

Original

RESP

Uso de drogas, prácticas de riesgo y factores asociados en la población penitenciaria en Cataluña: un estudio transversal

Bañuls-Oncina E¹, Clua-García R^{1,2}, Imbernón-Casas M¹, Jiménez-Vinaja R¹¹Centro penitenciario Brians 1. Sant Esteve Sesrovires. Barcelona.²Facultat de Ciències de la Salut de Manresa. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

RESUMEN

Introducción: El conocimiento disponible sobre el uso de sustancias entre personas encarceladas alberga incógnitas que nos propusimos esclarecer a fin de mejorar las intervenciones.

Material y método: Se aplicó una encuesta sobre el uso de sustancias y las prácticas de riesgo, especialmente adaptada, entrevistando a 178 internos del Centro Penitenciario Brians 1, potencialmente consumidores, conformando un muestreo de bola de nieve con entrevistadores de acceso privilegiado, propicio para desvelar prácticas clandestinas.

Resultados: El 74,7% de los participantes reconocieron un uso excesivo de drogas a lo largo de su vida, el 75,8% admitieron consumirlas, el 18,5% por vía endovenosa, durante los últimos seis meses en prisión. De los inyectores, el 36,4% participaron en el programa de intercambio de jeringas (PIJ) y el 54,5% las compartieron. Los españoles (con una *odds ratio* ajustada [ORa] de 4,79), reincidentes (ORa = 2,67), sancionados (ORa = 2,70) y con transgresiones graves de la convivencia penitenciaria (ORa=3,01) mostraron mayor probabilidad de uso. Tener mayor condena (ORa = 1,13), haber recibido tratamiento por problemas de drogas (ORa = 3,84) y ser portador del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o hepatitis C (ORa = 3,95) les predisponía a inyectarse. Las personas que se inyectaban y participaban en el PIJ eran predominantemente mujeres (66,7%) y manifestaron mayor preocupación por el cuidado de su salud (90,9%).

Discusión: El estudio sugiere el uso de sustancias y prácticas de riesgo en prisiones catalanas, pese a la profusión de los medios destinados a extinguirlas, prioritariamente centrados en la abstinencia; vincula la pervivencia de los comportamientos de riesgo con un estilo de vida marginalizado dentro de la propia institución; y apunta la necesidad de extender las intervenciones de reducción de daños y de aproximar el tratamiento a los reclusos, incorporando la perspectiva del usuario.

Palabras clave: consumidores de drogas, conductas de riesgo para la salud, trastornos relacionados con sustancias, terapia, marginación social, prisiones, educación en salud, programas de intercambio de agujas y reducción del daño.

SUBSTANCE USE CHARACTERISTICS, HEALTH RISK PRACTICES AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PEOPLE IMPRISONED IN CATALONIA: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Introduction: There are gaps in the available knowledge about substance use and risky practices among prison inmates which we proposed to clarify in order to improve interventions.

Material and method: We conducted a specifically adapted survey with 178 potential users imprisoned in the Brians 1 Prison of Barcelona. We applied a snowball sampling method, with peers as privileged access interviewers, which is particularly recommended to bring out hidden information.

Results: 74.7% of participants admitted to excessive use of addictive substances throughout their life. In the last 6 months in prison, 75.8% accepted that they had used drugs, while 18.5% injected them. 36.4% of the latter group participated in the needle exchange program (NEP) of the facility and 54.5% acknowledged that they shared the needles. Spanish people (adjusted odds ratio [AOR]=4.79), recidivists (AOR = 2.67), penalised individuals (AOR = 2.70) and those involved in serious transgressions

of prison regulations (AOR = 3.01) showed greater probability of substance use in prison. A longer sentence (AOR = 1.13), having undergone treatment for drug problems (AOR = 3.84) and being a carrier of blood-borne infections (AOR = 3.95) were linked to intravenous drug use. Injectors in the NEP were predominantly women (66.7%) and were more interested in caring for their health (90.9%).

Discussion: The study reveals use of addictive substances and health risk practices among inmates in Catalan prisons, despite their exposure to prevention policies mainly focused on abstinence; relates health risk behaviours to marginalization processes within the institution, and then consider the need to extend the scope of harm reduction interventions and to reinforce its appeal by incorporating the users' perspectives on the issue.

Keywords: drug users, health risk behaviors, substance-related disorders, therapy, social marginalization, prisons, health education, needle-exchange programs y harm reduction.

