

LowThreshold

Journal

2021, Vol. 9, Num. 1-2

**LES CIUTATS POSTPANDÈMIA
LAS CIUDADES POSTPANDEMIA
POSTPANDEMIC CITIES**

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delás

JEFA DE REDACCIÓN / EDITOR IN CHIEF

M^a Eugenia de Andrés

CONSEJO DE REDACCIÓN /

EDITORIAL BOARD

Margarita Aguas

Miguel de Andrés

Jordi Delás

Nadia El Hilali

Gemma Martín

Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)

César Morcillo

María José Sánchez

Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

DISEÑO / DESIGN

Sònia Poch

MAQUETACIÓN / LAYOUT

Sònia Poch

CORRECTION IN ENGLISH

Steve Cedar

EDICIÓN / EDITION

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org

www.lowthresholdjournal.org

Sumari / Sumario / Contents

EDITORIAL. La disputa pel consumidor

EDITORIAL. La disputa por el consumidor

EDITORIAL. The dispute to attract the consumer

4-6

LES CIUTATS POSTPANDEÀ / LAS CIUDADES POSTPANDEMIA / POSTPANDEMIC CITIES

Recursos asistenciales en barris benestants

Recursos asistenciales en barrios acomodados

Social facilities in rich neighborhoods

7-12

**Reflexions en torn al consum de benzodiacèpines
a un centre residencial**

**Reflexiones en torno al consumo de benzodiazepinas
en un centro residencial**

**Reflections on the use of benzodiazepines
in a residential center**

13-27

SOCIDROGALCOHOL 2021, BARCELONA

Taula rodona.

Repensant els programes de reducció de riscos

Mesa redonda.

Repensando los programas de reducción de riesgo

Round table. Rethinking risk reduction programs

28-39



Sota la ciutat hi ha una ciutat, simètrica i oposada, que no sempre es veu, que sovint s'amaga. És la ciutat desvalguda que cal que torni a aflorar i defensar amb la mateixa passió amb que altres diuen no a la porta de casa meua o que la pobresa no s'ha de fer visible.

Debajo de la ciudad hay una ciudad, simétrica y opuesta, que no siempre se ve, que a menudo se esconde. Es la ciudad desvalida que debe volver a aflorar y defender con la misma pasión con que otros dicen no en la puerta de mi casa o que la pobreza no debe hacerse visible.

People love more what they know best and know best what they see with their eyes on a daily basis, and against the slogans in society that recommend that homeless people become invisible.

Convocatòria d'articles

Low Threshold Journal és una publicació en línia adreçada a la comunitat científica internacional i centrada a presentar experiències d'equips que treballen en la promoció de l'educació, la salut i l'atenció social a les zones urbanes socialment desfavorides. Hi ha intervencions desconegudes interessants que podrien ser útils per a altres grups en condicions similars.

A partir dels textos originals, enviats a lowthresholdjournal@lowthresholdjournal.org, els editors van fer una traducció a l'anglès o al castellà. Els textos finals es publiquen com a revista i estan disponibles gratuïtament en format PDF. Estan en línia permanentment a <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html>, de manera que es poden consultar en qualsevol moment.

Lowthresholdjournal està impulsat per Ex AEquo, una associació sense ànim de lucre, fundada l'any 1996 a Barcelona i dedicada a promoure l'educació, la comunicació i l'atenció sociosanitària a les zones urbanes socialment desfavorides.

Convocatoria de artículos

Low Threshold Journal es una publicación en línea dirigida a la comunidad científica internacional y enfocada en presentar experiencias de equipos que trabajan en la promoción de la educación, la salud y la atención social en áreas urbanas socialmente deprimidas. Hay interesantes intervenciones desconocidas que podrían ser útiles para otros grupos en condiciones similares. A partir de los textos originales, enviados a lowthresholdjournal@lowthresholdjournal.org, los editores realizan la traducción al inglés o al español. Los textos finales se publican como revista y están disponibles gratuitamente en formato PDF. Están en línea permanentemente en <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html> cualquier momento. Lowthresholdjournal está promovida por Ex AEquo, una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1996 en Barcelona y que se dedica a promover la educación, la comunicación y la atención sociosanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas.

