

De riesgos y placeres

Manual para entender las drogas

David Pere Martínez Oró
Joan Pallarés Gómez
(eds.)

editorial
MILENIO

LA REDUCCIÓN DE RIESGOS ENTRE LOS INYECTORES DE DROGAS

Elena ADÁN IBÁÑEZ

Pep CURA

ICEERS Foundation
pep.cura@gmail.com

Introducción

Este capítulo del manual pretende dar una visión de cómo actuar en materia de reducción de riesgos entre consumidores de drogas por vía parenteral (UDVP). Como ya se ha descrito en otros capítulos, la reducción de riesgos es una estrategia preventiva que se basa en la transmisión de información objetiva sobre los riesgos asociados a determinadas prácticas de consumo de drogas, así como estrategias para reducirlos. Por otra parte, la reducción de riesgos también puede ofrecer información sobre los potenciales placeres de dicho consumo y estrategias para mantenerlo (por ejemplo, espaciar los consumos, cuidar el setting, saber cuando uno puede consumir y cuando no, etc.).

En general, cuando se piensa en la atención sociosanitaria en usuarios de drogas por vía parenteral se piensa directamente en estrategias de reducción de daños. Esto se explica porque se considera que el consumidor es visto como una persona que ya está dañada. No obstante se trata de una visión parcial, ya que dentro de la reducción de daños está implícita la reducción de riesgos y de hecho es imposible implementar la primera sin la segunda.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT-EMCDDA) ofrece algún matiz en la diferenciación entre reducción de riesgos y reducción de daños, considerando que la reducción de riesgos¹ va más dirigida al cambio de comportamientos de consumo con el fin de prevenir daños potenciales, a la vez que apunta a que la reducción de daños² se aplica sobre consumos más graves y/o problemáticos.

1. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT - EMCDDA) considera que la reducción de riesgos es un concepto inexacto que puede aplicarse a un amplio abanico de intervenciones que tienen como objetivo modificar el comportamiento de consumo con tal de reducir el riesgo. <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/definitions>>.

2. Reducción de daños: El objetivo de la reducción de daños es reducir la incidencia de las infecciones y sobredosis relacionadas con el uso de drogas, así como vincular al usuario de drogas a los servicios sanitarios y sociales. (Grupo de trabajo Proyecto Correlation - EMCDDA). Según el EMCDDA, a pesar de que obviamente todas las intervenciones en prevención y tratamiento reducen el daño de algún modo, la reducción de daños hace referencia a medidas dirigidas a consumidores problemáticos o que ya han desarrollado una adicción y que no necesariamente van a cambiar ese consumo. <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary> - h>.

En definitiva, los consumidores de drogas por vía parenteral, son una población susceptible de beneficiarse de las estrategias de reducción de riesgos, y de hecho, aquellos ya vinculados a la red asistencial, lo son a pesar de que en estos espacios de intervención se suelen dar mensajes más propios de reducción de daños.

Los autores de este capítulo nos hemos planteado que quizás esta diferencia se basa en una generalización que, aunque cierta en muchos casos, no representa la realidad de que no todo consumo inyectado es un consumo necesariamente problemático per se o no toda persona que se inyecta presenta una adicción, aunque sea cierto en la mayor parte de los casos. De hecho, consideramos que partir de esta visión invisibiliza ciertos grupos de consumidores que deberían llamarnos la atención: los no inyectores cercanos al cambio de vía, el inyector incipiente y el inyector ocasional.

A lo largo de este capítulo, a la vez que repasamos las áreas de intervención en minimización de riesgos, iremos haciendo referencia a este vacío para intentar abrir nuevas estrategias de intervención o enfatizar las ya existentes.

Características del personal inyector

Caracterizar al consumidor de drogas por vía inyectada puede ayudar a comprender qué estrategias de reducción de riesgos se ajustan más a sus necesidades, cuales no tanto, y porqué. Sin embargo, caracterizar no es tarea fácil dado que partimos de la base de que es un colectivo oculto o apartado de la red asistencial normalizada, con lo cuál sólo podemos conocer aquellos que contactan con centros asistenciales o con programas de acercamiento (*outreach*). De esta manera la caracterización siempre será en base a una parte del total.

