

COLABORACIÓN ESPECIAL**¿ESTAMOS ESTUDIANDO ADECUADAMENTE LAS PRÁCTICAS DE INYECCIÓN DE DROGAS QUE IMPLICAN RIESGO DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES POR VÍA PARENTERAL? (*) (**)**

María José Bravo Portela (1), Arturo Ortiz Castro (1), Jorge Galván Reyes (1), Gregorio Barrio Anta (2) y Luis de la Fuente de Hoz (2).

(1) División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

(2) Área de Epidemiología. Centro Universitario de Salud Pública (CUSP). Madrid.

(*) Este trabajo es consecuencia de la formación recibida durante la beca de ampliación de estudios del Fondo de Investigación Sanitaria (expediente 96/5395).

(**) Las opiniones expresadas en este artículo son sólo responsabilidad de los autores y no son necesariamente compartidas por las Instituciones en las que trabajan.

RESUMEN

El estudio de las conductas de riesgo de inyección de drogas ha sido uno de los ejes en los que se ha centrado la investigación de los determinantes de la epidemia de infección por VIH en los últimos 20 años. El estudio de estas conductas presenta dificultades metodológicas especiales. Se revisan: 1) los aspectos más relevantes que hacen de ésta un área de trabajo diferenciada del estudio de las enfermedades de transmisión sanguínea en otras poblaciones y 2) las variables básicas utilizadas por la epidemiología para operativizar los comportamientos de riesgo de inyección. Se proponen alternativas para enriquecer los planteamientos y los resultados de investigación en este área mediante la colaboración con otras disciplinas y la optimización de los recursos metodológicos de la epidemiología.

Palabras clave: Consumo de drogas. Conductas de riesgo. Inyección. Compartir jeringas. VIH. Epidemiología. Etnografía.

ABSTRACT**Drug Injecting Risk Behaviour for the Transmission of Blood-borne Diseases: Are we Studying it in the Right Way?**

In the last 20 years, research on the determinants of the HIV epidemic among drug users has focused mainly on studies of risk behaviour for drug injection. Studies involving human behaviour present special methodological problems. This paper presents a review of 1) the most important features that make this field different from the study of blood-borne diseases in other populations, and 2) the basic variables used in epidemiology to analyse injecting risk behaviour. Alternatives to improve research planning and results are proposed based on collaborating with other disciplines and improving the methodological resources of epidemiology.

Key words: Drug use. Risk behaviour. Injection. Sharing syringes. HIV. Epidemiology. Ethnography.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, el diseño de políticas de intervención en el área del consumo de drogas se ha basado en la información obtenida mediante técnicas cuantitativas en-

marcadas en el campo de la epidemiología o la sociología. Este enfoque, que ha utilizado fundamentalmente encuestas poblacionales, registros sistemáticos y encuestas sobre usuarios de drogas en contacto con diversos servicios (centros de tratamiento, servicios de urgencias, policía, etc), ha proporcionado la información básica sobre las características y tendencias del consumo de drogas ilegales en la mayor parte de los países industrializados en las últimas décadas.

Correspondencia:

María José Bravo Portela
C/ Don Pedro, 6. 41 ext id
Madrid 28005
España

Correo electrónico: lfuente@arrakis.es

La aparición del VIH y el sida contribuyó a integrar el problema del consumo de sustancias ilegales dentro de una visión de salud pública y forzó un replanteamiento de las prioridades en intervención e investigación^{1,2}. El nuevo enfoque aumentó el interés por cuestiones relacionadas con el modo de vida, la educación para la salud y la modificación de comportamientos de riesgo. La epidemiología estudió, desde un principio, las conductas de riesgo de inyección de drogas, operativizándolas en variables que permiten su medición, el conocimiento de su distribución en las poblaciones y la investigación de los factores que pueden estar condicionándolas. Puede decirse que actualmente, en términos cuantitativos, tenemos un conocimiento aceptable sobre las prácticas de riesgo para la transmisión del VIH entre los inyectores de los países desarrollados, sobre todo en aquellas subpoblaciones que contactan con los servicios de atención. Sin embargo, sabemos muy poco sobre el contexto en el que se producen estos comportamientos y sobre cómo actuar para que estas poblaciones los modifiquen³.

¿Qué aspectos específicos del consumo de drogas ilegales condicionan el estudio de las conductas de riesgo de inyección?

Investigar los estilos de vida o los comportamientos asociados a la transmisión de patologías transmisibles entre los consumidores de drogas, especialmente ilegales, presenta aspectos muy diferenciados del estudio de estas conductas en otros colectivos. Desde el punto de vista epistemológico, existen diferencias fundamentales entre el estudio de la transmisión de la hepatitis B en personal sanitario y la difusión de este virus a través del uso compartido de jeringuillas entre los consumidores de drogas, aunque el mecanismo de transmisión en ambos casos es la punción con un instrumento que contiene restos de material infectado. Tampoco el estudio de la tuberculosis, o la sífilis, aunque no estén relacionadas directamente con un mecanismo de transmisión

ligado al consumo de una sustancia psicoactiva, puede abordarse de igual forma en estos colectivos que en la población general. ¿Cuáles son esos elementos que hacen del estudio del consumo de algunas sustancias psicoactivas un campo de trabajo diferente de la investigación de otras conductas en relación con la salud?

El contexto de ilegalidad y marginalidad. El hecho de que el consumo de ciertas sustancias sea una actividad al margen de la legalidad plantea ciertos problemas metodológicos, especialmente en relación con la validez y fiabilidad de los resultados. Se ha dicho que, al igual que ocurre con otros sectores implicados en actividades ilegales o sancionadas socialmente (prácticas homosexuales, economía sumergida, inmigración ilegal, etc.), los consumidores de sustancias psicoactivas ilegales se ocultan ante la presencia institucional⁴. La especial significación del estigma de la adicción para las mujeres, hace de este grupo una de las poblaciones de más difícil acceso^{5,6}. La investigación del consumo de drogas ilegales debe plantearse la necesidad de acceder a estos núcleos ocultos de consumidores que no contactan con los servicios normalizados de atención y que habitualmente se «defienden» de la intrusión de investigadores que les resultan desconocidos o que viniendo de áreas institucionales pueden ser reconocidos como agresores o perturbadores.