Call for papers

Low Threshold Journal is an online publication addressed to the international scientific community and focused on presenting experiences of teams who work on promoting education, health and social care in socially deprived urban areas. There are interesting unknown interventions that could be useful for other groups under similar conditions.

From the original texts, sent to lowthresholdjournal@lowthresholdjournal.org, the editors made an English or Spanish translation. The final texts are published as a magazine and are freely available in PDF format. They are online permanently at <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html>, so they can be consulted at any time.

Lowthresholdjournal is promoted by Ex AEquo, a non-profit association, founded in 1996 in Barcelona and is dedicated to promoting education, communication and social and health care in socially deprived urban areas.



EDITORIAL

La disputa pel consumidor

En paraules del fotògraf Paolo Gasparini, “Il senno di poi”, la saviesa del després permet analitzar els fets. En aquest novè volum de Low Threshold Journal tornem a un tema reiteratiu.

Hem avançat poc en la disputa pels consumidors de substàncies no prescrites. Però, la pregunta és realment hi ha una consigna clara d'institucions i professionals per retenir les persones al costat legal, sanitari, educatiu i social?

El costat del tractament, del suport, de l'ajuda, de la inserció. Hi ha una clara convicció que a l'altra banda hi ha l'abisme del trànsit de substàncies, de persones, de la violència, de la voluntat de fer persistir en el consum per continuar comprant, per continuar esclavitzat.

El costat il·lícit és també el dels pisos pastera. En els que no hi ha fiança, però hi ha amuntegament, sense condicions higièniques. De vegades la residència es troba als pisos de venda, a canvi de diversos tipus de servei, alguns dels quals impliquen violència i vexació.

Per tot això cal ser extremadament caut, fer tot el possible perquè evitar que els nostres atesos vagin a la competència, al mercat il·legal, que es comporta com tot mercat, amb les vendes més barates a l'engròs, la voluntat de retenir el client i que les seves compres vagin en augment, a causa de més tolerància i incrementar el consum.

En aquest número també tractem el fenomen de la disminució de persones al carrer després de la irrupció de l'epidèmia per Covid. L'aparició a Barcelona d'un alberg —només un— on es pot consumir i no implica ser enviat al costat fosc, incontrolat. Tractem també les benzodiazepines en persones joves i donem compte d'una excel·lent taula rodona al congrés de Sociodrogalcohol on es va abordar el tractament amb heroïna, el lliurament i recollida de xeringues i la prevenció davant el consum de fentanil i substàncies similars. ✱

EDITORIAL



La disputa por el consumidor

En palabras del fotógrafo Paolo Gasparini, “Il senno di poi”, la sabiduría del después, permite analizar los hechos. En este noveno volumen de Low Threshold Journal volvemos a un tema reiterativo.

Hemos avanzado poco en la disputa por los consumidores de sustancias no prescritas. Pero, la pregunta es ¿realmente hay una consigna clara de instituciones y profesionales para retener a las personas en el lado legal, sanitario, educativo y social?

El lado del tratamiento, del apoyo, de la ayuda, de la inserción. Hay una clara convicción que en el otro lado está el abismo del tráfico de sustancias, personas, de la violencia, de la voluntad de persistir en el consumo para seguir comprando, para seguir esclavizado.

El lado ilícito es también el de los pisos patera. En los que no hay fianza, pero hay hacinamiento, sin condiciones higiénicas. En ocasiones la residencia se halla en los pisos de venta, a cambio de diversos tipos de servicio, algunos que implican violencia y vejación.

Por todo ello hay que ser extremadamente cauto, hacer todo lo posible para que evitar que nuestros atendidos vayan a la competencia, al mercado ilegal, que se comporta como todo mercado, con sus ventas más baratas al por mayor, su voluntad de retener al cliente y que sus compras vayan en aumento, a causa de mayor tolerancia e incrementar el consumo.