Otro de los aspectos que dificultan describir un perfil general es que, según la localización geográfica donde nos situemos, tanto la presencia como las características de los UDVP van a variar notablemente, aún siendo poblaciones colindantes. Una de las posibles razones de esta diferencia territorial puede ser, para empezar, la situación del mercado de drogas ilícitas aptas para el consumo inyectado. Por ejemplo, en Barcelona es elevada la presencia de cocaína y heroína (en forma de clorhidrato de morfina acetilizado) (Delás, Adán, Díaz, Aguas, Pons y Fuertes, 2010), ambas solubles en agua (aunque también válidas para consumirlas por vía esnifada). En cambio, en Andalucía hay predominio de heroína base o marrón, más adecuada para ser inhalada que no inyectada (De la Fuente, Barrio, Royuela y Bravo, 1997). Esto condicionará al usuario en cuanto a cómo consumir esa sustancia y por ende, a la definición de su perfil.

En España existen pocos datos sobre la población inyectora que sean representativos de todo el Estado, no obstante, el Plan Nacional Sobre Drogas

elabora anualmente el Informe Nacional para el OEDT donde se compilan los datos autonómicos representando estimaciones sobre la situación en España. Según este documento (EMCDDA, 2010) en 2009 se presentaron los resultados de la última Encuesta Domiciliaria Nacional sobre Alcohol y Drogas (EDA-DES) 2007-2008, que describen que un 0,2% de la población de entre 15 y 64 años de edad que respondió que se había inyectado heroína o cocaína en algún momento de su vida (EMCDDA, 2010).

Como hemos dicho, los usuarios de drogas inyectadas que son “visibles” son aquellos que contactan con los centros, principalmente aquellos que ofrecen tratamiento ambulatorio para las adicciones y que en muchas áreas de España proporcionan también servicios de reducción de riesgos y daños. Estos, en 2009, observaron que un 16,9% de las personas consumidoras de heroína utilizaban la vía inyectada, de la misma manera que lo hacía un 2,1% de las personas consumidoras de cocaína. Es importante considerar la edad con la que se produce el primer contacto con el centro asistencial, que según la misma fuente, en 2009 la media de edad para el usuario de heroína fue de 37,9 años y la del de cocaína de 32,5 años. La edad promedio del primer consumo es de 20,9 años y 20,7 años respectivamente. Lo que representa que el contacto con los profesionales es tardío, entre unos 12 y 17 años después de haber empezado a consumir (Hagan, Thiede y Des Jarlais, 2004) haciendo notar además que en ese periodo de tiempo, este segmento poblacional “desatendido” o desvinculado de la red asistencial, cambió la de vía de consumo –de esnifado a inyectado–, con el incremento de riesgos de todo tipo que conlleva este cambio.

En las zonas donde en el mejor de los casos la reducción de riesgos se puede proporcionar desde servicios más cercanos y de atención inmediata, como los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), encontramos que no hay una fuente de información única que proporcione datos sobre un posible perfil de inyector. No obstante, según el Sistema de Información REDAN de la Agencia de Salud Pública de Barcelona³ un 33,73% de los usuarios atendidos en estos centros tienen entre 21 y 30 años, y la mayoría un 41,99% entre 31 y 40 años de edad. Es decir que seguimos sin contactar con aquellos más jóvenes, hecho que también sostiene la proyecto ITINERE, que integra diferentes cohortes de usuarios de drogas jóvenes en diferentes comunidades autónomas, y tiene el objetivo de evaluar el impacto y efecto del consumo de drogas a lo largo del tiempo. Según algunos datos de este estudio los participantes son contactados desde servicios de reducción de daños, tienen una media de edad de 25,8 años y una historia de consumo inyectado de 6,5 años.

