



ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA,
METODOLOGÍAS E INTERDISCIPLINARIEDAD:
DE LAS TEORÍA A LAS PRÁCTICAS
ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

Oriol Romaní, Cristina Larrea,
José Fernandez (Coordinadora/es)

2

EXPERIENCIAS ETNOGRÁFICAS ACERCA DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON HEROÍNA

PALOMA MASSÓ GUIJARRO

Universidad Miguel Hernández de Elche

Escuela Andaluza de Salud Pública Granada

INTRODUCCIÓN

En su conocido ensayo “El antropólogo como autor”, Clifford Geertz dice: “los etnógrafos necesitan convencernos (...) no sólo de que verdaderamente han estado allí, sino de que (...), de haber estado nosotros allí, hubiéramos visto lo que ellos vieron, sentido lo que ellos sintieron, concluido lo que ellos concluyeron” (Geertz, 1989: 26). Con el ánimo de crear esta suerte de complicidad, me gustaría compartir mi experiencia etnográfica adquirida durante el desarrollo de la Tesis Doctoral titulada: “Significados Socioculturales del Tratamiento de Mantenimiento con Heroína”, aún en curso. El escenario del que voy a hablar se trata de un dispositivo sanitario para la dispensación de heroína en la modalidad de uso compasivo, sujeto al Programa-Estudio de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía, de ahora en adelante PEPSA. Las reflexiones que me gustaría compartir surgen de mi experiencia durante el trabajo de campo realizado en el centro PEPSA de Granada. La primera etapa comprendió los meses entre febrero y junio de 2007, y la segunda se inició en el mes de abril de 2008.

Pero antes de comentar algunos aspectos de mi trabajo, considero oportuno exponer, en primer lugar, los antecedentes epidemiológicos de esta iniciativa terapéutica que pueden ayudar a situar mi investigación. En segundo lugar, trataré de justificar aplicación de la antropología al campo de las drogodependencias, puesto que desde este enfoque disciplinar sitúo mi trabajo.

1.1. Aspectos epidemiológicos en la diversificación de los tratamientos de sustitución

Desde los años noventa, ha recobrado interés el planteamiento de alternativas farmacológicas para las personas dependientes a opiáceos refractarias a los tratamientos de mantenimiento convencionales. De acuerdo al modelo hegemónico actual en ciencias médicas, la epidemiología ha sido el marco epistemológico dominante de las investigaciones planteadas. Así, mediante estudios con distinto nivel de evidencia se ha tratado de abordar el objetivo común de determinar el valor terapéutico de diversas alternativas al tratamiento de sustitución con metadona para pacientes refractarios, apoyadas en sustancias como la buprenorfina, LAAM o la propia heroína (Perneger 1998; Fischer, 2002; van den Brink, 1999; Stimson, 2003). Hasta ahora, los estudios apoyados en el uso terapéutico de la heroína se han llevado a cabo en seis países (Canadá, Alemania, Holanda, Suiza, Reino Unido y España), siendo pionero el estudio suizo denominado PROVE, en 1994 (Fischer, 2002; Uchtenhagen, 1999). Hasta la fecha, todos los trabajos publicados han demostrado la efectividad y seguridad de la prescripción de heroína en pacientes adictos a opiáceos (Rehm, 2003; van den Brink, 2003; Haasen, 2006; Frick, 2006; March, 2006). A partir de estos resultados, se ha impulsado la implantación de programas de dispensación de heroína en países como Suiza y Holanda desde 1999 y 2004, respectivamente, llegando a consolidarse redes asistenciales de cobertura nacional en el primer caso.