En este número tratamos también el fenómeno de la disminución de personas en la calle tras la irrupción de la epidemia por Covid. La aparición en Barcelona de un albergue –solo uno– donde se puede consumir y no implica ser enviado al lado oscuro, incontrolado. Tratamos también las benzodiacepinas en personas jóvenes y damos cuenta de una excelente mesa redonda en el congreso de Sociodrogalcohol donde se abordó el tratamiento con heroína, la entrega y recogida de jeringas y la prevención ante el consumo de fentanilo y sustancias similares. ✱

The dispute to attract the consumer

In the words of the photographer Paolo Gasparini, “Il senno di poi”, the wisdom of the afterlife allows us to analyze the facts. In this ninth volume of Low Threshold Journal we return to a recurring theme.

We have made little progress in the consumer dispute over non-prescription substances. But the question is, is there really a clear slogan of institutions and professionals to keep people on the legal, health, educational and social side?

The side of treatment, support, help, insertion. There is a clear conviction that on the other side is the abyss of the trafficking of substances, of people, of violence,

of the will to make consumption persist in order to continue shopping, to continue to be enslaved.

The illicit side is also that of the flats. In which there is no deposit, but where there is overcrowding, without hygienic conditions. Sometimes the residence is in the flats for sale, in exchange for various types of service, some of which involve violence and harassment.

For all this we must be extremely careful, do everything possible to prevent our customers from going to competition, the illegal market, which behaves like any market, with the cheapest wholesale prices, the desire to retain the customer and that their purchases increase, due to more tolerance and increased consumption.

In this issue we also deal with the phenomenon of the decrease in people on the street after the outbreak of the Covid epidemic. The appearance in Barcelona of a hostel - only one - where it can be consumed and does not mean being sent to the dark, uncontrolled side. We also treat benzodiazepines in young people and report on an excellent roundtable at the Sociodrogalcohol conference where heroin treatment, syringe delivery and collection, and prevention of fentanyl and similar substances were addressed. ✱



LES CIUTATS POSTPANDÈMIA

Recursos assistencials en barris benestants

Després de la irrupció de l'epidèmia per Covid 19, a algunes ciutats com Barcelona, ha disminuït molt la presència al carrer dels consumidors de substàncies no prescrites.

Segons opinions expertes com educadors socials, en gran part és degut a la instauració d'un alberg on es poden consumir aquestes substàncies. Això demostra que si els recursos residencials s'adapten a les necessitats –i no viceversa– acaben tenint èxit.

VIURE EN PISOS DE VENDA DE DROGUES

També ha retirat del carrer la possibilitat de viure en pisos de venda de droga. A canvi dels seus serveis, alguns consumidors viuen ancorats als pisos de venda, on consumeixen. Com marxar dels punts de venda?

Com discutir amb els que venen i permeten estar al pis?

Sovint, la contrapartida són males condicions de vida, prestacions a tota hora i una notable angouxa.

NO AL MEU BARRI BENESTANT

Les classes altes han ratificat eslògans de voler acollir i es reparteixen les seves preferències entre la caritat bonadada i la justícia social. Per això hi pot haver mala consciència davant un rebuig massa brusc.

Algunes persones sense sostre se senten més segures als barris alts, amb possible progressiva permeabilitat i l'eventualitat de trobar ajudes ocasionals quan surten de les institucions.

Però aquesta visualització no agrada a tothom i fins i tot s'apel·la a la disfunció visual: no agrada veu-

re persones les persones al carrer amb els seus estris.

En reunions d'anàlisi de la situació s'ha al·ludit en algunes zones que ja tenen "els seus", que, en general i efectivament solen, estar atesos, pels veïns i comerços propers, dins de la norma que el frec fa l'afecte [1].

Investigadors socials han identificat tres estratègies que adopten les persones al carrer per fer front al seu estigma: diferenciar-se d'altres sense llar, prioritzar certs aspectes de la vida i assumir rotundament l'estat de persones sense sostre [2].

Residir en barris acomodats –encara que sigui a la intempèrie– pot suposar una voluntat de diferenciar-se dels que se senten més còmodes en barris marginals, on, entre altres factors, poden passar més fàcilment desapercebuts.

