

Original

# Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias

Constanza Daigre<sup>a,b,\*</sup>, Marina Comín<sup>a</sup>, Laia Rodríguez-Cintas<sup>a</sup>, Nuria Voltes<sup>a</sup>, Alba Alvarez<sup>a,b</sup>, Carlos Roncero<sup>a,b</sup>, Begoña Gonzalvo<sup>a</sup> y Miguel Casas<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> CAS Vall d'Hebron, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>b</sup> Departament de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 8 de enero de 2010

Aceptado el 14 de septiembre de 2010

On-line el 4 de noviembre de 2010

### Palabras clave:

Reducción de daños

Drogodependencias

Vinculación

Metodología cualitativa

## RESUMEN

**Objetivos:** Explorar la perspectiva de los usuarios y analizar los factores que influyen en su vinculación en un programa de reducción de daños (REDAN) que presta los siguientes servicios: intercambio de jeringuillas, espacio educativo de calor y café, programa de mantenimiento con metadona, sala de consumo higiénico supervisado, espacio para la higiene personal y seguimiento sanitario y psicosocial. Este programa presenta la particularidad de estar integrado en un ambulatorio de drogodependencias situado en un recinto hospitalario.

**Métodos:** Estudio descriptivo realizado con metodología cualitativa. Se realizó un muestreo teórico. Se saturaron los contenidos mediante 12 entrevistas en profundidad y un grupo focal con ocho participantes. El análisis de la información se basó en la Grounded Theory. Las transcripciones literales fueron codificadas descriptivamente y luego se generaron categorías amplias. Este procedimiento se realizó en un principio por tres investigadores y finalmente un cuarto investigador trianguló la información.

**Resultados:** Emergen cinco dimensiones (accesibilidad, servicios, relación, localización e identidad) compuestas por diferentes temas valorados desde las expectativas y experiencias de los usuarios. La dimensión «identidad» otorga un elemento distintivo respecto a la vinculación con el programa.

**Conclusión:** En general, los usuarios valoran positivamente el programa REDAN. Respecto a la vinculación, describen aspectos facilitadores y otros deficitarios que pueden suponer barreras, frente a las cuales realizan sugerencias. Aspectos como la convivencia entre los usuarios del programa REDAN y los pacientes en tratamiento orientado a la abstinencia generan ambivalencia, pero se identifica que la gestión por parte del equipo minimiza estas dificultades.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Users' perception of a harm reduction program in an outpatient drug dependency treatment center

### ABSTRACT

**Objectives:** We analyzed the perspective of users enrolled in a harm reduction program that provides syringe exchange, an educational room for «warmth and coffee», a methadone maintenance program, a room for supervised drug consumption, a place for personal hygiene, and medical and psychosocial follow-up. The particularity of this program lies in its integration within an outpatient drug treatment center forming part of a general hospital.

**Methods:** We performed a descriptive study using qualitative methods. Theoretical sampling was conducted. Twelve in-depth interviews and one focus group composed of eight users were carried out. Information analysis was based on grounded theory. Literal transcriptions were coded and subsequently sorted into broad categories. Three researchers participated in this process and finally a fourth researcher triangulated the results.

**Results:** Five dimensions were identified in the users' discourse: accessibility, service, relationship, localization, and identity. Each consisted of several topics that were evaluated based on the participants' experiences and expectations. The dimension of identity emerged as a distinctive element in patient-program bonding.

**Conclusions:** The users' overall evaluation of the program was positive. Facilitators and barriers influencing patient-program bonding were identified and participants suggested ways to remove barriers. The coexistence among users of the harm reduction program and patients treated conventionally provoked ambivalence but the team's management was deemed helpful in easing the difficulties arising from this situation.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Keywords:

Harm reduction program

Drug addiction

Bonding

Qualitative research

## Introducción

El concepto de reducción de daños comprende intervenciones, programas y políticas que buscan minimizar las consecuencias negativas del consumo de drogas lícitas e ilícitas en la salud, la economía y la sociedad, tanto en el ámbito individual como

comunitario. Los programas de reducción de daños (REDAN) intentan atraer a aquellos usuarios de drogas que no pueden o desean dejar el consumo actualmente. Así surgen opciones que posibilitan, por ejemplo, un uso menos frecuente o más seguro de la vía parenteral<sup>1-5</sup>.

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló la necesidad de coordinar en todo el mundo estrategias de prevención, explicitando el objetivo de «prevenir o reducir la incidencia y la gravedad de los problemas asociados con el uso no médico de drogas»<sup>6</sup>. En los años 80, la propagación del virus de la

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cdaigre@vhebron.net (C. Daigre).

inmunodeficiencia humana (VIH) propició objetivos dirigidos a la prevención de su contagio, mejorar la salud de los usuarios de drogas, y disminuir la criminalidad relacionada con el consumo y los efectos nocivos para la comunidad<sup>7</sup>. En Europa, en la década de los 60 se introdujeron los programas de mantenimiento con metadona (PMM) orientados a la abstinencia<sup>8,9</sup>. En España se implementaron los primeros PMM, siguiendo la línea REDAN, en los años 90, junto con los de intercambio de jeringuillas (PIJ)<sup>3,10</sup>. En el año 2000 se abrió la primera sala de venopunción en España<sup>11</sup>. Normalmente estos servicios se han situado al margen de los centros de drogodependencias<sup>12,13</sup>.