En el Estado Español se han llevado a cabo dos estudios sobre el uso terapéutico de la heroína, conocidos como “Proyecto Catalán” y “Proyecto Andaluz”. Del primero, que se basa en la administración por vía oral de heroína, aún no hay resultados publicados. El segundo trabajo corresponde al ensayo clínico aleatorizado en fase III denominado: “Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía” (PEPSA), llevado a cabo en Granada desde febrero de 2003 hasta noviembre de 2004¹ (March, 2006). Una

¹ En este estudio se trataba de comparar la “mejora de la salud física, psíquica y ajuste social” de dos grupos de pacientes (n=23 en cada grupo). El grupo control recibía 3 dosis diarias de metadona oral, mientras que al grupo experimental se le administraban dos dosis al día de heroína intravenosa más una dosis nocturna de metadona oral. Ambos grupos

vez más probada la eficacia y seguridad del tratamiento apoyado en heroína para este perfil de pacientes (es decir, con dos o más fracasos acumulados en tratamientos con metadona y deterioro físico y psicosocial), se ofreció a los participantes la posibilidad de continuarlo bajo la modalidad de uso compasivo. De los 44 usuarios que finalizaron el estudio PEPSA en 2004, 36 se acogieron al tratamiento. En el momento en que realicé el trabajo de campo permanecían 22.

Hay que reconocer a favor de la eficacia del modelo hegemónico positivista en las ciencias médicas, que de no ser por la autoridad reconocida a la medicina basada en la evidencia (MBE), probablemente no se podría haber tomado estas transgresoras medidas biopolíticas, que implican la dispensación de una sustancia tan estigmatizada como la heroína. Lo que se adivina con poco esfuerzo es que detrás de la aplicación de las reglas del juego epidemiológico, se esconde una tácita ideología que instrumentaliza la pleitesía que se rinde al dato, y que acaso la vemos asomar en las cartas al director, las editoriales u otros espacios de escaso “peso específico” dentro de las revistas científicas, pero que representa la fuerza motriz y marca la trayectoria de la investigación en salud pública. En los estudios mencionados encontramos la directriz en las políticas sobre reducción de daños. Recordemos que esta orientación surge en respuesta a los efectos contraproducentes del paradigma prohibicionista, sobre todo en relación a la epidemia de VIH-SIDA entre los usuarios de drogas por vía parenteral.

1.2. Hacia un enfoque antropológico

Si bien cada una de las investigaciones referidas presenta sus particularidades, se pueden enmarcar dentro del paradigma biomédico hegemónico, según el cual se privilegia la sustancia por encima de los aspectos sociales, culturales o psicológicos. Estos estudios se centran en demostrar si la sustitución de una sustancia por otra mejora una

recibieron apoyo psicosocial y asesoramiento jurídico. En cuanto a los resultados, se demostró que el tratamiento con heroína era más eficaz que la metadona en la mejora de la mejora de la salud física (2,5;p=0,034), el comportamiento de riesgo para VIH (1,6; p=0,12), el consumo de heroína en la calle (2,4; p=0, 20), el número de días sin problemas relacionados con el uso de drogas (2,1; p=0,004), o la comisión de delitos (3,17; p= 0,096).

serie de dimensiones de la salud y el ajuste social de los usuarios, sin la aparición de efectos no deseados. La sustancia farmacológica, que bajo el control médico deja de ser considerada droga, se plantea como eje de las intervenciones sanitarias. Sin embargo, este planteamiento pasa por alto los procesos que son los que, en mayor medida, determinarán el éxito o el fracaso de la intervención terapéutica. El cambio producido en las representaciones sociales del uso de la sustancia en un contexto clínico, el nuevo significado de la sustancia dentro de la vida cotidiana, el tipo de relación entre profesionales y pacientes, la transformación de las relaciones sociales a partir de esa resignificación y la constitución de nuevos sujetos sociales son elementos que jugarán un papel determinante en los resultados de estas intervenciones.

Que estos aspectos estén más allá del alcance de las metodologías comúnmente empleadas en el campo de la salud, no significa que no merezcan ser tenidas en cuenta. Si queremos investigar desde una posición crítica, superando el modelo médico y tratando en última instancia de comprender los procesos de cambio que operan en la vida de los usuarios a partir de estas intervenciones, se hace necesario ampliar nuestro marco epistemológico y ensayar nuevas metodologías. El enfoque que propongo, por haber demostrado ser especialmente fecundo en el campo de la salud, es el antropológico, ya que permite comprender los fenómenos a partir de los elementos socioculturales que los configuran.