Texto recibido: 17/05/2018

Texto aceptado: 26/10/2018

INTRODUCCIÓN

Las personas ingresadas en prisión en España, como en otros países occidentales, tienen una prevalencia mayor de trastornos por uso de sustancias (TUS) que los que viven en la comunidad^{1,2}.

En libertad, el mes anterior a ingresar en prisión, los futuros presos toman sobre todo alcohol (64,8%), cannabis (39,8%), cocaína (51,1%), heroína (13,7%) y tranquilizantes (13,3%) en cantidades más elevadas que la población general³. Una vez que estas personas ingresan en la cárcel, su consumo cambia: disminuye de manera significativa en intensidad, vira el perfil de sustancias más usadas hacia un predominio del cannabis (21,3%), los tranquilizantes (4,1%), el alcohol (3,8%), la heroína (2,4%) y la cocaína (2,4%), respectivamente³; e incrementa su peligrosidad, pues se asocia a prácticas de riesgo de contagio de infecciones de transmisión sanguínea y sexual (ITSS), como el uso inyectado –el 7% de los nuevos internos reconoce ser usuario de drogas por vía parenteral (UDVP)⁴– y compartir el material de venopunción, en una población con una elevada prevalencia conocida de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) –el 5,1%– y el de la hepatitis C (VHC) –el 6,5%⁵–. De hecho, el uso de drogas, sobre todo la historia de consumo inyectado, y las relaciones sexuales sin protección, constituyen los principales factores de riesgo de contagio de VIH y de VHC en la cárcel⁶⁻⁹.

La reducción de daños es un enfoque pragmático, orientado a abordar el consumo de drogas y las conductas de riesgo asociadas¹⁰, que, sin renunciar al objetivo último de la abstinencia¹¹, lo subordina a las necesidades y posibilidades eventuales del cliente, respetando sus decisiones respecto al cambio, acercando el tratamiento a la mayoría de usuarios que siguen tomando. Incorpora un amplio rango de estrategias, que abarcan desde la educación en el consumo higié-

nico hasta el trabajo dirigido a la abstinencia, pasando por el manejo del uso¹².

Los programas de intercambio de jeringas (PIJ) son una de las estrategias de reducción de daños que se han mostrado más efectivas, tanto en prisiones como en la comunidad. Proporcionan, a aquellos que se quieren inyectar, acceso a material de inyección estéril. Previenen el contagio de ITSS, reduciendo el uso de material contaminado, y promueven mejoras de la calidad de vida de los usuarios, probablemente por la interiorización de estrategias de autocuidado¹³.

Los datos disponibles sobre el uso de sustancias y sus problemas asociados en prisión acusan limitaciones en su validez que constriñen su aplicabilidad en intervenciones. Estas dificultades son debidas a que remiten a actividades censuradas, que suscitan en los internos resistencias a informar sobre ellas por miedo a las consecuencias negativas¹⁴.

Existen estrategias de investigación de reconocida eficacia para acercarse a las poblaciones de difícil acceso, generalmente apartadas de los servicios formales de atención y en riesgo, para recabar información sobre sus comportamientos y sus necesidades ocultas, que implican el trabajo con iguales¹⁵⁻¹⁷.

El propósito del presente estudio fue enriquecer el conocimiento sobre el uso de sustancias adictivas y sus principales corolarios en el Centro Penitenciario Brians 1, incorporando información obtenida mediante técnicas de muestreo específicas para desvelar prácticas clandestinas, potenciando así su aplicabilidad en el diseño de abordajes para mejorar la salud de los usuarios de drogas en prisión.

El objetivo general del estudio se concretó en dos específicos:

- Aportar datos descriptivos sobre el uso de sustancias psicoactivas, los problemas relacionados y su tratamiento, las prácticas de riesgo asociadas y sus

consecuencias para la salud en internos ingresados en un centro penitenciario.

- Identificar posibles factores asociados a tres elementos nucleares, especialmente representativos de los problemas analizados: el uso de drogas, el consumo inyectado y la participación en el PIJ en prisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se insertó en un programa más amplio de educación para la salud *inter pares*, basado en el proyecto *Euro Boule de neige*, desarrollado en Bélgica por la asociación Modus Vivendi, orientado tanto a analizar la situación de los internos usuarios de drogas como a la prevención de los problemas de salud asociados al uso de sustancias entre ellos¹⁸.

