

Reducir las conductas
de riesgo asociadas
a la hepatitis C durante
la inyección y la actividad
sexual entre las mujeres
usuarias de drogas
inyectadas en Europa
(REDUCE): de la evidencia
a la práctica

Informe final 2013

*El proyecto REDUCE ha sido
cofinanciado por el Programa
de actuación «Información y
prevención en materia de drogas»
de la Unión Europea*

*Referencia del proyecto:
JUST/2010/DPIP/AG/0975
REDUCE*



Reducir las conductas
de riesgo asociadas
a la hepatitis C durante
la inyección y la actividad
sexual entre las mujeres
usuarias de drogas
inyectadas en Europa
(REDUCE): de la evidencia
a la práctica

Informe final 2013

www.thereduceproject.imim.es



Abreviaturas

ECDD Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual

M-UDI Mujeres Usuarias de Drogas Inyectadas

VHC Virus de la Hepatitis C

VP Violencia contra la Pareja

H-UDI Hombres Usuarios de Drogas Inyectadas

TEPT Trastorno por Estrés Postraumático

UDI Usuarios de Drogas Inyectadas

Índice

| | |
|---|----|
| Coordinador y socios del proyecto REDUCE | 4 |
| Resumen ejecutivo | 7 |
| 1. El proyecto REDUCE | 11 |
| 1.1 Antecedentes y justificación | |
| 1.2 Objetivos | |
| 1.3 Plan de trabajo | |
| 2. Estadísticas sobre el tratamiento de drogas y el VHC entre personas consumidoras de drogas de los países participantes en el proyecto REDUCE | 17 |
| 3. Información sobre la transmisión del VHC y las conductas de riesgo entre las M-UDI en Europa: estudio con métodos mixtos | 21 |
| 3.1 Desarrollo de las herramientas REDUCE para medir las conductas de riesgo y el conocimiento sobre la transmisión del VHC | |
| 3.2 Métodos | |
| 3.3 Resultados cuantitativos | |
| 3.4 Resultados cualitativos | |
| 3.5 Triangulación de los datos de métodos mixtos | |
| 4. Desarrollo y análisis de una intervención psicosocial para reducir las conductas de riesgo relacionadas con el VHC a través del consumo de drogas y la actividad sexual y para aumentar los conocimientos sobre la transmisión del VHC entre las M-UDI en Europa | 59 |
| 4.1 Desarrollo de la intervención REDUCE | |
| 4.2 Análisis de la intervención | |
| 4.3 Resultados | |
| 5. Conclusiones y recomendaciones | 69 |
| 6. Referencias | 75 |

Coordinador y socios del proyecto REDUCE

El proyecto REDUCE ha sido coordinado por el Parc de Salut Mar, Barcelona, España. El Parc de Salut Mar, Barcelona (España) subcontrató a la Universidad de Greenwich (Londres, Inglaterra) para gestionar el proyecto REDUCE con socios de Escocia (Universidad del Oeste de Escocia, Paisley), de Polonia (Instituto de Psiquiatría y Neurología, Varsovia), de Austria (Universidad de Medicina de Viena) y de Italia (Agenzia Regionale Sanitaria-Regione Marche).

Coordinador del proyecto: España

Parc de Salut Mar
Passeig Maritim 88,
08003 Barcelona

Catedrática Marta Torrens.
Catedrática de Psiquiatría / Directora del Programa de Adicciones

Dña. Judit Tirado. *Investigadora*



Gestor del proyecto: Inglaterra

University of Greenwich, School
of Health and Social Care
Avery Hill Road, Londres SE9 2UG

Dra. Gail Gilchrist. *Investigadora principal / Directora del Centro de Investigación Social Aplicada*



Socio del proyecto: Austria

Center for Public Health, Medical
University of Vienna
Kinderspitalgasse 15, 1090 Viena

Catedrática Gabriele Fischer.
Catedrática de Psiquiatría / Directora médica de Clínica de Adicciones

Dra. Birgit Köchl. *Ayudante de investigación / Psicóloga clínica*

Caroline Hopf. *Ayudante de investigación*

Isabella Leeb. *Ayudante de investigación / Psicóloga clínica*



Socio del proyecto: Italia

Agenzia Regionale
Sanitaria-Regione Marche
Via Gentile da Fabriano, n° 3
Regione Marche -60100 Ancona

Dra. Lucia Di Furia. *Directora
médica, coordinadora de Investi-
gación, Innovación y Formación*
Cinzia Giammarchi. *Investigadora*



Socio del proyecto: Polonia

Institute of Psychiatry
and Neurology
02-957 Warszawa, Sobieskiego 9

Dr. Jacek Moskalewicz. *Director del
Departamento de Estudios sobre
Alcoholismo y Drogodependencia*

Dra. Katarzyna Dąbrowska.
Investigadora superior



Socio del proyecto: Escocia

University of the West of Scotland
Paisley Campus, High Street,
Paisley, PA1 2BE

Catedrática Avril Taylor. *Catedrática
de Salud Pública*

Dra. Alison Munro. *Investigadora*
April Shaw. *Ayudante
de investigación*



Resumen ejecutivo

Introducción

El proyecto REDUCE ha sido cofinanciado por el Programa de la Unión Europea sobre Información y Prevención en materia de drogas, con el fin de:

1. medir los conocimientos sobre transmisión del VHC y las conductas de riesgo relacionadas con el VHC entre las M-UDI.
2. determinar el alcance de los conocimientos sobre transmisión del VHC y las conductas de riesgo relacionadas con el VHC entre las M-UDI.
3. desarrollar y evaluar una intervención de grupo basada en la evidencia para aumentar los conocimientos sobre transmisión del VHC y disminuir las conductas de riesgo relacionadas con el VHC entre las M-UDI.

REDUCE fue un proyecto europeo, gestionado por la Universidad de Greenwich y llevado a cabo en Italia, España, Austria, Escocia y Polonia. Un estudio de métodos mixtos se diseñó para evaluar y explorar las conductas de riesgo entre las M-UDI, y terapeutas realizaron la intervención de grupo basada en la evidencia de 3 sesiones dirigida a:

- Sesión 1: Compresión de los riesgos de transmisión de la Hepatitis C.
- Sesión 2: La hepatitis C y el bienestar sexual: negociar la seguridad.
- Sesión 3: La hepatitis C y el bienestar emocional: reducción de estados de ánimo negativos.

231 M-UDI que se habían inyectado drogas en el **mes anterior** y que tenían 18 años de edad o más, participaron en las entrevistas estructuradas y una submuestra de 125 M-UDI fueron entrevistas cualitativamente. Treinta y seis M-UDI que se habían inyectado drogas en el mes anterior fueron reclutadas para participar en la intervención.

Resultados

Los resultados del proyecto REDUCE nos permiten concluir que la alta prevalencia de la infección por VHC entre esta población puede explicarse como resultado de conductas de riesgo habituales que conllevan la transmisión del VHC, entre ellas, las siguientes:

- Uso compartido de agujas/jeringuillas.
- Inyección en grupo o en pareja.
- Involucradas en relaciones íntimas con parejas de alto riesgo.

Además había un conocimiento limitado sobre las conductas de riesgo de transmisión del VHC y se identificaron lagunas importantes y creencias falsas.

Incluso cuando eran capaces de identificar las conductas de riesgo, esto no les impedía seguir asumiendo prácticas de inyección de alto riesgo. La disonancia entre los conocimientos de las M-UDI y sus conductas se explica por:

1. Falta de utensilios estériles de inyección.
2. Las situaciones estresantes pueden hacer que actúen impulsivamente.
3. Consumir las drogas en grupo y/o en sitios no seguros.
4. La violencia de pareja aumenta la vulnerabilidad de las M-UDI a conductas de riesgo relacionadas con la inyección y reduce su capacidad de proteger su propia salud negociando prácticas de inyección más seguras.
5. La comorbilidad psiquiátrica aumenta la vulnerabilidad de las M-UDI a conductas de riesgo relacionadas con la inyección y disminuye su capacidad para negociar prácticas de inyección más seguras.

Las tres sesiones de la intervención grupal breve fueron evaluadas y valoradas por los participantes y los terapeutas. La intervención redujo exitosamente algunas conductas de riesgo de inyección y aumentó significativa-

mente el conocimiento de transmisión del VHC entre M-UDI, aunque alguna modificación puede ser necesaria antes de ser implementada en la práctica diaria. Sin embargo, los costes de una intervención temprana en comparación con los costes derivados de tratamiento del VHC, subrayan la necesidad de intervenciones de prevención del VHC tales como la intervención REDUCE, dirigida a M-UDI y otras poblaciones vulnerables.

Recomendaciones

Los hallazgos del proyecto REDUCE han dado pie a varias recomendaciones:

- 1.** Las intervenciones de prevención del VHC sensibles el género, como la intervención REDUCE, son necesarias para abordar las necesidades específicas de las M-UDI.
- 2.** Sigue siendo necesario un ensayo controlado aleatorio de la intervención REDUCE.
- 3.** Las intervenciones psicosociales deberían ofrecerse no solo en centros de tratamiento de adicciones, sino también en prácticas de MG y en servicios de salud comunitarios para que sea posible tratar a una población más amplia y, más importante aún, para mejorar la capacidad de las M-UDI de reducir sus conductas de riesgo y prevenir la infección.

1. El proyecto REDUCE

1.1 Antecedentes y justificación

Uno de los objetivos de la Estrategia europea contra la droga 2005-2012 consistía en prevenir y reducir tanto el uso como la dependencia de drogas, así como los riesgos inherentes asociados, entre los grupos vulnerables y las personas pertenecientes a sectores sociales más desfavorecidos, incluyendo también a las mujeres. El Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2009-2012 destacó la necesidad de incrementar aún más la eficacia de las medidas para reducir el consumo de droga y sus consecuencias a través de la mejora de la calidad y la eficacia de las intervenciones para disminuir los daños, a través de programas dirigidos, basados en evidencias y evaluados, acerca de la prevención y la intervención, que tuviesen como objetivo prevenir las conductas de alto riesgo entre los grupos vulnerables, incluidos los usuarios de drogas inyectadas (UDI) y las mujeres.

En todo el mundo hay unos 170 millones de personas que tienen el virus de la hepatitis C (VHC); y la mayoría de ellas son UDI ^[1]. Ser mujer está considerado como una variable predictora del VHC entre los UDI ^[2]. Compartir los utensilios de inyección expone a los UDI al riesgo más elevado de transmisión del VHC. El riesgo de transmisión del VHC no aumenta durante las relaciones heterosexuales de larga duración; sin embargo, sí es mayor entre las personas con diversas parejas sexuales y entre las mujeres a las que les han diagnosticado el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual ^[3]. Las mujeres usuarias de drogas inyectadas (M-UDI) presentan conductas de riesgo tales como compartir agujas u otros elementos de inyección, mantener relaciones sexuales con hombres usuarios de drogas inyectadas (H-UDI), tener diversas parejas sexuales, intercambiar sexo por dinero y no utilizar preservativos ^[4,5]. De esa forma, estas mujeres se exponen a un elevado riesgo de contraer el VHC. La depresión entre las M-UDI está asociada a asumir riesgos relacionados con el momento de la inyección como, por ejemplo, compartir las agujas ^[6]. La investigación sugiere que entre los UDI existe una laguna de conocimiento que puede contribuir a aumentar la prevalencia del VHC ^[7]. Muchas de las M-UDI se fían de que otras personas les realicen la inyección, normalmente, sus parejas sexuales masculinas ^[8-10], lo que disminuye su capacidad para insistir en que se apliquen conductas de inyección más seguras. Las M-UDI tienen más probabilidades de tener parejas sexuales que también se inyectan drogas que los hombres usuarios

de drogas inyectadas; y también de pedir prestadas las agujas y los utensilios de inyección a sus parejas sexuales ^[5, 9-13]. Las consumidoras de drogas experimentan niveles elevados de violencia en sus relaciones de pareja ^[14]. Por tanto, el comportamiento de riesgo de transmisión del VHC debe entenderse en el contexto de las relaciones con sus parejas masculinas ^[15]. Las desigualdades de género, los estados de ánimo negativos, la violencia en las relaciones de pareja y la falta de autoafirmación (asertividad) pueden disminuir la capacidad de las M-UDI a la hora de negociar interacciones más seguras en sus relaciones o redes personales de sexo y drogas. Los riesgos podrían disminuir si las M-UDI fueran conocedoras de los riesgos de transmisión del VHC y fuesen capaces de insistir y negociar asertivamente el uso de prácticas de inyección y conductas sexuales más seguras. Las intervenciones conductuales para reducir comportamientos de riesgo de VIH y VHC entre las M-UDI presentan informes de reducción de dichos comportamientos de riesgo ^[16, 17]; sin embargo, en estudios anteriores no se valoraron las diferencias de sexo o de salud mental, lo que tuvo consecuencia que no se tuviesen en cuenta los riesgos que pueden derivarse de las relaciones íntimas. Por ese motivo, mediante el proyecto REDUCE se ha pretendido comprender los riesgos relacionados con el VHC a los que se exponen las M-UDI. Además, se ha desarrollado una intervención basada en la evidencia para ofrecerles información sobre los riesgos de transmisión del VHC y dotar a dichas mujeres de habilidades de autoafirmación para que insistan y negocien prácticas sexuales y de inyección más seguras, con el fin de reducir las conductas de riesgo.

1.2 Objetivos

El proyecto REDUCE ha sido cofinanciado por el Programa de la Unión Europea sobre Información y de Prevención en materia de drogas (referencia del proyecto: JUST/2010/DPIP/AG/0975 REDUCE), con el fin de:

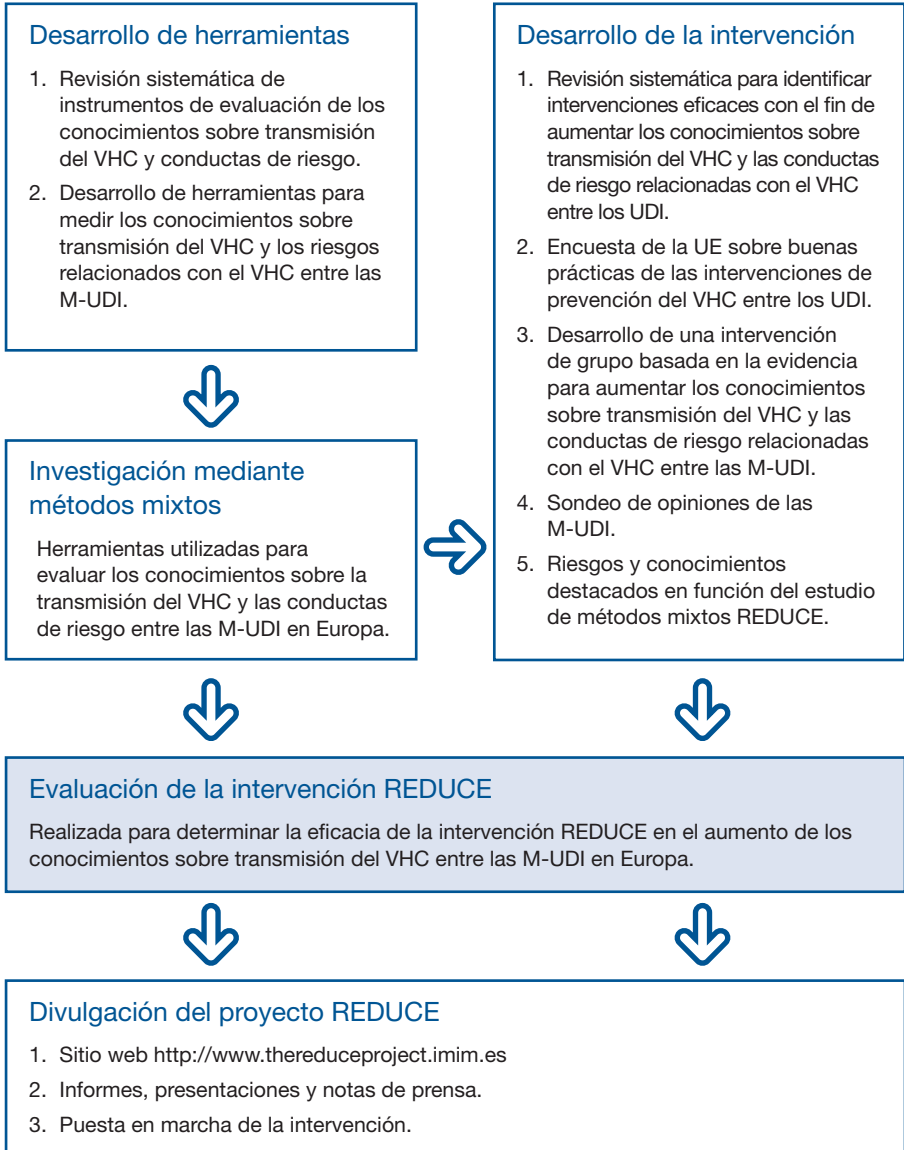
1. desarrollar herramientas para medir los conocimientos sobre transmisión del VHC y las conductas de riesgo relacionadas con el VHC entre las M-UDI.
2. determinar el alcance de los conocimientos sobre transmisión del VHC y las conductas de riesgo relacionadas con el VHC entre las M-UDI.