En un estudi de Luxemburg, a partir d'entrevistes a persones sense sostre i professionals, es conclouia que les necessitats i les expectatives de les persones sense llar són buscar la llibertat i la tranquil·litat, tenir el seu propi espai, ser independents i viure com els altres.

L'estudi recomanava canvis sobre la base de tres conceptes: una llar digna com una necessitat essencial, el respecte a la llibertat d'elecció i el model de housing-first o cobrir l'habitatge com a primera necessitat [3].

Les experiències i les necessitats de les persones sense llar s'han de tenir en compte en els períodes de clima extrem i en planificar les respostes [4]. Cada any amb el fred sorgeix el debat mal resolt sobre on allotjar les persones al carrer.

Dels estudis anteriors es deriva que quan no es garanteix la tranquil·litat –difícil de trobar en dormitoris de moltes persones–, comptar amb un espai propi, la llibertat –qüestionada per normes i horaris no sempre justificables–, l'alternativa és continuar al carrer.

Si s'aconsegueix vèncer una forta i inicial resistència dels veïns fortament organitzats per a l'ocasió, és possi-

ble reconduir aquesta gentrificació invertida de manera que persones consumidores de substàncies no prescrites marxin a barris acomodats.

A Espanya hi ha 9.050 fundacions actives i unes 29.000 associacions socials. Aquestes associacions a les zones acomodades poden tenir més recursos i més capacitat per acollir persones, que no tenen sense sostre però molt temps lliure.

Probablement hi hagi un principi de no inferioritat. No funcionaran pitjor aquests recursos a barris acomodats que a barris més desestructurats amb plèthora de persones vivint al carrer. I cal comprovar si acaba havent-hi més suport als barris de classe alta, per allò que es vol el que es coneix i es coneix el que es veu. Contra antigues consignes socials a la gent sense sostre de fer-se invisible.

1. Hsieh E. Voices of the Homeless: An Emic Approach to the Experiences of Health Disparities Faced by People Who Are Homeless. *Soc Work Public Health* 2016;31:328-40. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137512>.
2. Terui S, Hsieh E. "Not Homeless Yet. I'm Kind of Couch Surfing": Finding Identities for People at a Homeless Shelter. *Soc Work Public Health* 2016;31:688-99. <https://doi.org/10.1080/19371918.2016.1188739>.
3. Stona AC, Berrang C, Santerre H, Georges N, Chimenti R, Kneip R, et al. Homelessness and stakeholders' involvement in the Grand Duchy of Luxembourg: a qualitative study. *Health Expect* 2016;19:138-51. <https://doi.org/10.1111/HEX.12336>.
4. Cusack L, van Loon A, Kralik D, Arbon P, Gilbert S. Extreme weather-related health needs of people who are homeless. *Aust J Prim Health* 2013;19:250-5. <https://doi.org/10.1071/PY12048>.
5. Oportunidad para acoger. *El Ciervo* 2020; 790: 4. ✱



LAS CIUDADES POSTPANDEMIA



Recursos asistenciales en barrios acomodados

Tras la irrupción de la epidemia por Covid 19, en algunas ciudades como Barcelona, ha disminuido mucho la presencia de los consumidores en la calles. Según opiniones expertas como las de los educadores de calle, en gran parte se debe a la instauración de un albergue donde se puede consumir. Lo que viene a demostrar que si los recursos residenciales se adaptan a las necesidades –y no viceversa- tienen éxito.

VIVIR EN PISOS DE VENTA DE DROGAS

También ha retirado de la calle a algunas personas la posibilidad de vivir en pisos de venta de droga. A cambio de sus servicios, algunos consumidores viven anclados en los pisos de venta, donde consumen. ¿Cómo

marcharse de los puntos de venta? ¿Cómo discutir con los que venden y permiten estar en el piso?

NO EN MI BARRIO ACOMODADO

Las clases altas han refrendado eslóganes de querer acoger y se reparten sus preferencias entre la caridad bondadosa y la justicia social. Por lo que puede haber mala conciencia ante un rechazo demasiado brusco.

