



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

MEJÍA, INÉS ELVIRA; PÉREZ GÓMEZ, AUGUSTO

La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente

Adicciones, vol. 17, núm. 3, 2005, pp. 251-260

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122011008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente

INÉS ELVIRA MEJÍA*; AUGUSTO PÉREZ GÓMEZ**

* Investigadora independiente.

** Profesor visitante del Robert Wood Johnson Medical School, New Jersey.

Enviar correspondencia a:

Augusto Pérez Gómez, Carrera 11, n° 86-86, Bogotá, e-mail: aperez@nuevosrumbos.org

Recibido: 8 de Noviembre de 2004.

Aceptado: 7 de Marzo de 2005.

RESUMEN

Este proyecto hace parte de la Fase II del estudio mundial sobre Uso de Drogas Inyectadas y Riesgos para la salud de la Organización Mundial de la Salud. Esta fase de la investigación debía proveer información acerca de la naturaleza actual, extensión e implicaciones del uso intravenoso de drogas, así como una mejor comprensión de los factores socio-culturales que podrían estar influenciando la toma de riesgos. Se entrevistaron 410 personas en la ciudad de Bogotá, Colombia, (inyectores, ex-inyectores, expendedores y no inyectores). Las personas fueron contactadas inicialmente en su ambiente natural y posteriormente en recintos privados para la realización de grupos focales. Los resultados sugieren que el uso intravenoso de drogas es más frecuente de lo que se pensaba; los riesgos del policonsumo de drogas, del uso intravenoso de éstas, de la actividad sexual desprotegida, evidencian que la población de inyectores es un foco importante para el desarrollo de epidemias como el VIH y la Hepatitis B y C. La realidad del uso intravenoso de drogas es un problema que ha permanecido "oculto" y las consecuencias para la salud de los inyectores no han sido del todo evidentes hasta ahora. El potencial de una difusión continuada de la práctica entre redes de consumidores en la ciudad y las consecuencias que de ello se derivarían, deberán ser contempladas por quienes construyen políticas, ofrecen servicios y diseñan intervenciones.

Palabras clave: Inyección intravenosa, heroína, VIH, hepatitis, Bogotá.

ABSTRACT

This Project is part of Phase II of the WHO Injected Drug Use and Health Risks worldwide study. The objective was to obtain information on the current nature, extension and implications of injected drug use, in addition to gaining a better understanding of the socio-cultural factors that could influence risk taking. 410 people were interviewed in a sample drawn from Bogota, Colombia (injectors, former injectors, dealers and non-injectors). Subjects were initially contacted in their natural environment and met, subsequently, on private premises for focal groups. Results show that drug injection is more common than previously assumed. Risk behaviours associated with multidrug use, injecting these, and unsafe sex suggest that this population of injectors is a significant source for epidemics such as HIV and hepatitis B and C. The reality of intravenous drug use has been "hidden" and its consequences on the health of those who inject have not been apparent up to now. The potential for a continual spread of such a practice among user networks in the city and the repercussion deriving from this must be taken into consideration by policymakers in implementing services and drawing up interventions.

Key words: Injection, heroin, HIV, hepatitis, Bogota.

La inyección de drogas es uno de los medios más efectivos de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de similar naturaleza. Por lo mismo, se constituye en un catalizador que perfila de manera dramática las epidemias de un número cada vez mayor de países con niveles de desarrollo y culturas disímiles.

La expansión global del uso intravenoso de drogas (UID) es, de acuerdo con algunos autores (Stimson & Choopanya. 1998), producto de una multiplicidad de factores y condiciones que, infortunadamente, tam-

bién existen en países como Colombia: para el consumidor la inyección resulta ser un medio más potente, efectivo y económico de usar drogas, pues la dosis rinde más y el efecto suele ser más intenso.

Aunque todas las formas de consumo suponen riesgos potenciales para la salud de los usuarios, en las últimas décadas, en las que se presenta además una amplia expansión del VIH-I, la práctica de auto-administrarse drogas a través de la inyección se ha constituido en un problema de dimensiones globales. Ya en 1998, más de 80 países en el mundo reportaban

epidemias de VIH asociadas directamente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) por vía inyectada (UNAIDS, 2001, 2002)

El riesgo de haber entrado en contacto con infecciones de transmisión sanguínea es muy alto cuando se es inyector; además esta población tiene niveles de actividad sexual similares, iguales o incluso superiores a los del resto de la población, en donde las conductas sexuales de riesgo son también muy comunes. Desde el punto de vista epidemiológico se señala que la expansión del VIH ocurre a partir de diferentes epidemias que se “intersectan” (Rodhes, 1998; Stimson & Choopanya, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), conocedora del riesgo de expansión de la práctica en muchos países en vía de desarrollo, así como de su muy previsible impacto sobre la salud pública, incluyó a Bogotá junto con otras doce ciudades del mundo, para el desarrollo de la Fase II del Estudio Mundial (Multi-Centro) sobre Uso intravenoso de drogas y Riesgos para la Salud. La Primera Fase se realizó entre 1989 y 1991 involucrando a otras doce ciudades, principalmente de países desarrollados y la segunda fase se llevó a cabo en dos etapas, entre finales del 2000 e inicios del 2003.

Las investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo en Colombia muestran que el consumo de heroína, así como el de sustancias inyectadas, ha aumentado en los últimos años (Pérez-Gómez, 1989,1999; Pérez-Gómez, Scoppetta y Peña, 2002; Rodríguez et al., 1992,1996; Rumbos, 2001). Sin embargo, la consistencia de los datos no ha dado lugar a ninguna acción por parte de las autoridades sanitarias que, al igual que ocurrió con la cocaína, han preferido ignorar el problema.