3. desarrollar y evaluar una intervención de grupo basada en la evidencia para aumentar los conocimientos sobre transmisión del VHC y las conductas de riesgo relacionadas con el VHC entre las M-UDI.

1.3 Plan de trabajo

Se han llevado a cabo cuatro reuniones de trabajo en Barcelona, Glasgow, Varsovia y Viena. Como resultado, se desarrolló un **conjunto de herramientas para evaluar los conocimientos sobre transmisión del VHC y las conductas de riesgo** relacionadas con el VHC entre las M-UDI para poder informar del desarrollo de una intervención basada en la evidencia. La intervención se ha analizado en un estudio de evaluación. El conjunto de herramientas y el manual de intervención se presentaron en eventos específicos organizados en los países y se divulgaron a través del sitio web del proyecto, además de mediante medios impresos.

Figura 1. Plan de trabajo del proyecto REDUCE
(1 de octubre de 2011 – 27 de diciembre de 2013)



2. Estadísticas sobre el tratamiento de drogas y el VHC entre personas consumidoras de drogas de los países participantes en el proyecto REDUCE

Con el fin de ayudar a comprender los resultados del proyecto REDUCE, en la *Tabla 1* se describe información complementaria sobre el VHC entre los UDI en cada uno de los países participantes en el proyecto. La *Tabla 2* describe la disponibilidad del tratamiento de drogas en cada país. La *Tabla 3* describe la disponibilidad del tratamiento del VHC en cada país.

Tabla 1. Prevalencia de la infección por VHC entre la población en general y entre los UDI en cada uno de los países participantes en el proyecto REDUCE

| País | Población (número de habitantes) | Prevalencia del VHC entre la población en general (%) | Prevalencia del VHC entre UDI (%) | Prevalencia del VHC entre M-UDI (%) |
|---------|----------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Austria | 8.400.000 | 0,5 – 1 | 38 – 73 | 38 – 79 |
| Italia | 60.700.000 | 3 – 12 | 61 | 63,8 |
| Polonia | 38.483.000 | 0,4 – 1,9 | 47,6 | 75,8 |
| Escocia | 5.222.100 | 0,7 | 57 | 57 |
| España | 49.000.000 | 2,5 | 65 - 90 | 54 – 71 |

Tabla 2. Servicios y tratamientos disponibles para los UDI en los países participantes en el proyecto REDUCE

| Tratamientos disponibles | Austria | Italia | Polonia | Escocia | España |
|--|---------|--------|---------|---------|-----------------------------------|
| Tratamiento de sustitución de opiáceos disponible ¹ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Año de introducción del tratamiento de sustitución de opiáceos | 1987 | 1980 | 1992 | 1986 | ampliamente disponible desde 1991 |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| Cobertura del tratamiento de sustitución de opiáceos (%) | 40-60 | 40-60 | 10-20, sin acceso en algunas regiones | desconocido | 65 |
| Intercambio de jeringuillas disponible | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Año de introducción del intercambio de jeringuillas | 1990 | 1999 | 1989 | 1986 | 1991 |
| Número de jeringuillas distribuidas por consumidor (2010-2011) ² | 98 | desconocido | 8 | 48 | 19 |
| Salas de inyección disponibles | No | No | No | No | Sí |
| Año de introducción de las salas de inyección | - | - | - | - | 2000 |
| Asesoramiento (p. ej., paciente externo individual o grupo) | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Tratamiento en régimen de internamiento (p. ej., pacientes internos en centros de rehabilitación) | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Desintoxicación de pacientes externos | Sí | Sí | Sí (sector privado) | Sí | Sí |
| Desintoxicación paciente interno | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Autoayuda (p. ej., AA/NA) | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Intervenciones psicosociales | Hay disponibles profesionales de la salud pertenecientes a diferentes disciplinas Trabajadores sociales, psicólogos clínicos y psicoterapeutas | Disponibles a través de servicios de tratamiento de adicciones. | Se ofrece información para reducir las conductas de riesgo. Hay intervenciones específicas para las mujeres embarazadas. | Disponibles a través de servicios de tratamiento de adicciones. | Se ofrece información para reducir las conductas de riesgo en programas extensivos, reducción de daños y centros de tratamiento. No hay intervenciones específicas para las mujeres. |

1 Principalmente, metadona y buprenorfina, excepto en Austria donde la liberación lenta de morfina es el tratamiento de sustitución de opiáceos más común.

2 Fuente: datos calculados para el estudio REDUCE a través de las cifras relativas a la tasa de consumidores problemáticos de opiáceos del OEDT por 1000 habitantes y nº de jeringuillas distribuidas <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/lu/data-sheet>.

Tabla 3. Disponibilidad del tratamiento de VHC y condiciones de los UDI en los países que participan en el proyecto REDUCE

| Tratamientos disponibles | Austria | Italia | Polonia | Escocia | España |
|---|---|--|--|--|--|
| El tratamiento del VHC está disponible para las personas consumidoras de drogas | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Condiciones del tratamiento | Después de una desintoxicación satisfactoria y/o para los pacientes en terapia de mantenimiento con opiáceos. Se puede optar al tratamiento tras al menos 6 meses de abstinencia o, en los tratamientos de sustitución, sin consumo adicional de droga; o, si se consume droga, sin consumo de drogas inyectadas, intoxicación y con pocos problemas psicosociales El tratamiento está contraindicado para los consumidores de drogas caóticos, sean drogas inyectadas o no. Las decisiones se toman en función de pacientes individuales después de analizar los riesgos y las ventajas. | El tratamiento se suministra habitualmente en colaboración con la Unidad de Enfermedades Infecciosas de los hospitales. Los servicios sobre adicciones de la comunidad ofrecen apoyo. Ambos servicios cooperan para que se complete el programa del tratamiento. El paciente debe estar próximo al fin de la desintoxicación de la metadona o terapia de sustitución equivalente por tasa de absorción baja. | Para recibir el tratamiento, los consumidores de drogas deben suspender el consumo de drogas o estar en tratamiento de mantenimiento con metadona. Si los pacientes vuelven a consumir drogas inyectadas, dejan de ser elegibles para el tratamiento. Si el consumo de droga cesa, el paciente vuelve a ser evaluado y se decide sobre si debe retomar el tratamiento. | En la actualidad, no existe el requisito de no consumir droga. Sin embargo, los pacientes deben estar estables y ser considerados capaces de comprometerse con el tratamiento. | Sin consumo de droga durante el último semestre (ni alcohol ni drogas ilícitas). Se permiten tratamientos de sustitución que incluyen metadona y buprenorfina. |
| Se ofrece de forma gratuita | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Lista de espera para el tratamiento | No | No | Sí entre 2 y 3 meses | Sí | No |

3. Información sobre la transmisión del VHC y las conductas de riesgo entre las M-UDI en Europa: estudio con métodos mixtos

Se ha llevado a cabo un estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre la transmisión del VHC y las conductas de riesgo entre las M-UDI en cinco países europeos (Austria, Italia, Polonia, España y Escocia). Asimismo, se han identificado los motivos por los que las M-UDI continúan asumiendo riesgos.

3.1 Desarrollo de herramientas REDUCE para medir los conocimientos sobre transmisión del VHC y las conductas de riesgo

3.1.1 Cuestionario cuantitativo

Se llevaron a cabo búsquedas sistemáticas en Medline, PsycINFO, CINAHL, ASSIA y la Web of Science con el fin de identificar instrumentos existentes que sirviesen para medir los conocimientos sobre la transmisión del VHC y otras conductas que incluyesen riesgos de transmisión de virus por sangre.

El cuestionario sobre conocimientos acerca de la transmisión del VHC se adaptó de Balfour et al ^[19]. El cuestionario consta de 53 afirmaciones relativas a riesgos con tres respuestas posibles: «Verdadero», «Falso» o «No lo sé». Cada respuesta correcta vale un punto. La puntuación total puede variar entre 0 y 53. Las puntuaciones más altas son las que reflejan mayores conocimientos sobre los conocimientos sobre la transmisión del VHC.

Para elaborar el nuevo cuestionario sobre riesgos utilizado en el estudio REDUCE, se utilizaron directamente dos instrumentos: conocimientos sobre hepatitis C, actitudes y conductas de las personas consumidoras de drogas en Montreal [HCV-KAB] ^[19] y *Needle Exchange Surveillance Initiative* (NESI), instrumento escocés de encuesta ^[20]. En el cuestionario se preguntaba acerca del consumo de droga, la preparación de las inyecciones, las prácticas de administración y las prácticas sexuales para determinar las conductas de riesgo de transmisión del VHC, además de para establecer por qué se asumían los riesgos.

Las decisiones sobre qué preguntas incluir de cada uno de los instrumentos, además de las enmiendas de texto, fueron tomadas por un grupo de expertos (el grupo de investigación de REDUCE) y **se creó el conjunto de herramientas REDUCE para medir los conocimientos sobre la transmisión del VHC y las conductas de riesgo**. Las herramientas están disponibles en inglés, alemán, italiano, polaco y español <http://www.thereduceproject.imim.es/>.

Además, se evaluaron siete trastornos psiquiátricos (depresión, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, el síndrome de estrés postraumático (TEPT), pánico, fobia social y agarofobia) utilizando la Entrevista de cribado de diagnóstico dual (ECDD) ^[21]. La Escala de Abuso de Compuesta ^[22] se utilizó para medir abusos combinados severos, abuso emocional, abuso físico y acoso por parte de la pareja íntima en los últimos 12 meses de la relación actual o de la más reciente. El estado del VHC se confirmó a través de servicios, con el consentimiento de las participantes, en Italia y en España; y en Austria y en Escocia las propias personas participantes lo comunicaron. En Polonia, se hizo la prueba del VHC a todas las personas participantes con su consentimiento, excepto a las que se la habían hecho en los últimos seis meses.

3.1.2 Guía temática cualitativa

Se preparó una guía temática para facilitar las entrevistas en profundidad. Las entrevistas cualitativas abarcaban los siguientes temas:

1. Conocimientos sobre la transmisión del VHC.
2. Riesgos por inyección en la preparación, administración y actividades posteriores (limpiar y desechar los utensilios utilizados). Se pedía a las participantes que describiesen sus prácticas habituales.
3. Prácticas sexuales de riesgo.
4. La función y la influencia de los demás en las conductas de riesgo.
5. Los motivos para participar en las conductas de riesgo.
6. Tolerancia y aceptación de la intervención psicosocial entre las M-UDI con el objetivo de reducir las conductas de riesgo de VHC y aumentar los conocimientos sobre su transmisión.

3.2 Métodos

3.2.1 Participantes y reclutamiento

Las mujeres de 18 años de edad que se hubiesen inyectado heroína u otros opiáceos, cocaína o anfetaminas en los últimos seis meses eran elegibles para participar en el estudio. En Austria, Italia, Escocia y España, los investigadores se pusieron en contacto con las M-UDI en las salas de espera de los centros de tratamiento ambulatorios y les invitaron a participar. En Austria y en España, se contactó con las M-UDI en los programas de intercambio de jeringuillas y en las salas de inyección, respectivamente. Por otro lado, la plantilla de los centros revisó las listas de visitas de tratamiento de las pacientes ambulatorios con el fin de avisar al personal investigador sobre cuándo asistirían al servicio las mujeres susceptibles de participar en el estudio y aumentar así las posibilidades de que participasen. En Polonia, entrevistadores con acceso privilegiado que habían sido consumidores de drogas en el pasado y que trabajaban en los centros de acogida utilizaron técnicas de bola de nieve para conseguir la participación de las mujeres usuarias de drogas inyectadas. Todas las participantes potenciales recibieron un folleto informativo, que a su vez les fue explicado por el personal investigador, antes de aceptar participar y firmar el consentimiento. Antes de que comenzase el estudio, se obtuvo la autorización del Comité Ético a través de la universidad o el servicio médico correspondiente.

Los métodos mixtos se aplicaron en dos fases: en la [Fase 1](#), aceptaron participar 231 mujeres usuarias de drogas inyectadas (de las cuales entre el 44 y el 74 por ciento tenían resultados positivos en la prueba del VHC) de los cinco países ([Tabla 4](#)). El personal investigador o las personas con acceso privilegiado administraron las herramientas REDUCE para evaluar los conocimientos sobre la transmisión del VHC y las conductas de riesgo. La ECDD ^[21] ha sido administrada por el o la investigadora en todos los países excepto en Italia, donde un o una psicóloga dirigía la ECDD tras la administración de las herramientas REDUCE. En Austria, Italia, Polonia y Escocia, las drogas que más se inyectaban habitualmente eran la heroína u otros opiáceos; mientras que en España, la más habitual era la cocaína. La [Tabla 5](#) describe las estrategias que se han utilizado en cada país con el fin de conseguir participantes para el estudio con métodos mixtos. Además, en la tabla se comparan los datos de la muestra con los datos de las mujeres

usuarias de drogas inyectadas en cada país para identificar sesgos posibles en las personas que aceptaron participar.

En segundo lugar, 125 mujeres usuarias de drogas inyectadas de las 231 (54 %) que habían participado en la **Fase 1** fueron invitadas a participar en una entrevista cualitativa al final de la entrevista cuantitativa. Si aceptaban, se fijaba la fecha. Las mujeres usuarias de drogas inyectadas tomaron parte en una entrevista en profundidad sobre sus conocimientos de transmisión del VHC y sobre por qué las personas que se inyectan asumen riesgos de transmisión del VHC mediante prácticas de inyección o sexuales. Sesenta de las 125 (48 %) mujeres que participaron en la **Fase 2** y que consumían drogas inyectadas tenían resultados positivos en las pruebas de hepatitis C.

3.2.2 Análisis

Las estadísticas descriptivas se calcularon utilizando SPSS. Se calcularon las frecuencias, las puntuaciones totales, medias y desviaciones estándares (DE).

Las entrevistas en profundidad se grabaron digitalmente y se transcribieron textualmente. Los datos se organizaron y se codificaron. Se utilizó un enfoque de marco de investigación cualitativa para el análisis: familiarización, identificación de un marco temático, indexación, diagramas, mapeo e interpretación ^[23]. Dos miembros del personal investigador de cada país codificaron individualmente las tres primeras transcripciones en sus lenguas maternas. Estos códigos se debatieron en un encuentro directo con el personal investigador hasta que se llegó a un acuerdo y se estableció un marco común de codificación. Toda la codificación se llevó a cabo en la lengua de la entrevista y se elaboraron informes individuales en cada país. Seguidamente, se desarrolló un informe colectivo con los temas clave y los aspectos comunes deducidos a partir de los informes individuales de los cinco países.

3.3 Resultados cuantitativos

3.3.1 Demográficos

Doscientas treinta y una mujeres que habían consumido drogas inyectadas en los últimos seis meses (50 de Austria, Italia, Polonia y España; y 31 de Escocia) dieron su consentimiento para participar en el estudio. La edad media era de 33,28 años (DE: 8,73; rango de edad entre 18 y 57 años). Más del 25 % de las participantes vivía sola (64 de 231; el 27,2 %); el 30,3 % vivía con su pareja (70 de 231); el 26,4 % (61 de 231) vivía con otros miembros de la familia; el 15,2 % (35 de 231) vivía con amigos o con personas con las que compartía piso; y el 14,7 % (34 de 231) vivía con sus hijos o hijas (las respuestas no son mutuamente excluyentes). El sesenta por ciento (138 de 231; el 59,7 %) habían vivido alguna vez en un albergue para personas sin techo, no tenían un techo fijo o vivían en la calle. El 28,6 % (66 de 231) había vivido en la calle durante los últimos seis meses.