Algunas personas sin techo se sienten más seguras en los barrios altos, con posible progresiva permeabilidad y la posibilidad de hallar ayudas ocasionales cuando salen de las instituciones.

Pero esta visualización no gusta a todo el mundo e incluso se apela a la disfunción visual: no agrada ver a personas en la calle con sus enseres.

En reuniones de análisis de la situación se ha aludido en algunas zonas a que ya tienen “los suyos”, que, en general y efectivamente suelen estar atendidos, por los vecinos y comercios próximos, dentro de la norma de que el roce hace el cariño [1].

Investigadores sociales han identificado tres estrategias que adoptan las personas en la calle para hacer frente a su estigma: diferenciarse de otras personas sin hogar, priorizar ciertos aspectos de la vida y asumir rotundamente el estado de personas sin techo [2].

Residir en barrios acomodados –aunque sea a la intemperie– puede suponer una voluntad de diferenciarse de quienes se sienten más cómodos en barrios marginales, donde, entre otros factores, pueden pasar más fácilmente desapercibidos.

En un estudio de Luxemburgo, a partir de entrevistas a personas sin techo y profesionales, se concluía que las necesidades y expectativas de las personas sin hogar son buscar la libertad y la tranquilidad, tener su propio espacio, ser independientes y vivir como los demás.

El estudio recomendaba cambios sobre la base de tres conceptos: un hogar digno como una necesidad esencial, el respeto a la libertad de elección y el modelo de *housing-first* o cubrir la vivienda como primera necesidad [3].

Las experiencias y necesidades de las personas sin hogar deben tenerse en cuenta en los periodos de clima extremo y al planificar las respuestas [4]. Cada año con el frío surge el debate mal resuelto sobre dónde alojar a las personas en la calle.

De los anteriores estudios se deriva que cuando no se garantiza la tranquilidad –difícil de hallar en dormitorios de muchas personas–, contar con un espacio propio, libertad –cuestionada por normas y horarios no siempre justificables–, la alternativa es continuar en la calle.

Si se logra vencer una fuerte e inicial resistencia de los vecinos fuertemente organizados para la ocasión,

es posible afianzar esta gentrificación invertida de que personas consumidoras de sustancias no prescitas recurran a barrios acomodados.

En España hay 9.050 fundaciones activas y unas 29.000 asociaciones sociales. Estas asociaciones en las zonas acomodadas pueden tener más recursos y más capacidad para acoger a personas, sin techo pero con mucho tiempo libre.

Probablemente exista un principio de no inferioridad. No funcionarán peor estos recursos en barrios acomodados que en barrios más desestructurados con plétora de personas viviendo en la calle. Y cabe comprobar si acaba habiendo más apoyo en los barrios de clase alta, por aquello de que se quiere lo que se conoce y se conoce lo que se ve. En contra de antiguas consignas sociales a la gente sin techo de hacerse invisible.

1. Hsieh E. Voices of the Homeless: An Emic Approach to the Experiences of Health Disparities Faced by People Who Are Homeless. *Soc Work Public Health* 2016;31:328-40. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137512>.
2. Terui S, Hsieh E. “Not Homeless Yet. I’m Kind of Couch Surfing”: Finding Identities for People at a Homeless Shelter. *Soc Work Public Health* 2016;31:688-99. <https://doi.org/10.1080/19371918.2016.1188739>.
3. Stona AC, Berrang C, Santerre H, Georges N, Chimenti R, Kneip R, et al. Homelessness and stakeholders’ involvement in the Grand Duchy of Luxembourg: a qualitative study. *Health Expect* 2016;19:138-51. <https://doi.org/10.1111/HEX.12336>.
4. Cusack L, van Loon A, Kralik D, Arbon P, Gilbert S. Extreme weather-related health needs of people who are homeless. *Aust J Prim Health* 2013;19:250-5. <https://doi.org/10.1071/PY12048>.
5. Oportunidad para acoger. *El Ciervo* 2020; 790: 4. ✱



POST-PANDEMIC CITIES

Social facilities in rich neighborhoods

After the outbreak of the Covid19 epidemic, in some cities such as Barcelona, the presence on the street of consumers of non-prescribed substances has decreased significantly.