El carácter fundamentalmente social y grupal del consumo. El tipo de relaciones entre los miembros de un grupo de inyectores, la identificación de las personas centrales e influyentes, las relaciones que se establecen con otros grupos que no se inyectan, son algunos elementos claves para entender las razones para el consumo de sustancias y las prácticas de riesgo asociadas^{7,8}. Las teorías basadas en la racionalidad de la elección individual ante un riesgo para la salud están siendo contestadas desde las áreas sociales y antropológicas que argumentan que las percepciones y tomas de decisiones individuales se organizan desde una perspectiva so-

cial⁹. Algo que no es razonable como elección desde el punto de vista individual, puede serlo desde el punto de vista social. La reducción de riesgos entre los inyectores de drogas parece estar menos condicionada por sus características individuales que por las normas y comportamientos de pequeños grupos de inyectores y su interacción con amigos y familiares no inyectores¹⁰.

Los mecanismos emocionales. Para algunos individuos el uso de drogas es una manera particular de hacer frente a diversas situaciones emocionales. Las dificultades de algunas personas para demorar la satisfacción de sus necesidades psicológicas y físicas, o para generar otras fuentes de nutrimento emocional pueden influir en el inicio o mantenimiento del consumo de ciertas sustancias¹¹. Se ha señalado que la práctica de compartir puede estar asociada a determinados factores subjetivos o de personalidad¹². Se ha observado la existencia de una relación significativa entre síntomas psiquiátricos y uso compartido de jeringuillas en consumidores de opiáceos. Los inyectores con problemas de personalidad antisocial se infectan antes por el VIH que los que no tienen este diagnóstico¹³. Es posible que entre las razones por las que algunas personas se mantienen en un estilo de vida ligado al riesgo existan determinados rasgos psicológicos.

El componente compulsivo de los trastornos adictivos. En la actualidad la esencia del comportamiento adictivo se identifica con la compulsividad en la búsqueda de la sustancia a pesar de que el adicto conozca las consecuencias negativas que puede tener para su salud y en general para su estilo de vida. Además de las circunstancias relacionadas con el contexto social, que facilitan el inicio en el consumo y que pueden dificultar su abandono, existen modificaciones neurobiológicas que pueden preceder a la aparición del problema adictivo pero que en todo caso se encuentran presentes siempre como consecuencia del desarrollo de la dependencia y que se relacionan con la compulsividad de la conducta¹⁴. Se ha señalado que el

grado de dependencia de heroína se asocia positivamente con el uso compartido de jeringuillas¹⁵. En el estudio de las prácticas de riesgo para la transmisión de patología infecciosa es necesario entender que el adicto se encuentra inmerso en una conducta de búsqueda imperiosa de una sustancia psicoactiva que le puede llevar en determinadas circunstancias a no valorar según la «racionalidad de los no adictos» los riesgos que conllevan algunas formas de administración.

El cambio frecuente de los patrones de consumo. En la sociedad actual, factores como los medios de comunicación de masas, la movilidad de los usuarios, las grandes rutas de comercio de determinadas drogas contribuyen a que en cualquier país se introduzcan nuevas sustancias y se produzcan variaciones en las formas de uso. Claros ejemplos de ello son la aparición y expansión en España de la vía inyectada como forma más frecuente de consumo de opiáceos^{16,17}, más recientemente la modificación en la vía de consumo de heroína con una tendencia creciente a adoptar la vía pulmonar (fumar chinos)^{18,19}, o la extensión del consumo de cocaína en forma de crack entre los consumidores de heroína^{20,21}. Los sistemas epidemiológicos convencionales detectan estas modificaciones de forma clara pero con retraso. La combinación de fuentes epidemiológicas con fuentes integradas en la comunidad (etnográficas) permitiría una detección y actuación más rápida ante la aparición de nuevos fenómenos relacionados con el consumo de drogas²².

¿Cómo ha operativizado la epidemiología el estudio de las conductas de riesgo de inyección entre los consumidores de drogas?

En la transmisión de la infección por VIH entre inyectores de drogas, los dos mecanismos más eficientes son la inyección con una jeringa que contiene sangre infectada por el VIH y las relaciones de penetración sin preservativo con una persona portadora del virus.

El acto de inyectarse

Para describir la inyección de riesgo la epidemiología ha utilizado como variables básicas el uso compartido de jeringuillas y el método y frecuencia de limpieza de las jeringas usadas. Con mucha menor frecuencia se ha estudiado el uso compartido de otros materiales distintos de la aguja y la jeringa, la reutilización de la jeringuilla propia y dar o recibir droga disuelta de jeringas usadas.

La complejidad del concepto «compartir». Con respecto al estudio del uso compartido de jeringuillas muchos autores estiman que puede implicar dos acciones diferentes, la de dar una jeringuilla después de usarla y la de inyectarse con una jeringuilla usada por otro y plantean separadamente el estudio de ambas conductas^{23,24,25,26,27,28}. Otros consideran que la que tiene mayores repercusiones sanitarias es inyectarse con jeringuillas ajenas^{15,29,30}. Aunque persiste cierta confusión sobre la terminología más adecuada, en los últimos años la mayor parte de los trabajos publicados incluyen en sus cuestionarios preguntas específicas para la conducta que se desea medir (dar y/o recibir), considerando que la palabra «compartir» puede resultar confusa ya que algunos inyectores pueden mantener alguna de las dos conductas sin considerar este hecho como «compartir»³¹. Por otra parte, existe una cierta confusión en la terminología empleada para referirse al instrumental de inyección. Generalmente se nombra la aguja, la jeringuilla, la aguja y la jeringuilla, el término «material de inyección» y pocas veces se explicita el uso compartido de cucharas, latas, algodones, filtros o el agua de dilución de la droga.