En 2005, la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) y el Institut Català de la Salut (ICS) facilitaron la apertura del Centro de Atención y Seguimiento de las drogodependencias (CAS) Vall d'Hebron, y en 2006 fue incorporado al servicio de psiquiatría del hospital. Este centro de tratamiento incluye el programa REDAN y a su vez está localizado en un recinto hospitalario. Esto, por un lado, puede promover la integración de los drogodependientes dentro de la red sanitaria, facilitar el acceso a especialistas en adicciones y en otras patologías, y minimizar la exclusión social y la estigmatización. Por otro lado, puede perturbar el tratamiento de los pacientes orientado a la abstinencia, excluir a usuarios que se resistan a acudir a instituciones sanitarias y generar controversia en la comunidad<sup>14,15</sup>.

Para evaluar los servicios de tratamiento de las drogodependencias se han utilizado diferentes abordajes. Uno de ellos es mediante el instrumento SERVQUAL, que mide la calidad de los servicios en ocho dimensiones: accesibilidad, comunicación, cortesía, competencia profesional, capacidad de respuesta, seguridad, elementos tangibles y fiabilidad<sup>16</sup>. Rial et al<sup>17</sup> plantearon en 2009 que para valorar la satisfacción se deben considerar dimensiones referidas al personal, al acceso y a las instalaciones. March et al<sup>18</sup> identificaron en 2006 que para valorar la adherencia de los usuarios a los programas REDAN se deben abordar aspectos como listas de espera, horarios y efectos secundarios de la metadona.

La percepción de los usuarios es relevante para la evaluación y la mejora de la calidad de los servicios sanitarios<sup>19</sup>. Aunque la literatura es escasa, al estudiar el tratamiento de las drogodependencias en general se ha concluido que los pacientes suelen valorar favorablemente la accesibilidad al tratamiento, la información recibida y la relación terapéutica<sup>20-22</sup>, y de manera menos favorable se ha descrito la valoración de los horarios de atención y el limitado acceso a especialistas<sup>18,21</sup>. Al estudiar la percepción de los usuarios de diferentes programas REDAN se ha concluido que las salas de venopunción disminuyen las conductas de riesgo dentro y fuera de ellas, y que la necesidad de desplazamiento, las limitaciones horarias, los tiempos de espera y los sentimientos de vergüenza al consumir frente a profesionales dificultan la asistencia<sup>23-26</sup>.

Se pretende explorar y analizar la vinculación desde la perspectiva de los usuarios en un programa REDAN que tiene la particularidad de estar integrado en un ambulatorio de drogodependencias, situado en un hospital general de tercer nivel. Al no haberse estudiado recursos con estas características, se considera relevante identificar los factores que favorecen la vinculación y los que suponen barreras, para mejorar el programa y para una posible replicación de este modelo.

La mayoría de las evaluaciones de los servicios de drogodependencias se han realizado con metodologías cuantitativas<sup>27,28</sup> que predeterminan los constructos a evaluar y analizar. En el presente trabajo se ha optado por una metodología cualitativa, ya que en un campo poco estudiado es importante no acotar las categorías de análisis y conocer en el propio lenguaje la visión de las personas involucradas. Este método permite profundizar en la

realidad social y desentrañar la complejidad de la naturaleza del fenómeno estudiado<sup>27,29</sup>.

## Método

Se trata de un estudio exploratorio realizado con metodología cualitativa. Para la construcción del *corpus* u obtención de la información se usaron las técnicas de entrevista en profundidad y grupo focal. También se utilizó un registro de las características sociodemográficas y del patrón de utilización de los servicios asociados al programa REDAN.

El programa REDAN del CAS Vall d'Hebron incluía 325 usuarios en el momento de la realización del estudio (marzo a mayo de 2009). Los participantes eran usuarios que cumplían con los siguientes requisitos: ser mayor de edad, consumir drogas ilícitas y haber firmado el consentimiento informado aprobado por el comité ético del hospital. Los participantes recibieron 10 euros por su colaboración. Los criterios de exclusión fueron: intoxicación aguda, presencia de síntomas de abstinencia moderados o graves, o alteración del juicio de la realidad en el momento de la entrevista. Las características sociodemográficas de la población se presentan en la [tabla 1](#).

El recurso estudiado ofrece diferentes subprogramas que abordan aspectos sanitarios y socioeducativos ([tabla 2](#)). Se utilizó un muestreo teórico. Los participantes debían estar vinculados como mínimo a dos subprogramas, y al mismo tiempo cada subprograma debía estar representado por al menos seis usuarios ([tabla 2](#)). También se tuvieron en cuenta las siguientes características para favorecer la heterogeneidad de la muestra: sexo (13 hombres, 5 mujeres) y edad (entre 24 y 50 años).

Se hicieron 12 entrevistas en profundidad y se constituyó un grupo focal con ocho usuarios. El tamaño de la muestra se definió mediante la saturación de los contenidos investigados, por lo que se detuvo el proceso de recogida de información cuando se constató que no aparecían nuevas aportaciones.

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura referente a las dimensiones para conocer la satisfacción de los usuarios de servicios de drogodependencias. Además, se realizó un debate para identificar otros factores a incluir. Así se generó un guión de entrevista que exploraba las siguientes dimensiones: accesibilidad, relación, localización, servicios e instalaciones. Se contempló la posibilidad de que surgieran nuevas dimensiones.