No obstante, hay que advertir que la aplicación de la antropología al campo de las drogodependencias cuenta con una dilatada tradición. A finales de los años 40 empiezan a aparecer los primeros estudios etnográficos urbanos sobre drogas, intensificándose a partir de la década de los sesenta². También el tratamiento sustitutivo convencional, apoyado en metadona, ha sido estudiado desde la dimensión social y antropológica³. Sin embargo, dada la novedad que

² Algunos de estos trabajos etnográficos destacados son: Becker, 1953; Lindesmith, 1968; Preble-Casey, 1969; Agar, 1973; Pallarés, 1995; Bourgois, 1995, 1998; Romani, 1997; Albertín P, 1999; Gamella, 1990.

³ Los siguientes trabajos plantean un interesante discusión teórica a partir del método etnográfico: Bourgois, 2000, Bergschmidt, 2004, Gomart, 2004.

supone el modelo de tratamiento con heroína, encontramos aún escasas publicaciones desde un enfoque antropológico⁴. Al respecto cabe destacar una publicación reciente de un estudio cualitativo realizado por Nuria Romo y Mónica Poo casualmente en el contexto de la intervención socio-sanitaria que nos ocupa⁵. Este trabajo se centra en evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes y los familiares, mediante entrevistas en profundidad realizadas fuera del centro en la última etapa del ensayo clínico. Los resultados dan cuenta de los cambios referidos en sus vidas hasta ese momento, así como de la valoración del tratamiento que estaban recibiendo. Sin embargo, no se recoge la perspectiva de los profesionales sanitarios, ni la interacción de éstos con los pacientes durante la práctica asistencial, al no haberse realizado observación en el centro. Esto supone una limitación teniendo en cuenta el origen de las políticas de reducción de daños.

Cabe recordar que la reducción de daños surge en el seno de algunos sectores profesionales sociosanitarios, así como de los propios usuarios, que han mantenido una postura crítica frente a los programas abstencionistas. Pero, como destaca Oriol Romani, su seña distintiva con otras iniciativas meramente técnicas, es que admite el “protagonismo de los usuarios, las relaciones dialógicas entre éstos y los profesionales” para superar la estigmatización del usuario (Romani, 2007: 126). Este mismo autor considera que el planteamiento de la reducción de daños es además deudor de la etnografía, entendida como una práctica de investigación, e incluso de intervención, para estudiar la realidad cotidiana de un grupo social con el que se interactúa de manera intensa y continuada a nivel microsocial, relacionándolo con los niveles meso y macrosocial. No en vano, una de las exigencias del trabajo de campo es precisamente penetrar en la lógica de los actores sociales estudiados (*emic*), lo que requiere desprenderse previamente de las categorías y presupuestos del investigador (*etic*).

⁴ Merece la pena consultar el artículo de Philippe Bourgois (2002), donde reflexiona acerca de una observación llevada a cabo en una visita a una clínica suiza de prescripción de heroína.

⁵ Este estudio se realizó por encargo de la Consejería de Asuntos Sociales y Bienestar Social de Andalucía, promotora del PEPSA.

Teniendo en cuenta que el centro PEPSA puede considerarse un ejemplo de dispositivo para la reducción de daños, con la particularidad de que incorpora la dispensación de la heroína como medicamento, lo que pretendo en mi trabajo es una aproximación antropológica a través de la investigación etnográfica en este centro, que me permita profundizar en las consecuencias de esta intervención al cabo de 4 años de tratamiento compasivo con heroína. El objetivo de mi estudio es analizar la génesis de nuevas subjetividades promovidas en este dispositivo sanitario, poniendo especial atención a la incrustación del discurso médico en la lógica de los usuarios construida a lo largo de su carrera toxicómana. A partir de la observación del comportamiento de los actores sociales en el contexto de este espacio clínico, tanto profesionales como pacientes, de la interacción con y entre ellos, y del testimonio de los usuarios obtenido a través de entrevistas en profundidad, me propongo analizar la resignificación de la experiencia encarnada del uso de heroína bajo la mirada clínica.

