantes son almacenados en la jeringuilla hasta la próxima dosis. Al mediodía el sujeto 019 introduce los 20 mm restantes en un recipiente y de ahí aspira 10 mm. Los 10 mm restantes son almacenados para la última dosis del día ya entrada la noche.

Otros comportamientos que ayudan a evitar el «mono» están relacionados con las redes de UDI. Algunos sujetos cooperan en el suministro de recursos y equipo de inyección, a la vez que comparten estos recursos equitativamente para poder contar con la colaboración a largo plazo. Otros evitan inyectarse con otros para evitar que se les solicite compartir parte de la droga (ello reduce el riesgo de infección, pero podría incrementar el riesgo de muerte por sobredosis).

La habilidad en balancear ingresos y droga consumida puede ayudar en el mantenimiento de la no infección, porque conlleva evitar comportamientos de alto riesgo y situaciones en las que las prácticas habituales de inyección segura son sustituidas por prácticas de riesgo para curar el «mono». A su vez, al ingerir sólo la cantidad de drogas que uno se puede pagar se evita hacer más habituales ciertas prácticas de riesgo.

«Llevarlo bien»

Para los UDI, «llevarlo bien», controlando el uso y manteniéndolo a escondidas de sus redes sociales más inmediatas (familiares, amigos, compañeros de trabajo), conlleva evitar el estigma asociado con la inyección de drogas y, a su vez, asegurarse la continuidad al acceso de recursos y al apoyo de sus redes sociales. Incluso para los vendedores de droga, mantener en secreto sus prácticas de inyección puede ser esencial para poder continuar en el negocio de la venta sin el escarnio de los compañeros o «el despidio» de su proveedor.

Algunas prácticas llevadas a cabo por los UDI para «llevarlo bien» incluyen: inyectarse sólo en lugares privados; evitar la compañía de otros inyectores para no ser visto con sujetos drogados y ser asociado con sus prácticas (también reduce la posibilidad de arresto por crímenes no cometidos).

Otros planean cómo ser un UDI productivo, es decir, continuar inyectándose mientras puedan seguir llevando una vida normal como padres y trabajadores. Muchos UDI mantienen relaciones con los hijos con visitas periódicas.

Una práctica extendida para poder «llevarlo bien» es evitar las marcas de los pinchazos y las venas colapsadas, inyectándose en diferentes partes del cuerpo y cuidándose con cremas las zonas de la piel donde uno se inyecta.

Para una descripción más detallada sobre «llevarlo bien» los métodos y las dinámicas sociales entre los que se inyectan y los que no se inyectan podemos consultar el trabajo de Mateu-Gelabert P et al²⁷.

Mantenerse sin infectar

Otra dimensión de intencionalidad que claramente afecta al mantenimiento de la no infección es la voluntad de no infectarse con el VIH. Curiosamente tan sólo uno de nuestros sujetos no infectados conoce a fondo el riesgo de infección de la hepatitis C. Por lo tanto, la intencionalidad de no infectarse y las estrategias y tácticas de comportamiento que conllevan están motivadas por el miedo a la infección por el VIH, no por el VHC. Nos sorprende el grado de desconocimiento sobre la infección por el VHC que presentan los UDI.

Para evitar la infección, algunos UDI no se inyectan en grupo para no dar pie a situaciones que induzcan a compartir equipamiento. Otros, si se ven en situaciones que fuercen la necesidad de compartir (por ejemplo, en caso de inyectarse con la pareja con tan sólo una jeringuilla disponible), optan por inyectarse primero para después pasar la jeringuilla a la otra persona que se va a inyectar.

También hay sujetos que optan por colaborar con otro UDI, aunando esfuerzos para la compra de droga y la obtención de material para la inyección. Esta colaboración facilita la disponibilidad diaria de material de inyección aséptico y a su vez asegura que en las sesiones de consumo no hay riesgo de compartir equipamiento. Así, por ejemplo, 007 y su pareja organizaban a diario sus obligaciones, uno debía conseguir la heroína y el otro las jeringuillas, dependiendo de sus circunstancias.