According to expert opinions as social educators, this is largely due to the establishment of a hostel where these substances can be consumed. This shows that if social facilities are adapted to the needs - and not vice-versa - they end up being successful.

LIVING IN DRUG-SELLING FLATS

Another explanation to remove from the street is the possibility of living in flats selling drugs. In exchange for their services, some consumers live anchored in the sales flats, where they consume. How to leave the

points of sale? How to argue with those who allow-themself to be on the floor?

The payoff is often poor living conditions, full-time work, and noticeable distress.

NOT IN MY RICH NEIGHBORHOOD

The upper classes have ratified slogans of welcome to the refugees and divide their preferences between kind charity and social justice. That is why people may have a guilty conscience in the face of too abrupt a rejection.

Some homeless people feel safer in the rich neighborhoods, with progressive permeability and the possibility of finding occasional help when they leave the institutions.

But not everyone likes this visualization and even appeals to visual dysfunction: they do not like seeing people on the street with their objects.

In situation-analysis meetings, it has been alluded to in some already “well-off” areas that, which, generally and specifically, are usually attended to by neighbors and nearby businesses, within the norm that proximity provides care [1].

Social researchers have identified three strategies adopted by people on the street to deal with their stigma: differentiate themselves from the homeless profile, prioritize certain aspects of life, and firmly assume the status of the homeless.

Living in rich neighborhoods - even as a homeless person - can mean a desire to differentiate oneself from those who feel more comfortable in slums, where, among other factors, they can go more easily unnoticed.

A study in Luxembourg, based on interviews with homeless people and professionals, concluded that the needs and expectations are to seek freedom and tranquility, to have their own space, to be independent and live like everyone else.

The study recommended changes based on three concepts: a decent home as an essential need, respect

for freedom of choice, and the housing-first model or covering housing as a first necessity.

The experiences and needs of the homeless must be taken into account in periods of extreme climate and at the moment to plan responses [4]. Every year with the cold comes the unresolved debate about where to house people on the street.

It follows from previous studies that when peace of mind is not guaranteed - which is difficult to find in many people's bedrooms -, having one's own space, freedom - questioned by rules and schedules that are not always justifiable -, the alternative is to continue on the street.

If a strong and initial resistance of the strongly organized neighbors is overcome, it is possible to redirect this inverted gentrification so that people who do not prescribe substances go to rich neighborhoods.

In Spain there are 9,050 active foundations and about 29,000 social associations. These associations in comfortable areas may have more resources and more capacity to accommodate people, who do not have a home but a lot of free time.

There is probably the principle of non-inferiority. These resources will not work worse in rich neighborhoods than in more unstructured neighborhoods where a lot of people are living on the streets. And we need to see if there is more support for wealthier neighborhoods. Based on the idea that people love more what they know best and know best what they see with their eyes on a daily basis, and against the slogans in society that recommend that homeless people become invisible.



1. Hsieh E. Voices of the Homeless: An Emic Approach to the Experiences of Health Disparities Faced by People Who Are Homeless. *Soc Work Public Health* 2016;31:328-40. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137512>.
2. Terui S, Hsieh E. “Not Homeless Yet. I’m Kind of Couch Surfing”: Finding Identities for People at a Homeless Shelter. *Soc Work Public Health* 2016;31:688-99. <https://doi.org/10.1080/19371918.2016.1188739>.
3. Stona AC, Berrang C, Santerre H, Georges N, Chimenti R, Kneip R, et al. Homelessness and stakeholders’ involvement in the Grand Duchy of Luxembourg: a qualitative study. *Health Expect* 2016;19:138-51. <https://doi.org/10.1111/HEX.12336>.
4. Cusack L, van Loon A, Kralik D, Arbon P, Gilbert S. Extreme weather-related health needs of people who are homeless. *Aust J Prim Health* 2013;19:250-5. <https://doi.org/10.1071/PY12048>.
5. Oportunidad para acoger. *El Ciervo* 2020; 790: 4. ✱

LES CIUTATS POSTPANDÈMIA



Reflexions en torn al consum de benzodíacepines en un centre residencial

Per aconseguir una resposta assistencial millor és desitjable comptar amb adequada informació individual, obtinguda en el marc d'una relació de confiança (Taula 1). Assumint que la persona donarà la informació que consideri oportuna.