2. REFLEXIONES ETNOGRÁFICAS

2.1. Observaciones preliminares sobre el centro PEPSA

El centro PEPSA está situado en un semisótano, bajo un Centro de Salud en el recinto del Hospital de Traumatología Virgen de las Nieves de Granada. Su ubicación marginal no deja de ser una metáfora de lo que representa políticamente este dispositivo. Por otra parte, que la institución promotora sea la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, a través de la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación (FADAIS), y no la Consejería de Salud, remarca el carácter híbrido de esta intervención socio-sanitaria.

La estructura física del centro consta de un recibidor, una amplia sala de espera con aseos para los usuarios (imagen 1), a continuación una sala para realizar exploraciones físicas y pruebas complementarias, enfrente se sitúa la sala de control de enfermería, que comunica con la sala de inyección y está equipada con un *kit* de reanimación y cuenta con lavabos, una amplia mesa rodeada de sillas para los pacientes, y

una mesa para el enfermero (imagen 2). A lo largo de un pasillo, se encuentran dos consultas, la secretaría y, por último, el despacho de dirección.



Imagen 1. Vista general de la sala de espera del centro PEPSA

Durante la primera fase de mi trabajo de campo, la plantilla de profesionales se componía de: el director, tres médicas, cuatro enfermeras y dos enfermeros, una trabajadora social, un psicólogo, una administrativa y dos guardas jurados. En la segunda fase al año siguiente, se había prescindido del psicólogo y la trabajadora social.

En cuanto a los horarios de dispensación de heroína, los usuarios del PEPSA acuden dos veces al día a recibir su dosis de 9:00 a 11:45 y de 15:30 a 18:00, junto con el “resto” de su medicación (la pastilla de metadona de la noche, benzodiazepinas, antipsicóticos, antidepresivos, etc.). Aquellos usuarios que cumplen un horario laboral, solicitan un permiso especial para que se les dispense la heroína de 8:30 a 8:45 por la mañana, y de 8:45 a 9 los fines de semana. En la puerta de entrada hay una lista con los códigos de cada uno en la que se indica la hora

de la cita. Los demás van llegando cada uno a su hora habitual, de manera que no suelen coincidir en el centro más de cuatro pacientes.



Imagen 2. Vista general de la sala de inyección del centro PEPSA

A continuación describiré cada una de las partes del recorrido que siguen los usuarios del PEPSA en el centro. Para ello, me centraré más en las prácticas que en los discursos y representaciones sociales, si bien intercalaré algunos comentarios críticos con algunos ejemplos tomados de mi observación en el centro.

2.1. La cotidianidad en el centro PEPSA

Si tuviese que destacar el aspecto que más me ha llamado la atención durante mi estancia en el centro, sin duda sería la atmósfera distendida, la alegría y el sentido del humor que se percibe casi de forma constante. Tanto los profesionales como los propios pacientes se encargan de mantener este clima de familiaridad. Cabe destacar la sensibilidad de la mayoría de los profesionales mostrada en sus relaciones con los usuarios, así como el mimo y paciencia con que algunos enfermeros y médicas intentan transmitirles el mensaje

orientado a la reducción de daños. Por otra parte, me ha sorprendido el comportamiento disciplinado de los usuarios, a pesar de encontrar algunos ejemplos de resistencia que iré comentando a lo largo del texto.

2.1.1. Llegada al centro PEPSA. Espera y valoración clínica previa a la inyección

Cuando los usuarios llegan al centro, los recibe el guarda de seguridad (quien sólo dejar pasar a las personas autorizadas, como una medida más orientada a la custodia de la heroína). El hecho de que la primera persona que se encuentren los usuarios sea este tipo de profesional, con un rol marcadamente controlador y punitivo, puede resultar algo intimidatorio para el observador (al menos a mí me lo pareció la primera vez que llegué al centro). Sin embargo, las repetidas visitas a lo largo de estos 4 años ha convertido este gesto en un elemento más de la rutina, y a estos profesionales, por tanto, en actores sociales plenamente integrados en el escenario clínico. No obstante, hay que reconocer que ocupan una posición más marginal que los profesionales sanitarios.