El objetivo general de este estudio fue proveer información acerca de la naturaleza actual, la extensión y las implicaciones de la inyección intravenosa, así como lograr una mejor comprensión de los factores socio-culturales y legales que podrían estar influenciando la toma de riesgos. Se plantea que la información deberá ser utilizada para desarrollar políticas, planes y programas que contribuyan a reducir los riesgos y las consecuencias adversas para la salud asociadas al UID.

MÉTODO

Participantes

En una primera fase, el proyecto involucró a personas en contacto directo con la inyección de drogas y con la venta de heroína. Esta fase tuvo dos etapas:

una informal, en la que la población fue distribuida en tres grupos: (a) *F1*, trabajadores del sector informal, o personas que frecuentaban áreas de venta y consumo de drogas (N = 18); (b) *F2*, expendedores de heroína (N = 20); y (c) *F3*, con tres subgrupos: Uso intravenoso de drogas (UIDs) actual (personas que se habían inyectado alguna droga durante los últimos 2 meses); ex-UIDs (personas que no se inyectaron drogas durante los últimos seis meses, pero que durante los últimos dos meses estaban consumiendo alguna droga potencialmente inyectable); y consumidores no-UIDs en riesgo de transición a la inyección (consumen drogas potencialmente inyectables) (N = 71). Durante la etapa formal, se visitaron 19 instituciones de tratamiento del consumo de drogas y diez instituciones de salud adscritas a la Secretaría Distrital de Salud (cinco públicas y cinco privadas).

En la segunda fase del estudio se contó con la participación de 301 sujetos: inyectores actuales (N = 237) y ex inyectores (N = 64). Otros criterios de elegibilidad fueron: no haber participado en la primera etapa del estudio y no encontrarse en tratamiento para el consumo de drogas y no haberlo estado en los últimos seis meses.

Instrumentos

Se diseñaron cinco instrumentos de encuesta y entrevista, con base en la primera etapa del estudio de la OMS y la Guía de Evaluación y Respuesta Rápida del Uso de Drogas Inyectadas del Centre for Research on Drugs and Health Behaviour de Londres (PSA/WHO, 1994); el sexto instrumento utilizado fue el cuestionario que hace parte de la segunda etapa ('survey phase') del estudio Multi-Centro. Los instrumentos combinaron opciones de respuesta estandarizadas (cerradas) y no estandarizadas (abiertas).

Con estos formatos se buscaba hacer un mapa geográfico y social de la inyección de drogas en la ciudad, identificar las actitudes sociales hacia la inyección y los inyectores, establecer la calidad y pureza de la heroína disponible en calle, así como los patrones de compra y perfil de “clientes” de esta droga, indagar por eventos de inyección observados, establecer los patrones de consumo, vías de administración y conductas de riesgo asociadas.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en dos etapas. La primera, se desarrolló en Bogotá entre enero y julio de 2001 con base en los lineamientos de la Guía de Evaluación y Respuesta Rápida (ERR) en Uso de Drogas por vía Inyectada, Versión 5 (The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use -V5) del CRDHB de Londres, la cual buscaba generar un diagnóstico lo

suficientemente amplio y preciso de la situación del UID en la ciudad de Bogotá, así como una evaluación de necesidades y un mapa completo de recursos institucionales y de intervención.

La segunda etapa se realizó entre abril y octubre de 2002. Esta etapa requirió de una infraestructura que permitiera ofrecer servicios de asesoría pre y post-prueba, así como la toma de muestras de sangre para establecer la prevalencia de VIH y Hepatitis B/C en los participantes.

En la primera etapa se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos, y la integración se hizo a través de la estrategia de *triangulación*. La aplicación de los instrumentos a los consumidores, personas de la comunidad y expendedores, se hizo en espacios abiertos y en los ambientes “naturales” de los informantes. El cuestionario y los grupos focales se aplicaron en recintos cerrados que garantizaran la privacidad; estos últimos, fueron grabados contando con la aprobación y consentimiento de los participantes.

En la fase informal el acceso a la población se hizo a través de informantes clave. Con base en los primeros contactos se recurrió a la estrategia de “Bola de Nieve” o la generación de “cadenas de referidos”. La fase formal se realizó a través de diversas estrategias que incluyeron: inventario de instituciones encargadas del control y restricción de las drogas; utilización de la base de datos del Programa Rumbos (Presidencia de la República) para el caso de las instituciones de tratamiento en el consumo de drogas; y el inventario de instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Para el análisis estadístico de los resultados se diseñaron bases de datos para cada instrumento y la información cualitativa se analizó definiendo categorías de acuerdo con las variables establecidas para cada módulo. La información de los cuestionarios se ingresó en la base de datos pre-diseñada con el fin de pilotear también el funcionamiento de la misma. Se conformó un comité de ética ad hoc que validara todos los aspectos éticos del estudio con base en las leyes nacionales e internacionales sobre protección a sujetos de investigación.

El estudio vinculó personas en todas las 18 localidades urbanas de Bogotá, pues el mapa realizado durante la ERR mostró que la práctica del uso intravenoso de drogas estaba dispersa por toda la ciudad.