La recogida de información se canalizó a través de una encuesta, procedente de la adaptación española del proyecto primigenio¹⁹, que fue modificada a su vez para ajustarse a la especificidad de la población estudiada, siguiendo la metodología propuesta en el original, de tres etapas:

- Elaboración (en este caso, modificación) de la encuesta en función de los objetivos de la investigación.
- Prueba piloto de validación, realizada con diez usuarios de la población, en que se pasó un prototipo del cuestionario adaptado para comprobar su ajuste, operando las modificaciones necesarias, hasta llegar a la versión definitiva de la encuesta.
- Adiestramiento de usuarios expertos en la realización efectiva de la encuesta. A lo largo del programa educativo, se adiestró a un grupo de iguales colaboradores, los agentes de salud, en la administración del cuestionario, trabajando especialmente la unificación de los criterios de interpretación de las respuestas, el manejo de los conflictos derivados de su situación de mediadores entre usuarios y profesionales, y el respeto a la libertad e intimidad del entrevistado^{18,19}.

Fruto del proceso anterior, se obtuvo un instrumento de recogida de información sobre los aspectos sociodemográficos y de situación penitenciaria, el uso de drogas y las conductas de riesgo asociadas, la situación sanitaria y la utilización de los servicios. Este fue aplicado en una entrevista por el grupo de agentes de salud, componiendo un muestreo de conveniencia tipo bola de nieve con entrevistadores de acceso privilegiado^{16,17}. Para el muestreo de bola de nieve se constituyó un grupo de personas de referencia, for-

mado por potenciales usuarios de drogas ingresados en prisión, que reclutaron a otros compañeros con sus mismas características para participar conjuntamente en el programa de *Educación para la salud entre iguales* del que salieron los agentes de salud. Se hicieron entrevistas de acceso privilegiado aprovechando el papel desempeñado por los agentes de salud, que eran personas que, por sus características, disfrutaban de un acceso preferente a la población diana, y que fueron específicamente adiestrados para contactar con otros compañeros de su entorno. Todo el proceso concluyó en enero de 2013.

La muestra de participantes incluyó a un total de 178 personas, todos ellos potenciales usuarios de sustancias psicoactivas ingresados en el Centro Penitenciario Brians 1. El estudio fue evaluado, aceptado y supervisado por el *Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada del Departament de Justícia la Generalitat de Catalunya* (CEJFE). Se cumplieron las recomendaciones éticas de la declaración de Helsinki²⁰.

Con las respuestas de los usuarios en la entrevista, se hicieron diversos tipos de análisis:

- Análisis descriptivos de las principales variables estudiadas y comparaciones de las proporciones en ellas existentes de las tres variables de resultado establecidas mediante las pruebas t de *Student* (para variables de resultado cuantitativas), de Ji cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher (en el caso de variables de resultado categóricas).
- Modelos de regresión logística univariados y multivariados para identificar las variables asociadas al uso de sustancias adictivas y al uso inyectado en prisión. En el caso del modelo multivariado, se consideraron aquellas variables con un nivel de significación inferior a 0,10 en el modelo univariado, y se calcularon las *Odds ratio* (OR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%.

Para todos los análisis, se consideraron estadísticamente significativos aquellos valores con un valor p igual o inferior a 0,05 y se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 17.

RESULTADOS

Las principales características de la muestra se describen en la Tabla 1. La edad media de los participantes fue de 36,8 años (desviación estándar [DE]: 8,4). La duración media de su condena fue de 8,6 años (DE de 6,5). La mayor parte eran varones (el 61,8%) y españoles (el 86%). El 74,7% de los participantes reconoció haber realizado un consumo

Tabla 1. Características sociodemográficas, de conducta delictiva y penitenciaria, uso de sustancias adictivas, conductas de riesgo y enfermedades asociadas al consumo en la población estudiada (N=178)