En conclusión, el consumidor de drogas ilegales por vía inyectada que recibe o es susceptible de recibir mensajes de reducción de riesgos, y por lo

3. Los datos presentados en este capítulo aún no han sido publicados.

tanto de prevención, es un consumidor con una historia de consumo de muchos años, que apenas ha contactado con la red asistencial en los primeros años de su consumo. Esto implica que probablemente tenga patrones y rituales de consumo consolidados y que probablemente ya padezca alguna de las infecciones más comunes entre este colectivo –probablemente por haber compartido algún material de inyección como la jeringuilla, la cazoleta o el filtro– como el VIH y la hepatitis C, ya que en el caso de esta última infección se ha constatado que tiene lugar durante los tres primeros años desde la primera inyección (Garfein, Doherty, Monterroso, Thomas, Nelson y Vlahov, 1998). Además, otros daños ya presentes serán aquellos de tipo psicosociales, como la pérdida de vínculos familiares, el deterioro de la situación laboral y la no cobertura de necesidades básicas, como la higiene, la alimentación y el alojamiento.

Cómo se trabaja la reducción de riesgos en las personas que consumen por vía inyectada

Como dijimos en la introducción, la reducción de riesgos es una estrategia preventiva ofrecida o bien por la administración pública, en los respectivos ministerios, concejalías, departamentos o ayuntamientos, o bien por entidades de distinta índole (ONG's, asociaciones, plataformas...) que asumen el trabajo correspondiente a la administración pública, de manera externalizada.

Históricamente, al colectivo inyector se le ha atendido desde estrategias de reducción de daños, ofreciéndoles servicios de intercambio de jeringuillas, espacios de consumo higiénico, atención sociosanitaria, derivaciones a servicios de tratamiento, etc. Si bien estas estrategias y servicios han demostrado su efectividad (Li, Zhang, Koyanagi y Shibuya, 2012; Arkin, 2011) en la prevención de muertes por sobredosis o la disminución de las infecciones por VIH y hepatitis C, en la práctica llegan a usuarios inyectores de varios años de historia de consumo, haciendo que la reducción de riesgos se vea más limitada que si hubieran sido contactados antes de inyectarse o cuando se iniciaron (De la Fuente *et al.*, 2005).

Dentro de la red asistencial pública española, los dispositivos pensados para atender las necesidades relativas al consumo de drogas de aquellos/as que las toman por vía parenteral son, básicamente: centros de reducción de daños, unidades móviles, equipos de calle, las farmacias (las que ofrecen intercambio de jeringuillas) y los centros de tratamiento ambulatorio. En estos dispositivos se ofrece un abanico de servicios orientados a reducir riesgos y daños para el usuario de drogas por vía parenteral.

La reducción de riesgos en personas que se inyectan drogas se centra en dos aspectos clave: la reducción del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y la del riesgo de padecer reacciones adversas al consumo de drogas. Partiendo de aquí podemos encontrar diferentes tipos de programas y/o dispositivos:

Los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) son los programas pioneros y básicos para prestar la reducción de riesgos y actualmente están presentes en casi todos los dispositivos de atención a los UDVP. Se basan en la distribución de material de inyección estéril de un solo uso y por lo tanto libre de contaminantes, de manera que los riesgos de infección o co-infección del usuario pueden reducirse drásticamente. Además, en estos programas se suele incluir la recogida del material de inyección usado, asegurando que su destrucción se hace de forma segura, y evitando y eliminando el abandono de parafernalia de inyección en espacios públicos, impidiendo paralelamente el riesgo a que otras personas se pinchen de manera accidental. Desde este punto de contacto con los usuarios de drogas inyectores, es muy recomendable favorecer el intercambio o distribución secundaria, es decir, que los usuarios del PIJ se surtan de material no sólo para su consumo particular sino también para aquellos que no acuden al PIJ. Estos programas se pueden implementar desde prácticamente cualquier tipo de dispositivo, ya sea en un centro de reducción de daños, centros de salud, farmacias, unidades móviles o equipos de calle.