Análisis Estadístico

La información recolectada en los formatos físicos, se ingresó en un sistema estandarizado para la aplicación Epi-Info 6.04. Previo al ingreso, cada cuestionario aplicado fue revisado detalladamente dentro de la semana siguiente a su diligenciamiento. Cada sección

del cuestionario se exportó al programa estadístico SPSS como una base de datos distinta, aunque las variables de código, género y la definición del caso como UID actual o ex UID, permanecían en cada base exportada y servían como vínculo entre secciones.

La segunda etapa se desarrolló siguiendo el Manual de Operaciones Versión 2

(WHO Drug Injecting Study-Phase II, Operations Manual, V2) del N.D.R.I. Inc. de Nueva York (Stimson, Des Jarlais, & Ball, 1998). El manual establece los procedimientos para el muestreo, los criterios de elegibilidad, la aplicación del cuestionario estandarizado con los respectivos códigos y el manejo de la base de ingreso de datos pre-diseñada para Epi-Info 6, y modificado por los ajustes locales producto del pilotaje en la primera etapa.

RESULTADOS

Se hallaron patrones similares de participación por sexo en ambas etapas: 80.4% en la Evaluación y Respuesta Rápida (ERR) y 78.7% en la Encuesta y tasas de Seroprevalencia (ES) de hombres. El promedio de edad en el grupo de ERR fue de 27 años (con rangos entre 16 y 49), en el grupo de ES los participantes tenían 24 años en promedio (con rangos entre 14 y 66). Es de destacar que casi el 36% de los UIDs activos estaba por debajo de los 20 años.

La participación por estratos socioeconómicos también mostró variaciones importantes en las dos etapas del estudio: en la ERR el 70.6% pertenecía a los estratos bajos y el 70% de ellos trabajaba en ambiente informal, principalmente en calle como artesanos y joyeros o como expendedores de drogas. En la ES, el rango de participación involucró grupos de mayor diversidad: el 54.8% perteneciente a estratos bajos, y el 42.8% a estratos medios.

Una importante proporción de inyectores vivía en condiciones inestables y de alta movilidad entre ciudades y regiones, aunque la mayoría conservaba un ambiente de soporte, a pesar de que muchos de ellos tuvieran las necesidades básicas insatisfechas.

El poli-consumo de drogas fue el patrón prevalente entre inyectores activos y ex inyectores en ambas etapas del estudio. Durante la ES, fue posible confirmar que la mayor parte de consumidores había experimentado con diferentes sustancias y mezclas, siendo la inyección de cocaína, alcohol y heroína las más comunes (ver figura 1).

Las cifras de la ES muestran una mayor representatividad en lo que a patrones locales de inyección se refiere, y sugieren que la inyección de alcohol,

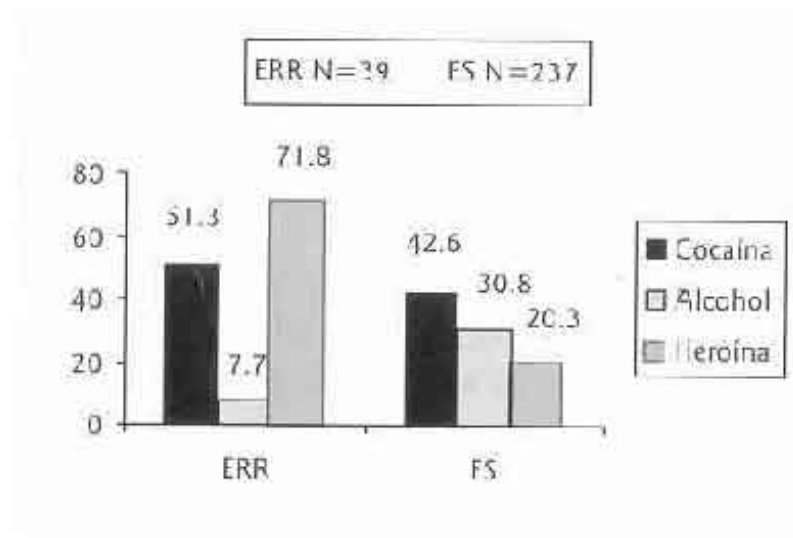


Figura 1. Principal droga de inyección en los últimos 6 meses

así como la inyección de morfina, benzodiacepinas diluidas en agua o alcohol, esteroides y hormonas, analgésicos y anti-inflamatorios, vitaminas, alcohol antiséptico y cocaína diluida en alcohol son cada vez más usuales. En ambas etapas se encontró que sólo en pocos casos la ocurrencia de inyección superaba la frecuencia de más de tres veces por mes (ERR 39.4% - ES 11.6%) (ver figura 2). Más aún, en ambas etapas un número importante de sujetos dijo nunca haber lle-

gado a inyectarse al menos una vez a la semana de forma regular (ERR 39.2% - ES 71.4%).

De hecho, en ambas aproximaciones, quienes reportaron uso de heroína mostraron una mayor preferencia a inyectársela que a inhalarla o fumarla. Esta tendencia es contraria a la encontrada para cocaína, pues su uso ocurre más comúnmente por vías distintas a la inyección, incluso en los inyectores actuales que reportaron mayoritariamente inyección de cocaína.