Variable	N.º (%)
Sexo	Mujer 68 (38,2)
	Hombre 110 (61,8)
Nacionalidad	Española 153 (86,0)
	Extranjera 18 (10,1)
	No disponible 7 (3,9)
Principal fuente de ingresos en prisión	Trabajo 50 (28,1)
	Ayuda externa 110 (61,8)
	Pensión 14 (7,9)
	No disponible 4 (2,2)
Condenas cumplidas	Primario 46 (25,8)
	Reincidente 128 (71,9)
	No disponible 4 (2,2)
Sanciones	Sancionado 109 (61,2)
	No sancionado 58 (32,6)
	No disponible 11 (6,2)
Primeros grados	Sí 49 (27,5)
	No 119 (66,9)
	No disponible 10 (5,6)
Adicción reconocida	Sí 133 (74,7)
	No 45 (25,3)
Consumo de drogas en prisión durante los últimos 6 meses	Sí 135 (75,8)
	No 40 (22,5)
	No disponible 3 (1,7)
Heroína en prisión durante los últimos 6 meses	Sí 89 (50,0)
	No 85 (47,8)
	No disponible 4 (2,2)
Cocaína en prisión durante los últimos 6 meses	Sí 47 (26,49)
	No 126 (70,8)
	No disponible 5 (2,8)
Cannabis en prisión durante los últimos 6 meses	Sí 115 (64,6)
	No 59 (33,1)
	No disponible 4 (2,3)
Alcohol en prisión durante los últimos 6 meses	Sí 15 (8,4)
	No 156 (87,6)
	No disponible 7 (3,9)
Psicofármacos en prisión durante los últimos 6 meses	Sí 75 (42,1)
	No 97 (54,5)
	No disponible 6 (3,4)
Psicofármacos no prescritos en prisión durante los últimos 6 meses (N = 75)	Sí 24 (32)
	No 51 (68)

Variable	N.º (%)
Consumo de tabaco en prisión durante los últimos 6 meses	Sí 158 (88,8)
	No 17 (9,5)
	No disponible 3 (1,7)
ITSS estudiada	Sí 60 (33,7)
	No 92 (51,7)
	No disponible 26 (14,6)
Portador del VIH	Sí 36 (20,2)
	No 123 (69,1)
	No disponible 19 (10,7)
Portador del VHC	Sí 48 (27,0)
	No 106 (54,5)
	No disponible 24 (13,5)
Coinfección del VIH-VHC	Sí 24 (13,5)
	No 139 (78,1)
	No disponible 15 (8,4)
Preocupación por problemas de salud	Sí 110 (61,8)
	No 66 (37,6)
	No disponible 2 (1,1)
Importancia del tratamiento por problemas de salud	Sí 108 (60,7)
	No 67 (37,6)
	No disponible 3 (1,5)
Tratamiento de problemas de drogas	Sí 121 (68,0)
	No 57 (32,0)
Inyección en prisión durante los últimos 6 meses	Sí 33 (18,5)
	No 141 (79,2)
	No disponible 4 (2,2)
Heroína (N = 33)	Sí 30 (90,9)
	No 1 (3,0)
	No disponible 2 (6,1)
Cocaína (N = 33)	Sí 17 (51,5)
	No 13 (39,4)
	No disponible 3 (9,1)
Participación en el PIJ (N = 33)	Sí 12 (36,4)
	No 18 (54,5)
	No disponible 3 (9,1)
Comparte material de inyección (N = 33)	Sí 18 (54,5)
	No 13 (39,4)
	No disponible 2 (6,1)
Tatuaje en prisión	Sí 82 (46,1)
	No 92 (51,7)
	No disponible 4 (7,2)

Tabla 1. Características sociodemográficas, de conducta delictiva y penitenciaria, uso de sustancias adictivas, conductas de riesgo y enfermedades asociadas al consumo en la población estudiada (N=178) (cont.)

Variable	N.º (%)*	
Tatuaje en condiciones de riesgo (N = 82)	Sí	43 (52,4)
	No	39 (47,6)
Relaciones sexuales sin protección	Sí	127 (71,3)
	No	51 (28,7)

Nota. *Valores calculados en base a la N total de la muestra (178), salvo que se indique lo contrario. ITSS: infecciones de transmisión sanguínea y sexual; PIJ: Programa de intercambio de jeringas; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; VHC: virus de la hepatitis C.

excesivo de sustancias adictivas en algún momento a lo largo de su vida, y el 68% manifestó haber hecho un tratamiento por esta causa. Durante los últimos seis meses en prisión, el 75,8% afirmó haber consumido

drogas (tabaco y psicofármacos prescritos excluidos), destacando el consumo de cannabis (64,6%), heroína (50,0%), psicofármacos (42,1%) –de los cuales el 32% fue sin receta– y alcohol (8,4%).