La mayoría de las participantes no tenían trabajo (156 de 231; el 67,5 %) o recibían subsidios por discapacidad (38 de 231; el 16,5 %). Solamente un 10 % tenían un empleo remunerado (23 de 231; el 10 %). Casi la mitad de ellas (112 de 231; el 48,5 %) tenía títulos de educación secundaria (colegios o institutos), y el 29,4 % (68 de 231) tenía un certificado técnico, o titulación de aprendizaje o profesional. Solamente un 5,2 % (12 de 231) tenía titulación universitaria o de posgrado.

3.3.2 Historial de consumo de drogas inyectadas

La edad media de la primera inyección era de 21,36 años (DE: 6,21; rango de edad entre 12 y 47 años). En los últimos seis meses, el 67,5 % (156 de 231) se había inyectado heroína; el 23,4 % (54 de 231) se había inyectado otros opiáceos (incluyendo metadona, Substitol, Compensan y morfina); el 49,4 % (114 de 231) se había inyectado cocaína; el 16,5 % (38 de 231) se había inyectado mezclas de heroína y cocaína; el 19,5 % (45 de 231) se habían inyectado estimulantes (incluidas anfetaminas, Efedron, MDMA, mefredona); el 8,7 % (20 de 231) se habían inyectado benzodiazepinas (incluidas Tem-pazepam, Diazepam y Clonazepam); el 1,7 % (4 de 231) se había inyectado *crack* y el 0,9 % (2 de 231) se había inyectado ketamina.

Tabla 4. Métodos para el estudio de metodología mixta

| País | Lugar de invitación a participar | Fase 1: Estudio cuantitativo | | |
|---------|---|--------------------------------|-----------------|--|
| | | Tamaño de la muestra (VHC+vo)* | Edad media (DE) | Droga inyectada con más frecuencia en los últimos seis meses |
| Austria | Centros de tratamiento de adicciones a drogas en pacientes ambulatorios / intercambios de jeringuillas | 50 (44 %) | 27,48 (5,85) | 14 % cocaína; 74 % otros opiáceos |
| Italia | Tratamientos de adicciones a drogas en pacientes ambulatorios / acogida / centros médicos / centros de tratamiento comunitarios | 50 (60 %) | 31,32 (8,62) | 10 % cocaína; 84 % heroína |
| Polonia | Acogida a personas consumidoras de drogas | 50 (73,5 %) | 34,76 (8,88) | 20 % anfetaminas; 50 % heroína |
| Escocia | Centros de tratamiento de adicciones a drogas en pacientes ambulatorios / Centros de rehabilitación comunitarios | 31 (25,8 %) | 34,32 (7,33) | 13 % cocaína; 81 % heroína |
| España | Centros de tratamiento de adicciones a drogas en pacientes ambulatorios / salas de inyección | 50 (70 %) | 38,92 (7,98) | 58 % cocaína; 42 % heroína |

*Resultados del VHC (excepto en Austria y en Escocia) verificados mediante el expediente del servicio de tratamiento de adicción a las drogas.

**Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual.

| | | | Fase 2: Estudio cualitativo | | |
|---|---|--|---------------------------------------|--|---|
| Método de invitación a participar | Responsable de la entrevista | ECDD** | Tamaño de la muestra (VHC+vo)* | Método de invitación a participar | Responsable de la entrevista |
| Contacto con posibles participantes mediante listas de pacientes de tratamiento/salas de espera | Miembro del personal investigador | Miembro del personal investigador | 27,48 (5,85) | Invitadas a pasar a la entrevista de la Fase 2, tras la Fase 1 | Miembro del personal investigador |
| Listas de tratamiento | Miembro del personal investigador | Administrado por el o la psicóloga | 31,32 (8,62) | Invitadas a pasar a la entrevista de la Fase 2, tras la Fase 1 | Miembro del personal investigador |
| Bola de nieve | Acogida a personas consumidoras de drogas | Administrado por personal entrevistador con acceso privilegiado (ex consumidores y personal de centros de acogida) | 24 (15) | Muestra dirigida de la Fase 1 | Personal entrevistador con acceso privilegiado (ex consumidores y personal de centros de acogida) |
| Contacto con posibles participantes mediante listas de pacientes de tratamiento/salas de espera | Miembro del personal investigador | Administrado por miembro del personal investigador | 25 (6) | Invitadas a pasar a la entrevista de la Fase 2, tras la Fase 1 | Miembro del personal investigador |
| Contacto con posibles participantes mediante listas de tratamiento/salas de espera | Miembro del personal investigador | Administrado por miembro del personal investigador | 24 (12) | Invitadas a pasar a la entrevista de la Fase 2, tras la Fase 1 | Miembro del personal investigador |

Tabla 5. Estrategias de reclutamiento y representatividad de las muestras reclutadas

| País | Estrategia para conseguir participantes |
|---------|---|
| Austria | <p>El contacto con las participantes se realizó a través de los programas de intercambio de jeringuillas, centros de orientación psicoterapéutica y dos clínicas de tratamiento de pacientes ambulatorios. La mayor parte de ellas fueron contactadas en los programas de intercambio de jeringuillas. El contacto con las M-UDI tuvo lugar en momentos diferentes, en días laborables y en fin de semana, para garantizar que pudiese haber participantes pertenecientes a diversos tipos de M-UDI. Las participantes fueron contactadas por el personal investigador en una sala de estar grande donde las M-UDI pasaban gran parte del día. La toma de contacto con las participantes en el centro de orientación estaba dirigida por el personal que invitaba a las posibles interesadas a participar (solo dos participantes aceptaron tomar parte mediante este método). Las clínicas de tratamiento de pacientes ambulatorios concertaban citas con las asistentes al tratamiento y se aprovechaba la oportunidad para invitar a las mujeres a participar en el estudio.</p> |
| Italia | <p>Las participantes fueron identificadas por profesionales de la salud e invitadas a participar en el estudio en centros de tratamiento de régimen interno o ambulatorio. Los y las profesionales de la salud evaluaron la idoneidad de las características de las pacientes para participar en el estudio en función de su conocimiento de las personas y de la asistencia prestada en el centro de tratamiento. Si las pacientes aceptaban la propuesta de los y las profesionales de sanidad, eran entrevistadas por personal investigador y por especialistas en psicología. El personal que llevó a cabo la evaluación no ha registrado la tasa de negativas a la propuesta (por motivos de privacidad). Solamente 4 M-UDI no pudieron ser entrevistadas ya que no acudieron en la fecha fijada para ello.</p> |
| Polonia | <p>Las participantes fueron invitadas a participar por dos miembros del personal de los centros de acogida y por dos personas ex consumidoras. Después, algunas de las participantes facilitaron contactos de otras posibles participantes. En la primera fase, se inscribieron en el programa 25 VHC+ve. Seguidamente, se intentó conseguir participantes con VHC-ve, lo que precisó de un mayor esfuerzo ya que este tipo de población está más integrada socialmente, tiene menos contactos con la cultura de la droga y tienen menor tendencia a recurrir a los servicios de ayuda a consumidores de drogas.</p> |

Sesgo potencial**Representatividad de las M-UDI en la ciudad**

| | Variable | En el estudio de métodos mixtos | En el país |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| Las participantes que aceptaron participar en el estudio con métodos mixtos constituían una representación de las M-UDI en Austria. | <i>Edad</i> | 27,48 | La media no está disponible pero es similar al % indicado |
| | <i>Edad de la primera inyección</i> | 19,84 | 16 – 20 |
| | <i>Resultado VHC positivo</i> | 44 % | 25 % – 50 % |
| | <i>Droga principal inyectada</i> | opiáceos | opiáceos |
| Las participantes que fueron consideradas por el personal implicado en el estudio como vulnerables, fueron automáticamente excluidas. En consecuencia, las participantes que asistieron a las entrevistas eran consumidoras de drogas inyectadas potencialmente menos problemáticas. La proporción de consumidoras de heroína entre las participantes era mayor que entre las M-UDI en Italia. | <i>Edad</i> | 31,32 | 31,1 |
| | <i>Edad de la primera inyección</i> | 20,18 | 20 (heroína) 22 (cocaína) |
| | <i>Resultado VHC positivo</i> | 58 % | 61 % |
| | <i>Droga principal consumida</i> | Heroína 84 % | Heroína 69 % |
| La mayoría de ellas eran consumidoras de droga en la calle, vivían en albergues y recibían tratamientos de sustitución de opiáceos. La mayor parte estaban o habían estado en centros de acogida. Sesgo potencial con relación a mujeres con problemas más graves que comenzaron a inyectarse a una edad más temprana que deriva en una tendencia mayor a consumir anfetaminas frente al resto de las M-UDI, en general. Las entrevistas fueron realizadas por personal de los centros de acogida por lo que las participantes tuvieron ocasión de ofrecer respuestas interesantes desde el punto de vista social. | <i>Edad</i> | 34,7 | 34,5-35,5 |
| | <i>Edad de la primera inyección</i> | 20,2 | 21,3 |
| | <i>Resultado VHC positivo</i> | 73,5% | 75,8% |
| | <i>% de consumidoras de opiáceos</i> | 59% | 69 % – 80 % |

| País | Estrategia para conseguir participantes |
|------|---|
|------|---|

| | |
|---------|---|
| Escocia | Las participantes potenciales fueron identificadas por el personal y, si daban su consentimiento, eran entrevistadas por un o una investigadora experta. Tasa de aceptación 67,4 % (31 de 46). De 31 personas entrevistadas, una submuestra de 25 participaron en una entrevista cualitativa. |
|---------|---|

| | |
|--------|---|
| España | La invitación a participar se llevó a cabo en tres centros de tratamiento de adicciones a drogas con pacientes ambulatorios y dos salas de inyección en Barcelona. El personal de los centros de tratamiento de la adicción a drogas proporcionó una lista de posibles participantes. Seguidamente, el o la investigadora correspondiente se puso en contacto con las participantes potenciales para solicitar su consentimiento para recibir información sobre el estudio e invitarlas a participar en él. Además, también se invitó a otras mujeres a participar en el estudio en salas de espera de los centros de tratamiento de adicciones a droga con pacientes ambulatorios y las salas de inyección. A menudo, se contó con la ayuda del personal del centro que ofreció información sobre las citas de los pacientes al personal investigador. |
|--------|---|

Sesgo potencial**Representatividad de las M-UDI en la ciudad**

| | Variable | En el estudio de métodos mixtos | En el país |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|------------|
| Las participantes que asistieron a las entrevistas eran consumidoras de drogas inyectadas potencialmente menos problemáticas. Aunque la muestra es representativa en cuanto a edad y consumo de droga por parte de las M-UDI en Escocia, la tendencia a dar VHC positivo era menor. Sin embargo, 6 participantes habían eliminado su VHC. Si se añaden a las VHC positivo, el porcentaje de mujeres con VHC positivo de la muestra aumenta hasta el 48 %. | <i>Edad</i> | 34 | 33 |
| | <i>Edad de la primera inyección</i> | 23 | 23 |
| | <i>Resultado VHC positivo</i> | 24 % | 57 % |
| | <i>Droga principal inyectada</i> | heroína | heroína |
| Las mujeres que aceptaron participar al principio eran consumidoras de drogas con menos problemas y habían tomado parte en programas de tratamiento durante algún tiempo, por lo que tenían una mejor relación con la plantilla del centro. Conseguir la participación de participantes VHC-vo exigió un mayor esfuerzo. Para facilitar la tarea, la invitación a participar en el estudio se hizo no solo en los centros de tratamiento sino también en las salas de inyección, donde era más probable encontrar consumidoras de droga en la calle, más jóvenes y un mayor número de consumidoras de cocaína. En general, la edad de la muestra es ligeramente mayor que la de las M-UDI en España. | <i>Edad</i> | 39 | 35 |
| | <i>Edad de la primera inyección</i> | 21 | 21 |
| | <i>Resultado VHC positivo</i> | 70 % | 54 – 71 % |
| | <i>% de consumidoras de opiáceos</i> | 42 % | 34,3 % |

La droga inyectada con **mayor frecuencia** en los últimos 6 meses era la heroína u otros opiáceos (161 de 231; el 69,7 %), además de cocaína o estimulantes (67 de 213; el 29,0 %).

Casi la mitad de las participantes se habían inyectado cada mes durante los últimos 6 meses (107 de 231; el 46,3 %). Las participantes se habían inyectado al menos una vez en una media de 4,12 meses (DE: 2,07; intervalo de 1-6 meses).

3.3.3 Conductas de riesgo durante la inyección

Se preguntó a las participantes cuántas jeringuillas y agujas, de entre las utilizadas en los últimos seis meses, eran nuevas o no habían sido utilizadas (p. ej., directamente del envoltorio) en una escala del 0 al 10 (donde 0 era ninguna y 10 significaba todas). De media, las participantes afirmaron haber utilizado jeringuillas y agujas nuevas y no utilizadas (procedentes de su envoltorio) en la mayoría de los casos durante los últimos seis meses (8,58; DE: 2,0).

Las participantes afirmaron que se habían inyectado en lugares cerrados con mayor frecuencia (190 de 231; el 82,3 %) durante los últimos 6 meses (*Tabla 6*). La frecuencia con la que se inyectan solas o en compañía de otras personas se muestra en la *Tabla 7*.

Tabla 6. Ubicación más frecuente para las inyecciones en los últimos seis meses

| Lugar más frecuente para la inyección en los últimos 6 meses | N (%) |
|--|-------------|
| Casa/apartamento/piso/hotel | 114 (49,4%) |
| En casa de un amigo/a o conocido/a | 35 (15,2%) |
| Sala de inyección | 19 (8,2%) |
| Aseo público | 17 (7,4%) |
| Casa de los padres o familiares | 15 (6,5%) |
| En la calle o en parques | 15 (6,5%) |
| En espacios libres, ocupando casas deshabitadas, escaleras, coches | 9 (3,9%) |
| En un hostel o albergue para personas sin techo | 6 (2,6%) |
| Otros | 1 (0,4%) |

Tabla 7. Frecuencia con la que se realizan las inyecciones a solas o en compañía (n= 231)

| | Siempre | La mayoría de las veces | La mitad de las veces | Algunas veces | Pocas veces | Nunca |
|----------------------|---------------|-------------------------|-----------------------|---------------|---------------|----------------|
| Sola | 24 (10,4%) | 46 (19,9%) | 26 (11,3%) | 44 (19,0%) | 30 (13,0%) | 61 (26,4%) |
| Con otra persona | 39 (16,9%) | 78 (33,8%) | 27 (11,7%) | 40 (17,3%) | 22 (9,5%) | 25 (10,8%) |
| Con más de 1 persona | 1 (0,4%) | 14 (6,1%) | 8 (3,5%) | 50 (21,6%) | 55 (23,8%) | 103 (44,6%) |

El promedio de personas con las que las participantes se habían inyectado fue de 2,5 (DE: 2,3; rango entre 0 y 15). Las 127 participantes que se habían inyectado en compañía de una o más personas en los últimos seis meses afirmaron haberse inyectado con una media de 3,9 personas (DE: 2,2; rango 2-15).

De las 207 participantes que afirmaron haberse inyectado con al menos una persona en los últimos seis meses, dicha persona en la mayoría de los casos era: su pareja íntima (97 de 207; el 46,9 %), un amigo íntimo (63 de 207; el 30,4 %), una persona conocida (41 de 207; el 19,8 %), un familiar (5 de 207; el 2,4 %) o un o una traficante de droga (1 de 207; 0,5 %).