Además de la forma más «simple» consistente en recibir una jeringuilla vacía ya usada, las prácticas que potencialmente presentan riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas incluyen multitud de posibilidades generalmente relacionadas con la forma en que se diluye y se reparte la droga entre los miembros de un grupo. La heroína y la cocaína son adquiridas en forma de polvo que debe ser

disuelto antes de su consumo. La forma en que se reparte la droga mediatiza la realización de algunas conductas de riesgo de transmisión de patología infecciosa³². Una práctica estudiada en algunos países^{28,33} y que recientemente se ha investigado también en España³⁴ consiste en diluir la droga perteneciente a varias personas dentro de una jeringuilla (a veces usada) y repartirla a las jeringuillas de cada uno de los inyectores (frontloading, backloading); con este sistema, utilizando las marcas en el cilindro de la jeringa, se consigue un reparto muy preciso de la dilución entre los miembros de un grupo. Según la Encuesta de Consumidores de Heroína en Tratamiento (ECHT)³⁴, la prevalencia de esta práctica en el mes previo a la admisión a tratamiento (30%) fue casi tan elevada como inyectarse con jeringuillas usadas por otros (35%). Es probable que existan inyectores que no se hayan inyectado nunca con jeringas prestadas ya usadas y que sin embargo hayan llenado en alguna ocasión la suya con droga diluida en jeringas usadas por otros. Sería importante conocer si los inyectores relacionan el uso compartido de una jeringa usada para diluir la droga con el riesgo de transmisión de VIH. Es necesario investigar en mayor extensión y profundidad estas conductas cuya exclusión de los estudios está infravalorando el riesgo de transmisión de infecciones entre los inyectores españoles³³. Además, subraya la importancia de no utilizar términos confusos y de operativizar y definir de forma precisa la conducta que se quiere estudiar.

Una práctica observada por los trabajadores de un programa de intercambio de jeringas en Madrid es la utilización de un recipiente y un filtro común de donde varios inyectores cogen la dosis que les corresponde. En ocasiones, la cantidad de agua para la dilución es medida en una jeringuilla de algún miembro del grupo; otras veces, cada uno aporta individualmente con su jeringuilla la cantidad de diluyente que se ha considerado necesaria para la cantidad de droga común de que dispone el grupo. Es probable que ninguna de estas prácticas sea considerada como compartir la jeringuilla, ni como

inyectarse con la jeringuilla usada por otro. Aunque no se han realizado estudios precisos, se ha sugerido que implican un cierto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas^{35,36}. Por otra parte, aunque el propio grupo establezca algunas normas de seguridad para evitar la transmisión del VIH como dejar para el final al que está infectado, probablemente éstas no se apliquen para prevenir la transmisión de hepatitis B y C. También la propia dinámica intragrupo influye en la toma de decisiones que pueden poner a riesgo la salud de los inyectores, así el miembro que aporta toda o la mayor parte de la droga o el que la ha conseguido tienen una cierta prioridad a la hora de inyectarse o de introducir su jeringuilla en el recipiente común. Parece que existe una amplia variedad en las modalidades de compartir el material de inyección que probablemente estén ligadas a aspectos de la subcultura local en la que se mueven los inyectores.

Friedman ha descrito la situación en que se puede encontrar los inyectores de cocaína y que ayuda a entender cómo se producen en ocasiones las situaciones de riesgo en un grupo que se inyecta «Los inyectores de cocaína..., después de dos horas o de varias inyecciones seguidas..., las agujas se desgastan, se obturan o se rompen; los inyectores ya no están seguros qué herramientas pertenecen a cada uno, o la desconfianza que sigue a un uso prolongado de cocaína puede llevar a tensiones en el grupo y a descuidos»¹⁰. No es infrecuente que se produzcan situaciones de cierta confusión y desorden en relación con el reparto de la droga y la acción de inyectarse, que se complican, además, por el estado de intoxicación en que a veces se encuentran los consumidores de drogas. En este contexto puede ocurrir que el inyector no sea consciente de si ha compartido ni recuerde con quién lo ha hecho³⁷.

El tiempo transcurrido desde la utilización de una jeringa y su posterior uso puede tener implicaciones en el riesgo de transmisión del VIH y preguntar explícitamente si

las agujas habían sido utilizadas inmediatamente puede ayudar a precisar la conducta de riesgo. No se conoce bien la capacidad infecciosa del VIH presente en los restos de sangre de las jeringuillas después de transcurridas horas o días en distintas condiciones ambientales de humedad y temperatura, aunque se ha comentado que la labilidad del virus es elevada y que resiste poco tiempo en condiciones de ausencia de humedad³⁸.

La práctica del bombeo³⁹ consiste en la extracción de sangre de la vena y la inyección repetida de parte de la mezcla de sangre y droga contenida en la jeringa. El riesgo que implica para el inyector que utiliza su propia jeringuilla estéril probablemente se limite a una cierta irritación vascular mecánica. En relación con la investigación de los comportamientos de riesgo para la transmisión sanguínea de enfermedades infecciosas, el estudio del bombeo debería centrarse en conocer si la jeringuilla que recibe un inyector ha sido objeto de esta práctica por el que la presta³⁵.

¿Limpiar las jeringas o usar jeringas bien desinfectadas? La mayor parte de los trabajos sobre prácticas de riesgo investigan las formas de limpieza de jeringas cuando reutilizan las propias o cuando se inyectan con las de otros. En España y otros países, aunque la mayor parte de los inyectores limpian las jeringuilla usadas, pocos lo hacen con métodos eficaces²⁵. Varios trabajos recientes confirman que en España es muy frecuente utilizar agua para limpiar las jeringuillas usadas antes por otros^{23,24,40}. El frecuente uso de un método de limpieza, aunque éste sea ineficaz, sugiere que existe una actitud positiva de los inyectores hacia medidas preventivas que reduzcan las posibilidades de infectarse al inyectarse con una jeringuilla usada. Sin embargo, hay que considerar que aunque el enjuague repetido con agua puede reducir parcialmente el riesgo de transmisión del VIH⁴¹, es probable que la confianza en la eficacia de este procedimiento incrementa de forma importante la tasa de reutilización

de cada jeringuilla, aumentando el riesgo que esta práctica conlleva³⁵.