Otros de los programas específicos para inyectores que proporcionan reducción de riesgos son las salas de consumo supervisado (SCS). En España se pueden encontrar en País Vasco y Cataluña, y consisten en espacios donde el usuario puede prepararse y consumir su dosis con material estéril, de una manera higiénica y con la supervisión de personal sanitario. Igual que en los PIJ, aquí también se reduce el riesgo de infección por enfermedades transmisibles, pero además se reduce el riesgo de muerte por sobredosis al 100% ya que hasta el momento no se ha declarado ninguna muerte en uno de estos espacios en todas las SCS del mundo (Delás, Priore, Pigem y Aguas, 2008; Andreo *et al.*, 2010). De hecho, si todos los consumos por vía inyectada se dieran en una sala de consumo supervisado, no habría transmisión de enfermedades por vía parenteral y no habría muertes por sobredosis (Andreo *et al.*, 2010), lo cual muestra la elevada importancia de que estos dispositivos amplíen su presencia en territorios donde hay consumo inyectado de drogas, vista su efectividad en la reducción de riesgos y daños.

Finalmente, no podemos dejar de hablar de la intervención socioeducativa o la educación sanitaria, como mecanismo de transmisión de estrategias preventivas. Ésta tiene la gran ventaja de poderse implementar desde cualquier dispositivo, sea un PIJ, una SCS o cualquier otro servicio o programa que esté en contacto con consumidores por vía inyectada. Si bien la educación, consejo o información tiene su razón de ser en la reducción de riesgos sobre todo en lo relacionado con la técnica de consumo y el consumo higiénico y la prevención de reacciones adversas, hay otros aspectos relacionados también con la reducción de riesgos que pueden ser cruciales, como son los aspectos psicológicos, sociales, laborales o legales. Además de esta variedad de dimensiones donde podemos intervenir, encontramos gran diversidad en las formas

de implementarlo, desde contactos breves en la calle o en una unidad móvil, hasta una intervención más extensa en un taller educativo estructurado en un centro físico, etc.

Es obvio que desde una sala de consumo, por ejemplo, la educación sobre el consumo higiénico y una técnica correcta va a ser mucho más efectiva, ya que se presencian los consumos, se identifican rituales, conocimientos, creencias, actitudes del usuario que permiten trabajar día a día sobre la práctica concreta, e individualizar la información.

Con respecto a la intervención socioeducativa, hemos de destacar dos líneas de actuación relevantes:

- Talleres educativos, sobre consumo higiénico, salud, sexo seguro, etc. y sobre todo, la educación en prevención y actuación en sobredosis, instaurada como programa en toda la red de atención a las drogodependencias, y mediante el cual se forma a los usuarios en la identificación de factores de riesgo, como evitarlos y como actuar en caso de sobredosis o reacción adversa a la sustancia. Desde esta intervención se pretende, además de la actuación en caso de emergencia, que los consumidores sean capaces de manejar su propio riesgo, y facilitar que desarrollen estrategias de prevención, así como fomentar que éstas sean transmitidas a otros consumidores.
- Los espacios de calor y café, socialización y cobertura de necesidades básicas, son otros de los servicios desde los que podemos ofrecer la reducción de riesgos. Se caracterizan por su cotidianidad y flexibilidad, suelen ser de baja exigencia y se adaptan a las necesidades de los usuarios. Surgen principalmente para ofrecer un espacio donde cubrir necesidades básicas como alimentación e higiene, así como también reposo y interrelación tanto con los profesionales como con otros usuarios. Desde aquí, se suelen detectar otras necesidades ya sean de salud, sociales, legales o emocionales, y se puede proporcionar el recurso directo, una derivación a otros servicios o bien su acompañamiento.