Más de la mitad (121/231; 52,4%) de los participantes informaron que se habían inyectado con una aguja/jeringuilla que ya había sido utilizada por otra persona. La media de veces que se habían inyectado con una aguja / jeringuilla que había sido utilizada por otra persona en los últimos 6 meses fue de 11,88 (DE 46,37; rango 0-300) ($p = 0,266$). Para los 66 participantes que informaron haber compartido con al menos una persona en los últimos seis meses, dicha persona la mayoría de las veces era: su pareja íntima (36/66; 54,5%), un amigo íntimo (13 / 66; 19,7%), una persona conocida (13/66; 19,7%), un miembro de la familia (2/66; 3,0%), una persona desconocida (1/66; 1,5%) u otra (1/66 ; 1,5%). Además, informaron de haberse inyectado en los últimos seis meses utilizando la aguja/jeringuilla usada de: una pareja íntima (5 de 66; el 7,6 %), un amigo íntimo (9 de 65; el 13,8 %), una persona

conocida (7 de 65; el 10,8 %), una persona desconocida (2 de 65; el 3,1 %), un o una traficante de droga (2 de 65; el 3,1 %) o un familiar (1 de 65; el 1,5 %). Los participantes informaron de comportamientos de riesgo durante la preparación y la inyección en los últimos seis meses y a lo largo de la vida (Tabla 8).

Tabla 8. Comportamientos de riesgo durante la preparación y la inyección en los últimos seis meses y a lo largo de la vida (n= 231)^

| Comportamientos de riesgo a lo largo de su vida | N (%) |
|---|--------------|
| Más de un uso de la misma aguja/jeringuilla para la inyección, antes de desecharla | 207 (89,6%) |
| Uso de cucharas o cazoletas para la mezcla que habían sido utilizados previamente por otras personas | 160 (69,3%) |
| Uso de toallita con alcohol antes de la inyección | 144 (62,3%) |
| Uso de toallita con alcohol después de la inyección | 143 (61,9%) |
| Inyección con aguja/jeringuilla utilizada por alguien más | 121 (52,4%) |
| Uso de filtros que habían sido utilizados previamente por otras personas | 117 (50,6%) |
| Preparación o aclarado de utensilios con agua que había sido utilizada por alguien más | 109 (47,2%) |
| Uso compartido de filtros, cucharas, cazoletas o agua con alguien que sabía que tenía el VHC | 90 (39,0%) |
| Inyección con aguja/jeringuilla utilizada sin saber con seguridad si era la suya | 88 (38,3%) |
| Comportamientos de riesgo en los últimos seis meses | N (%) |
| Más de un uso de la misma aguja/jeringuilla para la inyección, antes de desecharla | 188 (81,7%) |
| Compartir droga con otra persona después de haberla preparado (p. ej., después de añadirle agua para diluirla)* | 170 (73,6%) |
| Compartir droga con otra persona antes de prepararla (p. ej., dividir la droga en forma de polvo)* | 150 (64,9%) |

| | |
|---|-------------|
| Uso de toallita con alcohol después de la inyección | 129 (56,1%) |
| Uso de toallita con alcohol antes de la inyección | 123 (53,2%) |
| Inyectarse con una aguja/jeringuilla que ya había sido utilizado por otra persona | 66 (28.6%) |
| Uso de cucharas o contenedores para la mezcla que habían sido utilizados previamente por otras personas | 120 (51,9%) |
| Uso de filtros que habían sido utilizados previamente por otras personas | 82 (35,7%) |
| Preparación o aclarado de utensilios con agua que había sido utilizada por alguien más | 76 (33,0%) |
| Uso compartido de filtros, cucharas, cazoletas o agua con alguien que sabía que tenía el VHC | 57 (24,8%) |
| Inyección con aguja/jeringuilla utilizada sin saber con seguridad si era la suya durante los últimos seis meses | 39 (17,0 %) |

^discrepancias debido a falta de datos

*no se preguntó la frecuencia de estos comportamientos de riesgo a lo largo de su vida

Los motivos para haber utilizado una aguja/jeringuilla para la inyección que había sido utilizada por otra persona están enumerados en la *Tabla 9*. Los principales motivos son el hecho de no disponer de agujas/jeringuillas estériles y la abstinencia.

Casi la mitad (58 de 121; el 47,9 %) afirmaron haber compartido alguna vez las agujas/jeringuillas con alguien que sabían que tenía el VHC y el 50,0 % (29 de 58) lo había hecho en los últimos seis meses. La persona infectada con el VHC con la que habían compartido las agujas/jeringuillas la mayoría de las veces en los últimos seis meses era: su pareja íntima (15 de 29; el 51,7 %), un amigo íntimo (7 de 29; el 24,1 %), una persona conocida (5 de 29; el 17,2 %) o un familiar (2 de 29; el 6,9 %).

Tabla 9. Motivo para inyectarse con una aguja/jeringuilla utilizada previamente por alguien más en los últimos seis meses (n=66)

| | Todos los motivos[^] N=66 | Motivo principal N=66 |
|--|---|----------------------------------|
| No había agujas/jeringuillas estériles disponibles | 60 (90,9%) | 30 (45,5%) |
| Conocía a la otra persona | 44 (66,7%) | 7 (10,6%) |
| Abstinencia | 40 (60,6%) | 19 (28,8%) |
| No era capaz de inyectarse sin ayuda | 26 (39,4%) | 2 (3,0%) |
| Tiene la misma infección que la otra persona (p. ej., hepatitis C, VIH/SIDA) | 21 (32,3%) | 1 (1,5%) |
| No pensaba que la otra persona tuviese una infección (p. ej., hepatitis C, VIH/SIDA) | 20 (30,3%) | 1 (1,5%) |
| No pensó que era arriesgado | 12 (18,2%) | 0 |
| Estaba demasiado drogada/colocada/borracha | 10 (15,2%) | 1 (1,5%) |
| Otros | 3 (4,5%)* | 4 (6,1%)** |
| Era imposible rechazar los utensilios de la otra persona | 1 (1,5%) | 1 (1,5%) |

[^]No se excluyen mutuamente

*«No me apetecía salir a comprarla», «la norma es compartir los utensilios con tu pareja» y «estamos juntos, así que compartimos los utensilios»

**«No me apetecía salir a comprarla», «la norma es compartir los utensilios con tu pareja», «estamos juntos, así que compartimos los utensilios» y «había un montón de utensilios alrededor y no sabía de quién era cada cosa»

En los últimos seis meses, las participantes habían tomado agujas/jeringuillas de una media de 0,40 (DE: 0,77; intervalo de 0-4) personas diferentes y habían dejado sus agujas/jeringuillas a una media de 0,72 (DE: 1,43; intervalo 0-10) personas diferentes. Las participantes afirmaron haber dejado sus agujas/jeringuillas usadas en los últimos seis meses con mayor frecuencia a: su pareja íntima (32 de 76; 42,1 %), una persona conocida (21 de 76; 27,6 %), un amigo íntimo (17 de 76; el 22,4 %), un familiar (4 de 76; el 5,3 %) y una persona desconocida (2 de 76; el 2,6 %). Además, también habían dejado sus agujas/jeringuillas usadas a una persona conocida (12 de 76; 15,8

%), a un amigo íntimo (9 de 76; 11,8 %), a una pareja íntima (6 de 76; 7,9 %), a una persona desconocida (3 de 76; el 3,9 %) o a un traficante (2 de 76; el 2,6 %).

Poco más de la mitad de las participantes había necesitado ayuda para inyectarse en los últimos seis meses (123 de 229; 53,7 %): en la mayoría de los casos de su pareja íntima (52 de 123; 42,3 %), de un amigo íntimo (32 de 123; 26,0 %), de una persona conocida (28 de 123; 22,8 %), de un familiar (4 de 123; 3,3 %) o de alguien desconocido (1 de 123; 0,8 %).

3.3.4 Uso de programas de intercambio de agujas/jeringuillas

La mayoría de las participantes había usado alguna vez el programa de intercambio de agujas/jeringuillas. Los motivos principales por los que las participantes no asistían a los programas de intercambio de agujas/jeringuillas era que no sabían que existían o dónde estaban (n= 15); que no había programas de intercambio de agujas/jeringuillas en su zona o a una distancia a la que pudiesen desplazarse (n= 13); que habían comprado/conseguido sus agujas/jeringuillas en otro sitio (n= 11) –en farmacias principalmente–, o por estigma (n= 2). Otros motivos fueron (n= 11) que la participante nunca los había necesitado (n= 5), que no quería o que se olvidaba de ir (n= 3), que intentaban alejarse de los lugares donde residían otras personas que se inyectaban (n=1), que se inyectaban pocas veces (n=1) o por falta de tiempo (n=1).

La *Tabla 10* describe la proporción de utensilios de inyección utilizados en los últimos seis meses que se han obtenido de programas de intercambio de agujas/jeringuillas. El 66,5 % (153 de 230) expresó haber conseguido nuevas agujas/jeringuillas de un programa de intercambio de jeringuillas en los últimos seis meses; sin embargo, solamente el 51,3 % expresó haber obtenido más de las tres cuartas partes de sus agujas/jeringuillas de esta fuente (*Tabla 10*). En los últimos seis meses, las participantes obtuvieron también agujas/jeringuillas de intercambios en farmacias (129 de 231; 55,8 %), de unidades móviles de intercambios de agujas/jeringuillas (86 de 231; 37,2 %), de un amigo íntimo (82 de 231; 35,5 %), de su pareja (73 de 231; 31,6 %), de una persona conocida (68 de 231; 29,4 %), de una clínica médica (47 de 231; 20,3 %), de una sala de inyección (44 de 231; 19,0 %), de alguien desconocido (24 de 231; 10,4 %), de una sala de venopunción (8 de 231; 3,5 %), de un hospital (8/231; 3,5 %).

Tabla 10. Proporción de utensilios de inyección utilizados en los últimos seis meses que se han obtenido de programas de intercambio de agujas/jeringuillas (n=230)^

| | Ninguno | Aprox. un cuarto (1 – 25%) | Aprox. la mitad (50%) | Entre la mitad y tres cuartos (50 – 75%) | Más de tres cuartos (75 – 100%) |
|--|----------------|----------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|
| Agujas/ jeringuillas | 77 (33,5%) | 14 (6,1%) | 9 (3,9%) | 12 (5,2%) | 118 (51,3%) |
| Filtros | 132 (57,4%) | 4 (1,7%) | 7 (3,0%) | 13 (5,7%) | 74 (32,2%) |
| Cucharas/ cazoletas | 116 (50,4%) | 9 (3,9%) | 11 (4,8%) | 10 (4,3%) | 84 (36,5%) |
| Ampollas de agua | 123 (53,7%) | 17 (7,4%) | 9 (3,9%) | 12 (5,2%) | 68 (29,7%) |
| Sobres de ácido cítrico o Vit C | 186 (80,9%) | 1 (0,4%) | 7 (3,0%) | 3 (1,3%) | 33 (14,3 %) |
| Toallitas/ algodones | 105 (45,7%) | 8 (3,5%) | 9 (3,9%) | 12 (5,2%) | 96 (41,7%) |
| Recipientes para objetos punzantes | 170 (73,9%) | 4 (1,7%) | 6 (2,6%) | 7 (3,0%) | 43 (18,7%) |

^discrepancias debido a falta de datos

3.3.5 Estado del VHC




La mayoría de las participantes (226 de 231; 99,1%) se habían hecho alguna vez la prueba para detectar el VHC; y el resultado del 58,0 % (131 de 226) de ellas fue VHC positivo.

3.3.6 Conocimientos de transmisión del VHC

La mayoría de las participantes consideraban que sus conocimientos sobre transmisión de VHC eran suficientes (102 de 230; 44,3 %) o buenos (90 de 230; 39,1 %). Sin embargo, la *Figura 2* muestra que existían muchas

interpretaciones erróneas sobre cómo se transmite el VHC y lagunas importantes en dichos conocimientos. La puntuación media de la transmisión de conocimientos sobre el VHC ha sido de 39,28 (DE: 5,92; intervalo 20-52).

Figura 2. Conocimientos sobre transmisión del VHC entre M-UDI

| Riesgos conocidos por las M-UDI (>70% los conocía) | Riesgos NO conocidos por las M-UDI (>30% no los conocía) | Interpretaciones erróneas (>30% las creía) |
|--|---|---|
|  |  |  |
| <p>Uso compartido de agujas/ jeringuillas, cucharas/ cazoletas, filtros, cepillos de dientes y cuchillas de afeitarse</p> | <p>Uso compartido de agua de enjuague</p> | <p>Existe una vacuna para el VHC</p> |
| <p>Carga delantera y carga trasera</p> | <p>Uso compartido del agua para preparar la droga</p> | <p>El VHC puede transmitirse en las inyecciones incluso aunque nunca se hayan compartido los utensilios</p> |
| <p>Aclarar los utensilios de inyección con agua del grifo NO destruye el VHC</p> | <p>Uso compartido de torniquetes</p> <p>Limpiar con lejía o hervir las agujas NO es una práctica segura para evitar contagiarse del VHC</p> | <p>El VHC se transmite por contacto con saliva, lágrimas, sudor u orina</p> |
| <p>Limpiar la zona de la inyección con una toallita o algodón que haya sido utilizado por otra persona</p> | <p>Tocando la zona de inyección de otra persona (p. ej., para encontrar la vena, para limpiarlo o para detener el sangrado)</p> | <p>Las personas pueden infectarse de VHC al donar sangre</p> |
| <p>Heridas por pinchazo de aguja</p> | <p>Lamiendo o succionando restos de droga de los utensilios compartidos</p> | <p>Se puede contraer el VHC si se reutilizan los utensilios propios que nadie más ha utilizado antes</p> |
| <p>Contacto con sangre, incluso con solo una exposición o una pequeña cantidad de sangre</p> | <p>El VHC puede sobrevivir en una aguja compartida que no haya sido utilizada durante más de un mes</p> | <p>El VHC solo se contagia si tienes el VIH</p> |
| <p>Tatuajes y piercings en el cuerpo</p> | <p>Compartir pipas cuando la droga se fuma</p> | <p>Es más fácil contraer el VIH que el VHC</p> |
| <p>Compartir tazas, los platos, los utensilios, tos, estornudos, abrazos, apretones de mano o agarrarse las manos, la comida, el aire y los asientos de los urinarios no contagia el VHC</p> | <p>Esnifar cocaína con pajitas compartidas, dinero enrollado, etc.</p> | <p>El VHC se contagia si las personas se besan profundamente, introduciendo la lengua de una en la boca de la pareja, si la pareja tiene el VHC</p> |
| <p>Es posible volver a infectarse</p> | <p>Hay más de un tipo de VHC</p> | <p>Lavarse las manos antes y después de inyectarse ayuda a prevenir el riesgo de contagio del VHC.</p> |
| <p>Transmisión de madres a hijos</p> <p>Sexo vaginal, anal u oral sin protección</p> | <p>Dar el pecho</p> | <p>El VHC se propaga a través de mosquitos y otros insectos</p> |
| <p>Uso compartido de juguetes sexuales</p> | | |
| <p>Incluso personas con un aspecto sano pueden transmitir el VHC</p> | | |

3.3.7 Prisión

Casi la mitad de las participantes habían estado alguna vez en prisión o en un centro de menores (100 de 231; 43,3 %) una media de 1,66 veces (DE: 4,07; rango 0-35). El 17 por ciento (17 de 100) de las que habían sido encarceladas se habían inyectado en prisión.

3.3.8 Relaciones íntimas

De entre las participantes que contestaron, el 39 % (89/228) no tenían una relación íntima en la actualidad y el 61,0 % (139/228) sí. La mayoría contestó que su pareja actual o la más reciente había sido un hombre (220 de 228; 96,5 %) y que alguna vez se había inyectado droga (157 de 227; 69,2 %). La mayoría de ellas expresó que había tenido sexo vaginal en los últimos seis meses de su relación actual o más reciente (196 de 227; 86,3 %). El sexo anal es una práctica menos común. Por lo general, no utilizaron preservativos con sus parejas tanto en el sexo anal como en el vaginal. Más de un tercio de las participantes afirmaron que su método anticonceptivo era «ninguno» (78 de 227; 34,4 %); el 41,4 % (94 de 227) afirmó que habían utilizado preservativos; el 10,1 % (23 de 227) había tomado la píldora anticonceptiva; el 4,8 % (11 de 227) utilizaba implantes anticonceptivos; el 3,1 % (7 de 227) utilizaba el DIU; el 2,6 % (6 de 227) se había esterilizado, el 0,4 % (1 de 227) comunicó que su pareja se había hecho la vasectomía; y el 3,1 % (7 de 227) informó haber empleado otras formas anticonceptivas.