Las recomendaciones⁴² sobre los métodos de limpieza eficaces para evitar la transmisión del VIH incluyen advertencias explícitas sobre la importancia de utilizar lejía sin diluir, enjuagar antes con agua el material de inyección, llenar completamente la jeringuilla con lejía varias veces y volver a aclararla con agua antes de utilizarla. La correcta realización de la técnica requiere un tiempo mínimo de 30 segundos para que la lejía inactive el virus. La investigación epidemiológica sobre los métodos de limpieza generalmente no van más allá de alguna pregunta sobre la forma de limpieza y su frecuencia. Un estudio con cámaras de vídeo concluyó que más de un 80% de los inyectores hacían un uso inadecuado de la lejía⁴³. Esto sugiere que los datos obtenidos mediante entrevista están sobreestimando los niveles reales de limpieza efectiva. Los aspectos relacionados con la desinfección de jeringas usadas no han sido convenientemente investigados. Su estudio debería incluir métodos de observación directa y podría hacerse en el marco de los programas de reducción de riesgos que deberían plantearse cuáles son las necesidades de la población que atienden y las trabas que los usuarios encuentran para adaptarse a las medidas preventivas que se les sugiere. En términos generales, convendría investigar, por una parte, si la elevada frecuencia de uso de agua como método de limpieza se debe al desconocimiento sobre la utilidad de la lejía para estos fines, y por otra, la acogida que tendría entre los inyectores una promoción y divulgación más activa de métodos adecuados de desinfección.

El contexto

Con frecuencia los trabajos sobre prácticas de riesgo de inyección identifican factores de riesgo relacionados con el contexto del inyector y sugieren estudiar en mayor profundidad estos aspectos^{24,28,29,44,45}.

¿Cómo se estudia el contexto en salud pública? ¿Qué variables básicas utiliza la epidemiología? El estudio del contexto en que se realizan las prácticas de inyección de drogas se organiza, por una parte, en relación con las circunstancias que rodean al acto de inyectarse y por otra, en relación con el entorno más amplio en que se desarrolla la vida del inyector. Las primeras incluyen generalmente aspectos relativos al lugar donde ocurre la acción, al vínculo que le une con las personas que le prestan o a quien prestan las agujas y/o las jeringas, y a la disponibilidad de jeringas estériles en el momento de la inyección. Las segundas son básicamente las variables sociodemográficas.

El lugar. Es una de las variables más estudiadas en los países donde una importante proporción de inyectores acuden a las «*shooting galleries*»^{7,10}. En España, aunque probablemente no existen escenarios similares, es muy frecuente que en los alrededores de los puntos de venta de droga se congreguen personas para inyectarse. La reunión en determinados sitios permite compartir instrumentos o materiales necesarios para preparar la solución inyectable como taponés, cucharillas u otros recipientes, algodones, limones, agua para la dilución etc. En España y en la mayor parte de los países donde no existen *shooting galleries*, este aspecto del contexto inmediato ha sido muy poco estudiado por los epidemiólogos. Neaigus et al proponen que las «*shooting galleries*» o los lugares similares sean tratados como unidades de análisis e intervención⁷.

La cárcel como lugar donde se producen conductas de riesgo de inyección constituye un área de estudio muy restringida por las autoridades penitenciarias en todo el mundo, a pesar de la elevada prevalencia de esta conducta entre los inyectores de drogas encarcelados^{46,47}. Con más frecuencia se han hecho trabajos sobre poblaciones captadas en el momento de su ingreso en prisión^{48,49} o sobre inyectores excarcelados^{24,50}. La realización de estudios específicos sobre poblaciones excarceladas debería ser un recurso

más utilizado para conocer las características y extensión de estas conductas en prisión. Por otro lado, la implementación de las medidas de prevención para la transmisión del VIH a través del uso compartido de jeringuillas (programas de intercambio de jeringuillas, distribución de lejía etc.) debe basarse en el estudio de las necesidades y actitudes de los inyectores encarcelados y deberán ser evaluadas para conocer su aceptación, su tasa de utilización y su efectividad.

Vínculo con la/s persona/s con las que se comparte. Como complemento a la variable lugar, suele estudiarse la relación que une al que recibe la jeringuilla usada con quien se la presta. Puede entenderse que existe una cierta gradación en el riesgo que está dispuesto a asumir el inyector en relación inversa al grado de cercanía o parentesco con la persona de quien acepta la jeringa u otro instrumento usado. La categorización varía mucho entre unos y otros trabajos, aunque suele preguntarse siempre por el uso compartido con la pareja sexual^{15,28,29,39,51}. Algunos autores investigan también el número de personas diferentes de quien el inyector ha recibido material usado^{15,23,28,50}. Compartir con un gran número de personas y hacerlo con extraños son indicadores de un gran potencial de difusión del virus. Es importante conocer si se comparte con la pareja sexual y si ésta es la conducta preferente ya que modificar las prácticas ligadas a contextos íntimos puede ofrecer más resistencias.

El estudio del vínculo entre el que da y el que recibe la jeringa permite un acercamiento al entorno próximo del consumidor de drogas en el momento inyectarse, sin embargo no permite captar la complejidad de las relaciones que se dan dentro de un grupo de inyectores. Diversos trabajos sugieren que las conductas por las que se difunde el VIH entre los inyectores están relacionadas con las características de sus redes sociales^{7,52}. Según Neaigus et al para entender los comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH entre los inyec-

tores o para desarrollar intervenciones hay que comenzar por asumir que el individuo no siempre es la unidad adecuada de análisis ni el objetivo adecuado para promover modificaciones positivas de comportamiento⁷.

Trotter plantea el estudio de las redes sociales en relación con su grado de apertura, medida en función del nivel de reclutamiento de nuevos elementos en el grupo; el tipo y número de nexos y contactos sociales predominantes y el tipo y frecuencia de determinadas actividades intragrupo; además propone la utilización del estudio etnográfico de las redes sociales de inyectores como base para implementar programas de intervención⁵³. Rhodes sugiere que los estudios epidemiológicos deben centrar sus análisis en las «unidades sociales» entendidas como estructuras de relación particulares entre amigos o miembros de una pareja, relaciones dentro de grupos más amplios, conexión con elementos relevantes como los «camellos» o las relaciones entre distintos grupos⁵⁴.