Otro aspecto común entre la mayoría de los UDI que hemos entrevistado es la diversidad de fuentes a la hora de conseguir jeringuillas. Así, un mismo UDI obtiene jeringuillas estériles recurriendo a varios centros de distribución, farmacias, diabéticos (cuando los hay en su comunidad o en las prisiones) y vendedores en la calle. Esta diversidad de fuentes permite el acceso a jeringuillas estériles las 24 horas del día. Pertener a múltiples centros de distribución de jeringuillas, además de incrementar el acceso, también ofrece apoyo material, social y de conocimiento.

A pesar de la planificación y diversificación de las fuentes, se dan ocasiones (aunque muy contadas, dado el buen trabajo de planificación) en las que el UDI se encuentra con la necesidad de inyectarse, pero sin una jeringuilla estéril. En tales ocasiones algunos optan por esnifar la droga para sobrellevar la necesidad de la dosis y el miedo a los síntomas de abstinencia. Otros recurren al uso de cloro si está disponible y otros cargan varias jeringuillas estériles para asegurarse de su disponibilidad y usar algunas de ellas como elemento de trueque a cambio de drogas.

Hasta ahora hemos presentado rutinas y prácticas de los UDI para mantenerse sin infectar. También existe una indudable dimensión social (a nivel red, barrio y recursos). De los datos surge un doble papel en las redes sociales de los UDI. Por una parte, están aquellos que actúan como «transmisores» del conocimiento y prácticas del mantenimiento de la no infección a los sujetos (por ejemplo, mentores durante las primeras inyecciones). Por otra parte, los sujetos mismos introducen y premian las prácticas seguras en sus propias redes de inyección, para así protegerse a sí mismos y a sus compañeros de inyección. Estableciendo este tipo de prácticas en las redes sociales propias, facilita el mantenimiento de su no infección, a la vez que las extiende a otros miembros de las redes.

Este aspecto de «transmisión-práctica» de prácticas de mantenimiento de no infección es de indudable importancia, dado que constata la transmisión de prácticas y conocimientos de no infección entre los UDI y la posibilidad de iniciar políticas de prevención que fortalezcan e inciten a la continuación de estos métodos. La existencia de comunicación de prácticas seguras ha sido establecida en otras dimensiones por nuestro equipo investigador; es lo que hemos denominado *in-travention*²⁸.

Hemos presentado tres intencionalidades que creemos pueden tener una incidencia a largo plazo en el mantenimiento de la no infección. Estas intencionalidades no son mutuamente excluyentes, sino que más bien la presencia de varias refuerza la puesta en práctica a diario de comportamientos que pueden ayudar al UDI a mantenerse libre de infecciones durante años.

Involución

Entendemos por involución aquellas situaciones en las que las condiciones personales, económicas y/o sociales del UDI constituyen una «amenaza» para continuar estando libre de infecciones. Las situaciones de involución pueden socavar intencionalidad; así, por ejemplo, en situaciones donde uno ha perdido el poder

adquisitivo para comprar la droga se podría recurrir al uso de jeringuillas con soluciones de droga proporcionada por compañeros en el consumo de drogas inyectables. A su vez, la involución puede limitar la habilidad de poner la intencionalidad en práctica. Así, por ejemplo, los UDI que deciden llevar encima varias jeringuillas para tener una aséptica para cada inyección pueden verse obligados a dejar de hacerlo si la policía decide arrestar a aquellos que acarrean equipamiento de inyección.

Los UDI pasan por períodos de involución que se alternan con períodos de relativa normalidad. A menudo, cuando los períodos de involución son críticos, los UDI recurren a programas de desintoxicación y de metadona para recuperarse, evitar situaciones de alto riesgo de inyección y revertir, en la medida de lo posible, la involución.