En general, para los programas e intervenciones ya existentes hay ciertas recomendaciones que consideramos especialmente válidos para la mejora de la efectividad del servicio:

- Garantizar la baja exigencia o bajo umbral de los programas.
- No vincular la admisión de un usuario a ningún tipo de documentación o registro municipal (p.e. empadronamiento).
- Asegurar la confidencialidad y anonimato de los usuarios.
- Maximizar y extender cobertura geográfica y horaria de PIJ y SCS.

En estos dos dispositivos:

- No limitar el número de jeringuillas que se distribuyen en función de las jeringuillas usadas retornadas.
- No limitar el número de visitas al día por usuario, ni en PIJ ni en SCS.
- Nunca penalizar un comportamiento restringiendo la distribución de jeringuillas.

En una SCS:

- Permitir la venopunción en cualquier zona del cuerpo.
- No restringir el consumo según consumos de sustancias previas.
- Favorecer, promocionar y potenciar el boca a boca, o disponer de equipos de proximidad o *outreach* para contactar con clientes potenciales.

Limitaciones para la transmisión de mensajes; centros, profesionales y usuarios

En la actualidad, y generalizando, los centros presentan ciertas limitaciones para poder intervenir desde la reducción de riesgos desde cero (cuando todavía la persona no presenta ninguna consecuencia negativa causada por el consumo), no obstante, como ya hemos mencionado, a pesar de la presencia de daños reales siempre existirán otros riesgos de tipo transversal.

Quizás haría falta remitirnos a la aparición de la mayoría los programas de reducción de daños a finales de los años ochenta y principios de los noventa, cuando en España se sufría la mayor mortalidad entre los consumidores de drogas que compartían jeringuillas, por sobredosis y SIDA. Estos recursos se plantearon como una medida de emergencia y se centraron en los consumidores inyectores que en general presentaban unas condiciones sociosanitarias muy deprimidas. Si bien hoy en día seguimos atendiendo a gran parte de usuarios con las mismas características, se nos plantea también el reto de anticiparnos a la aparición de estas condiciones como consecuencia del consumo. Por ejemplo, esta focalización en el consumidor inyector hasta hace poco dejaba al consumidor por la vía pulmonar sin información adecuada sobre la reducción de riesgos y daños relacionados con su vía de consumo, sin parafernalia segura gratuita que se pueda dispensar desde los servicios y por supuesto, sin espacios de consumo. En los últimos años, esto ha tendido a cambiar, abriéndose los recursos a estos consumidores, con talleres educativos y espacios para el consumo, no obstante, el material de consumo y la cobertura sigue siendo escasa.

Otra característica de los recursos existentes es que tradicionalmente se dirigen, como ya hemos dicho, a un perfil sanitariamente deteriorado, ya que surgen en plena crisis del VIH y hepatitis, y por tanto, las intervenciones se han centrado mucho en la detección, seguimiento y tratamiento de enfermedades infecciosas, y se dirigieron mucho a la prevención técnica (salas y parafernalia estéril) y a la atención de personas ya infectadas.

En esta misma línea, el profesional puede verse condicionado y centrar su atención en el consumidor más deteriorado, y percibir como menos urgente la atención al personal que no padece ningún “daño”. Por contra, también puede darse la situación de que ante la presencia de usuarios muy jóvenes haya una

sobrerreacción, una alarma manifiesta que ahuyente al usuario, lo que no deja de confirmar la poca preparación técnica y experiencia que se tiene al atender a este perfil de usuarios.

Por último, no olvidemos que el tipo de consumo que estamos tratando requiere que la intervención sea muy adaptada a los efectos del mismo. Éstos pueden mermar la atención o comprensión de la información, por lo que van a tener que ser breves, concisos y repetirse frecuentemente, pero sin ser paternalistas, pesados u ofendan la inteligencia y capacidad de las personas.