El 33,7% admitieron presentar alguna de las ITSS estudiadas: el 27% estaban infectados por VHC; el 20,2% por VIH; y el 13,5% por ambos virus. El 18,5% afirmaron haberse inyectado en la cárcel durante los últimos seis meses. De estos, el 54,5% reconocieron haber compartido el material de venopunción, y el 36,4%, haber participado en el PIJ.

La Tabla 2 muestra los resultados de los análisis univariados y multivariados de los factores asociados al uso de drogas en prisión durante los últimos seis meses. En el análisis multivariado, las personas de nacionalidad española (ORa = 4,79; IC 95%: 1,52-15,16), reincidentes (ORa = 2,67; IC 95%: 1,11-6,46), que habían tenido sanciones en prisión (ORa = 2,70; IC 95%: 1,18-6,22) y protagonizado transgresiones de carácter grave de la convivencia (primeros grados) (ORa = 3,01; IC 95%: 1,24-7,31), mostraron

Tabla 2. Análisis univariados y multivariados de los factores asociados al consumo de drogas durante los últimos seis meses en prisión

Variable	Porcentaje de uso (%)	OR (IC 95%)	ORa (IC 95%)
Nacionalidad			
Extranjera	38,9	1	1
Española	80,8	6,61 (2,36-18,53)	4,79 (1,52-15,16)
Edad		0,98 (0,94-1,02)	
Sexo			
Mujer	71,2	1	
Hombre	80,7	1,69 (0,83-3,46)	
Reincidencia			
No	61,4	1	1
Sí	82,7	3,01 (1,40-6,43)	2,67 (1,11-6,46)
Primeros grados			
No	73,1	1	1
Sí	87,5	2,58 (1,00-6,63)	3,01 (1,24-7,31)
Sanciones			
No	64,9	1	1
Sí	82,4	2,53 (1,21-5,28)	2,70 (1,18-6,22)
Adicción reconocida			
No	60,5	1	
Sí	82,6	3,10 (1,45-6,62)	
Tratamiento drogas			
No	66,1	1	
Sí	82,4	2,40 (1,16-4,96)	

Nota. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; ORa: odds ratio ajustada por todas las variables significativas.

Tabla 3. Análisis univariados y multivariados de los factores asociados al consumo inyectado de drogas durante los últimos seis meses en prisión

Variable	Porcentaje de uso (%)	OR (IC 95%)	ORa (IC 95%)
Sexo			
Mujer	17,6	1	
Hombre	19,8	1,15 (0,53-2,53)	
Duración de la condena		1,07 (1,01-1,13)	1,13 (1,05-1,23)
Fuente de ingresos principal			
Pensión	28,6	1	
Peculio	22,9	0,74 (0,22-2,58)	
Trabajo	8,2	0,22 (0,05-1,04)	
Primeros grados			
No	14,7	1	
Sí	22,4	1,69 (0,72-3,93)	
Tratamiento drogas			
No	7,3	1	1
Sí	24,4	4,11 (1,37-12,35)	3,84 (0,95-15,62)
ITSS			
No	11,1	1	1
Sí	33,9	4,10 (1,75-9,60)	3,95 (1,42-10,98)

Nota. ITSS: infección de transmisión sanguínea y sexual; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza; ORa: *odds ratio* ajustada por todas las variables significativas.

mayor probabilidad de involucrarse en el consumo de sustancias adictivas en la cárcel.

La Tabla 3 revela que el consumo inyectado de drogas en prisión se relaciona de manera significativa con la duración de la condena del usuario (ORa = 1,13; IC 95%: 1,05-1,23), haber recibido tratamiento por problemas relacionados con el uso de drogas (ORa = 3,84; IC 95%: 0,95-15,62) y ser portador de ITTS estudiada (ORa = 3,95; IC 95%: 1,42-10,98).