El grupo focal y las entrevistas fueron llevados a cabo por profesionales que no tenían relación directa con el programa REDAN. Las entrevistas duraron entre 45 y 90 min, fueron grabadas en audio y luego transcritas literalmente con el soporte

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas de la población de REDAN

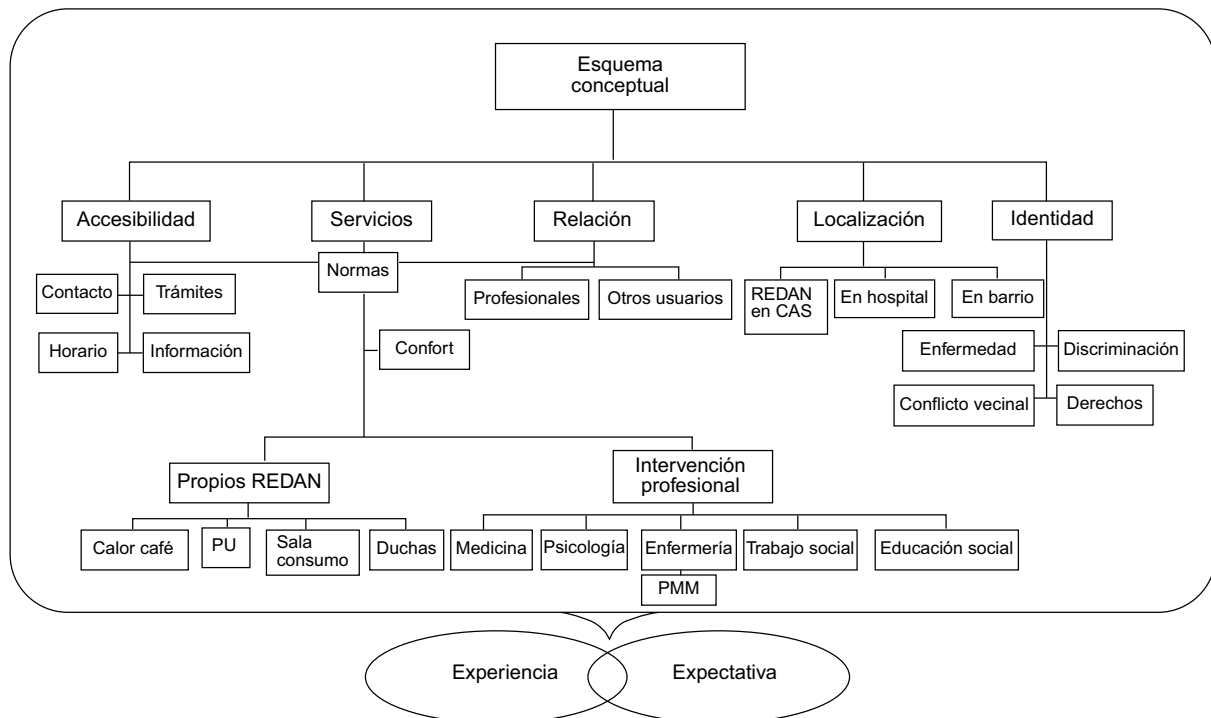
Edad media	33 años
Sexo masculino	71,1%
Nacionalidad española	80,0%
Dependencia de heroína	69,5%
Politoxicómano	62,2%
Tratamiento o programa de mantenimiento con metadona	61,9%
Uso de café y calor	80,3%
Programa de intercambio de jeringuillas	37,5%
Sala de consumo supervisado	35,7%
Uso de duchas	34,2%
Residencia familiar	42,2%
Residencia compartida	38,5%
Residencia en distrito Horta	49,5%
Residencia en otros distritos	31,7%
Residencia fuera de Barcelona	18,5%

**Tabla 2**  
Descripción de los subprogramas del REDAN y representación de la muestra según estos subprogramas

Subprogramas REDAN	Entrevistas	Grupo focal	Total
Programa de intercambio de jeringuillas: pretende prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas	9	2	11
Programa calor y café: espacio socioeducativo y de posconsumo	11	8	19
Programa de mantenimiento con metadona: pretende reducir el consumo y disminuir los síntomas de abstinencia <sup>a</sup>	11	7	18
Sala de consumo higiénico: supervisión sanitaria del consumo	7	2	9
Duchas: trabajo de hábitos higiénicos	6	3	9
Seguimiento médico/psicológico: evaluación y tratamiento de la salud física y mental	10	8	18

PIJ: programa de intercambio de jeringuillas; PMM: programa de mantenimiento con metadona; REDAN en CAS: programa de reducción de daños inserto en un ambulatorio de drogodependencias.

<sup>a</sup> Los programas de mantenimiento con metadona también se utilizan con otra finalidad en pacientes orientados a la abstinencia.