Propuestas de cómo trabajar la reducción de riesgos entre los usuarios de drogas por vía parenteral. Información y estrategias de trabajo

Como hemos visto, el usuario más susceptible a recibir información, mensajes y estrategias de reducción de riesgos son los usuarios generalmente jóvenes principiantes en su consumo por vía parenteral. Sin embargo estos usuarios son casi invisibles en los centros clásicos de atención al consumidor de drogas. Esto puede explicarse por la falta de identificación con la imagen del consumidor habitual que hace uso de estos recursos, que suele estar más deteriorado y estigmatizado. Esta actitud refractaria da pie a que estos consumidores incipientes hagan contactos muy inconstantes con los servicios de reducción de daños, y que éstos estén centrados en necesidades concretas (por ejemplo, jeringuillas o parafernalia de consumo).

Para poner ejemplos de personas que entrarían en este perfil, podrían ser personas que después de estar un par de días de fiesta y consumir otras drogas (generalmente estimulantes) quieren acabar con la sinfonía psicoactiva del fin de semana con una dosis de heroína en vez de con psicodépresores como las benzodiacepinas (trankimazin®, valium®, rivotril®)

En general se podrían percibir –y se perciben– desde los servicios asistenciales como usuarios “poco demandantes” o personas que requieren de poca atención, sin embargo se trata de un perfil de usuario que justamente por estas circunstancias —porque está próximo a un consumo problemático, pero tiene suficiente capacidad y herramientas cognitivas– es más susceptible de poder incorporar estrategias para reducir el impacto del consumo inyectado en su vida.

En estos usuarios es importante trabajar estrategias y mensajes que hagan referencia a situaciones cercanas a su consumo y a su contexto, es decir, no hablar de una futurible situación de adicción o pérdida total de relaciones personales, ya que como dijimos, no se sienten identificados con esas situaciones, a pesar de que puedan significar riesgos importantes.

Se puede intervenir hablando de los riesgos generales que entraña el consumo por vía parenteral de las drogas que se consume (por lo general heroína, cocaína, ketamina). En este manual encontrarán información exhaustiva sobre

estas sustancias y como reducir sus riesgos. Sin embargo, cabrá insistir en el hecho de que el cambio de vía (por lo general de esnifada a inyectada) aumenta considerablemente los riesgos asociados a su consumo, especialmente el riesgo de sufrir sobredosis, la potencialidad de los efectos tanto de subida como de bajada, el aumento de la tolerancia de la sustancia, y por supuesto los riesgos de infección de enfermedades que se transmiten por vía sanguínea como la hepatitis C o el VIH.

Desde el punto de vista de la gestión del consumo, será importante ayudar a visibilizar al usuario el lugar que ocupa dentro de la escala de consumo (consumo experimental, recreativo, ocasional, habitual y adictivo). Así, el usuario/a podrá situar cuál es, en términos de frecuencia, su límite para un uso manejable, responsable y saludable (consumir no más de dos fines de semana, o de una vez al mes). Marcarse un límite es poner un punto de alarma que ayuda a reflexionar cuando éste ha sido rebasado, y poder iniciar un proceso de cambio.

En cuanto a temas relacionados con la prevención de la salud, vale la pena insistir en que los nuevos inyectores son inexpertos en todo el ritual del consumo, y esa experiencia puede ser adquirida de otros usuarios más antiguos que hayan incorporado prácticas riesgosas. En este sentido debemos insistir en que la mejor manera de reducir los riesgos asociados a un consumo parenteral es hacerlo en una sala de punción higiénica donde el riesgo de contagiarse o de sufrir una reacción adversa disminuye drásticamente. En el caso de que no pueda o no quiera volver a acudir al centro, que consuma siempre con materiales higiénicos, no solamente la jeringuilla sino el filtro, la cazoleta y la goma de presión, si quiere evitar contagiarse de enfermedades como la hepatitis C o el VIH. En el caso de compartir una dosis con otra persona, hacerlo siempre con material nuevo y en el caso de no tenerlo, dividir la dosis antes de diluirla en agua.

Respecto a los riesgos económicos, vale la pena hacer notar que uno de los primeros síntomas de mantener una relación problemática con las drogas es la falta de dinero, y esto pasa especialmente entre los usuarios de cocaína y de heroína. Marcarse un límite económico en el consumo de drogas puede facilitar la gestión del mismo.