La Tabla 4, de comparación de proporciones, indica que, entre los consumidores de drogas por vía endovenosa que intercambiaron jeringas (en el PIJ), hubo un porcentaje significativamente mayor de mujeres (66,7% frente a 16,7%) y de importancia atribuida al tratamiento de los problemas de salud (90,9% frente a 50,0%) –en ausencia de diferencias en otras variables potencialmente confusoras referentes tanto

Tabla 4. Variables que han mostrado relación con el uso del PIJ en aquellos usuarios que reconocen haber hecho consumo inyectado de drogas*

Variable	PIJ (X)	No PIJ (X)	p valor†
Edad media (en años)	38,92	39,12	0,947
Duración media de la condena (en años)	7,91	12,54	0,158
Reincidencia (%)	66,7	88,9	0,189
Sanciones (%)	87,5	64,7	0,362
Primeros grados (%)	42,9	44,4	1,000
Sexo (mujeres) (%)	66,7	16,7	0,009‡
Trabajo (%)	25,0	30,3	0,780
Vínculo familiar (%)	75,0	94,4	0,274
Preocupación por problemas familiares (%)	83,3	77,8	1,000
Adicción reconocida (%)	75,0	77,8	1,000
Consumo de heroína*(%)	100	94,4	1,000
Consumo de cocaína*(%)	44,4	61,1	0,448
Comparte jeringas (%)	45,5	72,2	0,149
ITSS (%)	60,0	76,5	0,415
Tratamiento por problemas de drogas (%)	100,0	83,3	0,225
Preocupación por problemas de salud (%)	81,8	55,6	0,234
Importancia del tratamiento de problemas de salud (%)	90,9	50,0	0,044‡

Nota. *En prisión, durante los últimos seis meses; †pruebas t para variables continuas, ji cuadrado y test exacto de Fisher para variables categóricas; ‡diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$). ITSS: infección de transmisión sanguínea y sexual; PIJ: Programa de intercambio de jeringas.

a la conducta delictiva como a problemas de consumo y de estado de salud evaluados– respecto a los inyectores que no participaron en PIJ.

DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta coinciden con los datos de estudios anteriores sobre las sustancias prioritariamente usadas en prisión, que destacan a los depresores del sistema nervioso central (SNC) como los más ajustados a las limitaciones y necesidades específicas de la vida en este medio³.

En conjunto, los participantes del estudio se caracterizan como un grupo de más gravedad que la pobla-

ción media encarcelada en Cataluña en relación con variables delictivas, penitenciarias y de salud, como la duración de la condena, los niveles de reincidencia, el uso excesivo de drogas en prisión, las ITTS asociadas y las prácticas de riesgo de contagio^{4,5}. De hecho, las altas prevalencias de problemas de salud relacionados con las drogas detectadas se asemejan a las obtenidas en muestras de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) asiduos a recursos de reducción de daños en la comunidad²¹. Una posible interpretación de lo anterior es que el método aplicado nos ha llevado efectivamente hasta grupos de personas encarceladas que mantienen un estilo de vida marginalizado respecto a los canales institucionales de rehabilitación y de promoción de la salud, poniendo en valor la capacidad de la estrategia de investigación aplicada para acceder a ellas y conocer sus necesidades.

Las medidas relacionadas de alguna manera con la gravedad de la conducta delictiva –como la reincidencia, la duración de la condena y las medidas de ajuste a la normativa penitenciaria: sanciones y transgresiones graves (primeros grados)– se asociaron con el uso de sustancias adictivas y con el consumo endovenoso en prisión, en el último caso, en combinación con la existencia de ITSS. Esto confirma los datos a favor de la existencia de un subgrupo de consumidores de mayor gravedad, para algunos autores los “verdaderos adictos”²², con una relación con la sustancia sensiblemente diferente a los demás consumidores, que tendrían menores recursos personales, sociales y económicos, mayor comorbilidad psiquiátrica y secuelas de salud física asociadas, así como un peor pronóstico^{23,24}. La división propuesta tiene implicaciones en la conducta delictiva de los sujetos, pues se ha sugerido que, bajo la relación entre drogodependencia y delito, subyace la actividad transgresora persistente de un reducido número de consumidores²⁵ en los que convergen indicadores negativos de salud y reincidencia²⁶.

Que el hecho de haber realizado un tratamiento por problemas de drogas no sea un factor protector respecto al consumo de drogas y a inyectarse en prisión, constituyendo en este último caso un factor de riesgo, confirma lo apuntado en la literatura científica respecto a la existencia de un peor pronóstico entre las personas con problemas por uso de sustancias que realizan tratamiento que entre aquellas que no lo hacen^{19,20}. Esto apunta que el tratamiento por sí solo no conlleva el cambio desplazando el foco de atención hacia las condiciones del tratamiento eficaz de las personas con adicciones a sustancias que, en prisión, tienen que ver con la combinación de un tratamiento farmacológico y psicosocial²⁴, la individualización y el abordaje de las circunstancias específicas que influyen

en las conductas concretas de la persona²⁷ y la continuación del seguimiento en la comunidad²⁴.