Ya en la sala de espera los usuarios aguardan a que un enfermero valore su estado antes de la inyección, con tal de garantizar su seguridad. Mientras tanto, suelen conversar con sus compañeros. Este escenario, junto con el de la sala de inyección, es el que más se presta a la interacción entre usuarios y profesionales. Recientemente, para que los pacientes “aprovechen el tiempo en la sala de espera”- como me decía una de las médicas en una ocasión- han instalado un equipo para proyectar presentaciones en “power-point” sobre educación para la salud que elabora el personal de enfermería. Además, edita periódicamente un boletín que incluye información sobre VIH, VHC y otras enfermedades comunes en este colectivo, incluyendo un espacio donde los usuarios pueden publicar sus reflexiones, relatos, recetas de cocina, etc. También hay pósters con recomendaciones sobre la dieta, el sueño e información sobre enfermedades de transmisión sexual. En relación a esto último, merece la pena comentar el rechazo que suscitaron en algunos pacientes las ilustraciones, a pesar de tratarse de fotocopias en blanco y negro. Incluso uno de ellos llegó a arrancar las

fotos que más le desagradaban después de haber solicitado reiteradamente que lo quitasen.

Como decíamos, en el control inicial, el enfermero le toma al usuario las constantes vitales y le realiza una serie de preguntas: si se tomó la metadona la noche anterior, cómo ha dormido, qué cenó, si nota “monillo”, etc. Aunque algunos enfermeros llevan a cabo esta tarea de forma un tanto protocolaria, limitándose a registrar los datos, los más motivados aprovechan la ocasión para realizar una atención holística. Así, por ejemplo, comentan las dificultades encontradas con la medicación o sus preocupaciones sobre su salud, la vivienda, los compañeros, la dieta, etc. No obstante, cabe señalar que para resolver muchos de estos problemas se debe recurrir a un trabajador social.

Uno de los aspectos fundamentales que se valora en este momento es el consumo externo de sustancias. Aunque se confía en la declaración de los propios usuarios, se les realizan controles aleatorios mediante tiras reactivas en orina para comprobar y registrar el consumo de cocaína, benzodicepinas y metadona, y se mide la alcoholemia. Estas son algunas medidas que se mantienen desde el ensayo clínico. En caso de que dé positivo, el usuario debe esperar a que se pasen los efectos de estas sustancias, aunque según me decía una de las médicas, habitualmente acaban recibiendo metadona. A primera vista estas determinaciones objetivas pudieran parecer un gesto de desconfianza o exceso de control por parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, no es así como la percibe la mayoría de los usuarios. Por el contrario, rozando el pensamiento mágico, algunos de ellos expresan abiertamente la satisfacción que les produce obtener un resultado negativo en los tests de aquellas sustancias que consumen esporádicamente (normalmente cocaína), aun siendo conscientes de que no habían consumido recientemente. Por otra parte, el personal de enfermería procura garantizar al usuario su dosis de heroína, dentro de un margen de seguridad, como expresaba uno de los enfermeros:

“Nosotros tenemos el compromiso de que, a no ser que veamos que ha hecho un consumo exagerado, que evidentemente le va a perjudicar a él, van a entrar”.

Este planteamiento, no obstante, contrasta con algunos mensajes que se encuentran distribuidos por el centro, que dan cuenta de la

heteroglosia que he percibido dentro del equipo clínico a la hora de concebir un programa de reducción de daños. Uno de estos mensajes está situado junto al equipo de proyección. Se trata de una advertencia a los usuarios para que se abstengan de tocar este material so pena de estar dos semanas en tratamiento con metadona. Bajo mi punto de vista, esta medida es desproporcionada y sólo contribuye a marcar la relación de hegemonía y subalternidad del personal sanitario y los usuarios, respectivamente, usando una terminología gramsciana. Tan sólo en casos especialmente graves consideraría admisible privar de la “medicación” que se dispensa en el centro como una estrategia sancionadora. Otro comentario que encontré disonante fue el de una de las médicas cuando, desde una actitud paternalista y autoritaria, consideraba “terapéutico” suspender durante un par de días la dispensación de heroína periódicamente, para que de este modo “los pacientes valoren más el tratamiento y disminuyan los consumos en la calle”. Aunque afortunadamente no es una práctica habitual en este centro, la doctora la defendía como una estrategia recomendada por el programa suizo, que considera una referencia por ser pionero.