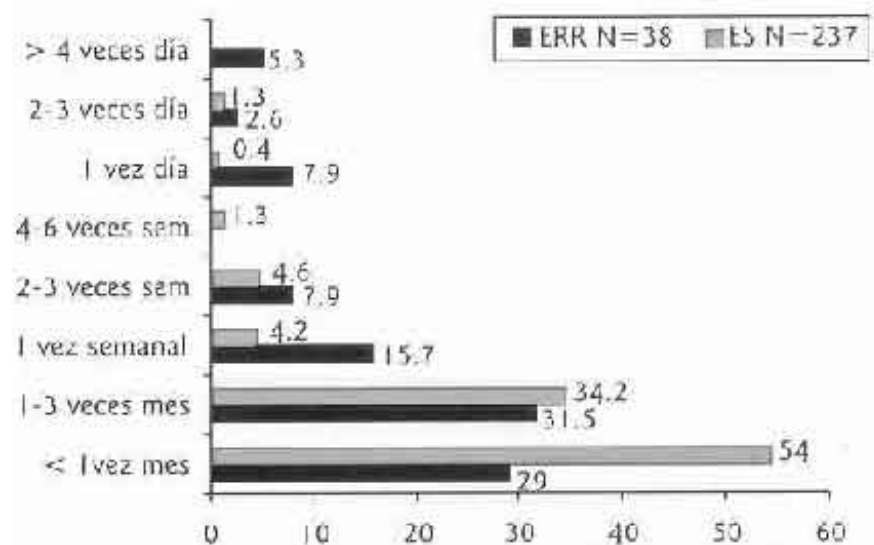


Figura 2. Frecuencia de inyección en los últimos 6 meses.

La primera inyección ocurrió en promedio a los 19.05 años entre los encuestados, y a los 19.8 años entre quienes participaron en la ERR. Sin embargo, el inicio en la carrera de consumo de sustancias ilícitas distintas a la marihuana, se dio entre los 15.4 (ERR) y los 16.5 años (ES). Para una importante proporción de casos en ambas etapas, esta carrera empezó con cocaína (ERR 62.7% - ES 43.2%). Debe notarse también que el 56.5% de los sujetos ya había probado la sustancia por otras vías antes de inyectársela por primera vez, mientras el 43.5% no lo había hecho.

Los hallazgos en ambos estudios muestran que la mayor parte de inyectores fueron iniciados en la práctica por amigos cercanos. Mientras la ERR arrojó que cerca del 57% recibió asistencia de un amigo la primera vez que se inyectó, el porcentaje subió a casi el 66% en la ES. La iniciación por parte de una pareja sexual fue referida por el 13% en la ERR y el 4.7% en la ES. No obstante, un número importante de sujetos se inyectó la primera vez sin recibir asistencia de nadie (ERR 17% - ES 8.3%).

Con respecto a las características de la red social del consumidor antes de la primera inyección, los datos de la ES evidenciaron que, aunque el 74.4% tenía principalmente amigos consumidores, en el 62.5% de los casos la mayoría de amigos eran no-inyectores. En los casos restantes (37.5%), los inyectores activos eran comunes dentro de la red social inmediata de los participantes.

La curiosidad por la inyección y la búsqueda de mejores y más intensos efectos fueron, en ambas etapas, las principales razones para la transición a la inyección. La curiosidad fue mencionada por el 72.5% de los sujetos durante la ERR y por el 64% de quienes fueron encuestados, seguida de reportes sobre la expectativa de un mejor 'viaje'. La inyección se percibe como una opción de consumo, motivada en algunos casos por la curiosidad de explorar nuevas cosas, o por salirse de la monotonía. "Yo creo que la persona quiere saber cómo es un viaje de esos, explorar cosas nuevas, como un camino secreto... más que todo es curiosidad".

A la inyección se llega por: *"falta de efecto de las drogas", "porque es más rápido y más intenso", "dura más y da más satisfacción", "Se hace para quedar sostenido", "le deja a uno la cabeza un poquito más tranquila, cuando me inyecto coca, se me baja el embale (exceso de estimulación), puede uno comer y todo". "Es una cuestión ahorrativa, si ya no queda sino un poquito, hay que sacarle el mayor provecho (se refiere a cocaína)", "se prefiere el chute porque ya uno analiza... si yo me aplico la misma dosis oliendo y ya casi no me hace efecto pero chuteándose sí, entonces es mejor", "y se inyecta para que no le duela a uno la nariz", "porque la nariz se le va estallando", "además*

porque cuando se inhala se le queda a uno la mitad en la nariz (habla de heroína) "

Algunos testimonios de personas en riesgo de transición a la inyección, participantes en grupos focales, sugieren factores que podrían desestimular la transición, al explicar porqué esa práctica no había sido hasta el momento una opción en sus carreras de consumo. Los temores se asocian principalmente al desarrollo de una fuerte dependencia o al riesgo de muerte por sobredosis. Otros consideran que el dinero es una razón, pues drogas como la heroína son más costosas que la marihuana, la cocaína y el 'basuco' (pasta básica de cocaína). Algunos refieren temor a las infecciones, mientras que otros dicen que no ha sido tanto el miedo a las agujas, sino a los efectos mismos que se puedan experimentar.

En cuanto a los comportamientos de riesgo en la inyección, las cifras de intercambio de jeringas usadas entre inyectores fueron más altas en la segunda etapa del estudio que en la primera. Así, mientras en la ERR el 36% se había inyectado la primera vez con una jeringa cedida por otra persona, durante la ES el porcentaje fue de 51.8%. La misma tendencia se observó al preguntar por inyección con equipo previamente usado por alguien, en los seis meses previos a la aplicación, pasando del 33.3% (N = 13/39) al 46.8% (N = 111/237) (ver figura 3).