Los resultados del estudio revelan la persistencia de prácticas de riesgo para la salud, tanto relacionadas con el uso de sustancias adictivas como no relacionadas, en prisiones. Entre los inyectores, los usuarios del PIJ son predominantemente mujeres, dan más importancia al tratamiento de los problemas de salud –en ausencia de otras diferencias respecto a variables delictivas, de consumo o de salud estudiadas– y continúan compartiendo el material. Las diferencias entre sexos confirman la mayor solicitud²⁴ y reactividad²⁸ de las internas, ya referida en la literatura científica, hacia las medidas de atención hacia ellas, especialmente en lo relativo a aspectos relacionales. El resto de datos respecto al uso de PIJ entre inyectores indican que hay un margen de crecimiento de las intervenciones de reducción de daños y de profundización en estas para potenciar su influencia en el comportamiento efectivo de los usuarios. En este sentido, hay que resaltar los esfuerzos por incrementar la cobertura de los PIJ, su sintonía con otros programas de reducción de daños –como los programas de sustitución en dependientes de opiáceos, la terapia antirretroviral (TAR) y la distribución de preservativos–, así como por complementarlos con otros abordajes psicosociales efectivos⁹. Entre los últimos, cabe mencionar el valor de las intervenciones educativas *inter pares*, especialmente fructíferas para informar sobre las conductas de riesgo de contagio de ITSS, promover cambios de creencias y actitudes (tanto de los usuarios presos como de los participantes ‘expertos’) y para reducir las conductas de riesgo, siempre y cuando vayan acompañadas de un acceso a los materiales de consumo higiénico y a preservativos⁹; y de dar al usuario un papel protagonista en el proceso de cambio²⁹.

Entre las limitaciones del estudio, cabe comentar el uso del autoinforme^{26,30}, de un muestreo no aleatorio, y el hecho de que los participantes no contestaron en la misma proporción a cada una de las preguntas de la encuesta, lo cual remite en último término a la influencia de las características del entrevistador en las respuestas obtenidas y a las dificultades de los agentes de salud para manejar su doble rol de usuarios y expertos¹⁵. En este sentido parece recomendable incrementar los esfuerzos dedicados a la preparación de la entrevista y al apoyo a los iguales colaboradores ante los conflictos de rol asociados a dicha tarea. Se ha propuesto la creación de grupos de apoyo entre agentes de salud, así como convertir a estos en facilitadores del acceso a miembros de la población diana que serían entrevistados por los profesionales¹⁵.

En todo caso, las limitaciones han de ser consideradas a la hora de hacer valoraciones basadas en los datos del estudio. La metodología multivariante y las técnicas de muestreo especiales para poblaciones ocultas constituyen estrategias compensatorias y de respaldo a la validez de los resultados obtenidos.

Por encima de las restricciones, el estudio aporta datos que confirman la existencia del uso de drogas, de consumo inyectado y de prácticas de riesgo de transmisión de ITSS asociadas en las prisiones catalanas, pese a la profusión de medidas dirigidas a suprimirlas, predominantemente centradas en promover la abstinencia. Relaciona las prácticas de riesgo en prisión con un estilo de vida marginalizado dentro de la propia institución. Y proporciona argumentos a favor de expandir y coordinar entre sí las diversas intervenciones desde el ámbito de la reducción de daños, abriéndolas a métodos entre iguales y a tratamientos psicosociales que, en general, integren la perspectiva del usuario^{12,31-33}.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado con ayuda del *Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya* (CEJFE) (D/480000100/2150). Los autores quieren también agradecer a todos los participantes, en especial a los agentes de salud, su colaboración.