Discusión

Hemos establecido la existencia de comportamientos que pueden favorecer el mantenerse sin infectar. Algunos de estos comportamientos ponen de manifiesto que los usuarios de drogas ponen medios (el mantenerse libre de infecciones no es el resultado del azar, sino de las acciones del UDI) para protegerse a sí mismos. Algunos de estos comportamientos están motivados, además de por la intencionalidad de evitar la infección, por otros motivos que, de forma indirecta, evitan la infección a largo plazo. Así hemos visto como evitar el «mono» y «llevarlo bien» son prácticas que conllevan una reducción del riesgo a largo plazo.

Hay indicios de que algunos de los comportamientos que ayudan al mantenimiento de la no infección

han sido transmitidos de usuario a usuario. A su vez, algunas de las prácticas son llevadas a cabo en grupo o en parejas. Las prácticas seguras se transmiten extendiéndose a las redes sociales de los UDI. Estos dos aspectos parecen clave a la hora de pensar en políticas de prevención para el VIH y el VHC, al poner en evidencia la posibilidad de extender el conocimiento de estas prácticas y su implementación en grupos de inyección. Al igual que en otros artículos²⁸⁻³⁰, nuestro equipo ha puesto de manifiesto la comunicación de consejos y prácticas de prevención a nivel de redes, creemos que sería posible una «intravención» (o sea intervención comunitaria para comunicar mensajes y prácticas para la prevención de infecciones) que puede llevar a evitar la infección por el VIH y el VHC a largo plazo.

Desde el punto de vista metodológico, estos resultados preliminares indican que la metodología de *Staying safe* puede ponerse en práctica con éxito. Además del proyecto *Staying safe* en Nueva York colaboramos con investigadores en Valencia, Sydney y Londres para descubrir cómo contextos locales diferentes llevan a la implementación de diferentes tácticas de prevención a largo plazo.

Estamos desarrollando hipótesis que parece que pueden proveer las bases para futuras intervenciones. Esperamos que este proyecto proveerá la base conceptual para el desarrollo de una nueva generación de programas de prevención del VIH y el VHC entre los UDI (nuevos y experimentados) para ayudarles a desarrollar estrategias de no infección a largo plazo.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention, Health Resources and Services Administration, National Institute on Drug Abuse, Administration, The Substance Abuse and Mental Health Administration. HIV prevention bulletin: Medical advice for persons who inject illicit drugs. Washington, D.C: U.S. Department of Health and Human Services; 1997.
- Chiasson RE, Bacchetti P, Osmond D, Brodie B, Sande MA, Moss AR. Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. JAMA. 1989;261:561-5.
- Friedman SR, Jose B, Deren S, Des Jarlais DC, Neaigus A, National AIDS Research Consortium. Risk factors for HIV seroconversion among out-of-treatment drug injectors in high- and low-seroprevalence cities. Am J Epidemiol. 1995;142:864-74.
- Grund JPC, Friedman SR, Stern JS, Jose B, Neaigus A, Curtis R, et al. Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: Patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. Soc Sci Med. 1996;42:691-703.
- Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. Am J Public Health. 2001;91:42-6.
- Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Des Jarlais DC. «Frontloading» is associated with HIV infection among drug injectors in New York City. Eighth International Conference on AIDS; 1992.
- Jose B, Friedman SR, Curtis R, Grund JPC, Goldstein MF, Ward TP, et al. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): A new risk factor for HIV among injecting drug users. AIDS. 1993;7:1653-60.