2.1.2. El ritual de la inyección

Volviendo al recorrido del usuario, una vez se determina que es seguro que reciba la dosis de heroína, pasa a la sala de inyección. Allí debe seguir el ritual establecido para garantizar las condiciones de higiene con tal de reducir riesgos. En primer lugar, el enfermero de la salita de control de enfermería donde se lleva el registro, (este habitáculo se comunica con la sala de inyección a través de una ventana), le proporciona al paciente un vasito de plástico con la jeringa cargada con su dosis correspondiente. Después, el paciente se lava manos, siendo ésta una práctica que los enfermeros se encargan de recordar en cuanto intuyen que lo ha olvidado. A continuación, coge un mantel de papel y recoge su vasito con el compresor, que se encuentra con los del resto de los usuarios sobre una balda. Junto a ésta, un cartel advierte:

“Por ser motivo de múltiples problemas, rogamos que por favor no se manipulen los botes del resto de pacientes. Gracias”.

Según me informaron algunas enfermeras, fue necesario colocarlo porque los pacientes protestaban cuando una de las usuarias con un comportamiento “obsesivo-compulsivo” cambiaba de sitio el resto de vasos antes de depositar el suyo. Aunque esta reacción pueda parecer excesiva, resulta comprensible si se hace el esfuerzo de situarse en la lógica de los usuarios. Para ello puede ayudar observar la decoración de estos recipientes. Sorprende cómo este elemento se puede llegar a personalizar tanto como la carpeta de un adolescente. Normalmente, los usuarios los firman más o menos artísticamente, llegando uno de ellos a retratarse con su frase característica cuando se dispone a inyectarse: “Esto es vena” (imagen 3). El compresor se convierte, por tanto, en un elemento dentro del ritual de la inyección tan personal como lo pueda ser un condón o un cepillo de dientes (por poner un ejemplo reutilizable), que además se asocia a la satisfacción de empezar a sentir la inyección antes de aflojárselo.



Imagen 3. Detalle del vasito que contiene el compresor de uno de los usuarios del centro PEPSA

A continuación, el paciente coloca el material sobre la mesa y se ajusta el compresor. Siguiendo con las prácticas seguras, coge uno de los dispensadores de alcohol, empapa una gasa y desinfecta la zona donde se va a inyectar. Después palpa las venas para encontrar el

mejor punto de inyección, sabiendo que cuenta con dos oportunidades para inyectarse, según el protocolo. Si tiene dificultades, lo hace el enfermero para reducir el deterioro de las venas y minimizar daños. En caso de que siga habiendo problemas, se administra por vía intramuscular (lo cual no ha llegado a plantearse hasta la fecha) para al menos garantizar la dosis. Después de la inyección se pone una tirita, y en seguida empieza a experimentar los efectos más intensos de la sustancia (el “flash”). Después desecha el material en los contenedores correspondientes, deposita el vasito con el compresor en la balda, y vuelve a lavarse las manos antes de abandonar la sala.

En una mesita aparte, un enfermero vigila cómo se lleva a cabo este proceso. Debe evitar que se realicen prácticas inseguras, como “bombeos”, asegurar que el paciente reciba su dosis, así como observar la reacción a la sustancia (depresión respiratoria, cianosis, sueño, reacciones de hipersensibilidad). Además, se encarga de “validar al paciente”, es decir, avisar cuando se ha administrado su dosis, para controlar el tiempo que permanece en la sala, que no debe superar los 8 minutos, tal y como establecieron los propios pacientes. La limitación de la estancia en la sala de inyección ha sido fuente de conflicto. Sobre todo en ocasiones en las que los usuarios han experimentado un “flash” más intenso, llegando a dormirse o a tener depresión respiratoria, como ocurre cuando en el control inicial no han reconocido el consumo de benzodiazepinas. Otra de las funciones del enfermero de la sala de inyección es responsabilizarse de que no se ponga en peligro la salud del resto de usuarios ni la suya propia, tratando de evitar y sofocar situaciones conflictivas en las que puedan aparecer conductas agresivas.