El treinta y siete por ciento contestó que su pareja actual o la más reciente tenía el VHC (84 de 227).

3.3.9 Violencia en las relaciones íntimas

En general, el 70,4 % (159 de 226) de las participantes ha sufrido violencia de pareja en los últimos doce meses por su actual pareja íntima o de la más reciente. La forma más común de violencia han sido abusos sexuales y físicos (90 de 226; el 39,8 %); seguida de abusos físicos con emocionales (36 de 226; el 15,9 %) y abuso emocional y/o acoso (24 de 226; el 10,6 %). Era menos común que las participantes experimentasen violencia física de manos de su pareja íntima sin que fuese unida a alguna otra forma de violencia (9 de 226; el 4,0 %).

3.3.10 Trastornos psiquiátricos

La mayoría de las participantes indicaron haber sufrido al menos un trastorno psiquiátrico concomitante a lo largo de su vida (200 de 229; el 87,3 %). La media de trastornos a lo largo de su vida era de 3,03 (DE: 2,11; rango 0-7). Los trastornos más habituales a lo largo de su vida han sido la depresión (174 de 229; 76,0 %); trastorno de pánico (124 de 229; 54,1 %) y TEPT (120 de 229; 52,4 %). El setenta y siete por ciento (176 de 229; 76,9 %) cumplían los criterios para establecer que habían sufrido algún desorden afectivo a lo largo de su vida y el 76,9 % (176 de 229) cumplían los criterios para establecer que habían sufrido algún trastorno de ansiedad en su vida.

3.4 Resultados cualitativos

3.4.1 Introducción

La primera fase del proyecto REDUCE incluía entrevistas estructuradas cuantitativas, realizadas a 231 M-UDI en los últimos seis meses. Una submuestra de 125 participantes de las 231 se seleccionaron intencionalmente (para incluir diversidad de edad, abuso de sustancias primarias, estado del VHC y comportamientos de riesgo) para que participasen en una entrevista en profundidad en la [Fase 2](#) y explorar así sus conocimientos y comprensión de la transmisión del VHC y las conductas de riesgo asociados a la inyección y a las prácticas sexuales. Los criterios de selección incluían la edad, el estado del VHC, el estado de salud mental y la violencia de pareja experimentada.

Las participantes elegibles (mujeres de 18 años o más, se habían inyectado drogas en los seis meses previos a la entrevista) de los países participantes en el proyecto fueron invitadas a participar mediante una variedad de servicios tales como centros de tratamiento de adicción ambulatorio, equipos comunitarios de apoyo contra las adicciones, centros de reducción de daño y proyectos de rehabilitación. La duración de las entrevistas giró en torno a los veinte minutos y la media hora. Cada entrevista se hizo en la lengua materna de las participantes, principalmente en los centros de tratamiento.

3.4.2 Resultados

Las participantes tenían entre 18 y 57 años. Sesenta de ellas (48 %) indicaron que tenían VHC positivo; 60 de ellas (48 %) que tenían VHC negativo; y cinco (4 %) que no sabían si tenían el VHC. Las mujeres se habían inyectado por primera vez entre los 12 y los 38 años, aunque la mayoría había comenzado a inyectarse a los 20 años. La mayor parte de las participantes (81 de 125; el 65 %) tenía una pareja habitual, y el resto no tenían pareja. La mayoría de ellas podían inyectarse solas, aunque algunas necesitaban ayuda por inexperiencia o para encontrarse las venas.

Tabla 11. Número de participantes, rango de edad y estado del VHC por países

| País | N | Rango de edad (media) | VHC positivo | VHC negativo | Estado del VHC desconocido |
|----------------------|------------|-----------------------|--------------|--------------|----------------------------|
| Austria | 28 | 18 - 43 (27) | 14 | 14 | – |
| Italia | 24 | 20 - 50 (30) | 13 | 11 | – |
| Polonia | 24 | 23 - 57 (33) | 15 | 9 | – |
| Escocia ¹ | 25 | 20 - 45 (34) | 6 | 14 | 5 |
| España | 24 | 24 - 48 (39) | 12 | 12 | – |
| Total | 125 | – | 60 | 60 | 5 |

¹ 6 M-UDI que en la actualidad tenían VHC negativo indicaron que habían eliminado el virus a través del tratamiento.

Información sobre el riesgo de VHC y los conocimientos de transmisión

Se plantearon una serie de preguntas para explorar las fuentes que utilizaban las participantes para obtener información sobre el VHC y sus conocimientos sobre las conductas de riesgo asociadas a la transmisión del virus.

Obtención de la información

Las participantes contestaron que sus principales fuentes de información sobre el VHC eran los proveedores de servicios de salud, los servicios de tratamiento de adicciones, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otras personas en sus mismas condiciones. Otras fuentes de información incluían folletos, Internet y la cárcel. En Escocia, España, Italia y Austria, las mujeres habían obtenido la información de una gran variedad de fuentes y proveedores de servicios sanitarios; en Polonia, sin embargo, la principal fuente de información sobre el VHC eran otras personas en similares condiciones. La disponibilidad de información escrita era considerada escasa por las participantes de Polonia, aunque su visión no era compartida según las respuestas del resto de los países. En general, la información proporcionada por los profesionales y a través de los folletos se consideraba fiable, mientras que la que facilitaban otras personas consumidoras de drogas era menos fiable:

«No me parece que mis amigos sean una fuente fiable de información (sobre el VHC). Hay varias leyendas urbanas extrañas acerca de cómo te pueden contagiar el virus. Muchas personas tienen ideas equivocadas sobre ello» (Polonia: ID 16, anfetaminas, 41 años, VHC positivo).

«Sí... pero viene de la calle... Se dice de todo. Yo he oído un montón de cosas distintas pero creo que solo son verdad las que proceden de un profesional o de información de un folleto. Del resto, no me fío» (España: FM07, cocaína, 28 años, VHC negativo).

Muchas mujeres buscaron información como resultado de haber recibido el diagnóstico de infección del VHC ellas o sus amigos. Entre otras razones estaban las de comenzar un tratamiento contra el VHC, el embarazo o preocupaciones sobre comportamientos de riesgo durante la inyección en el pasado (p. ej., compartir los utensilios). Aunque algunas mujeres de los diferentes países presentaban iniciativas para buscar y mantener actualizada la información, muchas otras mostraban desinterés o pasividad. Utilizar drogas, haber dado negativo en alguna prueba o creer que no hacía falta información nueva eran las principales razones por las que no se actualizaban los datos. Un pequeño número de participantes pensaba que una vez infectada, no había razón para seguir recopilando información y algunas mujeres de Polonia, Italia y Escocia pensaban que la infección del VHC era una amenaza para la vida menos grave que el VIH: *«Sobre todo, tenía cuidado*

con el VIH porque, en último extremo, siempre me ha parecido, sea correcto o no, que la hepatitis C era más manejable que el VIH» (Italia, ID 42, heroína, 33 años, VHC negativo). En España, algunas mujeres con resultados de VHC negativo respondieron que no buscaban información sobre el VHC porque se consideraban consumidoras ocasionales y tendían a minimizar el riesgo de contraer la infección. No obstante, las que tenían mayores estudios eran proclives a obtener información sobre el virus.

Conocimientos sobre la transmisión: comprensión y falsas creencias

Aunque todas las participantes indicaron que habían recibido información sobre el VHC, el nivel de conocimientos era a menudo incompleto o incorrecto. La mayoría eran conscientes de que el virus VHC se transmitía a través del contacto con la sangre pero pocas eran conscientes de que también se transmitía a través de los contactos sexuales. Algunas mujeres no sabían que compartir el agua u otros utensilios de inyección conllevaba riesgos de transmisión, lo cual es particularmente relevante ya que compartir la parafarmacia de inyección es una importante fuente de infección. *«Sabía que era posible contagiarse utilizando agujas compartidas y jeringuillas, y que la infección se transmite a través de la sangre, pero no sabía que compartir la cazoleta para preparar la droga también fuese peligroso»* (Polonia: ID 15, heroína, 42 años, VHC positivo).

Entre las mujeres había una serie de mitos que prevalecían. Por ejemplo: algunas mujeres pensaban que podían infectarse si reutilizaban sus propias agujas (Austria, Italia y Polonia); que solamente se transmitía por contacto sexual durante la menstruación (Austria y España); que una persona no podía contraer el virus más de una vez (Escocia) y que el virus se transmitía a través de la saliva (Escocia), el semen (España) o el tacto (Polonia).

Incluso las participantes que afirmaban ser conocedoras de los riesgos de transmisión del VHC asumían un cierto nivel de riesgos. La disonancia entre lo que se conocía sobre cómo evitar la transmisión del virus y las prácticas de riesgo en la inyección en el caso de la mayoría de las personas que consumen drogas inyectadas se explicaba por una serie de factores que incluyen la necesidad de disminuir los síntomas de abstinencia, la ansiedad por consumir droga, dar por hecho la inmunidad y la creencia de que contraer el virus es inevitable.

La primera experiencia de inyección

La mayoría de las mujeres vivieron su primer episodio de inyección en compañía de su pareja o un amigo/a que, a menudo, eran consumidores con experiencia que ayudaron a las participantes a prepararse la droga y a inyectársela. Algunas mujeres habían sido inyectadas por diversos consumidores antes de ser capaces de hacerlo ellas mismas, aumentando así el riesgo de la transmisión del virus. Las principales razones para comenzar a inyectarse eran económicas, maximizar el efecto, la curiosidad y la influencia de un igual o su pareja: *«Yo no quería inyectarme y él me obligó a probarlo. Estaba enamorada y lo hice»* (Italia: ID 26, cocaína, 44 años, VHC negativo tras tratarlo con éxito).

Comportamientos de riesgo durante la inyección

En la siguiente sección se exploran las conductas de riesgo durante la inyección, incluyendo el lugar en el que se realiza, la compra y la eliminación del utensilio infectado, junto con diversas cuestiones sobre seguridad, incluidas las conductas para prevenir riesgos durante la inyección.

Lugar

La mayoría de las participantes de todos los países involucrados tendían a inyectarse en compañía de otras personas. Era poco frecuente que las mujeres se inyectasen estando solas. La inyección tenía lugar en la mayoría de los casos en un lugar privado (p. ej., su casa/ la casa o el coche de otros consumidores). La mitad de la muestra de las mujeres de España contestó que «ocasionalmente» se inyectaban al aire libre, de forma similar a las participantes de Polonia. Estas mujeres eran conscientes de que inyectarse en lugares públicos era más arriesgado debido a que solía conllevar con más frecuencia el uso compartido de utensilios y una menor capacidad para tomar precauciones, tales como el acceso a agua esterilizada. *«Si consumo la droga en el hueco de una escalera, utilizo agua corriente y aclaro los utensilios en una botella compartida»* (Polonia ID 5, heroína, 36 años, VHC positivo). En España hay disponibles salas de inyección y principalmente eran utilizadas por las mujeres más jóvenes de la muestra: *«Paso mucho tiempo aquí, en la sala de inyección. No tengo casa. Creo que siempre es mejor hacerlo aquí que en la calle»* (España: JT34, cocaína, 24 años, VHC positivo). Sin embargo, otras mujeres de mayor edad tenían tendencia a inyectarse en privado y a solas: *«Solía hacerlo en la calle. Pero era antes, cuando era más joven. Ahora prefiero un lugar más tranquilo, en*

casa, con mi cosas, mi sofá, me tomo mi tiempo...» (España: JT46, heroína, 46 años, VHC positivo). Las participantes de mayor edad comunicaron sentirse menos seguras y más vulnerables cuando se inyectaban en la calle.

Al igual que cuando se inyectaban al aire libre, las mujeres respondieron que asumían más conductas de riesgo cuando se inyectaban en grupo. Por ejemplo, en Polonia, las mujeres expresaron que el uso compartido de utensilios es mayor, bien por accidente o porque la gente no sabe con seguridad cuáles son sus utensilios, o también como consecuencia de la falta de agujas y jeringuillas estériles disponibles. En Polonia, las participantes creían que en los lugares de intercambio no había suficientes agujas y jeringuillas estériles disponibles para ser distribuidas entre los grupos de inyección, y que las agujas y jeringuillas que se podían comprar en las farmacias a veces no respondían a las necesidades de las personas consumidoras de drogas inyectadas.

Adquisición y eliminación

A través de los programas de intercambio de agujas/jeringuillas se puede acceder ampliamente a utensilios de inyección limpios. En España y en Escocia, las mujeres hicieron hincapié en las ventajas de poder conseguir el conjunto de todos los utensilios (p. ej., agujas o jeringuillas estériles, filtros, toallitas, cazoletas y agua) para poder practicarse la inyección de forma segura. En Escocia, según las repuestas, resultaba posible acceder a ellos a través de programas de intercambio de jeringuillas en las farmacias. En España, las participantes los conseguían principalmente en las salas de inyección y en las farmacias. En Italia, las mujeres adquirían los lotes en farmacias locales y mediante dispensadores automáticos, y también los obtenían gratuitamente a través de servicios de intercambio. En Austria, la mayoría de las participantes acudía a una instalación de intercambio de agujas. Algunas tomaban agujas nuevas y estériles o demás elementos de manos de sus amigos/as. Las participantes de Polonia eran menos optimistas con relación a la disponibilidad de utensilios de inyección: citaban las dificultades para obtener material estéril, falta de suministros adecuados en farmacias, actitudes negativas por parte del personal farmacéutico y falta de dinero para comprar los utensilios. Sin embargo, en todos los países, el acceso al material de inyección seguía siendo un problema para algunas mujeres, en particular, con relación a la accesibilidad y/o disponibilidad de los lugares de intercambio de agujas o a la ansiedad, los síntomas de abstinencia impedían a las mujeres hacer el esfuerzo de conseguir utensilios nuevos.

En términos de eliminación del material, la mayoría de las participantes devolvían las jeringuillas utilizadas a los centros de intercambio (habitualmente en recipientes para desecharlas o en otros recipientes para eliminarlas de forma segura). En Italia y en Austria no se suministran cajas para desechar utensilios punzantes. En Italia, la mayoría de las participantes desechara los utensilios en una papelería, bien en casa o en la calle. Por lo general, volvían a tapar las agujas para desecharlas de forma segura y un pequeño número de mujeres mencionó hacerlo como forma de evitar causar lesiones por pinchazos de aguja a otros o a sí misma. Algunas participantes guardaban las agujas utilizadas para usarlas más adelante –por lo general, para cubrir una emergencia si no había agujas disponibles. Unas pocas admitieron que dejarían sus agujas utilizadas a otras personas que estuviesen con síntomas de abstinencia. *«¿Cuando alguien se siente realmente mal porque tiene los síntomas de abstinencia? Sí, le pasaría mis agujas. Para ayudarle...»* (Austria: ID RED 17, 31 años, VHC positivo). Una serie de mujeres indicaron que solían compartir la bolsa de las agujas utilizadas con el compañero de inyección y que, aunque algunas marcaban las jeringuillas para identificar sus agujas, otras simplemente las guardaban allí sin ningún tipo de diferenciación, aumentando así el riesgo de utilizar la próxima vez una aguja (posiblemente) infectada: *«No sé, las dejo allí (las jeringuillas) y luego las cojo y las mías son iguales a las de él, quiero decir, no las comparto a propósito, es que están allí (...). Cuando las puse en la bolsa, no se me ocurrió marcarlas, sabes, mis amigas sí lo hacen siempre, pero yo después de un tiempo ya no me acordaba de marcarlas, las dejaba en la bolsa y luego las sacaba y las utilizaba; no estábamos seguros de cuál era de cada uno, pero no porque quisiésemos hacerlo a propósito, sino porque como estábamos juntos, las cogíamos y nos inyectábamos»* (ID 5, cocaína, 24 años, VHC positivo).

Algunas mujeres limpiaban sus agujas con agua o con alcohol antes de guardarlas en la bolsa para utilizarlas de nuevo, pero unas cuantas mencionaron meterlas sucias en la bolsa y limpiarlas en el próximo uso.