8. Koester SK. Water, cookers, and cottons: Additional risks for intravenous drug abusers. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 1989.
9. Marmor M, Des Jarlais DC, Cohen H, Friedman SR, Beatrice ST, Dubin N, et al. Risk factors for infection with human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers in New York City. *AIDS*. 1987;1:39-44.
10. Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP, Druley P, Navaline H, et al. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in-and out-of-treatment: An 18-month prospective follow-up. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1993;6:1049-56.
11. Metzger DS, Navaline H, Woody GE. Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Rep*. 1998;113:97-106.
12. Patrick DM, Strathdee SA, Archibald CP, Ofner M, Craib KJ, Cornelisse PG, et al. Determinants of HIV seroconversion in injection drug users during a period of rising prevalence in Vancouver. *Int J STD AIDS*. 1997;8:437-45.
13. Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, Klein RS, Davenny K, Rogers M, et al. Risk factors for human immunodeficiency virus infection for intravenous drug users. *N Engl J Med*. 1989;321:874-9.
14. Singer M, Dai H, Weeks M, Malave D. AIDS risk perception among women drug users in Hartford, CT. En: Stevens S, Tortu S, Coyle S, editors. *Women, drug use, and HIV infection*. New York: Haworth Medical Press; 1989.
15. Stimson G. The health and social costs of drug injecting: The challenge to developing countries. 6th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm; 1995.
16. Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A. Drug injecting and HIV infection: Global dimensions and local responses. London: UCL Press; 1998.
17. Tortu S, Beardsley M, Deren S. AIDS risk among female partners of injection drug users: Implications for prevention. *NIDA Res Monogr*. 1993;132:283.
18. Vlahov D, Muñoz A, Anthony JC, Cohn S, Celentano DD, Nelson KE. Associations of drug injection patterns with antibody to HIV type 1 among intravenous drug users in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol*. 1990;132:847-56.
19. Vlahov D, Khabbaz RF, Cohn S, Galai N, Taylor E, Kaplan JF. Incidence and risk factors for human T-lymphotropic virus type II seroconversion among injecting drug users in Baltimore, Maryland. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1995;9:89-96.
20. Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Bourgois P, Stein E, Evans JL, et al. Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: Relationships and risks. *Am J Infect Dis*. 2002;186:1558-64.
21. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershow R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol*. 2002;155:645-53.
22. Des Jarlais D, Perlis T, Kamyar A, Torian LV, Beatrice S, Milliken J, et al. HIV Incidence Among Injection Drug Users in New York City, 1990 to 2002: Use of Serologic Test Algorithm to Assess Expansion of HIV Prevention Services. *Am J Public Health*. 2005;95:1439-44.
23. Díaz T, Des Jarlais DC, Vlahov D, Perlis T, Edwards V, Friedman SR, et al. Factors associated with prevalent hepatitis C: differences among young adult injection drug users in lower and upper Manhattan, New York City. *Am J Public Health*. 2001;91:23-30.
24. Mateu-Gelabert P, Treloar C, Agullo V, Milagros S, Valderrama JC, Maher L, et al. How can hepatitis C be prevented in the long term? *Int J Drug Policy*. 2007;18:338-40.
25. Sternin J, Choo R. The power of positive deviancy. An effort to reduce malnutrition in Vietnam offers an important lesson about managing change. *Harv Bus Rev*. 2000;78(1):14-5.
26. Wray JD. Can we learn from successful mothers? *J Trop Pediatr Environ Child Health*. 1972;18:279.
27. Mateu-Gelabert P, Maslow C, Flom PL, Sandoval M, Bolyard M, Friedman SR. Keeping it together: stigma, response, and perception of risk in relationships between drug injectors and crack smokers, and other community residents. *AIDS Care*. 2005;17:802-13.
28. Friedman SR, Maslow C, Bolyard M, Sandoval M, Mateu-Gelabert P, Neaigus A. Urging others to be healthy: «Intravention» by injection drug users as a community prevention goal. *AIDS Education and Prevention*. 2004;16:250-63.
29. Friedman SR, Bolyard M, Maslow C, Mateu-Gelabert P, Sandoval M. Harnessing the power of social networks to reduce HIV risk. *Focus*. 2005;20:5-6.
30. Mateu-Gelabert P, Bolyard M, Maslow C, Sandoval M, Flom P, Friedman SR. For the Common Good: Measuring residents' efforts to protect their community from drug and sex related harm. *SAHARA's Journal of Social Aspects of HIV/AIDS* (2007 submitted).