Tanto como en la primera etapa, la segunda mostró que la limpieza previa del equipo ya usado, es muy baja. Durante la ERR, de los 13 sujetos que dijeron haberse inyectado con equipo ya usado, sólo seis dijeron haberlo limpiado previamente y durante la ES sólo el 28% de los 111.

Vale la pena señalar que todo esto ocurre en un contexto en el que los equipos de inyección estériles están ampliamente disponibles y son relativamente económicos (alrededor de \$1.000 pesos, 30 centavos de dólar). En este sentido, podría decirse que el compartir equipos de inyección en Bogotá es más producto de las actitudes de los inyectores frente al intercambio, la relatividad del riesgo percibido y la falta de planeación de los episodios de inyección (ver tabla 1).

El intercambio indirecto tiende a ser más común que el directo: la mayor parte de inyectores compartió con otros elementos de la parafernalia distintos a las jeringas/agujas en los seis meses previos a la aplicación de ambas etapas. Otros riesgos se detectaron en casos de adquisición o compra de jeringas con la mezcla lista para la inyección (ERR 12.8% - ES 16.8%), así como de soluciones pre-mezcladas en recipientes (ERR 10.5% - ES 8.8%) durante el último episodio de inyección.

La percepción del riesgo implicado en estas prácticas fue muy baja; por ejemplo, sólo 13 sujetos (4.3%)

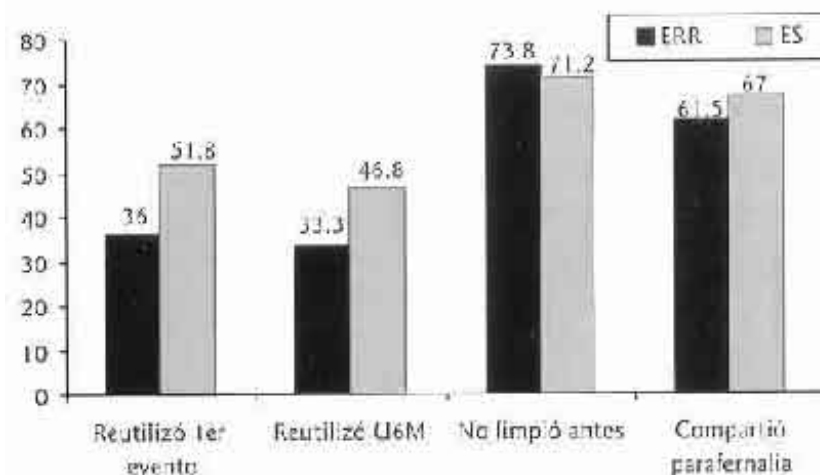


Figura 3. Comportamiento de riesgo durante la inyección

Tabla 1. Razones por las que ha compartido jeringas en los últimos 6 meses.

Razones	ERR N=13	ES N=111
No tenía mi propio equipo para inyectarme	61.5	67.6
Soy cuidadoso(a) en escoger con quién comparto	53.8	55
Pensé que era seguro porque lo limpiaba	23.1	18.9
Otros inyectores me presionaron a compartir	—	5.4
Las jeringas/aguja son difíciles de conseguir	7.7	2.7
Las jeringas/aguja son costosas	—	1.8
Estaba en prisión	—	0.9
Otras razones	—	43.2
Por “magia” / ritual de grupo	—	8.1
Pereza de salir a conseguir jeringas	—	7.2
No tenía más dinero	—	6.3
Porque confío en mi pareja (sexual)	—	3.6
Las droguerías no están abiertas hasta tarde	—	2.7

ERR: Evaluación y Respuesta Rápida

ES: Encuesta y tasas de Seroprevalencia

en la ES mencionaron el uso común de cucharas u otros recipientes para la mezcla, así como del agua para el enjuague y de la solución, como posibles medios de transmisión del VIH.

El intercambio de equipo usado con personas desconocidas no es bien visto por algunos inyectores y quienes lo han hecho, justifican el hecho por estar bajo efectos de sustancias, o por razones de vínculos de amistad. Cuando se trata de relaciones ‘de con-

fianza’ y no hay equipos suficientes, las personas que insisten en compartir pueden interpretar la negativa como “rechazo,” porque a veces “compartir es vivir” y en tales circunstancias se asumen los riesgos: “uno se hace el bobo y no importa,” “de todas formas uno termina compartiendo, sabiendo que el riesgo es alto, uno comparte agujas y comparte sangre.” “Uno comparte con sus amigos del alma, hay hermandad... claro que eso ocurre al comienzo, cuando uno no conoce bien el cuento.” “Yo he compartido la jeringa con otro

man, pero sabiendo con quién estoy compartiendo, yo me siento tranquilo, y nos conocemos de chinches (de niños) y si me toca compartirla listo, como los gitanos.”

“Yo sí veo que la gente comparte jeringas... si hay una sola jeringa y la droguería (farmacia) queda a tres cuadras y usted ya se pinchó una vez, usted sólo-piensa en el otro pinchazo a los cinco minutos y evita salir.”