**Figura 1.** Esquema conceptual del discurso de los usuarios del programa de reducción de daños.

del programa SoundScriber<sup>30</sup>. El análisis de la información se basó en la *Grounded Theory*, que se refiere a la generación de conceptos y teorías mediante la inducción analítica<sup>31</sup>. Se utilizó el programa informático de Atlas/Ti para el análisis cualitativo de datos textuales<sup>32</sup>. Se codificó el discurso mediante códigos predefinidos y abiertos, permitiendo que en el proceso de análisis se generaran nuevos códigos. Los códigos descriptivos fueron agrupados para generar categorías más amplias. Este procedimiento lo realizaron inicialmente tres investigadores y al final un cuarto investigador trianguló la información e identificó las coincidencias. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

## Resultados

Los conceptos se estructuraron en cinco dimensiones: accesibilidad, servicios, relación, localización e identidad. A diferencia del guión de la entrevista, emergió la dimensión «identidad» y no cobró relevancia «instalaciones», que se incluyó dentro de «servicios». Las dimensiones identificadas comprenden diferentes temas, modulados por las expectativas y experiencias de los usuarios (fig. 1). La definición de los códigos se presenta en

la tabla 3. Las frases ilustrativas del discurso de los usuarios se muestran en la tabla 4.

### Accesibilidad al programa REDAN

Al valorar la accesibilidad, el discurso se centraba en la toma de contacto, los trámites, la información recibida y los horarios de atención. Como forma de contacto con el centro se describían: derivaciones desde la red, desde el propio hospital, iniciativa propia y sugerencia de otros usuarios. Algunos usuarios conocieron el recurso debido al conflicto vecinal ocasionado por la apertura del centro. En general, los trámites se valoraban como ágiles y resolutivos. Destacaban la facilidad y la flexibilidad para acceder a distintos especialistas, tanto internos como externos al CAS. Los usuarios valoraban la información recibida como clara y adecuada a sus necesidades. En este aspecto, los educadores sociales tenían un papel relevante. El horario es un elemento controvertido, pues es diurno y partido. Se demandaba mayor extensión horaria, pero mientras los usuarios del PMM sugerían que se abriera antes, los de la sala de consumo sugerían que se cerrara más tarde (tabla 4).

**Tabla 3**  
Definiciones de los códigos generados para el análisis del discurso

a) Accesibilidad	Grado de facilidad para establecer contacto con el CAS y sus profesionales
Contacto	Modo en que el usuario accede por primera vez al servicio y a los servicios profesionales de los diferentes programas
Trámites	Gestiones que el usuario debe realizar para iniciar un tratamiento o ingresar en alguno de los programas
Horario	Hora de apertura y cierre de los servicios
Información	Conocimiento por parte del usuario de los servicios y recursos ofrecidos
b) Servicios	Concepto que incluye todas las prestaciones del centro
Normas	Reglas básicas que ha de asumir todo usuario del programa
Confort	Adecuación de las instalaciones para el uso a que están destinadas
Calor y café	Espacio educativo en el cual se realizan actividades ligadas a la reducción de daños y riesgos del uso de drogas, destinado a usuarios en consumo activo
PIJ	Programa de intercambio de jeringuillas
Sala de consumo	Espacio de consumo higiénico
Duchas	Servicio para la higiene personal
Intervención profesional	Medicina, psicología, enfermería, programa de mantenimiento con metadona, trabajo social, educación social
c) Relación	Ambiente e interacción de usuarios y profesionales y entre los propios usuarios
Profesionales	Miembros del equipo del servicio
Otros usuarios	Relación establecida con otros usuarios
d) Localización	Ubicación del REDAN, caracterizada por encontrarse dentro de un CAS, en un hospital de tercer nivel, que a su vez está en un barrio que no se caracteriza por ser una zona de alto consumo ni venta de drogas
En CAS	Ubicación del programa de reducción de daños estudiado dentro de un centro ambulatorio de tratamiento de las drogodependencias
En el hospital	Ubicación del servicio, que está inserto en el Hospital Universitario Vall d'Hebron
En el barrio	Ubicación del servicio en el barrio Vall d'Hebron, que no se caracteriza por ser una zona de alto consumo ni venta de drogas
e) Identidad	Autoconcepto del usuario y percepción de pertenencia al grupo de iguales, entendiéndose como grupo de iguales a los usuarios del CAS Vall d'Hebron
Enfermedad	Conceptualización de las drogodependencias como un trastorno
Discriminación	Trato de inferioridad por la condición de drogodependiente
Conflicto vecinal	Reacción de oposición por parte de los vecinos a la apertura y el funcionamiento del CAS
Derechos	Trato de la persona drogodependiente de manera idéntica a cualquier otro tipo de persona enferma, sin ninguna clase de restricciones

### Servicios del programa REDAN

Se solicitó que valoraran las intervenciones profesionales y las diferentes prestaciones propias del REDAN (calor y café, PIJ, sala de consumo y zona de aseo). Respecto al espacio de calor y café, sólo cierta parte de los entrevistados acudían de manera regular. Quienes lo frecuentaban referían disfrutar con las actividades lúdicas y socioeducativas propuestas. Otra parte de los entrevistados manifestaban no acudir porque veían satisfechas estas necesidades en otros espacios. Destacaba el uso extendido del PIJ entre los participantes. Apreciaban la flexibilidad respecto a la cantidad de unidades otorgadas, indicando que esto repercutía en la higiene del consumo. Respecto a la sala de consumo higiénico, quienes la utilizaban comentaban sentirse cómodos y experimentar seguridad debido a la supervisión sanitaria. Quienes no acudían, argumentaban sentirse incómodos por la falta de intimidad y poco identificados con el espacio. Disponer de una zona de aseo era valorado positivamente por todos.

Las instalaciones se percibían como pequeñas. Las normas eran entendidas como necesarias, adecuadas y beneficiosas para la buena interacción; las legitimaban y no eran identificadas como excesivamente estrictas.