Taula 1. Saber més sobre el consum (basat en la relació de confiança)

1. Quina substància prens?
2. Quina quantitat (per unitat de temps, dia, setmana, mes)?
3. Amb quines altres substàncies ho associes?
4. Quins efectes agradables et produeixen?
5. Quins efectes desagradables et produeixen?
6. Com afecta aquesta substància les teves relacions?
7. Per a persones que provenen d'un altre país. Prens alguna substància abans de venir a Espanya? Quina i en quina quantitat?

8. Em pots explicar com ho aconsegueixes?
9. Quan et costa en euros al dia?
10. Tens problemes si no ho prens?
11. T'agradaria parar al consum?

PREGUNTAS 1 A 6. SUSTANCIA Y ASOCIACIÓN DE SUSTANCIAS

És important compartir la informació sobre la substància i la quantitat que es consumeix. Contrastar la informació que té la persona que consumeix i la que es coneix científicament. Són freqüents els conceptes erronis.

En cas de medicaments, la millor informació és la fitxa tècnica de l'Agència Espanyola del Medicament (1). En substàncies il·legals cal cercar fonts fiables de consulta (2).

Sol ser oportú contrastar els efectes satisfactoris i els efectes indesitjables. Com influeix en les relacions interpersonals i, si és possible, en les relacions afectives (Preguntes 4-6).

Al començament, el mateix consum ocasiona àmplia satisfacció. És complicada l'actuació per disminuir o aturar-ho mentre la satisfacció persisteix. Amb el pas del temps, en la valoració global del que implica el consum, en alguns consumidors disminueix aquesta satisfacció i hi ha peticions de disminuir-ne el consum o cessar. Per tant, cal conèixer en quin moment es troba la persona.

És oportú repassar els efectes indesitjables. A la Taula 2 els relatius a Rivotril (clonazepam), extensibles a altres benzodiazepines (Taula 2) (3).

Taula 2. Efectes adversos descrits

Efectes adversos	✓ (Sí)
Moviment involuntari i incontrolable dels ulls (nistagmus).	
Mareig	
Somnolència (somni), lentitud als reflexos	
Cansament, debilitat muscular	
Atàxia (descoordinació dels moviments voluntaris)	
Amnèsia anterògrada (dificultat per recordar fets recents)	
Trombocitopènia (disminució del nombre de plaquetes).	
Urticària (al·lèrgia), picor, erupció cutània (envermelliment de la pell), reacció al·lèrgica greu.	

Caiguda passatgera del cabell, alteracions de la pigmentació (color) de la pell	
Mal de cap	
Nàusees i molèsties epigàstriques (a la part superior del ventre).	
Incontinència urinària (no control de l'orina).	
Impotència (dificultat a l'erecció)	
Disminució de la libido (disminució del desig sexual).	
Atacs epilèptics generalitzats.	
Disminució de la capacitat de concentració, inquietud, confusió, desorientació.	
Alteracions emocionals i de l'humor.	
Depressió	
Al·lucinacions (escoltar sorolls o veus inexistents o veure imatges o persones inexistents)	
Deliri, idees errònies a partir de plantejaments inicials correctes	
Insomni	
Reaccions paradoxals (aparició de reaccions contràries a les esperades per l'acció del medicament): inquietud, irritabilitat, conducta agressiva, agitació, nerviosisme, hostilitat, ansietat, ira, malsons, somnis intensos, hiperactivitat, alteracions del comportament.	
Depressió respiratòria (respiració lenta i de poca intensitat), sobretot si s'administra per via intravenosa. El risc de depressió respiratòria és més gran en pacients amb obstrucció de les vies respiratòries o dany cerebral previ. També pot passar depressió respiratòria quan s'administren alhora altres medicaments depressors del centre respiratori.	
Augment del risc de caigudes i fractures associat a altres sedants (incloses les begudes alcohòliques).	
Dificultat respiratòria	
Ganes de tornar a consumir la substància	
Dolor toràcic	
Visió doble	
Disàrtria (dificultat per articular paraules)	
Convulsions	
Altres	