En relación a estos dos últimos puntos, comentaré una anécdota ocurrida durante las primeras observaciones en este escenario concreto, cuando un paciente se presentó en la sala con gesto circunspecto acompañado de la doctora. Se trataba de un hombre de unos cuarenta años, alto, fuerte y bien vestido. Al parecer estaba enfadado porque la médica le había llamado la atención por quedarse dormido en la sala de inyección la última vez y permanecer más

tiempo del establecido⁶. Este usuario llevó a cabo el ritual de la inyección con gran rapidez y brusquedad, permaneciendo ajeno a las conversaciones de sus compañeros y despidiéndose con sequedad del enfermero. Según éste, se trataba de uno de los pacientes más desestabilizados del programa. Con frecuencia realizaba consumos externos de cocaína y benzodiazepinas que no reconocía en el control previo a la inyección y debido a que algunos profesionales se sentían intimidados por él, le permitían entrar a pesar de ello. A veces, a consecuencia de la interacción entre estas sustancias y la heroína (a lo que se sumaba la falta de sueño por el consumo de cocaína), se quedaba dormido. Pero según relató el enfermero, el motivo por el que se había mostrado especialmente serio con él era otro. Al parecer, la última vez que este usuario había consumido cocaína, empezó a montar alboroto en la sala de inyección, molestando a sus compañeros. Para controlar la situación, este enfermero, como responsable de la sala, le ordenó salir inmediatamente, cogiéndolo del brazo para conducirlo a la salida. El problema se trasladó a la dirección, que aprobó la actuación del enfermero. Por su parte, el usuario mantenía el discurso de que había sido “maltratado”.

2.1.3. Después del “flash”

Ya acabando el recorrido de los pacientes, una vez salen de la sala de inyección, si se trata de la inyección de la tarde, se les proporciona la medicación correspondiente junto con su pastilla de metadona a través de la ventana del control de enfermería. Por último, en la sala de espera permanecen el tiempo necesario hasta completar los 9 minutos después de la inyección.

Para acabar de mostrar los escenarios clínicos donde se desenvuelven los usuarios, sólo me queda mencionar las consultas médicas que periódicamente realizan. Allí, las médicas comentan con los pacientes el ajuste de las dosis de heroína y otros aspectos relacionados con el resto de la medicación, tratando de negociar con ellos para alcanzar un

⁶ Según el reglamento, esto es motivo de amonestación e incluso de falta, ya que entorpece el ritmo de dispensación del resto de usuarios y además supone un riesgo para el propio paciente. Cuando se acumulan varias faltas, dependiendo de la gravedad pueden suponer la expulsión.

buen cumplimiento terapéutico. Además, se aprovecha este momento para administrarles los cuestionarios trimestrales o semestrales del Estudio de Seguimiento del PEPSA.

A lo largo de este itinerario he pretendido describir la dinámica del centro y a partir de ahí, mostrar algunas observaciones realizadas. Espero haber sido capaz de dar cuenta de los principales procesos que tienen lugar allí, así como de las situaciones que habitualmente se plantean en cada uno de estos escenarios, desde las relaciones que se establecen entre los profesionales y los usuarios dentro de esta institución.

BIBLIOGRAFÍA

AGAR, M. (1973) *Ripping and Running: A formal Ethnography of Urban Heroin Addicts*. Nueva York. Seminar Press.

ALBERTÍN, Pilar. (1999). *Consumir heroína: relaciones, significados y vida cotidiana*. Delegació d'Afers de Cooperació per al Desenvolupament de la Universitat de Girona. Girona.