Las redes de inyectores no son estructuras estáticas, sino que están sometidas a cambios que pueden tener repercusión en cómo se difunde el VIH en estas poblaciones. Estos cambios ocurren, por una parte a nivel individual, en la vida del inyector y en su historia de consumo, y por otra, en las instituciones y en la sociedad en general⁷. La conformación de las redes de usuarios y la forma en que se van modificando están influidas, entre otros factores, por las políticas sanitarias que hacen más accesibles o restringidos determinados servicios, por las políticas de reducción de la oferta que modifican el tipo de drogas disponibles en el mercado y su pureza, y por factores ligados a la subcultura local de consumo. Es posible que los nutridos grupos de consumidores que acuden a los barrios periféricos de Madrid y consumen en los alrededores de los mismos conformen unas estructuras de relación características, marcadas, entre otros factores, por los servicios de tratamiento existentes y las presiones a las que se ve sometido el mercado ilegal de drogas.

Disponibilidad de jeringas estériles en el momento de la inyección. Preguntar por las razones por las que se ha compartido el material de inyección puede considerarse como un acercamiento a las creencias y actitudes del inyector, así como al entorno que le rodea en el momento de inyectarse. Es habitual que los trabajos soliciten al entrevistado una muy breve explicación sobre su conducta de riesgo o que elija entre una serie de opciones cerradas. Entre las respuestas más frecuentes se encuentran la no disponibilidad de material estéril en ese momento, la prisa por inyectarse o el «mono»^{15,29,39,50}. Si la intención es conocer las motivaciones que subyacen tras el uso compartido de jeringuillas, el resultado es pobre, aunque confirma los problemas de acceso a jeringuillas estériles. Las respuestas sugieren una clara conciencia sobre la necesidad de inyectarse correctamente y una cierta dificultad para adelantarse y prever sus necesidades de jeringuillas estériles.

La escasez de agujas y jeringuillas estériles se cita con frecuencia como uno de los factores que puede estar condicionando la inyección con jeringas usadas por otros. Estos comentarios suelen ser resultado de planteamientos de investigación como el arriba señalado pero no existen trabajos que investiguen la disponibilidad y accesibilidad de jeringas estériles. Un trabajo muy reciente⁵⁵ que estudia las características de los programas de intercambio de jeringas en España, Francia e Italia, señala ciertas carencias que limitan la accesibilidad de los inyectores a las jeringuillas estériles a través de estos dispositivos. Sin embargo, dada la ausencia formal de trabas administrativas en las farmacias españolas, que sin duda constituyen un recurso muy valioso para garantizar la accesibilidad de los inyectores a material estéril, sería muy interesante complementar estos datos con el conocimiento de la disponibilidad y accesibilidad real teniendo en cuenta el posible rechazo que la presencia de los inyectores puede originar entre algunos profesionales de farmacia. Las diferencias geográficas observadas en la pre-

valencia de inyección con jeringas usadas en España²⁴ podría estar relacionada, entre otros factores, con variaciones en la accesibilidad real al material de inyección estéril a través de los PIJ y de las oficinas de farmacia.

Contextualización sociodemográfica. Los trabajos epidemiológicos sobre comportamientos de riesgo de inyección para la transmisión del VIH suelen aproximarse al estudio del entorno de los inyectores incluyendo un grupo de variables sociodemográficas como género, edad, nivel educativo, nivel económico, situación laboral, tipo de vivienda, y en la mayor parte de los países con importante diversidad étnica, también grupo étnico al que pertenece el inyector. Es evidente que la utilización de la categorización de las variables socioeconómicas que se usan habitualmente para poblaciones normalizadas no son adecuadas y deben complementarse con instrumentos de medición sensibles para poblaciones socioeconómicamente bastante homogéneas y poco favorecidas. Puede ser muy útil la inclusión de alguna pregunta precodificada sobre las formas de obtener dinero en un período de referencia determinado, incluyendo situaciones como pedir dinero en la calle, vender o pasar drogas, la venta ambulante, realizar espectáculos callejeros etc. Preguntas como cuánto dinero ha gastado en la última semana, cuánto duró el empleo más largo que tuvo en su vida o si ha vivido en la calle recientemente pueden ayudar a obtener un perfil más preciso de la población objeto de estudio. En ocasiones, la contextualización del entorno que rodea al inyector se complementa con otras variables como tratamientos recibidos, percepción de subsidio social, estancia en prisión o tener pareja que también se inyecta drogas.

¿Nuevos planteamientos en el estudio de las prácticas de riesgo de inyección de drogas?

¿La «humanización» de la investigación epidemiológica? La epidemiología ha hecho

un esfuerzo muy importante por estructurar, ordenar, delimitar y operativizar las conductas responsables de la transmisión del VIH entre los inyectores de drogas. Su contribución ha permitido, en unos países más que en otros, conocer la extensión de estas prácticas, su tendencia y algunos factores asociados.

El estudio de las prácticas de riesgo de inyección de drogas para la transmisión de enfermedades infecciosas, aun siendo un área muy concreta de trabajo, encierra una gran dificultad derivada, entre otros factores, de las condiciones de ilegalidad en que se mueven los inyectores, su carácter grupal, los mecanismos emocionales implicados, la compulsividad del consumo de drogas y las modificaciones que sufren los patrones de consumo. De la revisión de la literatura epidemiológica sobre el tema se desprende una conceptualización que no refleja la complejidad que encierra el fenómeno del consumo de drogas y las conductas de riesgo asociadas. Se han entendido los comportamientos de riesgo de inyección como un proceso individual que comienza con la forma de obtener la jeringuilla, culmina con la decisión de inyectarse con la jeringa propia o aceptar la de otro y termina con la manera de deshacerse de ella.

En un reciente estudio en Madrid, Sevilla y Valencia se han encontrado diferencias geográficas importantes en la prevalencia de uso compartido de jeringuillas que no desaparecen después de controlar diversos factores individuales²⁴. El hecho de que los inyectores de Sevilla utilicen con más frecuencia jeringuillas usadas antes por otras personas no se explica por diferencias en variables de tipo sociodemográfico, económico, perfil de consumo de drogas, historial de tratamiento, prácticas sexuales y estado serológico. Es probable que características peculiares en las estructuras de relación y las subculturas de cada una de estas tres ciudades puedan explicar estas diferencias, que también pueden tener que ver con las políticas asistenciales y de control de oferta,

y con el tipo de mercado ilegal existente, entre otros factores.