En cuanto a las intervenciones profesionales, valoraban positivamente su labor y destacaban el vínculo mantenido. Los usuarios demandaban algún tipo de asesoramiento jurídico y también mayor intervención psicológica. Las opiniones sobre que los profesionales que intervenían en los servicios propios del REDAN fueran los mismos que intervenían en el programa de tratamiento convencional u orientado a la abstinencia fueron ambivalentes. Por un lado, la mayoría de los que hacían uso de la sala de consumo y del PIJ expresaban que se cohibían a la hora de frecuentar estos recursos por la presencia de los mismos profesionales. Por otro lado, identificaban que la versatilidad del equipo era lo más adecuado, ya que promovía un abordaje integral. Referían que ellos mismos

pasaban con frecuencia de identificarse con un perfil REDAN a un perfil de paciente en tratamiento convencional (tabla 4).

### Relación con los profesionales y con otros usuarios

Se observó que la calidad de las relaciones actuaba como facilitador de la vinculación de los usuarios con el centro. Valoraban positivamente el trato cercano. Se indagó sobre su percepción respecto al uniforme de los profesionales y referían que la bata blanca servía de distinción y otorgaba seguridad. Describían el ambiente como tranquilo y con bajo nivel de hostilidad. Como posibles explicaciones a esta característica indicaban que influía positivamente la escasa densidad en los espacios compartidos. En cuanto a las relaciones, se identificaba que tanto el colectivo okupa como algunos pacientes con trastornos mentales graves (patología dual), además de satisfacer necesidades sanitarias en el centro satisfacían necesidades sociales, siendo el espacio de calor y café el lugar de encuentro para el grupo de iguales. Otros entrevistados comentaban no establecer relaciones de amistad en el servicio, identificando esta situación como un elemento protector del consumo (tabla 4).

### Localización del programa REDAN

Este aspecto tiñe de singularidad los servicios ofrecidos. Respecto a la inclusión del programa REDAN en el CAS, los usuarios realizaban valoraciones ambivalentes. Por un lado apreciaban la cercanía del recurso con los otros servicios, como eran las visitas a los profesionales especialistas en drogodependencias. Manifestaban, no obstante, cierta incomodidad por utilizar las mismas instalaciones que los pacientes en tratamiento convencional. Comentaban que la convivencia entre los distintos perfiles podía generar *craving* (deseo de consumo) en quien estaba en un proceso orientado a la

**Tabla 4**  
Frases ilustrativas del discurso

a) Accesibilidad	
Contacto	«No me informaron. Había manifestaciones. Sabía que iban a abrir un centro aquí. Yo vivo a 300 metros y fui el primero o segundo que se apuntó»
Trámites	«Muy sencillo todo. Te hacen la entrevista, te explican las normas y a lo que tienes derecho o no... a ducharte, tomarte algo, fumar allí dentro... siempre sin pasarse. Yo lo veo súperfácil»
Horario	«El horario es lo único que tenéis un poco así... Que se cierra muy pronto, y los fines de semana estáis "cerraos"»
Información	«Bien. La justa. No es que te estén todo el día, mira esto y esto... Siempre tranquilo. Conforme te van viendo y conociendo te van dando más información»
b) Servicios	
Normas	«Hay pocas normas y las que hay es para que nosotros estemos a gusto, por ejemplo no vender. Son normas que nos benefician. No son normas, son beneficios para nosotros»
Confort	«Hombre, si fuera más grande sería mejor. Más cómodo "pa" todo el mundo»
Calor y café	«Hacen cosas que parecen tonterías pero que te mantienen... Están bien, a veces vamos de excursión por ahí... Vamos a hacer la recogida de jeringuillas por el barrio y así estamos entretenidos»
Programa de intercambio de jeringuillas	«Hubo un programa para poner el antídoto (se refiere a participar en el taller de naloxona). Me parece muy bien, puedes aprender a salvar la vida...»
Sala de consumo higiénico	«Que de tener que comprar... y al tener que usar una o dos o tres veces, o las que sean, la misma aguja, a que te den todo el material... ¿entiendes? Alcohol, la goma, la aguja, pues me parece perfecto. Aparte de darte todo el material, te dan si quieres el botecito para tirarlo»
Duchas	«La sala está muy bien, pero es como estar consumiendo con extraños. Tanta amabilidad le confunde a uno» «Hombre, esto que haya una sala para poder picarte lo veo bien. Porque estás más cuidado, más higiénico. Porque si tienes que hacértelo en un descampado o escondido por ahí... Por ejemplo, las toallitas de alcohol, dicen que antes de pincharte tienes que... yo, si no tengo, no las uso... y si estoy aquí sí que lo hago bien»
Intervención profesional	«Limpia, cuidada, higiénica. Y muy bien, te dan de todo... pasta de dientes, cuchillas, jabón, todo lo que haga falta» «Superbien, sin que nadie se cuele, ni que tengas cinco minutos para ducharte, ni que te corten el agua. Muy bien, muy tranquilo. La verdad es que es una ayuda»
	«No te sientes solo en esta historia, porque se dedican a eso» «Bien. Suelen preocuparse, preguntan si ha pasado algo o si he mejorado, cómo estoy... Bastante bien»
c) Relación	
Con los profesionales	«Te sientes arropado, se preocupan por ti, por tu manera de hacer las cosas, eso a mí me llena ....esperaba un trato frío. De ver al doctor cuando te toca... toma tus pastillas, toma tu... Aquí entras y te preguntan que tal estás hoy... Se preocupan»
Con los otros usuarios	«Este servicio es más tranquilo que otros. No está tan masificado, porque hay mucha gente que viene a recibir tratamiento y van de otra manera que los que vienen a consumir. Es un ambiente mucho más sano...dentro de lo insano...»
d) Localización	
REDAN en CAS	«No sé, lo veo bien y no lo veo bien... A una parte le puede molestar ver a gente consumiendo y también puede ser un recordatorio... de acostumbrarte a la realidad que tendrás en la calle» «Me parece bien, porque también variamos nosotros, y de estar de una manera pasas a la otra o estas a medio camino. Me parece bien» (referido a ser usuario REDAN o en búsqueda de la abstinencia)
En el hospital	«Si te pasa algo, tienes el hospital al lado. Si te quedas de sobre dosis, lo que sea... sabes que está el hospital al lado... Al tener un hospital cerca es más fácil acudir, que no estando en la calle, ya que solemos ser gente que nos dejamos mucho y a lo mejor no vas al médico. Al tenerlo al lado, sí vas»
En el barrio	«Que esté retirado de los sitios de compra y venta de droga lo veo bien. Yo pienso que esto hace mucho. Siempre he sido muy partidaria de que haya en cada barrio. El rollo de que no haya sitio para "pillar" cerca se agradece muchísimo»
e) Identidad	
Enfermedad	«Estás en un hospital y éste es un servicio público para gente que está enferma, ¿dónde mejor que eso...? Además, la gente ve que es para enfermos... que es lo que somos realmente, ¿no?»
Discriminación	«Ahora ya no eres "yonqui", eres enfermo. Ahora es más "normalizao". Ahora la gente ya sabe que la gente se droga, y no sólo los jóvenes, sino que la gente se droga. Hombre, el rechazo siempre estará, ¿no? Por mucho que te intentes curar, en cuanto ven la palabra metadona ya lo relacionan directamente con delincuencia, que se van a encontrar con más robos... que se van a encontrar drogadictos»
Conflicto vecinal	«La gente sentada afuera con pancartas... Al principio era un horror venir aquí, hasta que ya se fueron calmando... La gente lo que tenía era miedo de que pasara como en los años ochenta. Que el barrio se llenara de "yonquis" y de maleantes, de robos ... y no ha sido el caso»
Derechos	«Sabes que te van a tratar de persona a persona, no de persona a objeto»