BERGSCHMIDT, Viktoria (2004) "Pleasure, power and dangerous substances: applying Foucault to the study of 'heroin dependence' in Germany". *Anthropology & Medicine*. 11(1): pp. 59-73.

BECKER, Howard. S. (1953) "Becoming a marijuana user". *Am J Soc* 59: 235-242.

BOURGOIS, Philippe (1995). *In Search of Respect. Selling crack in El Barrio*. Cambridge University Press. Nueva York.

- (1998) "The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts: Confronting Ethnography, HIV Risk, and Everyday Violence in San Francisco Sooting Encampments". *Substance Use & Misuse*. 33(11): pp. 2323-2351.

- (2000) "Disciplining Addictions: The Bio-politics of Methadone and Heroin in the United States". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 24 (2): pp. 165-195

- (2002) "Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of cross-methodological and theoretical dialogue". *International Journal of Drug Policy*.13. pp. 259-269.

FISCHER, B, REHM, J, KIRST, M, CASAS, M, HALL, W, KRAUSZ, M et al. (2002). "Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence". *Eur J Public Health*; pp. 12: 228-234.

FRICK, U, REHM, J, KOVACIC, S, AMMANN, J, UCHTENHAGEN, A. (2006) "A prospective cohort study on orally administered heroin substitution for severely addicted opioid users". *Addiction*; 101(11): pp. 1631-9.

GAMELLA, J Francisco. (1990) *La historia de Julián: memorias de heroína y delincuencia*. Madrid. Ed. Popular.

GEERTZ, Clifford. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona. Paidós Studio.

GOMART, Emilie. (2004) "Surprised by methadone: in praise of drug substitution treatment in a french clinic". *Body Society*; 10: p. 85.

HAASEN, C, VERTHEIN, U, DEGKWITZ, P, BERGER, J, KRAUSZ, M, NABER, D. (2002) "Heroin assisted treatment for opioid dependence: A randomised, controlled trial". *Br J Psychiatry*. 2006.

LINDESMITH, Alfred R. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago. Aldine.

MARCH, JC, OVIEDO-JOEKES, E, PEREA-MILLA, E, CARRASCO, F. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat*; 31(2): pp. 203-11.

PALLARÉS, J. (1995) *La dolça punxada de l'escorpí. Antropologia dels ionquis i de l'heroína a Catalunya*. Barcelona Pagès Editors.

PERNEGER, T, GINER, F, DEL RIO, M, MINO, A. (1998) "Randomized trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatment". *BMJ*; 317(7150): pp. 13-18.

PREBLE E., CASEY J.J. (1969). "Taking care of business". *The International journal of Addiction*. 4, 1, pp. 1-24.

REHM, J, GSCHWEND, P, STEFFEN, T, GUTZWILLER, F, DOBLER-MIKOLA, A, UCHTENHAGEN, A. (2001) "Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study". *The Lancet*; 358: pp. 1417-1420.

ROMANÍ, Oriol. (1997) "Etnografía y drogas. Discursos y prácticas". *Nueva Antropología*. 52, vol. XVI, 52: pp. 39-66.

- (2007) "De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas", en: ESTEBAN, Mari Luz (ed.) *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao. Osalde: pp. 117-134.

ROMO, Nuria y PÓO, Mónica (2007) *De droga a medicamento: vida cotidiana de pacientes y familiares en un ensayo clínico con heroína*. Granada. Universidad de Granada.

STIMSON, G., METREBIAN, N. (2003) *Prescribing heroin: What is the evidence?* York, England. Joseph Rowntree Foundation.

UCHTENHAGEN, A., DOBLER-MIKOLA, A., STEFFEN, T. et al. (1999) "Prescription of narcotics for heroin addicts: Main results of the Swiss national cohort study". *Medical Prescription of Narcotics* vol. 1. Basel: Karger.

VAN DEN BRINK, W., HENDRIKS, V., VAN REE, J. (1999) "Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands". *J Drug Issues*; 29(3): pp. 587-608.

VAN DEN BRINK, W., HENDRIKS, V., BLANKEN, P. et al. (2003) "Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials". *BMJ*; 327(7410): pp. 310-315.