Un aspecto a cuidar especialmente es el aspecto relacional, puesto que los usuarios de drogas por vía parenteral sufren un estigma mayor que los usuarios de drogas por otras vías, aunque ambos consumos puedan ser recreativos, o no especialmente dañinos. Esa autoimagen estigmatizante del consumidor por vía inyectada puede conducir a prácticas de inyección riesgosas como la inyección en solitario de heroína. En la medida de lo posible es recomendable consumir en un espacio asistido o en su defecto, hacerlo acompañado por un compañero. Normalizar el consumo no tiene porqué significar que éste

sea problemático ni que sea para siempre. Normalizar el consumo puede ser también un primer paso para cambiar, como en otros aspectos de la vida de las personas, esta conducta. Otra sugerencia para disminuir los riesgos asociados al aspecto relacional del usuario, es mantener relaciones afectivas con personas no usuarias de drogas. Éstas serán siempre el referente de la realidad comúnmente compartida y en el caso de sentirse fuera de ella, la relación por causa de un mal uso o un abuso de drogas, poder volver a ella a través del vínculo afectivo de otras personas, puede facilitar el proceso.

Éstas son algunas estrategias que creemos que pueden incorporarse y ser válidas. Sin embargo hay profesionales con un gran recorrido experimental en el terreno que podrán complementar y matizar las aquí descritas.

Referencias bibliográficas

- ANDREO, Lorena; PEÑA, Juan Ramón; BOLINAGA, Andra Mari; ADÁN, Elena; SERRA, Lluís; VILCHEZ, Antonio; KISTMACHER, Rosa; GRIFOLS, Montserrat; IANNELLO, Davide; MARTÍNEZ, Raquel; MARTÍNEZ, María; DÍAZ, Olga & DELÁS, Jordi (2010). *Salas de consumo por vía inyectada: el final de la transmisión parenteral del VIH entre consumidores de drogas*. Póster presentado en el XIII Congreso Nacional sobre el Sida. Santiago de Compostela. España.
- ARKIN, Eli (2011). "Studies confirm effectiveness of harm reduction for people who inject drugs". *HIV/AIDS Policy & Law Review / Canadian HIV/AIDS. Legal Network*, 15 (3), 29.
- DE LA FUENTE, Luis; BARRIO, Gregorio; ROYUELA, Luis; BRAVO, María José & "The Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration" (1997). "The transition from injecting to heroin smoking in three Spanish cities". *Addiction*, 92 (12), 1749-1763.
- DE LA FUENTE, Luis; BRUGAL, María Teresa; BALLESTA, Rosario; BRAVO, María José; BARRIO, Gregorio; DOMINGO, Antonia; SILVA, Teresa & AMBRÓS, Mireia (2005). "Metodología del estudio de cohortes del proyecto ITINERE sobre consumidores de heroína en tres ciudades españolas y características básicas de los participantes". *Revista Española de Salud Pública*, 79 (4), 475-492.
- DELÁS, Jordi; PRIORE, Ana Giselle; PIGEM, Anna & AGUAS, Margarita (2008). "Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada". *Medicina Clínica*, 130 (1), 35.
- DELÁS, Jordi; ADÁN, Elena; DÍAZ, Olga; AGUAS, Margarita; PONS, Montserrat & FUERTES, R. (2010). "Smoked cocaine in socially-depressed areas". *Harm Reduction Journal*, 7 (1), 27.
- EMCDDA (2010). *National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Spain: New developments, Trends and In-depth Information on Selected Issues*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- GARFEIN, Richard; DOHERTY, Michael; MONTERROSO, Edgar; THOMAS, David; NELSON, Kenrad & VLAHOV, David (1998). "Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18 (Suppl 1), 11-19.
- HAGAN, Holly; THIEDE, Hanne & DES JARLAIS, Don C. (2004) "Hepatitis C virus infection among injection drug users: survival analysis of time to seroconversion". *Epidemiology*, 15 (5), 543-9.
- LI, Jinghua; GILMOUR, Stuart; ZHANG, Haiqiang; KOYANAGI, Ai & SHIBUYA, Kenji (2012). "The epidemiological impact and cost-effectiveness of HIV testing, antiretroviral treatment and harm reduction programs". *AIDS*, 26 (16), 2069-2078.