Preparación e inyección

Una gran proporción de mujeres indicó que había limpiado sus zonas de inyección antes o después de haberse inyectado. En España, Italia y Escocia, como mínimo, los “kits” de inyección distribuidos contenían toallitas con alcohol para limpiar la piel. Sin embargo, las participantes comunicaron haber utilizado pañuelos de papel, toallitas, algodones, toallitas húmedas para bebés e incluso papel de los paquetes de cigarrillos.

En todos los países, la mayor parte de las mujeres habían compartido los utensilios de inyección en algún momento de su vida como consumidoras de droga. Se observaron diferencias importantes con relación a la preparación de las drogas para la inyección. Cuando se inyectaban a solas, las mujeres tenían un mayor control sobre todo el proceso y asumían menos riesgos de compartir utensilios. Sin embargo, inyectarse en grupo o con la pareja conllevaba más oportunidades de compartir el material, sobre todo, las cazoletas, el agua y los filtros. Aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas eran conscientes de los riesgos de transmisión asociados al uso compartido de agujas/jeringuillas, acostumbraban a compartir las cazoletas, los filtros y el agua. En Escocia e Italia, las mujeres contaban que habían utilizado cazoletas, filtros y agua para repartir la droga diluida en las agujas/jeringuillas individuales. En España y Polonia, era más habitual que las mujeres mencionasen un proceso de carga delantera o carga trasera¹. En Italia, siete mujeres mencionaron la carga delantera y la carga trasera, aunque solo dos dijeron que habían utilizado jeringuillas/agujas nuevas, el resto informó haberlo hecho con jeringuillas usadas o «estériles». En Austria la carga delantera o carga trasera no es una práctica habitual.

Un tema recurrente que surgía en todos los países era la descripción de normas informales durante la preparación de la droga y de la inyección. En Italia, Polonia, Escocia y España, las mujeres relataban que las personas usuarias con más experiencia preparaban la inyección; esto era una práctica más habitual entre las personas inyectoras jóvenes o las que no eran capaces de inyectarse ellas solas. La preparación y el orden de la inyección también los decidían aquellas personas que proporcionaban la mayor parte del dinero para comprar la droga. El tema de la «confianza» también es otro factor importante particularmente para las mujeres que no saben inyectarse solas. A menudo, la confianza se establecía en función de lo conocida que era para la participante dicha persona (p. ej., una relación duradera/una pareja sexual), así como el conocimiento y la experiencia de la pareja durante la inyección. Un pequeño número de participantes comentaba que cedía el control del proceso de preparación porque su pareja prefería tener el control y se sentían incapaces de negociarlo o de insistir en prácticas seguras de inyección. De la misma forma, las reacciones violentas de la pareja íntima

¹ La carga por delante o por detrás consiste en verter la droga diluida preparada en una jeringuilla que tiene una aguja. Luego, parte de la solución se desliza por la parte posterior en otra jeringuilla o jeringuillas receptora(s) a través de la parte frontal por donde se extrae la aguja (carga por delante) o a través de la parte trasera si se ha retirado el pistón de la jeringuilla (carga por detrás).

limitaban la capacidad de las participantes para evitar el uso compartido de los utensilios y hacer frente a las actitudes dominantes y agresivas de sus compañeros: *«Ya, no me atrevía a decirle que no quería usar la suya, me podía ganar otro puñetazo en la mandíbula. Estaba asustada. Se lo había dicho alguna vez antes y... bah, no quiero hablar de eso, sin más, acabé con un golpe en la boca»* (Escocia: ID 2023, cocaína, 39 años, VHC positivo).

La depresión y la apatía también se citaban como razón para no adoptar medidas para reducir los daños por falta de ánimo para hacerlo: *«En ese momento todo te importa una mierda, cuando estás de bajón, simplemente te da igual lo que pase»* (España: JT43, cocaína, 36 años, VHC positivo).

Unas cuantas participantes de Italia, Escocia y España comentaron que las personas consumidoras, en general, no solían hablar del estado de su serología cuando se inyectaban en grupo, excepto en Polonia. En Polonia, las mujeres informaban a las demás personas de sus resultados de VHC y VIH para decidir en función de ello si compartían los utensilios o no. En Austria, no resultaba extraño que las participantes hablasen del VHC con sus parejas o con amigos/as.

Conducta sexual

La mayoría de las participantes eran heterosexuales y estaban, o habían estado, en relaciones de larga duración. En Austria, la mitad de la muestra afirmó haber utilizado preservativos durante las relaciones sexuales. Sin embargo, en España, Escocia, Italia y Polonia, el uso del preservativo no era habitual. De hecho, en Polonia no utilizaban ningún método anticonceptivo en absoluto. Los principales motivos para no utilizar preservativos en el acto sexual eran la confianza; las relaciones íntimas de larga duración; la falta de asertividad; el miedo generado (percibido o real) por las reacciones violentas que habían tenido parejas anteriores o la pareja actual al pedirle que se pusiera el preservativo; dejarse llevar por el momento; desinterés; pérdida del deseo sexual.

«Mi pareja dice que si quiero usar un condón, eso significa que no le quiero y que en el futuro le voy a dejar» (Polonia: ID 15, heroína, 42 años, VHC positivo).

«Sí, en mi relación con un tipo que vivía en la calle. Me dijo que no (quería usar un preservativo) y, es más, me pegó en la cara. Tenía miedo y no le dije “póntelo” otra vez» (España: JT35, heroína, 45 años, VHC positivo).

En algunos casos eran los compañeros los que no querían utilizar preservativos, aunque también citaron casos en los que estos sí querían utilizarlos, o aceptaban decidirlo conjuntamente o incluso había quienes insistían en usarlos. Cuando los dos miembros de la pareja eran VHC positivos apenas se usaba el preservativo ya que el riesgo de infectarse con un genotipo diferente de VHC no se tenía demasiado en cuenta.

Solo una pequeña cantidad de mujeres consideraban la posibilidad de pedir a sus parejas que se hiciesen una prueba de enfermedades de transmisión sexual (incluido el VHC), y un gran número de mujeres estaba de acuerdo en utilizar preservativos con parejas nuevas o casuales. En el conjunto de la muestra, había muy pocas participantes relacionadas con la prostitución y las que lo habían hecho afirmaron haber utilizado preservativos siempre (excepto que los clientes ofreciesen pagar más si no se utilizaba preservativo en el acto sexual), y unas pocas mencionaron el uso de preservativos durante el sexo oral. El sexo anal apenas se practicaba y solamente en España se consideraba como el tipo de sexo con mayor índice de riesgo de transmisión de virus. El sexo oral en general no se mencionaba o no se consideraba un factor de riesgo. Era interesante la creencia de que en las relaciones íntimas lesbianas no había protección disponible. Aunque algunas participantes eran conscientes de que no usar protección en las relaciones sexuales era un factor de riesgo para la transmisión del VHC, a este tema se le dedicaba menos atención que a las conductas durante la inyección. Sin embargo, incluso entre aquellas que conocían los riesgos, sus conocimientos no eran coherentes con sus prácticas reales.

Infección y prevención

En esta sección, se exploran los conocimientos de las participantes para establecer hasta qué punto son conocedoras de cómo pueden contraer o evitar el virus.

Las participantes que tenían VHC negativo adoptaban una serie de estrategias que pueden explicar cómo habían evitado la transmisión. La mayoría no compartía (o disminuía la frecuencia con la que lo hacía) las agujas/jeringuillas ni el resto de utensilios de inyección; algunas usaban preservativos; otras marcaban su material de inyección para asegurarse de que las jeringuillas que utilizarían la próxima vez serían las suyas. Un pequeño número de mujeres atribuían a la «suerte» el hecho de no haberse contagiado.

Casi la mitad de las participantes (el 48 %) habían contraído el VHC en algún momento de su trayectoria como inyectoras. La mayoría pensaba que se habían infectado al compartir las agujas o alguno de los elementos del material de inyección (p. je., cazoletas y filtros). En Polonia, las mujeres no asociaban la transmisión del VHC con el uso de agua para aclarar los utensilios, aunque algunas sí mencionaban la falta de higiene o la suciedad como motivos de la transmisión del virus. En Italia, la posibilidad de infectarse por compartir las agujas o las jeringuillas se conocía pero fue durante la entrevista cuando supieron por primera vez que también era posible contagiarse compartiendo otros utensilios. Solo unas pocas mujeres creían haber contraído el virus a través por transmisión sexual ya que la mayoría pensaba que la transmisión por esa vía es mínima (bien porque habían tomado precauciones para minimizar el riesgo durante el acto sexual, bien porque pensaban que el riesgo era bajo).

Después del diagnóstico, la mayoría de las participantes mantuvieron prácticas de inyección más seguras, sobre todo, en términos de evitar compartir agujas o utensilios. Una pequeña minoría no hizo ningún cambio, bien porque ya había comenzado a usar prácticas más seguras, bien porque compartir era lo habitual. Algunas participantes revelaban su estado a otras personas consumidoras, dejando la decisión de compartir el material a sus parejas de inyección. Evitar perjudicar a otras personas, en particular a familiares y a niños, era un asunto importante para muchas mujeres. Evitaban compartir artículos como cortaúñas, cepillos de dientes, cuchillas, etc. Algunas afirmaron haber utilizado preservativos para proteger a sus parejas de la transmisión sexual. Las mujeres que se inyectaban en lugares abiertos al aire libre intentaban asegurarse de que tendrían acceso a agua limpia para lavar los utensilios. Otras, sin embargo, preferían inyectarse en casa para garantizar que podían llevar a cabo la preparación y la inyección con seguridad y sin prisas.

Intervención

En todos los países participantes, había apoyo universal en favor de realizar una intervención sobre los riesgos de transmisión del VHC y las estrategias para evitar la infección. Las participantes estaban dispuestas a beneficiarse del aprendizaje de habilidades para desarrollar conductas asertivas relativas a la inyección y la salud sexual, y pensaban que contar con más conoci-

mientos acerca del VHC no solo las beneficiaría a ellas sino que sería de ayuda para inyectoras más jóvenes o principiantes. Hubo respuestas mixtas acerca de si la intervención debía desarrollarse en grupo o de forma individual. Las que preferían sesiones individuales mencionaban razones como miedo a posibles conflictos de grupo, vergüenza o falta de confianza. Algunas sentían que estarían más dispuestas a tratar temas y conductas personales con un miembro del personal y que las sesiones individuales les garantizarían el anonimato y la confidencialidad. Algunas mujeres comentaban que les daba vergüenza o miedo que otras las juzgasen por su estado de VHC. Por otro lado, las ventajas del grupo eran que se podían compartir experiencias y que las discusiones serían más interesantes. El trabajo en grupo también se percibía como más amistoso y dinámico que las sesiones individuales. En Italia, el trabajo en grupo era la opción preferida. La mayoría de las participantes de Austria, Italia y Polonia pensaban que involucrar a las parejas en la intervención sería positivo ya que ayudaría a que sus parejas tuviesen más conocimientos sobre los riesgos de transmisión del VHC y así ayudarían también a las mujeres. Por el contrario, en España y Escocia, la mayoría no quería que sus parejas tomaran parte ya que sentían que si sus parejas estaban presentes, se limitarían sus posibilidades de compartir opiniones y experiencias.

Resumen

En resumen, los hallazgos muestran similitudes entre las participantes de diferentes países con relación a la obtención de conocimientos, de información y a las conductas sexuales. A pesar de que se han observado algunas diferencias, la visión general sugiere que es necesario mejorar la comprensión de los riesgos de transmisión del VHC entre las M-UDI, para que incentive y favorezca un cambio en las conductas de salud sexual y de inyección.

Si bien la información sobre VHC se obtenía mediante una diversidad de fuentes, se otorgaba una mayor fiabilidad a la ofrecida por los profesionales. Aunque hay disponible amplia información sobre la transmisión del VHC, sigue habiendo lagunas significativas en los conocimientos. Un ejemplo de ellas es el desconocimiento de los riesgos de transmisión del agua durante la preparación y el aclarado, y los riesgos de transmisión sexual. Es más, también hay una serie de creencias falsas o mitos que han pasado a formar parte de la cultura del consumo de drogas inyectadas, independientemente

del país del que se trate. También se hicieron indicaciones apuntando la necesidad de contar con más información sobre los riesgos asociados al VIH/SIDA y al riesgo aumentado por transmisión del VHC.

Se observaron disonancias cognitivas, ya que, a pesar de que se conocían los riesgos de transmisión del VHC por contacto con sangre, las participantes seguían desarrollando prácticas de inyección no seguras, sobre todo, en lo relativo a compartir el material. Experimentar la sensación física de la abstinencia y la ansiedad explica el uso compartido del material de inyección en algunos casos. Sin embargo, algunas creencias como la «suerte» o la «inevitabilidad» eran incoherentes con el conocimiento real de las participantes, que se beneficiarían de mayores investigaciones para analizar hasta qué punto influyen en sus conductas de inyección.

Los hallazgos también indicaban claramente que las consumidoras que no eran capaces de inyectarse eran dependientes de las personas que las acompañaban y menos capaces de negociar o insistir en el uso de material limpio y diferenciado. Lo que, en resumen, incrementaba el riesgo de transmisión del VHC. Esta misma situación era aplicable al pequeño número de participantes que respondieron que sus parejas preferían tener el control del proceso de inyección. Trabajar la negociación y la asertividad puede capacitar a las mujeres para sentirse más seguras a la hora de abordar los temas de seguridad y a la hora de insistir en el uso de material de inyección estéril y en el uso de preservativos. Al igual que influyen en el uso compartido de material de inyección, la confianza, las relaciones íntimas y la falta de asertividad son factores claves en las conductas sexuales de riesgo.

3.5 Triangulación de los datos de métodos mixtos

La *Tabla 12* reúne los hallazgos de las partes cuantitativas y cualitativas del estudio para describir los factores internos (actitud, motivación, conocimiento, habilidades y situación) y factores externos (cultura y política) asociados a las conductas de riesgo en la inyección y en las prácticas sexuales. Además, ofrece recomendaciones para el desarrollo de servicios que asistan a las M-UDI a reducir dichas conductas.