Mantener conductas de riesgo de inyección puede estar relacionado con la forma de obtener la droga (comprada individualmente o en grupo, recibida a cambio de algún servicio, prestada, etc), el material necesario para prepararla (agua, filtro, recipiente para diluirla, jeringa, limones, ácido acético, etc), la selección del lugar y la compañía para repartirla, diluirla e inyectársela, las posibilidades y habilidades para limpiar una jeringa usada, la presencia de personas extrañas en el entorno, la posibilidad de intervención policial, etc. Los estudios de varios antropólogos^{32,56} muestran como el énfasis puesto en el estudio de las agujas y jeringuillas ha podido difuminar la investigación sobre las relaciones sociales que condicionan las formas de uso del material de inyección. Para estos autores, el proceso de repartir la droga juega un papel muy importante en la organización de la subcultura de los inyectores que condiciona las conductas de riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Intentar observar y analizar los comportamientos de riesgo teniendo en cuenta el medio en que se encuentra el inyector y los valores que influyen en su toma de decisiones nos ayudará a entender la lógica de lo que a primera vista nos puede parecer irracional y a comprender la necesidad de enriquecer y flexibilizar nuestros planteamientos de investigación.

Algunos epidemiólogos señalan que la investigación epidemiológica moderna se encuentra demasiado centrada en el individuo y que el análisis individual no puede explicar la difusión de una epidemia a nivel de grupo, ni incluso la difusión de una infección de un individuo a otro. Pearce⁵⁷ dice que la mayoría de los epidemiólogos modernos preguntan sobre aspectos del comportamiento y del entorno social, pero lo hacen para estudiar factores de riesgo individuales y descontextualizados y no abordan el estudio de los factores poblacionales en su contexto social e histórico. Aunque puede parecer que los factores de riesgo específicos operan a un

nivel individual, la exposición y la susceptibilidad pueden estar influidos por una amplia variedad de factores políticos, sociales y económicos.

Se ha entendido que el alejamiento entre el responsable de diseñar y conducir un trabajo y aquellas poblaciones en las que se centra el estudio es un garante de la objetividad de sus planteamientos y de la interpretación de los resultados. Sin embargo, valdría la pena replantearse esta relación cuando se estudian subculturas muy alejadas del marco en que la investigación epidemiológica hace su análisis. La investigación sobre las conductas de poblaciones no integradas socialmente y que se encuentran distantes de la cultura de valores en que se mueve el investigador supone para éste un reto mucho mayor que el estudio de poblaciones que forman parte del mundo en el que él vive. El conocimiento de la realidad en que viven los inyectores de drogas ilegales a través de estudios etnográficos exploratorios o la realización de grupos focales dará sensatez a los planteamientos de investigación, las hipótesis de trabajo, la selección de las variables, su definición y su categorización, así como al análisis.

La colaboración con otras disciplinas o metodologías ha sido sugerida repetidamente como un elemento enriquecedor para el futuro de la investigación epidemiológica en general⁵⁷ y en estos colectivos^{58,59,60}. La combinación de técnicas plantea superar las limitaciones del enfoque cuantitativo en el estudio de los comportamientos y las relaciones sociales, y del enfoque cualitativo para la generalización y síntesis de los resultados. Con este planteamiento se pretende responder a las necesidades de información requeridas por los responsables de la planificación en relación con la extensión del problema, profundizando al mismo tiempo en los estilos de vida y el contexto social y cultural en que viven los inyectores de drogas. El camino más enriquecedor será, como señala Hartnoll⁶¹ la incorporación de ambas perspectivas en proyectos

conjuntos que incorporen elementos de ambos enfoques en el análisis y que sienten alrededor de la misma mesa a investigadores de diversas disciplinas para elaborar un único e integrador informe final.

La propuesta de Agar⁵⁹ pone más énfasis en la necesidad de trabajar por una integración más conceptual sin que lo esencial sea ver como los métodos de una disciplina solucionan mejor los problemas de la otra y a la inversa. Sus recientes experiencias en relación con su trabajo en el Community Epidemiology Work Group muestran de forma concreta cómo puede establecerse esta necesaria cooperación interdisciplinaria. Sugiere que los «pilot ethnographies» que toman una variable de interés epidemiológico de persona, lugar o tiempo y la exploran desde el punto de vista etnográfico, pueden ser formas concretas de colaboración⁶⁰.

Aunque las necesidades de intervención no deben ser los únicos elementos que marquen las prioridades de investigación, la gravedad de la situación en relación con las conductas de riesgo de inyección para la transmisión del VIH, especialmente en España, debe marcar las políticas de investigación de las instituciones encargadas de los problemas de sida y de drogas, así como de las agencias financiadoras. Una cuestión que debe preocupar a los profesionales a la hora de plantear sus preguntas de investigación, es la repercusión y la utilidad de sus respuestas en el control de la epidemia de infección por VIH. El compromiso con planteamientos de salud pública debe hacer reflexionar sobre el hecho de que cuando un problema es estudiado desde una perspectiva individual es muy probable que la solución se defina en los mismos términos⁵⁷. Actualmente las intervenciones dirigidas a la modificación positiva de conductas de riesgo con un planteamiento de trabajo individual se consideran insuficientes y se plantea la necesidad de trabajar también la modificación del contexto social en que éstos se producen^{54,62}.