- FRIEDMAN Alfred (2004). "High-protein diets: potential effects on the kidney in renal health and disease". *American Journal of kidney diseases*, 44 (6), 950-62.
- GEYER, Hans; PARR, Maria; KOEHLER, Karsten; MARECK, Ute; SCHÄNZER, Wilhelm & THEVIS Mario (2008). "Nutritional supplements cross-contaminated and faked with doping substances". *Journal of Mass Spectrometry*, 438 (6), 892-902. doi: 10.1002/jms.1452.
- GRUBER, Amanda & POPE, Harrison Jr. (2000). "Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women". *Psychother Psychosom*, 69 (1), 19-26.
- KANAYAMA, Gen; BROWER, Kirk J.; WOOD Ruth I.; HUDSON James I. & POPE, Harrison G. (2009). "Issues for DSM-V: clarifying the diagnostic criteria for anabolic-androgenic steroid dependence". *American Journal of Psychiatry*, 166 (6), 642-5.
- KANAYAMA, Gen; HUDSON, James I. & POPE Harrison G. (2009). "Features of men with anabolic-androgenic steroid dependence: A comparison with nondependent AAS users and with AAS nonusers". *Drug and Alcohol Dependence*, 102 (1-3), 130-7.
- KANAYAMA, Gen; HUDSON, James I. & POPE, Harrison G. (2010). "Illicit anabolic-androgenic steroid use". *Hormones and Behavior*, 58 (1), 111-21.
- KICMAN, Andrew (2008). "Pharmacology of anabolic steroids". *British Journal of Pharmacology*, 54 (3), 502-21.
- MELNIK BODO C. (2009). "Androgen abuse in the community". *Current Opinión in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 16 (3), 218-23.
- MOBINI-FAR, Hamid; AGREN, Greta & THIBLIN, Ingemar (2011). "Cardiac hypertrophy in deceased users of anabolic androgenic steroids: an investigation of autopsy findings". *Cardiovascular Pathology*, 21 (4), 312-6. doi: 10.1016/j.carpath.2011.10.002.
- PETERSSON, Anna; BENGTSOON, Johanna; VOLTARIE-CARLSSON, Anette & THIBLIN, Ingemar (2010). Substance abusers' motives for using anabolic androgenic steroids". *Drug and Alcohol Dependence*, 111 (1-2): 170-2.
- POPE HARRISON G.; KANAYAMA Gen & HUDSON James I. (2012) "Risk factors for illicit anabolic-androgenic steroid use in male weightlifters: a cross-sectional cohort study". *Biological Psychiatry*, 71 (3), 254-61.
- SCHROEDER, Todd; ZHENG, Ling; ONG, Michelle; MARTINEZ, Carmen; FLORES, Carla; STEWART, Yolanda; AZEN, Colleen & SATTLER, Fred (2004). "Effects of androgen therapy on adipose tissue and metabolism in older men". *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89 (10), 4863-72.
- STRIEGEL, Heiko; SIMON, Perikles; FRISCH, Steffen; ROECKER, Kai; DIETZ, Klaus; DICKHUTH, Hans & ULRICH, Rolf (2006). "Anabolic ergogenic substance users in fitness-sports: a distinct group supported by the health care system". *Drug and Alcohol Dependence*, 81 (1), 11-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.05.013
- WALKER Jennifer & ADAMS Brian. (2009). "Cutaneous manifestations of anabolic-androgenic steroid use in athletes". *International Journal of Dermatology*, 48 (10), 1044-8. doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.04139.x
- WILSON, John (1988). "Androgen abuse in athletes". *Endocrine Reviews*, 9 (2), 181-199.