abstinencia. Algunos sugerían que la puerta de entrada de un recurso y del otro fuera distinta. Por otro lado, referían que esta conjunción podía generar una reflexión personal que favoreciera la reducción del consumo, aunque este aspecto dependía de múltiples factores. Finalmente, resolvían la ambivalencia indicando que rara vez se producía alguna situación conflictiva, favorecido esto por una buena gestión del equipo. Se valoraba positivamente su ubicación en un hospital, entendiendo las drogodependencias como enfermedad. Destacaba la percepción de seguridad que genera tener al lado un servicio de urgencias. Se valoraba la facilidad para asistir a distintos especialistas (enfermedades infecciosas, hepatología, ginecología, etc.). Indicaban que la cercanía y la coordinación entre diferentes servicios favorece el cuidado integral de la salud.

En cuanto al barrio, se consideraba positivo acudir a un centro alejado de los puntos de compra y venta más conflictivos de la

ciudad, indicando que esta ubicación favorece alejarse de la dinámica relacional de consumo. Se sugirió que si en cada ambulatorio hubiera un centro REDAN, se normalizaría la actividad propia de estos espacios dándoles un carácter sanitario (tabla 4).

#### *Identidad de los usuarios REDAN*

Se generó la dimensión «identidad» basándose en el discurso en que el usuario se identificaba como una persona enferma y socialmente marginada. Unánimemente, los participantes reivindicaban el rol de enfermos y apoyaban la incorporación de programas REDAN y de tratamiento de las drogodependencias en los sistemas sanitarios. La apertura del centro fue controvertida por la oposición vecinal y se produjo un conflicto de dimensiones

municipales, similar a lo ocurrido en otros barrios. Esto fue percibido por los usuarios como estigmatizante y como una vivencia de maltrato al atribuirles características de peligro y verles como generadores de conductas disruptivas. Paradójicamente, a pesar de sentirse discriminados entendían la postura vecinal. Atribuían el miedo a la falta de información y a la inevitable reminiscencia de la alarma social propia de los años 80. Los usuarios reivindicaban su «ser persona» en relación a la normalidad y reconocían la creación de espacios integradores por parte de los agentes sociales (tabla 4).

## Discusión

Se analizó el discurso de los usuarios en torno a los elementos que influyen en su vinculación con el programa REDAN del ambulatorio de drogodependencias del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. El discurso fue bastante homogéneo; fueron necesarias 12 entrevistas individuales y un grupo focal con ocho participantes para saturar los contenidos.

Se identificaron cinco grandes dimensiones (accesibilidad, servicios, relación, localización e identidad) compuestas por diferentes temas que son valorados desde sus expectativas y experiencias. La mayoría de las dimensiones coinciden con los aspectos que se suelen considerar al valorar los recursos de drogodependencias<sup>16-18</sup>, salvo la identidad, que surge como una nueva dimensión de análisis.