Por último, además de la necesidad de enriquecer los planteamientos y metodologías de trabajo en el campo de la epidemiología de los problemas asociados al consumo de drogas, no queremos dejar de señalar nuestra inquietud por optimizar los propios recursos de que dispone esta disciplina. Compartimos la inquietud de Stimson⁶³ por las dificultades existentes para la comparabilidad entre los trabajos epidemiológicos en este área, debido a diferencias en las definiciones de las variables, la formulación de las preguntas, los períodos de referencia, la forma de selección de la muestra y su procedencia o en el tipo de entrevistadores utilizados²⁴. Por otra parte, en España en los últimos años se ha publicado un número importante, aunque no demasiado elevado, de estudios transversales centrados fundamentalmente en poblaciones que acuden a determinados servicios sociosanitarios y de los que sólo unos cuantos forman parte de proyectos de investigación con una mínima continuidad. La escasez de trabajos que permitan conocer los logros alcanzados en la modificación de las conductas de riesgo en estos colectivos, bien con estudios transversales seriados a un plazo medio-largo o a través de estudios de cohortes, señalan la necesidad de priorizar este tipo de investigaciones. Por otra parte, convendría potenciar iniciativas para estudiar poblaciones hasta este momento menos investigadas como inyectores que no contactan con servicios de atención, mujeres inyectoras, parejas no inyectoras de consumidores que sí se inyectan, inyectores jóvenes o poblaciones con un elevado riesgo de convertirse en inyectoras como los consumidores de heroína por vía pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strang J, Stimson GV, Des Jarlais DC. What AIDS is doing to the drug research agenda. *Br J Addict* 1992; 87:443-346.
2. Stimson GV, Eaton G, Rhodes T, Power R. Potential development of community oriented HIV outreach among drug injectors in the UK. *Addiction* 1994; 89:1601-1611.
3. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and Paradigms. *Am J Public Health*, 1996; 86:668-673.
4. Power R. Participant observation and its place in the study of illicit drug abuse. *Br J Addict* 1989; 84:43-52.
5. Rosebaum M, Murphy S. Women and addiction: process, treatment and outcome. En: Lambert EY, editores. *The collection and interpretation of data from hidden populations*. Rockville: DHHS Publication. NIDA Research Monograph n.º 98; 1990. p.120-127.
6. Oppenheimer F. Women drug misusers: a case for special consideration. En: Strang J, Gossop M, editores. *Heroin Addiction and Drug Policy. The British System*. New York: Oxford University Press; 1994. p. 79-88.
7. Neaigus A, Friedman S, Curtis R, Des Jarlais DC, Furst RT, Jose B et al. The relevance of drug injectors' social and risk network for understanding and preventing HIV infection. *Soc Sci Med* 1994; 38:67-78.
8. Trotter II RT, Bowen Am, Potter J Jr. Network models for HIV Outreach and Prevention Programs for Drug Users. En: Needle R, Genser S, Trotter R, editores. *Social Networks, Drug Abuse, and HIV Transmission*. Rockville: DHHS Publication. NIDA Research Monograph n.º 151; 1995. p. 144-180.
9. Stimson GV, Donoghoe MC. Health promotion and facilitation of individual change. The case of syringe distribution and exchange. En: Rhodes T, Hartnoll R, editores. *Aids, drugs and prevention. Perspectives on community action*. London and New York: Routledge; 1996. p. 10-21.
10. Friedman Sr, Des Jarlais DC, Sterk CE. Aids and the Social Relations of Intravenous Drug Users. *Millbank Q* 1990; 68:85-109.
11. Ortiz A. Aspectos psicológicos de la adicción. En: *Las Adicciones hacia un enfoque multidisciplinario*. México: Secretaria de Salud; 1992. p. 69-78.
12. Simpson DD, Knight D, Ray S. Psychosocial correlates of AIDS-risk drug use and sexual behaviors. *AIDS Educ and Prev* 1993; 5:121-130.
13. Woody GE, Metzger D, Navaline H, McLellan, O'Brien CP. Psychiatric Symptoms, Risky Behavior, and HIV infection. En: Onken LS, Blaine JC, Genser S, Horton AM Jr, editores. *Social Networks, Drug Abuse, and HIV Transmission*. Rockville: DHHS Publication. NIDA Research Monograph n.º 172; 1997. p. 144-180.
14. Leshner AI. Addiction is a Brain Disease, and it Matters. *Science* 1997; 278:45-46.

15. Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Severity of heroin dependence and HIV risk. II. Sharing injecting equipment. *AIDS Care* 1993; 5:159-168.
16. De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Lardelli P. Intravenous administration among heroin users having treatment in Spain. *Int J Epidemiol* 1994; 23:805-811.
17. Gamella JF. The spread of intravenous drug use and AIDS in a neighborhood in Spain. *Med Anthropol Q* 1994; 8:131-160.
18. De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ and the Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction* 1997; 92:1749-1763.
19. De la Fuente L, Lardelli P, Barrio G, Vicente J, Luna D. Declining prevalence of injection as main route of administration among heroin users treated in Spain, 1991-1993. *Eur J Public Health* 1997; 7:421-426.
20. Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Díaz A, Rodríguez-Artalejo F, and the Spanish Group for the Study on the Route of Administration of Drugs. Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52:172-180.
21. Barrio G, De la Fuente L, Bravo MJ, Colomo C. ¿Está extendiéndose en España el hábito de fumar crack entre los consumidores de heroína? *Med Clin* 1997; 108:517-518.
22. Feldman HW, Aldrich MR. The role of ethnography in substance abuse research and public policy: historical precedents and future prospects. En: Lambert EY. The Collection and interpretation of data from hidden populations. Rockville: DHHS Publication, NIDA Research Monograph n.º 98; 1990. p. 144-180.
23. Bravo MJ, Barrio G, de la Fuente L, Colomo C, Royuela L, Estébanez P. Conductas de riesgo para la transmisión del VIH entre los usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringas en Madrid, 1993. *Gac Sanit* 1996; 10:261-273.
24. Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente L, Colomo C, Royuela L y Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para la monitorización de la infección por VIH y las prácticas de riesgo en inyectores de Drogas. Persistencia de conductas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH en inyectores de Madrid, Sevilla y Valencia. *Gac Sanit* 1998. En prensa.
25. Ball A, Des Jarlais DC, Donoghoe MC, Friedman SR, Goldberg D et al. Multi-city Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection (WHO/PSA/94.4). Ginebra: 1994.
26. Hoek JAR van den, Haastrecht HJA van, Coutinho RA. Risk Reduction among Intravenous Drug Users in Amsterdam under the Influence of AIDS. *Am J Public Health* 1989; 79:1355-1357.
27. Rezza G, Salmaso S, Abeni D, Brancato G, Anemona A, Rovetta C et al. HIV prevalence and frequency of risk behavior in injecting drug users entering treatment and out of treatment: a cross-sectional study in five Italian cities. *J Drug Issues* 1994; 24:527-535.
28. Hunter GM, Donoghoe MC, Stimson GV, Rhodes T, Chalmers CP. Changes in the injecting risk behaviour of injecting drug users in London, 1990-1993. *AIDS* 1995; 9:493-501.
29. Rodríguez A, Zunzunegui MV, Friedman SR, Romero JC, Ward TP. Sharing syringes in Madrid. A social phenomenon. *Eur J Public Health* 1996; 6:11-14.
30. Bux DA, Lamb RJ, Iguchi MY. Cocaine use and HIV risk behavior in methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend* 1995; 37:29-35.
31. Grund JP, Kaplan CD, Adriaans NFP. Needle sharing in the Netherlands: and ethnographic analysis. *Am J Public Health* 1991; 81:1602-1607.
32. Grund J-PC, Friedman SR, Stern LS, José 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.
33. Stark K, Müller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I. Frontloading: a risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS* 1996; 10:311-317.
34. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996. Madrid: Ministerio del Interior; 1997.
35. Samuels JF, Vlahov D, Anthony JC, Chaisson RE. Measurement of HIV risk behaviors among intravenous drug users. *Br J Addict* 1992; 87:417-428.
36. Loimer N, Werner E, Presslich O. Sharing spoons: a risk factor for HIV-1 infection in Vienna. *Br J Addict* 1991; 86:775-778.
37. Hunt N, Shelley H, Jones K. Relative risks of different types of sharing: implications for research and practice. Abstract Book of the Fourth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Rotterdam; 1993.
38. Centers for Disease Control. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. Environmental Considerations for HIV transmission. *MMWR* 1987; 36 (suppl n.º 2s):9s-12s.
39. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Infección por VIH en usuarios de drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.