Los resultados arrojados sobre las tendencias de comportamiento de riesgo sexual sugieren tendencias similares de relaciones sexuales con parejas del sexo opuesto (ERR 80.4%) (ES 86%: UDIs actuales 84.8%, ex UDIs 90.6%, $p=0.23$); sin embargo, se evidenciaron algunas diferencias. Mientras en la ERR se halló un patrón similar de relaciones sexuales con parejas primarias (59%) y con parejas casuales (55%) en los seis meses previos a la evaluación, durante la ES los inyectores actuales y ex inyectores reportaron con mayor frecuencia relaciones sexuales con parejas primarias (70%) que con casuales (44.7%). Con respecto a las prácticas de sexo desprotegido para ambos estudios, se encontró que mientras en la ERR el 72.4% dijo haber tenido relaciones sexuales sin protección con parejas primarias, el porcentaje fue de 88% en la segunda etapa (UDIs actuales 86.2%; ex UDIs 94%). Sin embargo, en este último caso los ex inyectores mostraron ser más proclives al sexo desprotegido con sus parejas primarias, que los inyectores activos ($p=0.73$). En referencia al sexo sin protección con parejas casuales, en la ERR el 50% lo reportó, frente al 63.7% que lo hizo en la ES (ver figura 4).

Veinte personas de las que participaron en la segunda fase (6.6%), dijeron haberse inyectado alguna vez

en su vida con un hombre que tenía relaciones sexuales con otros hombres, y dieciocho (6%) con mujeres que tenían sexo con otras mujeres. Casi el 12% (N=6) dijo haberse inyectado con una persona que se sabía portadora del VIH y cerca del 1% (N = 3) con una persona que había tenido algún tipo de hepatitis.

El uso del condón se percibe como más relevante cuando se trata de parejas ocasionales que de parejas permanentes; así, la confianza en la pareja juega aún un papel muy importante tanto en la baja percepción de riesgo, como en la negociación misma del condón.

Parece ser común la idea de que tener confianza en la pareja es suficiente como protección, por lo que si se “conoce” a la pareja no habrá riesgo. “Uno ya tiene a las nenas”; “uno sabe con quién ir a eso (a tener sexo)”; “Uno tiene que quererse y valorarse un poquito... y saber con quién lo hace”. El hecho de no conocer muchas personas afectadas por el VIH, puede reforzar estas ideas: muy pocos sujetos dijeron conocer otros inyectores que vivían con el VIH, y menos de la mitad (ERR 41 % N = 21/ 51) pensó, antes de iniciarse en la práctica, que podría contraer el VIH por inyectarse.

Los hallazgos en las dos etapas muestran que, hasta el momento, las consecuencias adversas para la salud de los inyectores son limitadas. Sin embargo, y a juzgar por las prácticas de riesgo que se han venido describiendo, la realidad puede cambiar: podría producirse una escalada en los problemas de salud y en las tasas de VIH y hepatitis en un futuro cercano.

El componente de seroprevalencia de la segunda etapa arrojó cifras muy bajas de prevalencia en los

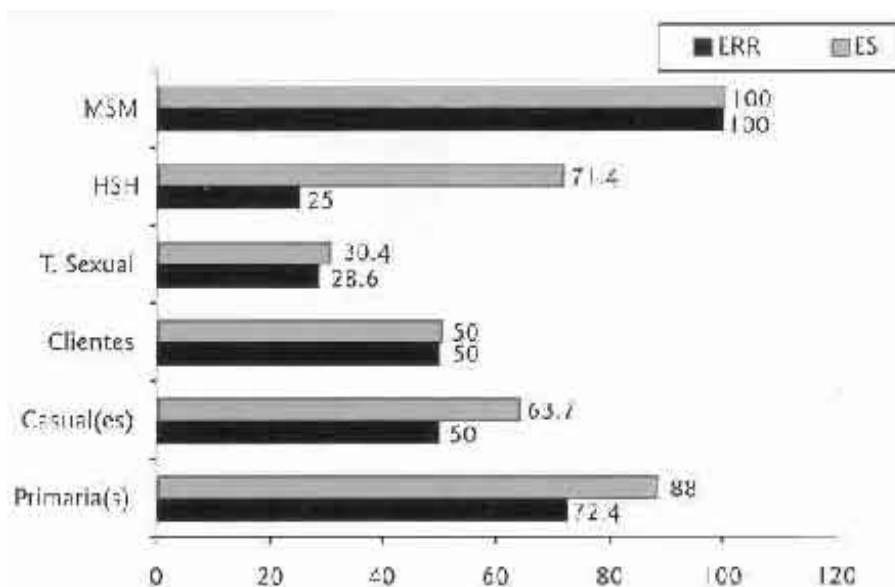


Figura 4. Alguna ocurrencia de actividad sexual desprotegida en los últimos 6 meses

participantes: Virus Hepatitis B (VHB) 0.7% (N=2), VIH 1% (N=3 más un resultado no concluyente) [estimado nacional 0.37%]. Virus Hepatitis C (VHC) 1.7% (N = 5): siete de estos casos reactivos se encontraron en inyectores actuales.

Las características generales de los casos reactivos se presentan en la tabla 2. La mayoría de ellos permanecían solteros y eran hombres, con excepción de una mujer que resultó reactiva a la prueba de hepatitis B. Se encontraban principalmente entre los 20 y 30 años de edad, excepto por dos casos reactivos a hepatitis C, uno menor de 20 años y otro mayor de 30. La mayor parte de estos sujetos sabía algo del VIH/SIDA, salvo un caso reactivo a VHC.

Los tres casos reactivos al VIH reportaron haber realizado cambios en su comportamiento para evitar infectarse con el VIH, aunque ninguno conocía su estatus antes de realizarse las pruebas de laboratorio. Ninguna de las personas que resultaron positivas a la prueba de VHB dijo haber hecho algo para evitar la infección por VIH y lo mismo ocurrió en un caso positivo a VHC.