CORRESPONDENCIA

Enric Bañuls Oncina
Centro Penitenciario Brians 1.
Sant Esteve Sesrovires. Barcelona.
E-mail: enricbanuls@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health*. 2011;21:321-32.
- Sander G, Murphy F. The furthest left behind: the urgent need to scale up harm reduction in prisons. *Int J Prison Health*. 2017;13:185-91.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP). Madrid: Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
- Sander G, Scandurra A, Kamenska A, MacNamara C, Kalpaki C, Fernández Bessa C, et al. Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduct J*. 2016;13:28.
- Generalitat de Catalunya. Descriptors estadístics de serveis penitenciaris i rehabilitació. Departament de justícia. Direcció General de Serveis Penitenciaris. Àrea de Planificació i Estratègica; 2019 [Dades fins abril de 2019]. Disponible en: http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/
- Marco A, Saiz de la Hoya P, García-Guerrero J; grupo PREVALHEP. Estudio multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. *Rev Esp Sanid Penit*. 2012;14:19-27.
- Hammett TM. HIV/AIDS and Other Infectious Disease Among Correctional Inmates: Transmission, Burden and Appropriate Response. *Am J Public Health*. 2006;96:974-8.
- Dumont DM, Brockmann B, Dickman S, Alexander N, Rich JD. Public Health and the Epidemic of Incarceration. *Annu Rev Public Health*. 2012;33:325-39.
- Valera P, Chang Y, Lian Z. HIV risk inside U.S. prisons: a systematic review of risk reduction interventions conducted in U.S. prisons. *AIDS Care*. 2017;29:943-52.
- Marlatt GA, Witkiewitz K. Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:591-606.
- Tatarsky A, Marlatt GA. State of the art in harm reduction psychotherapy: an emerging treatment for substance misuse. *J Clin Psychol*. 2010;66:117-22.
- Logan DE, Marlatt GA. Harm Reduction Therapy: a Practice-Friendly Review of Research. *J Clin Psychol*. 2010;66:201-14.
- Clua R, Tenza G, Minguez J. Guia de bones pràctiques en els programes d'intercanvi de xeringues. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2015.
- Kolind T, Duke K. Drugs in prisons: Exploring use, control, treatment and policy. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2016;23:89-92.
- Elliott E, Watson AJ, Harries U. Harnessing expertise: involving peer interviewers in qualitative research with hard-to-reach populations. *Health Expect*. 2002;5:172-8.
- Dunn J, Ferri CP. Epidemiological methods for research with drug misusers: review of methods for studying prevalence and morbidity. *Rev Saude Publica*. 1999;33:206-15.

17. Shaghahi A, Bhopal RS, Sheikh A. Approaches to Recruiting 'Hard-To-Reach' Populations into Research: A Review of the Literature. *Health Promot Perspect.* 2011;1:86-94.
18. Goosdeel A. *Euro Boule de neige: manuel méthodologique.* Bruxelles. Modus Vivendi; 1999.
19. García Lalinde G, Gutiérrez Hernanz E, Morante Saboya L. Bola de nieve. Guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud. Madrid. Grupo GID. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
20. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013;310:2191-4.
21. Folch C, Casabona J, Brugal MT, Majó X, Merono M, Espelt A, et al. Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. *Gac Sanit.* 2012;26:37-44.
22. Heyman GM. Quitting drugs: quantitative and qualitative features. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:29-59.
23. Heather N. Is the concept of compulsión useful in the explanation or decription of addictive behaviour and experience? *Addict Behav Rep.* 2017;6:15-38.
24. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry.* 2016;3:871-81.
25. Silva TC, Vallejo F, Fernández D, Ruiz S, Ambrós M, Vallés N. Conflicto social en jóvenes consumidores de heroína. [Internet]. *Boletín Criminológico.* 2006;85:1-4. Disponible en: <http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/85.pdf>
26. Redondo Illescas S. El origen de los delitos: introducción al estudio y explicación de la criminalidad. Valencia: Tirant Humanidades; 2015.
27. McMurrin M. What Works in substance misuse treatment for offenders? *Crim Behav Ment Health.* 2007;17:225-33.
28. Johnson JE. Integrating psychotherapy research with public health and public policy goals for incarcerated women and other vulnerable populations. *Psychother Res.* 2014;24:229-39.
29. Hunt G, Barker JC. Drug treatment in contemporary anthropology and sociology. *Eur Addict Res.* 1999;5:126-32.
30. Ledgerwood DM, Golderberger BA, Risk NK, Lewis CE, Price RK. Comparison between self-report and hair analysis of illicit drug use in a community sample of middle-aged men. *Addict Behav.* 2008;33:1131-9.
31. Denning P, Little J. *Over the influence: the harm reduction guide for managing drugs and alcohol.* Second edicion. New York: The Guilford Press; 2017.
32. Orford J. Addiccion as excessive appetite. *Addiction.* 2001;96:15-31.
33. Ward T, Mann RE, Gannon TA. The Good Lives Model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior.* 2007;12:87-107.