40. Zunzunegui MV, Rodríguez MA, Sarasqueta C. Drogadicción por vía intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid, 1990. *Gac Sanit* 1993; 7: 2-11.
41. Druce JD, Locarnini SA, Birch CJ. Syringe cleaning techniques and transmission of HIV. *AIDS* 1995; 9:1105-1107.
42. Center for Disease Control and Prevention (CDC), Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), National Institute on Drug Abuse (NIDA). HIV/AIDS Prevention Bulletin April 19, 1993.
43. Gleghorn AA, Doherty MC, Vlahov D, Jones Ts, Celentano DD, Jefferson M, Garfein R, Abdel-Tawab N. Insufficient bleach contact time during syringe cleaning among injection drug users. Po-D17-3928. IX International AIDS Conference Berlin. 1993.
44. Mandell W, Vlahov D, Latkin C, Oziemkowska M, Cohn S. Correlates of Needle Sharing among Injection Drug Users. *Am J Public Health* 1994; 84:920-923.
45. Myers T, Millson M, Rigby J, Ennis M, Rankin J, Mindell W et al. A comparison of the determinants of safe injecting and condom use among injecting drug users. *Addiction* 1995; 90:217-226.
46. Bird GA, Gore SM, Hutchinson SJ, Lewis SC, Cameron S, Burns S. Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drug testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey. *BMJ* 1997 July 5; 315:21-24.
47. Dolan K, Wodak A, Penny R. AIDS behind bars: preventing HIV spread among incarcerated drug injectors. *AIDS* 1995; 9:825-832
48. Bellis MA, Weild AR, Beeching NJ, Mutton JK, Syed Q. Prevalence of HIV and injecting drug use in men entering Liverpool prison. *BMJ* 1997 July 5; 315:30-31.
49. Martín V, Caylá JA, Morís MK, Alonso LE, Pérez R. Evolución de la prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el período 1991-1995. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:269-280.
50. Müller R, Stark K, Guggenmoos-Holzmann, Wirth D, Bienzle U. Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programmes for intravenous drug users. *AIDS* 1995; 9:183-190
51. Donoghoe MC, Stimson G, Dolan K, Alldritt L. Changes in HIV risk behaviour in clients of syringe-exchange schemes in England and Scotland. *AIDS* 1989; 3:267-272.
52. Friedman SR. Promising Social Network Research Results and Suggestions for a Research Agenda. En: Needle RH, Genser S, Trotter RT, editores. *Social Networks, Drug Abuse, and HIV Transmission*. Rockville: National Institute on Drug Abuse, NIDA Research Monograph n.º 151; 1995. p. 196-215.
53. Trotter II RT, Bowen Am, Potter J Jr. Network models for HIV Outreach and Prevention Programs for Drug Users. En: Needle R, Genser S, Trotter R, editores. *Social Networks, Drug Abuse, and HIV Transmission*. Rockville: DHHS Publication. NIDA Research Monograph n.º 151; 1995. p. 144-180.
54. Rhodes T, Stimson GV, Quirk A. Sex, Drugs, Intervention, and Research: From the Individual to the Social. *Subst Use Misuse* 1996; 31(3):375-407.
55. Rodés A, Pérez K, Cagliero S, Sabbatini A, Casabona J, Edwige A et al. Syringe Exchange Programmes for HIV Prevention in Southern European Countries (PESESUD): Provisional Final Report. Badalona: CEESCAT; 1997.
56. Koester S. The process of drug injection: Applying ethnography to the study of HIV risk among IDUS. En: Rhodes T, Hartnoll R, editores. *Perspectives on individual and community action*. London: Routledge; 1996. p. 133-148.
57. Pearce N. Traditional Epidemiology, Modern Epidemiology, and Public Health. *Am J Public Health* 1996; 86:687-683.
58. McKeganey N. Quantitative and qualitative research in the addictions: an unhelpful divide. *Addiction* 1995; 90:749-751.
59. Agar M. Recasting the «Ethno» in «Epidemiology». *Med Anthropol* 1996; 16:391-403.
60. Agar M. Ethnography: an Overview. *Subst Use Misuse* 1997; 32(9):1155-1173.
61. Hartnoll R. A difficult bussines. *Addiction* 1995; 90:749-751.
62. Friedman SR, Neaigus A, Des Jarlais D, Sotheran JO L, Woods J, Sufian M et al. Social intervention against AIDS among injecting drug users. *B J Addict* 1992; 87:393-404.
63. Stimson GV, Jones S, Chalmers C, Sullivan D. A short questionnaire (IRQ) to asses injecting risk behaviour. *Addiction* 1998; 93(3):337-347.