Tabla 12. Triangulación de los datos de métodos mixtos y recomendaciones derivadas de los hallazgos de la investigación

| Conducta | Factores internos | |
|---|---|---|
| | Actitud/motivación | Conocimiento/habilidades |
| Conductas de riesgo durante la inyección | | |
| Compartir agujas y jeringuillas (incluyendo prácticas de carga de agujas delantera y trasera) | Inevitabilidad, confianza, percepción de estigma, apatía, ansiedad/abstinencia, estado de VHC de la pareja, disonancias cognitivas (riesgo conocido y asumido nuevamente) | Conocimiento escaso/ausente, inexperiencia, creencias falsas, falta de revelación del estado de salud, falta de asertividad y de habilidades de negociación |
| Uso compartido del material (agua, cazoleta, torniquete, filtro, toallitas) | Inevitabilidad, confianza, percepción de estigma, apatía, ansiedad/abstinencia, estado de VHC de la pareja, disonancias cognitivas (riesgo conocido y asumido nuevamente) | Conocimiento escaso/ausente, inexperiencia, creencias falsas, falta de revelación del estado de salud, falta de asertividad y de habilidades de negociación |
| Inyección en espacios exteriores | Apatía, ansiedad, abstinencia | Falta de asertividad, conocimientos escasos o ausentes, inexperiencia, creencias falsas, no revelación del estado de salud |
| Inyectarse en compañía de otras personas | Confianza, apatía, ansiedad/abstinencia, disonancias cognitivas | Inexperiencia, falta de conocimientos, falta de asertividad o de habilidades de negociación, no revelación del estado de salud |
| Limpieza de las agujas/jeringuillas | Confianza, percepción de estigma, estado de VHC de la pareja, disonancias cognitivas (riesgo conocido y asumido nuevamente) | Conocimientos escasos/ausentes, falsas creencias |
| Reutilización de las agujas | Confianza, apatía, ansiedad/abstinencia | Conocimientos escasos/ausentes |

| Factores externos | | | Recomendación |
|--|--|---|--|
| Situación | Cultura | Política | |
| Falta de accesibilidad (distancia a la farmacia, falta de programas de intercambio de jeringuillas, falta de dinero, etc.), inyección en lugares al aire libre, falta de hogar | Percepción de estigma, norma para inyectarse juntos, mayor riesgo en uso de estimulantes | Falta de educación sobre HCV, falta de información sobre los servicios disponibles (principalmente los programas de intercambio de jeringuillas), falta de agujas o jeringuillas | <i>Las participantes que aceptaron participar en el estudio con métodos mixtos constituían una representación de las M-UDI en Austria</i> |
| Falta de accesibilidad (distancia a la farmacia, falta de programas de intercambio de jeringuillas, falta de dinero, etc.), inyección en lugares al aire libre, falta de hogar | Percepción de estigma, norma para inyectarse juntos, mayor riesgo en uso de estimulantes | La educación sobre el VHC no se centra en el riesgo de compartir el material, la falta de utensilios distribuidos gratuitamente, los paquetes de inyección no llevan agua (Escocia ha empezado a incluirla) | <i>La educación sobre VHC debería incluir los riesgos de transmisión asociados al uso compartido de utensilios; distribuir material gratis</i> |
| Falta de un espacio privado como, por ejemplo, las salas de inyección | Percepción del estigma, norma para inyectarse juntos | Falta de contar con lugares apropiados para ello (salas de inyección) que estuviesen a su alcance | <i>Disposición de lugares para esos fines (salas de inyección) que resulten accesibles</i> |
| | Normas informales, norma para inyectarse juntos, confianza, amor | Falta de educación sobre VHC | <i>Disposición de lugares para esos fines (salas de inyección) que resulten accesibles</i> |
| | Aumentar la educación sobre el VHC proporcionada por MG y profesionales de la salud | Falta de contar con lugares apropiados para ello (salas de inyección) que estuviesen a su alcance | <i>Disposición de lugares para esos fines (salas de inyección) que resulten accesibles</i> |
| Falta de accesibilidad (distancia a la farmacia, falta de programas de intercambio de jeringuillas); falta de lugares destinados a esos fines (salas de inyección) que resulten accesibles | Conducta habitual | Falta de contar con lugares destinados a esos fines (salas de inyección) que resulten accesibles, falta de información sobre la disponibilidad de los servicios, particularmente los programas de intercambio de jeringuillas | <i>Proporcionar lugares destinados a esos fines (salas de inyección) que resulten accesibles, proporcionar más información sobre los servicios disponibles</i> |

| Conducta | Factores internos | |
|-------------------------------------|--|---|
| | Actitud/motivación | Conocimiento/habilidades |
| Almacenamiento | Confianza, percepción de estigma, estado de VHC de la pareja, apatía | Conocimientos escasos/ ausentes, falsas creencias |
| Dejarse inyectar por otra persona | Confianza, apatía, ansiedad/ abstinencia, ceder el control, normas informales, disonancias cognitivas (riesgo conocido y asumido nuevamente) | Inexperiencia, conocimientos escasos/ausentes, falta de asertividad o de habilidades de negociación, no revelación del estado de salud |
| Preparación a cargo de otra persona | Confianza, apatía, ansiedad/ abstinencia, ceder el control, normas informales, disonancias cognitivas (riesgo conocido y asumido nuevamente) | Conocimientos escasos/ ausentes, falta de asertividad o de habilidades de negociación, inexperiencia, no revelación del estado de salud |
| Escasez de higiene | Apatía, ansiedad, abstinencia | Conocimientos escasos/ ausentes |

Ausencia uso del preservativo masculino y femenino

| | | |
|--------------|---|--|
| Sexo vaginal | Confianza, relaciones íntimas, apatía, reacción violenta del compañero actual o de los anteriores (VP), disonancias cognitivas, pareja con el mismo estado de VHC o VHC negativo, reducción del deseo sexual, vergüenza | Falsas creencias sobre la transmisión sexual del VHC, falta de conocimientos, falta de asertividad para negociar el uso de preservativos |
| Sexo anal | Confianza, relaciones íntimas, apatía, VP actual, disonancias cognitivas, pareja con el mismo estado de VHC o VHC negativo | Falsas creencias sobre la transmisión sexual del VHC, falta de conocimientos, falta de asertividad para negociar el uso de preservativos |
| Sexo oral | Confianza, relaciones íntimas, VP actual, disonancias cognitivas, pareja con el mismo estado de VHC o VHC negativo | Falsas creencias sobre la transmisión sexual del VHC, falta de conocimientos, falta de asertividad para negociar el uso de preservativos |

| Factores externos | | Recomendación | |
|---|-------------------|---|---|
| Situación | Cultura | Política | |
| Falta de accesibilidad (distancia a la farmacia, falta de programas de intercambio de jeringuillas, falta de dinero, etc.) | Conducta habitual | Falta de educación sobre VHC | <i>Aumentar la educación sobre el VHC proporcionada por MG y profesionales de la salud</i> |
| Pareja dominante, personas con más experiencia | Conducta habitual | Falta de educación sobre VHC | <i>Aumentar la educación sobre el VHC proporcionada por MG y profesionales de la salud</i> |
| Pareja dominante, consumidor más experto, comprador de la droga, usuario más estable | Conducta habitual | Falta de educación sobre VHC | <i>Aumentar la educación sobre el VHC proporcionada por MG y profesionales de la salud</i> |
| Pocas toallitas disponibles, falta de dinero | Conducta habitual | Falta de educación sobre el VHC, falta de toallitas disponibles | <i>Aumentar la educación sobre el VHC proporcionada por MG y profesionales de la salud; aumentar la cantidad de toallitas disponibles</i> |
| Prostitución, diversas parejas, rechazo del compañero, falta de preservativos disponibles, falta de dinero para comprar preservativos | Conducta habitual | Falta de educación sobre el VHC, falta de educación sexual | <i>Aumentar la educación sobre el VHC y la educación sexual proporcionada por MG y profesionales de la salud</i> |
| Prostitución | | Falta de educación sobre el VHC, falta de educación sexual | <i>Aumentar la educación sobre el VHC y la educación sexual proporcionada por MG y profesionales de la salud</i> |
| Prostitución | | Falta de educación sobre el VHC, falta de educación sexual | <i>Aumentar la educación sobre el VHC y la educación sexual proporcionada por MG y profesionales de la salud</i> |

4. Desarrollo y análisis de una intervención psicosocial para reducir las conductas de riesgo relacionadas con el VHC durante el consumo de drogas y la actividad sexual y para aumentar el conocimiento sobre la transmisión del VHC entre las M-UDI en Europa

4.1 Desarrollo de la intervención REDUCE

El desarrollo de la intervención psicosocial REDUCE se informó por medio de:

- Una revisión sistemática de la literatura existente.
- Una encuesta sobre buenas prácticas en Europa.
- Sondeo de opiniones de las M-UDI.
- Conocimientos de expertos.
- Estudio REDUCE con métodos mixtos.

4.1.1 Encuesta sobre buenas prácticas en Europa

Se envió una encuesta a todos los agentes clave de la Unión Europea para determinar el rango de las estrategias de intervención sobre el VHC en Europa que estaban orientadas a disminuir las conductas de riesgo relacionadas con el VHC y a aumentar los conocimientos sobre su transmisión entre las M-UDI. El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías facilitó la identificación de las personas clave de interés, a través de la red de CORRELACIÓN. Además, la Red Internacional contra la Hepatitis en Consumidores de Sustancias aceptó distribuir el cuestionario.

En total, se recibieron 31 encuestas procedentes de 22 países europeos, la mayoría cumplimentadas por organizaciones no gubernamentales (ONGs),

que trabajaban con personas consumidoras de drogas. De los 22 países que rellenaron al menos un cuestionario, 14 informaron de que las intervenciones psicosociales se ofrecían a los UDI para reducir las conductas de riesgo frente al VHC y aumentar los conocimientos sobre cómo se transmite. Se describieron dieciocho intervenciones pero solo siete de ellas estaban dirigidas a necesidades específicas de las M-UDI. No obstante, aunque ninguna de estas siete intervenciones se había evaluado mediante ensayos controlados aleatorios, su contenido se revisó dentro del trabajo de desarrollo de la intervención REDUCE.

4.1.2 Revisión sistemática de la literatura sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales para reducir las conductas de riesgo relacionadas con el VHC y aumentar los conocimientos sobre su transmisión

Se llevó a cabo una revisión sistemática para determinar la eficacia de las intervenciones psicosociales para reducir las conductas de riesgo relacionadas con el VHC y las prácticas sexuales y para aumentar los conocimientos sobre la transmisión del VHC entre las consumidoras de drogas. La búsqueda se realizó en diferentes bases de datos; Medline, EMBASE, la Base de datos de ensayos clínicos de Cochrane y PsycINFO para identificar ensayos controlados aleatorios y estudios de intervención hasta febrero de 2012, utilizando una estrategia de búsqueda. Además, se hicieron búsquedas manuales de bibliografía para identificar posibles estudios relevantes. Las intervenciones psicosociales se definieron como intervenciones no farmacológicas orientadas al cambio de conductas individuales. Ninguno de los 11 ensayos clínicos identificados eran intervenciones específicamente dirigidas a M-UDI. Se recabaron manuales de intervenciones que habían resultado eficaces para disminuir las conductas de riesgo y aumentar los conocimientos sobre la transmisión del virus con el fin de revisarlos.

Muchas de las sesiones sobre conductas de riesgo relacionadas con el VHC se adaptaron o reprodujeron con permiso del estudio DUIT ^[24]. Además, las sesiones sobre cómo gestionar estados de ánimo negativos se adaptaron o reprodujeron con permiso del *Women's Wellness Treatment* (Tratamiento para el Bienestar de las Mujeres) ^[25] y *Behavioural Modification for Drug Dependence* (Modificación de la Conducta en la Drogodependencia) ^[26-28]. También se incluyeron, tras obtener previamente el debido permiso, las hojas informativas y los datos de www.HCVAdvocate.org y www.hiwecanhelp.com.

4.1.3 La intervención

Se ha llevado a cabo una intervención breve en grupo compuesta por tres sesiones y dirigida por un profesional (p. ej., una persona experta en psicología, enfermería, educación, etc.). Se solicitó el permiso de los autores originales de todos los materiales adaptados y se encuentra detallado a lo largo de la intervención. Cada sesión duró dos horas, con un descanso de 15 minutos. En las sesiones se abordaron los siguientes puntos:

- Sesión 1: Compresión de los riesgos de transmisión de la Hepatitis C.
- Sesión 2: La hepatitis C y el bienestar sexual: negociar la seguridad.
- Sesión 3: La hepatitis C y el bienestar emocional: reducción de estados de ánimo negativos.

4.2 Evaluación la intervención

La evaluación determinó si las M-UDI habían experimentado algún cambio con relación a sus conocimientos sobre la transmisión del VHC y las conductas de riesgo tras su participación en las tres sesiones de la intervención psicosocial REDUCE. Del mismo modo, se preguntó a las participantes y a los facilitadores de la intervención sobre la viabilidad y la aceptación de la propuesta tanto de participar como de dirigir la intervención.

4.2.1 Participantes y reclutamiento

Las mujeres de 18 años de edad o mayores que se hubiesen inyectado heroína u otros opiáceos, cocaína o anfetaminas en el mes anterior eran elegibles como posibles participantes.

El reclutamiento de las participantes de Austria se hizo a través de un centro de día y una institución de intercambio de jeringuillas. Dos participantes de la intervención habían participado también en el estudio con métodos mixtos. En Italia, las M-UDI fueron identificadas por un especialista en psiquiatría e invitadas a participar en el estudio desde un centro de tratamien-

to que no estaba involucrado en el estudio con métodos mixtos. Con las M-UDI que participaron en la intervención de Polonia, el reclutamiento se hizo a través de centros de acogida para consumidores de drogas. Una de las participantes polacas había realizado el estudio con métodos mixtos. Las participantes potenciales fueron identificadas por especialistas de enfermería y por personal investigador en las salas de espera de dos centros de tratamiento de adicciones con pacientes ambulatorios en Escocia. Las posibles participantes ofrecieron su consentimiento al personal de enfermería para que el personal investigador se pusiese en contacto con ellas para invitarlas a participar. Ninguna de ellas había participado en el estudio con métodos mixtos. En España, las M-UDI que participaron en el estudio de la intervención eran a su vez participantes del estudio con métodos mixtos que cumplían los requisitos y estaban interesadas en participar en la intervención. Por consiguiente, los procesos para contactar y conseguir participantes para el estudio fueron diferentes entre unos países y otros. Las 11 participantes que ya habían participado en el estudio con métodos mixtos es posible que estuviesen más familiarizadas con el cuestionario sobre conocimientos relativos al VHC. No obstante, en el estudio de métodos mixtos, no hubo ninguna evidencia que sugiriese la existencia de diferencias respecto a los conocimientos sobre la transmisión del VHC entre unos países y otros ($p= 0,076$).

En todos los países, se recordó a las participantes las fechas y horarios de las intervenciones bien por teléfono o por mensajes de texto el día anterior o la misma mañana de la sesión de la intervención a la que debían asistir. Tras cada sesión de la intervención, se entregó a las participantes un vale por el tiempo que habían empleado en ella, al igual que tras las entrevistas de la investigación.

4.2.2 Medición de resultados

El cuestionario sobre transmisión de conocimientos relativos al VHC fue desarrollado en el marco del proyecto REDUCE y distribuido a las participantes en el punto basal, al final de la intervención y un mes después de la intervención. Además, las conductas de riesgo con relación a las drogas y las prácticas sexuales (tomadas del cuestionario del estudio con métodos mixtos de REDUCE) fueron evaluadas en el punto basal y un mes después de la intervención. El Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) ^[29] evaluó

los síntomas depresivos experimentados en las dos semanas anteriores al punto basal y en las dos semanas previas durante el seguimiento realizado un mes después de la intervención.

4.2.3 Realización de la intervención

La intervención se llevó a cabo en centros de tratamiento de adicciones con pacientes ambulatorios y estuvo a cargo de una persona especialista en Psicología Clínica en Austria, Italia y España. En Polonia, la intervención la llevaron a cabo dos personas expertas en Educación para la Salud (con la asistencia de ambas en las dos sesiones). En Escocia estuvo a cargo de una enfermera experta en el cuidado de personas afectadas por VIH/VHC. Un miembro del personal investigador asistió a las sesiones para verificar la fidelidad del manual de intervención.

4.2.4 Análisis

Se utilizaron *pruebas t pareadas* para los datos continuos y pruebas *Mc-Nemar* para datos apareados se utilizaron para los datos categóricos con el fin de comparar los resultados previos y posteriores a la intervención. Se llevó a cabo un análisis por intención de tratar para garantizar que todas las participantes que comenzasen el tratamiento estuviesen incluidas en el análisis, tanto si completaban las tres sesiones como si no lo hacían. Por consiguiente, si la participante no completaba uno o más de los cuestionarios de seguimiento, se utilizaban las respuestas de su evaluación más reciente. La imputación de datos se dio en cinco casos en la evaluación al final de la intervención (solamente con respecto al cuestionario de conocimientos de VHC) y para cuatro casos en la evaluación un mes después de la intervención.

4.3 Resultados de la evaluación

4.3.1 Cumplimiento y retención

Treinta y seis participantes que se habían inyectado durante el mes anterior consintieron participar en la intervención de tres sesiones: 10 de Austria, 6 de Italia, 5 de Polonia, 7 de Escocia y 8 de España. La edad media de las participantes era 32,19 años (DE: 8,31; rango de edad entre 22 y 56 años). El cumplimiento y la tasa de abandono se muestran en la *Tabla 13*. El 81 % (29 de 36) de las participantes asistieron a la segunda sesión y el 78 % (28 de 36) asistieron a la tercera sesión. El 86 % (31 de 36) de las participantes completaron la evaluación al final de la intervención y la evaluación un mes después de la intervención fue completada por el 89 % (32 de 36) de las participantes.

Tabla 13. Cumplimiento y tasas de abandono durante el estudio de la intervención REDUCE

| | N.º de participantes en cada sesión | | | N.º de participantes que finalizaron la evaluación en cada franja temporal | | |
|---------|-------------------------------------|-----|-----|--|--------------------------|----------------------------------|
| | 1ª | 2ª | 3ª | Fase previa a la intervención | Final de la intervención | 1 mes después de la intervención |
| Austria | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 8 |
| Italia | 6* | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 |
| Polonia | 5 | 4** | 3** | 5 | 5 | 5 |
| Escocia | 7 | 6 | 4 | 7 | 5 | 6 |
| España | 8 | 4 | 6 | 8 | 6 | 7 |

* Una participante no asistió la sesión n.º 1 después de la evaluación inicial, pero asistió a la sesión n.º 2 (en la que se repasaron los conocimientos clave de la sesión n.º 1) y a la sesión n.º 3.