Entre quienes resultaron reactivos al VIH no se encontró ninguno que supiera algo sobre hepatitis B o C, sólo uno de los dos casos de VHB había escuchado hablar de la hepatitis B y sólo dos de los cinco casos reactivos al VHC, conocía de la existencia de este último. Entre quienes resultaron reactivos a alguno de los virus (N = 10), sólo cuatro habían tenido algún tratamiento previo para su consumo de drogas y la mayoría tenía niveles básicos de educación. Entre los seropositivos de VIH, uno había estado inyectándose por un período superior a dos años y los dos restantes lo habían hecho por seis años o más. Se registraron períodos de inyección superiores a tres años en los dos casos de VHB+ y en tres de los cinco reactivos a VHC. Los restantes dos casos de VHC llevaban más de 10 inyectándose.

La evaluación de riesgos de inyección en los seis meses previos a la entrevista (sólo incluye los UIDs actuales), mostró que dos de los casos reactivos (uno con VIH y otro con VHC) reportaron haberse inyectado con equipo cedido por otra persona, aunque ninguno dijo haber cedido su equipo usado a otros inyectores. El reporte de relaciones sexuales desprotegidas con pareja primaria se encontró en cuatro de los cinco casos reactivos para VHC y en uno de los dos casos de VHB.

DISCUSIÓN

Podría decirse que uno de los principales hallazgos del estudio es el que confirma que la inyección de

drogas en Colombia no es tan inusual como se creía: la inyección de drogas es un problema emergente en nuestro medio. Una serie de condiciones contextuales parecen haber tenido finalmente un impacto en los patrones de consumo de drogas en lo local, mostrando que usar drogas, alcohol y medicamentos a través de la inyección es una “nueva” alternativa para muchos jóvenes de Bogotá. A pesar de los patrones esporádicos hallados en este estudio, no existe evidencia alguna que sugiera que el fenómeno va a permanecer igual o se va a revertir en el futuro.

A diferencia de los patrones ampliamente descritos en otros países, la inyección en Colombia rara vez constituye un hábito. Contrariamente a lo que se hubiera podido anticipar, los patrones de inyección detectados no necesariamente muestran una expansión de la inyección de heroína, a pesar de su creciente disponibilidad. Por el contrario, se encontró una mayor tendencia a la inyección de cocaína y alcohol, cuyo consumo, de acuerdo con los estudios nacionales, ha sido tradicional y prevalente en el país. Vale aclarar que el acceso a la heroína es aún restringido y que aunque los precios han descendido, resulta aún muy costosa para muchos consumidores.

Otro aspecto que podría estar restringiendo una mayor experimentación con heroína, es la percepción del riesgo involucrado, pues los mismos consumidores la ven como una sustancia de alta peligrosidad. Sin embargo, el hecho de que cada vez más consumidores experimenten con la inyección de drogas tradicionalmente consumidas por vía oral, inhalada o fumada, habla de un riesgo mayor de evolución y transición a la inyección.

Con respecto a otras sustancias usadas de modo intravenoso, los patrones de iniciación en la práctica llevan a considerar que el uso de cocaína inhalada es un factor de riesgo para el inicio con la inyección. Las cifras mostraron que la mayor proporción de inyectores (36.2%) se inyectó cocaína la primera vez mientras el 43.2% inició su consumo de sustancias ilícitas con esta misma sustancia. Así mismo, fue posible evidenciar que la inyección de alcohol parece estar aumentando y volviéndose popular en lo local. La inyección de alcohol supone una alternativa “rápida” y “económica” de lograr la embriaguez.

Por otra parte, se evidencia que tanto los escenarios inmediatos, como las circunstancias en las que la inyección suele ocurrir y la percepción del riesgo que se relativiza dependiendo de con quién se comparte, fueron las principales razones por las que los participantes terminaron recibiendo un equipo usado o cediendo su equipo a otros. Si a estos factores se suma el que la inyección usualmente ocurre de forma esporádica, se podría decir que muchos consumidores se enfrentan con oportunidades de inyectarse en ambientes y condiciones que impiden una mejor pla-

neación de los episodios, por lo que es muy poco probable que tengan su equipo disponible en el momento. Esto podría estar incidiendo en que muchos consideren que compartir las jeringas es "aceptable", y que el riesgo en el que incurrir es "relativo", pues en la mayoría de los casos, la inyección ocurre con amigos cercanos (Crofts, 2003).

El modelamiento entre amigos/compañeros resultó ser otro factor de riesgo para la transición a la inyección. Aunque la mayoría vivía rodeada de consumidores de drogas, sólo en un poco más de una tercera parte los amigos ya eran inyectores. Sin embargo, cerca del 66% fue asistido por un amigo cercano la primera vez y alrededor del 15% fue iniciado por otros amigos o por parejas sexuales. Estas cifras contrastan con las que sugerían que la iniciación de otros en la práctica es muy rara entre quienes participaron en ambas etapas, pues más del 88% dijo nunca haber incitado a nadie a inyectarse por primera vez. De hecho, las discusiones de los grupos focales mostraron que la iniciación de otros es poco deseable, pero las cifras al respecto muestran una realidad muy distinta. De la misma forma, se encontró que aunque el sexo desprotegido es más común con parejas primarias, la ocurrencia es alta también con parejas casuales (patrones similares a los descritos en Malliori & cols. 1998; PSA/WHO, 1994).