Se objetivan elementos considerados como facilitadores y barreras de la vinculación, y otros son valorados de forma ambivalente. Como facilitadores destacaron la expedita accesibilidad, la información personalizada, la variedad de actividades y el ambiente percibido; como barreras mencionaron el horario de atención, cuestiones de infraestructura y cierta frialdad de la sala de consumo. Recordaron que el conflicto vecinal ocasionado por la apertura del centro obstaculizaba la asistencia. Además, demandaban asesoría legal y más psicoterapia. En general, estos aspectos coinciden con los descritos en otros centros de drogodependencias y programas REDAN<sup>21,23,25</sup>.

La peculiar ubicación del REDAN dentro de un ambulatorio de drogodependencias es un aspecto controvertido. Llama la atención la percepción ambivalente de los usuarios respecto al hecho de que pacientes en tratamiento convencional compartan profesionales y espacio físico con otros de perfil REDAN. Los aspectos mencionados en relación con el *craving* y la identificación con un perfil u otro hay que considerarlos a la hora de implementar recursos similares a éste. Esta ambivalencia queda resuelta, como señalan los usuarios, por la buena gestión por parte del equipo, que es clave para evitar conflictos.

Un aspecto diferencial del discurso se centra en la dimensión «identidad», pues espontáneamente hacen referencia a su rol social. Señalaron sentirse aceptados y no discriminados como consumidores en activo en un recinto sanitario. Este modelo concuerda con nuevas propuestas y políticas públicas que plantean dispositivos integrados<sup>33-35</sup>. Durante los últimos años se ha trabajado desde la óptica de la desestigmatización del adicto. En esta línea, el Plan Nacional sobre Drogas 2009-2016 contempla que la percepción social de las adicciones se encuentra en un significativo proceso de cambio desde la culpabilización hacia la concepción de las drogodependencias como una enfermedad más, reconociendo el derecho a la atención sociosanitaria<sup>33</sup>. El estigma puede repercutir en que los consumidores eviten buscar tratamiento, se vea afectada su salud mental y se entorpezca la aplicación de políticas adecuadas de prevención e intervención<sup>36,37</sup>. Según la OMS, la drogadicción se encuentra entre las enfermedades más reprobadas socialmente<sup>38</sup>. Siguen presentes las ideas de marginalidad y discriminación, que se

expresan, por ejemplo, mediante manifestaciones vecinales<sup>39</sup>. Es posible identificar las manifestaciones vecinales referidas como un fenómeno NIMBY (*not in my back yard* [no en mi jardín]), término que describe la oposición a la ubicación de los recursos y no necesariamente pone en entredicho su utilidad<sup>14,40,41</sup>.

No incluir el discurso de personas sin vinculación al programa, que pueden tener un perfil diferente<sup>41</sup>, ni las perspectivas de los profesionales implicados, cuyas actitudes pueden influir en la vinculación<sup>42</sup>, se consideran limitaciones de la investigación y se plantean como objetivos para abordajes futuros. Sin embargo, conocer el discurso de los usuarios vinculados permite identificar los aspectos mejor y peor valorados, lo cual es de gran utilidad a la hora de dar a conocer este servicio entre posibles usuarios y para promover cambios en las áreas identificadas como más deficitarias. Se pretende tener en cuenta las sugerencias de los participantes para mantener los facilitadores y solventar las barreras.

## Contribuciones de autoría

C. Daigre, C. Roncero y M. Casas diseñaron el estudio. C. Daigre, M. Comín, L. Rodríguez-Cintas, N. Voltes y A. Alvarez realizaron las entrevistas y su traducción literal. B. Gonzalo consiguió financiación. C. Daigre, M. Comín, L. Rodríguez, N. Voltes y A. Alvarez realizaron la búsqueda de bibliografía y participación en el análisis de los datos mediante su codificación. C. Daigre, M. Comín, L. Rodríguez y N. Voltes redactaron el primer borrador. Todos los autores revisaron el texto antes del envío de la revista y participaron en las correcciones propuestas.

## Financiación

Este estudio fue financiado parcialmente por la Subdirecció General de Drogodependencias, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Creu Roja de Barcelona.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A la Agència de Salut Pública de Barcelona, al Institut Català de la Salut y al Hospital Universitari Vall d'Hebron el apoyo al programa REDAN en el CAS Vall d'Hebron. A los siguientes profesionales del equipo de reducción de daños del CAS Vall d'Hebron: Dr. Marc Rovira, Sr. Arnau Serra, Srta. Thais Balbriga, Srta. Vanessa Sentis, Sra. Carolina López, Dra. Gideoni Fusté y Dra. Nieves Martínez. Y al Dr. Juan Muñoz Justicia, miembro del Departament de Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona, por su colaboración con el manejo del programa Atlas Ti.

## Bibliografía

1. IHRA (International Harm Reduction Association). What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association; 2009.
2. Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav.* 1996;21:779-88.
3. De la Fuente L, Brugal T, Domingo-Salvany A, et al. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80:505-20.