** Sesiones desarrolladas individualmente con las participantes que no asistieron a las sesiones n.º 2 (n= 1) y n.º 3 (n= 2).

4.3.2 Cambio de conducta

Un mes después de la intervención, cuatro participantes no se habían inyectado en el mes siguiente a la intervención. A pesar del tamaño pequeño de la muestra, **la intervención fue eficaz para reducir las conductas de riesgo relacionadas con el VHC durante la inyección y para aumentar los conocimientos sobre la transmisión del virus. No se informó de cambios en las conductas sexuales de riesgo o en la sintomatología depresiva durante el mes posterior a la intervención (Tabla 14).**

4.3.3 Viabilidad y aceptabilidad de la intervención

Las charlas con las profesionales que dirigían las intervenciones y las participantes que acudían a ellas decidieron el grado de aceptación y contribuyeron a identificar las áreas que funcionaban bien, así como aquellas que podían mejorarse. A pesar de que la intervención era relativamente corta (tres sesiones), los y las profesionales opinaron que la duración de la sesión (2 horas) era excesivamente larga para mantener la concentración de las participantes y que pudiesen contestar a todas las preguntas planteadas por las participantes. Las participantes afirmaron que habían aprendido mucho y que habían disfrutado realmente de las partes interactivas de la intervención como el vídeo, los juegos y los ejercicios de *role play*. Sentían menos inclinación por las partes didácticas que ofrecían las personas encargadas de dirigir la intervención.

La primera sesión, «Comprensión de los riesgos de transmisión de la Hepatitis C», fue con la que más disfrutaron, seguida de la segunda «La hepatitis C y el bienestar sexual: negociar la seguridad». Las participantes sintieron que las estrategias que les habían enseñado durante la tercera sesión «La Hepatitis C y el bienestar emocional: reducción de los estados de ánimo negativos», no eran suficientes para que dejaran de inyectarse (y de asumir riesgos) cuando se sentían deprimidas.

Tabla 14. Cambio de conducta desde el inicio hasta el mes posterior a la intervención

| Resultados significativos | Resultados no significativos |
|--|--|
| Reducción significativa del uso de cucharas o cazoletas para la mezcla utilizados previamente por otras personas | Ninguna diferencia en el uso compartido de agujas/jeringuillas con alguien que sepan que tiene el VHC |
| Reducción significativa en el uso compartido de filtros, cucharas, cazoletas o agua con alguien que sabían que era VHC positivo | Ninguna diferencia en el uso de filtros previamente utilizados por otras personas |
| Reducción significativa en el uso de toallitas con alcohol después de haberse inyectado | Ninguna diferencia durante la preparación o limpieza de utensilios con agua que había sido utilizada por otras personas |
| Aumento significativo de los conocimientos sobre la transmisión del VHC | Ninguna diferencia en el uso compartido de droga con otra persona antes o después de haberla preparado |
| | Ninguna diferencia en el uso de toallitas con alcohol antes de inyectarse |
| | Ninguna diferencia en el número de todas las agujas/jeringuillas utilizadas para inyectarse, en el número de veces que las participantes se habían inyectado con una aguja/jeringuilla utilizada por otra persona o en el número de de personas de las que habían tomado prestadas las agujas/jeringuillas |
| | Ninguna diferencia en las conductas de riesgos sexuales |
| | Ninguna diferencia en los síntomas depresivos |

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Las M-UDI son una población vulnerable con muchos problemas de salud, entre los que la infección por VHC es la más prevalente. El proyecto REDUCE proporciona una intervención innovadora, basada en la evidencia y evaluada para reducir las conductas de riesgo de VHC y prevenir la propagación del VHC en el grupo especialmente vulnerable formado por las M-UDI.

¿Qué conductas de riesgo asumen las M-UDI?

La evaluación sistemática de las conductas de riesgo relacionadas con el VHC entre las M-UDI en los cinco países europeos nos permite concluir que la alta prevalencia de la infección por VHC entre esta población puede explicarse como resultado de conductas de riesgo habituales que conllevan la transmisión del VHC, entre ellas, las siguientes:

- Compartir los utensilios de inyección.
- Los episodios típicos de inyección ocurren en grupos o en pareja, lo que aumenta el riesgo de compartir material de inyección infectado.
- Frecuencia elevada de tener una relación con una pareja de alto riesgo, bien porque el compañero tiene el virus y/o porque experimentan violencia de pareja en la relación. En ambos casos, es común compartir los utensilios de inyección y no utilizar protección durante la actividad sexual.
- Frecuencia baja del uso del preservativo.

¿Qué saben las M-UDI acerca de la transmisión del VHC?

Otro aspecto relevante destacado en el estudio consiste en que un gran porcentaje de la población estudiada demostró tener conocimientos limitados sobre los mecanismos de transmisión del VHC. Los resultados han puesto de manifiesto lagunas importantes y muchas creencias falsas. Es más, incluso cuando eran capaces de identificar las conductas de riesgo, esto no les impedía seguir asumiéndolas y enfrentarse a riesgos elevados.

El análisis de los conocimientos sobre transmisión del VHC muestra que las M-UDI son conscientes de un gran número de conductas de riesgo. Por ejemplo, la mayoría saben que:

- El riesgo de transmisión del VHC está relacionado con el contacto con la sangre.
- El uso compartido de agujas, jeringuillas, cucharas/cazoletas, filtros o toallitas que hayan sido utilizadas por otras personas son fuentes de infección, así como compartir cepillos de dientes, cuchillas, tatuajes y piercings.
- Aclarar los utensilios de inyección con agua del grifo no destruye el VHC.
- El sexo sin protección es una conducta de riesgo.
- La infección por VHC se puede volver a contraer, la reinfección es posible.
- El uso compartido de tazas, platos, utensilios, tos, estornudos, abrazos, apretones de mano o agarrarse las manos, la comida, el aire y los asientos de los urinarios no contagia el VHC.

¿Qué no saben las M-UDI acerca de la transmisión del VHC?

Existen importantes lagunas sobre los conocimientos relacionados con la transmisión del VHC entre las M-UDI, entre ellas, las siguientes:

- Poca consciencia de los riesgos de transmisión del VHC mediante el uso compartido de agua para aclarar utensilios o diluir la droga.
- Poca consciencia de los riesgos de transmisión del VHC por compartir torniquetes, pipas, pajitas o billetes enrollados, así como otros dispositivos para esnifar droga.
- Poca consciencia de que el VHC puede sobrevivir durante un largo período de tiempo en los utensilios infectados.
- Poca consciencia de que tocar la zona del cuerpo donde se ha inyectado otra persona puede transmitir el VHC (p. ej., buscar una vena, secar la sangre o detener el sangrado).
- Poca consciencia de la existencia de varios subtipos de VHC.

Además, falta de conocimiento de algunos aspectos de la infección por VHC y la transmisión del virus. En el estudio se detectó que las M-UDI también tenían una serie de creencias falsas sobre cómo se contraía y se transmitía el virus:

- Muchas pensaban que la vacuna para prevenir el VHC existía y se administraba en la actualidad a las pacientes.
- Muchas de ellas pensaban que era más fácil contagiarse de VIH que de VHC.
- Muchas pensaban que el VHC lo contraían solo personas que tenían el VIH.
- Muchas de ellas pensaban que la infección por VHC podía propagarse mediante picaduras de mosquito.

¿Por qué siguen asumiendo riesgos las M-UDI?

Aunque las M-UDI parecen conocer algunas conductas de riesgo relevantes para la transmisión del VHC, esto no parecía impedirles seguir desarrollando dichas conductas. Hay varias razones que explican la falta de coherencia entre los conocimientos de las M-UDI y sus conductas:

- A menudo no cuentan con utensilios estériles de inyección.
- Las situaciones estresantes (p. ej., la abstinencia o tener ansiedad por consumir droga) pueden hacer que actúen impulsivamente.
- Consumen las drogas en grupo frecuentemente (con múltiples consumidores, compartiendo utensilios y droga), a lo que puede unirse una ubicación insegura (p. ej., lugares exteriores o espacios públicos).
- La violencia en las relaciones íntimas es común y reduce la capacidad de las M-UDI de proteger su propia salud negociando prácticas sexuales y de inyección más seguras.
- La alta prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, particularmente la depresión y la ansiedad, hace que las M-UDI sean más tendientes a participar en conductas inseguras. Los estados de ánimo negativos y la falta de asertividad pueden disminuir su capacidad para negociar interacciones más seguras en sus relaciones o redes personales de sexo y drogas.

¿Qué se concluye acerca de la intervención?

La intervención manualizada, diseñada y probada en cinco países europeos para este estudio ha sido evaluada por las M-UDI como una intervención muy necesaria y muy interesante. Según la evaluación de las participantes acerca de las tres sesiones de la intervención, la sesión n.º 1 (sobre conocimientos) es la que mejor valoración ha recibido y la sesión n.º 3 (sobre bienestar emocional) la menos valorada. Las participantes y el personal terapeuta sugirieron reducir las partes didácticas de cada sesión en las que se necesitaba que escuchasen, y aumentar el tiempo para las discusiones en grupo sobre los temas propuestos. Por ello, la intervención final precisa de alguna modificación antes de implementarla en la práctica diaria.

Las próximas iniciativas para intervenciones sobre VHC en M-UDI necesitan tener en cuenta la dificultad de conseguir que las M-UDI acepten participar y mantengan el compromiso. Durante el estudio, una de las dificultades más importantes fue conseguir participantes (mediante servicios de tratamiento de adicciones) que no tuviesen el VHC. La mayoría de las M-UDI en tratamiento ya tenían la infección del virus cuando buscaron ayuda en el tratamiento por primera vez, lo cual conlleva implicaciones para la prevención del VHC dentro del grupo. Además, las M-UDI hicieron hincapié en que consideraban que la información sobre el tratamiento y la transmisión del VHC era más fiable si procedía de MGs o de otras personas especialistas en salud que si provenía de iguales. Esto aporta otros puntos de vista que deben tenerse en cuenta a la hora de decidir cómo enfocar el desarrollo de las intervenciones para prevenir el VHC.

Los hallazgos del proyecto REDUCE subrayan la necesidad de un enfoque que tenga en cuenta el género en la prevención del VHC. Los hallazgos del estudio de la intervención son limitados ya que no fue un ensayo controlado aleatorio y participó solamente una pequeña muestra de M-UDI. Sin embargo, a pesar de las limitaciones, la intervención tuvo éxito en la reducción de algunas conductas de inyección y aumentó significativamente los conocimientos sobre transmisión del VHC entre las M-UDI. A pesar de ello, la intervención no consiguió reducir las conductas de riesgo durante la actividad sexual, posiblemente debido a que la mayoría de las participantes tenían relaciones de larga duración en las que lo habitual era no utilizar preservativos. Los costes de una intervención temprana satisfactoria comparados con los costes consecutivos del tratamiento (desde interferón a trasplante

de hígado) subrayan la necesidad de intervenciones de prevención del VHC tales como la intervención REDUCE, dirigida a poblaciones vulnerables.

5.2 Recomendaciones

Los hallazgos del proyecto REDUCE han dado pie a varias recomendaciones:

1. Las intervenciones de prevención del VHC sensibles al género son necesarias para abordar las necesidades específicas de las M-UDI.
2. Sigue siendo necesario un ensayo controlado aleatorio de la intervención REDUCE.
3. Las intervenciones psicosociales deberían ofrecerse no solo en centros de tratamiento de adicciones, sino también en prácticas de MG y en servicios de salud comunitarios para que sea posible tratar a una población más amplia y, más importante aún, para mejorar la capacidad de las M-UDI de reducir sus conductas de riesgo y prevenir la infección.

6. Referencias

1. World Health Organisation (2000) Fact sheet N°164.
2. Vescio, M.F. et al (2008). Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *J. Epidemiol Community Health* 62: 305-13.
3. Tohme, R.A. & Holmberg, S.D. (2010) Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission. *Hep Rev* 52(4):1497-505.
4. Booth, R.E., et al. (1995) Gender differences in sex-risk behaviors, economic livelihood, and self-concept among drug injectors and crack smokers. *Am J Addictions* 4, 313-22.
5. Brook, D.W., et al. (2000) Needle sharing: a longitudinal study of female injection drug users. *Am J Drug Alc Abuse* 26 (2): 263-81.
6. Stein M.D., et al. (2001) Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment. *Drug Alcohol Depend* 61(3):211-15.
7. O'Brien S. et al. (2008) Injecting drug users' understanding of hepatitis C. *Addict Behav* 33:1602-605.
8. Doherty, M.C., et al. (2000) Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults, *J Urban Health* 77: 396-414.
9. Wood, E. (2007) Gender and risk factors for initiation into injection drug use. *Drug Alcohol Rev* 26:333-34.
10. Hahn, J.A., et al. (2002) Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks, *J Infect Dis* 186:1558-64.
11. Evans, J.L., et al. (2003) Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO study). *J Urban Health* 80:137-46.
12. Bennett, G.A., et al. (2000). Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England. *AIDS Care* 12:77-87.
13. Montgomery, S.B., et al. (2002) Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. *Am J Drug Alcohol Abuse* 28:453-75.
14. Engstrom, M., et al. (2008) Childhood Sexual Abuse and Intimate Partner Violence among Women in Methadone Treatment: A Direct or Mediated Relationship? *J Fam Viol* 23:605-17.
15. Hearn, K.D., et al. (2005) Intimate Partner Violence and Monogamy among Women in Methadone Treatment. *AIDS Behav* 9:177-86.
16. Copenhagen, M.M., et al. (2006). Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: Meta-analytic evidence of efficacy. *JSAT* 31:163-71.
17. Garfein R.S., et al. (2007) Reduction in injection risk behaviors for HIV and HCV infection among young injection drug users using a peer-education intervention. *AIDS* 21:1923-32.
18. Balfour L., et al. (2009) Increasing public awareness about hepatitis C: development and validation of the brief hepatitis C knowledge scale. *Scand J Caring Sci.* 23:801-8.
19. Cox J., et al. (2008) Low perceived benefits and self-efficacy are associated with Hepatitis C virus (HCV) infection related risk among injection drug users. *Soc Sci Med.* 66:211-20.

20. University of the West of Scotland, Health Protection Scotland and West of Scotland Specialist Virology Centre. *The Needle Exchange Surveillance Initiative (NESI): Prevalence of HCV and injecting risk behaviours among injecting drug users attending needle exchanges in Scotland, 2008/09 & 2010/2*. (2012) University of the West of Scotland.
21. Mestre-Pintó, J.M. et al. (2014) Dual Diagnosis Screening Interview to Identify Psychiatric Comorbidity in Substance Users: Development and Validation of a Brief Instrument. *Eur Addict Res* 20:41-48.
22. Hegarty, K. et al. (1999) A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale. *J Fam Violence* 14:399-415
23. Pope, C. et al. (2000) Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *BMJ* 320:114-46.
24. Garfein, R.S. et al. (2007) A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *AIDS* 21:1923-32.
25. Gilbert, L., et al. (2006) An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence Vict* 21:657-72.
26. Lewinsohn, P.M., et al. (1984). *The Coping with Depression Course*. Eugene OR:Castalia Publishing Company.
27. Carpenter, K.M., et al. (2006). Behavioral Therapy for Depression in Drug Dependence (BTDD): Results of a stage 1a therapy development trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 32:541-48.
28. Carpenter, K.M., et al. (2008). Developing therapies for depression in drug dependence: results of a stage 1 therapy study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 34:642-52.
29. Kroenke, K., et al., (2001) The PHQ-9. *J Gen Intern Med* 16:606-13.

Reducir las conductas
de riesgo asociadas
a la hepatitis C durante
la inyección y la actividad
sexual entre las mujeres
usuarias de drogas
inyectadas en Europa
(REDUCE):
de la evidencia a la práctica

Informe final 2013

© REDUCE project

D.L.: B-00000000

www.thereducerproject.imim.es