El análisis conjunto de la información cualitativa y cuantitativa para ambas etapas de estudio lleva a concluir que en estos grupos, tanto la toma de riesgos como bajo qué circunstancias se hace, son relativos. Si bien el uso del condón es un comportamiento deseable, usar drogas, estar bajo sus efectos, los lugares y circunstancias de los encuentros sexuales y las personas involucradas en los mismos, son razones que parecen explicar porqué la protección no es siempre la regla. Tal como Bastos et al. (1999) señalan, un aspecto central a tener en cuenta en los comportamientos sexuales de riesgo, es el grado en que los usuarios de drogas inyectadas se involucran sexualmente con otros consumidores y con la población general. Los resultados mostraron que la mayor parte de quienes participaron en la segunda etapa tuvieron parejas sexuales (primarias o casuales) que nunca se habían inyectado drogas. Esto quiere decir que los inyectores tienden a involucrar, en la mayoría de sus encuentros sexuales, a personas que no tiene ninguna relación en la práctica.

Vale la pena recordar que ésta es la forma como las epidemias asociadas a la inyección, se vinculan con aquellas asociadas a la transmisión sexual, lo que incrementa el riesgo de infección para los grupos no inyectores, y a través de ellos, para el resto de la población.

El cambio de comportamiento en respuesta a la información sobre VIH/SIDA fue reportado por el

71.3% de la muestra en la ES, cifra un poco menor a la registrada en la Primera Fase del Estudio Multi-Centro de la OMS 1989-1991, en la que se encontró que, en la mayoría de las ciudades (centros) entre el 75 y el 90% de los participantes habían hecho algún cambio en su comportamiento para evitar infectarse o infectar a otros (PSA/WHO. 1994; Malliori et al., 1998).

Infortunadamente, los hallazgos llevan a concluir que no hay tal "antipatía" hacia la inyección, como tampoco una "inmunidad nacional" contra las consecuencias adversas del uso inyectable de drogas, ampliamente descritas por años en muchos países del mundo (Crofts, 2003). Pero sigue siendo preocupante que muy a pesar de las alarmas, las autoridades nacionales sigan siendo indiferentes a la realidad que muchos consumidores muestran a través de sus carreras de consumo. Es evidente que algo que podría pasar, está pasando y ha estado pasando por algún tiempo, en un número no tan insignificante de consumidores. No hay duda de que esta realidad responde básicamente a que el problema ha permanecido "oculto" y a que las consecuencias para la salud de los inyectores no han sido del todo evidentes hasta ahora. Sin embargo, el potencial de una difusión continuada de la práctica entre redes de consumidores en la ciudad y las consecuencias que de ello se derivaría, deberán empezar a ser comprendidas y contempladas por quienes toman decisiones, construyen políticas, ofrecen servicios y diseñan intervenciones.

AGRADECIMIENTOS

Buena parte de este trabajo fue realizado cuando los autores trabajaban en el Programa Presidencial Rumbos.

Los autores desean expresar su agradecimiento a la Embajada de Canadá por su apoyo financiero a este estudio.

REFERENCIAS

- Bastos, F; Strathdee, S; Derrico, M & De Fatima Pina, M. (1999). Drug use and the spread of HIV/AIDS in South America and the Caribbean. En: *Drugs: education, prevention and policy*. Vol. 6, No. 1, pp. 29-49.
- Crofts, Nick (Ed). (2003). The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia. The Centre for Harm Reduction.
- Malliori, M.; Zunzunegui, MV; Rodriguez-Arenas, A. & Goldberg, D. (1998). Drug injecting and HIV-I infection: Major findings from the Multi-city Study. Chapter 4.

- En: V Stimson, G., . Des Jarlais, D. & Ball, A. (Eds.) *Drug Injecting and HIV Infection*. Londres: WHO, UCL Press.
- McKeganey, N.; Friedman, S. & Mesquita, F. (1998). The social context of injectors' risk behaviour. Chapter 2. En: G.V. Stimson, D. Des Jarlais y A. Ball (Eds.) *Drug Injecting and HIV Infection*. Londres: WHO, UCL Press.
- Pérez-Gómez, A. et al. (1989). *Bogotá and the consumption of psychoactive substances*. Alcaldía Mayor de Bogotá/ United Nations.
- Pérez-Gómez, A. et al. (1999). *Sondeo nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados y no escolarizados*. Presidencia de la República.
- Pérez-Gómez, A., Scoppetta, O. y Peña, P. (2002). *La juventud y las drogas*. Bogotá: Alfaomega/Cambio.
- Rodríguez, O. et al. (1992). Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá: CIDNE.
- Rodríguez, O. et al. (1996). Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá: DNE.
- PSA/WHO (1994). *Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection: a report prepared on behalf of the WHO international collaborative group*. WHO/ PSA/94.4.
- Rodhes, T. (1998). *Sexual risk behaviour, Unit 4*. Imperial College of Science, U. of Londres.
- Rumbos (2001). *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia: jóvenes de 10 a 24 años*. Presidencia de la República.
- Stimson, G., Des Jarlais, D. & Ball, A. (Eds.) (1998) *Drug Injecting and HIV Infection*. Londres: WHO. UCL Press.
- Stimson, G. & Choopanya, K. (1998). Global perspectives on Drug Injecting. Chapter I. En: Stimson, G., Des Jarlais, D. & Ball, A. (Eds.) *Drug Injecting and HIV Infection*. Londres: WHO. UCL Press.
- UNAIDS (2001). HIV and AIDS in the Americas an epidemic with many faces. Pan American Health Organization
- UNAIDS (2002). Latin America and the Caribbean. Fact Sheets.