4. Roncero C, Casas M. Problemas relacionados con el abuso de sustancias. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría y atención primaria*. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 441-53.
5. Delás J, Aragón JV, Brasó J, et al. Atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas. Barcelona: Ex Aequo; 2007.
6. World Health Organization. WHO expert committee on drug dependence: twentieth report. Technical Report Series 55;1. Geneva: WHO; 1974.
7. Fernández J, Arias F, Castillo C, et al. Opiáceos: guías clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2008.
8. Jarvinen M. Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice. *Sociol Health Illn*. 2008;30:975-91.
9. Emmanuelli J, Desenclos JC. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. *Addiction*. 2005;100:1690-700.
10. Hedrich D, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*. 2008;15:503-17.
11. Martín Palomo MT, Miranda López MJ, Vega Solís C. Nuevos y viejos elementos en el debate sobre las drogas. *Política y Sociedad*. 2002;39:399-414.
12. Illundain E. Drogas, enfermedad y exclusión: ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma? *Monografías Humanistas*. 2006;5:105-18.
13. Mino A. Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias. En: Grupo IGIA, et al. *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD; 2000.
14. Sepúlveda M, Báez F, Montenegro M. «No en la puerta de mi casa». *Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia; 2008.
15. Smith CB. Socio-spatial stigmatization and the contested space of addiction treatment: remapping strategies of opposition to the disorder of drugs. *Soc Sci Med*. 2010;70:859-66.
16. Parasuman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*. 1985;49:41-50.
17. Rial A, Lamas L, Braña T, et al. La evaluación de la atención al drogodependiente desde el punto de vista de los propios usuarios. *Psicothema*. 2009;21:206-12.
18. March JC, Martín-Ruiz E, Oviedo E, et al. Percepción de usuarios de los programas de tratamiento con metadona sobre la accesibilidad y la atención recibida de los equipos terapéuticos. *Adicciones*. 2006;18:359-70.
19. Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública*. 1995;69:163-75.
20. Rodríguez M, Jiménez-Lerma J, Iraurgi I, et al. Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias a través del «treatment perceptions questionnaire» (TPQ). *Adicciones*. 2002;14:417-24.
21. Martín JC. Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un centro ambulatorio de atención a drogodependientes. *Adicciones*. 2003;15:341-50.
22. Jaime FJ, García MA. La satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. *Trastornos Adictivos*. 2007;9:132-46.
23. Petrar S, Kerr T, Tyndall MW, et al. Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav*. 2007;32:1088-93.
24. Fast D, Small W, Wood E, et al. The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. *Harm Reduct J*. 2008;29:5-32.
25. Krüsi A, Small W, Wood E, et al. An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals: a qualitative evaluation. *AIDS Care*. 2009;21:638-44.
26. Stevens A, Radcliffe P, Sanders M, et al. Early exit: estimating and explaining early exit from drug treatment. *Harm Reduct J*. 2008;25:5-13.
27. Trujols J, Pérez de los Cobos J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento de metadona: una revisión centrada en la satisfacción al tratamiento. *Adicciones*. 2005;17:181-204.
28. Ruiz-Rodríguez M, Valdez-Santiago R. Revisión sobre la utilización de servicios de salud, 1996-2006. *Rev Salud Pública*. 2008;10:332-42.
29. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe; 1999.
30. Soundscriber. [consultado 11/1/2009]. Disponible en: [www-personal.umich.edu/~ebreck/sscriber.html](http://www-personal.umich.edu/~ebreck/sscriber.html).
31. Henwood KL, Pidgeon NF. Qualitative research and psychological theorizing. *Br J Psychol*. 1992;83:97-111.
32. Muñoz J. Análisis cualitativo de datos textuales con atlas.ti 5. Versión 3.03. Universitat Autònoma de Barcelona. 2005. [consultado 17/2/2008]. Disponible en: [http://psicologiasocial.uab.es/juan/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=14&Itemid=101&lang=es](http://psicologiasocial.uab.es/juan/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=14&Itemid=101&lang=es).
33. Estrategia nacional sobre drogas 2009-16. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado 28/4/2009]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>.
34. Mofizul M, Day I, Conigrave K. Harm reduction healthcare: from an alternative to the mainstream platform? *Int J Drug Policy*. 2010;21:131-3.
35. Rachlis BS, Kerr T, Montaner JS, et al. Harm reduction in hospitals: is it time? *Harm Reduct J*. 2009;29:6-19.
36. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2007;11:88-196.
37. Cusick L, Kimber J. Public perceptions of public drug use in four UK urban sites. *Int J Drug Policy*. 2007;18:10-7.
38. Üstün TB, Chatterji S, Bickenback JE, et al. Disability and culture: universalism and diversity. Seattle, WA: Hogrefe & Huber. 2001. p. 247-91.
39. Plataforma vecinal. Comunicat de la plataforma als veïns i veïnes de la Vall d'Hebron. [consultado 18/2/2008]. Disponible en: [www.plataformavecinal.com/comunicados/IMAGES/200607.pdf](http://www.plataformavecinal.com/comunicados/IMAGES/200607.pdf).
40. Takahashi LM. The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: toward an explanation of the NIMBY syndrome. *Soc Sci Med*. 1997;45:903-14.
41. Lloyd-Smith E, Rachlis BS, Tobin D, et al. Assisted injection in outdoor venues: an observational study of risks and implications for service delivery and harm reduction programming. *Harm Reduct J*. 2010;19:7-16.
42. Curth NK, Hansson LN, Storm F, et al. Select barriers to harm-reduction services for IDUs in eastern Europe. *Cent Eur J Public Health*. 2009;17:191-7.