En un estudi realitzat a Barcelona entre 1 de gener de 2016 i 30 de setembre de 2017 es va comprovar que el 31,3% de consumidors, en la primera visita, en un centre d'atenció a consumidors actius, prenen tres substàncies diferents, el 22,2 % quatre substàncies i el 12,5% cinc (4). És a dir, més del 66% prenia tres substàncies diferents o més. És convenient saber si hi ha una associació de consum, per la possible informació de la persona i les interaccions que es poden produir.

PREGUNTA 6. DROGUES I RELACIONS SEXUALS

Si la persona ho permet és aclaridor abordar com influeix el consum a les relacions sexuals. Està descrita la disminució de la libido i la impotència amb determinades substàncies i la relació amb la violència de gènere.

En un entorn urbà, en un seguiment durant 3 anys, la impotència erètil va passar fins al 8% dels agressors sexuals durant l'episodi de violació. Tot i aquesta disfunció erètil, la majoria de les víctimes van patir un trauma anogenital. En els atacs amb impotència erètil, hi va haver una incidència més gran de violència intra-violació i posteriors lesions no genitals (5).

Se sap que la disfunció sexual passa en una proporció de violadors durant l'assalt. Les disfuncions més comunes són la insuficiència erètil i l'ejaculació absent o retardada.

En un estudi d'investigadors de The Queen University of Belfast es va avaluar la incidència i les característiques de la disfunció sexual dels agressors informada per 50 víctimes de violació. El 20% de les víctimes va informar que el seu agressor va experimentar insuficiència erètil en algun moment durant l'agressió i un 12% addicional va informar ejaculació retardada o manca d'ejaculació per part seva. En els atacs en què es va produir una disfunció sexual, hi va haver una incidència més gran tant de violència dins de la violació com de comissió d'activitat sexual degradant i aquest comportament es va relacionar amb l'inici de la disfunció.

Es considera que el patró de comportament informat en atacs amb disfunció sexual dels violadors pot reflectir un subgrup tipològicament diferent de delinqüents. Aquesta troballa té implicacions tant per a la seguretat de la víctima durant l'atac com per a l'avaluació posterior del delinqüent (6).

És preventiu abordar el fet que algunes drogues com alcohol i benzodiazepines poden ocasionar disfunció erètil. I que en el curs de les relacions es poden desencadenar accions violentes d'àmplia repercussió per a la víctima i bofensor.

PREGUNTA 7. ANTECEDENTS DE CONSUM PREVI A PERSONES PROCEDENTS D'ALTRES PAÏSOS

Permet comprendre millor el significat del consum, sabent si hi havia consum previ. Al Marroc, per Karkoubi o karkubi en espanyol, s'entén l'associació de resina de cànnabis (amb Rivotril (clonazepam). I s'ha descrit com la droga del a droga dels pobres: es pot aconseguir un comprimit de Rivotril per 5 dirham (al voltant de 0,50€) (7).

Espanya és un país altament medicalitzat (Taula 3). En dosis diàries per mil habitants i dia és al capdavant d'Europa, amb creixement progressiu. Aquest índex de 88,8 el 2015 davant el 3,94 del Marroc (3), mostra un país on és ampli el consum de benzodiazepines, normalitzat i probablement d'accés fàcil. Pot ocasionar que sembli una cosa desitjable al Marroc i de més fàcil accés a l'arribada a Espanya.

També implica models positius o negatius de persones conegudes prèvies, amb consum o sense.

Taula 3. Consum de BZD a diferents països, anys 2012 i 2015 (3).

País	DDD/1000 H/ Din2012	DDD/1000 H/ Din2015
Espanya	86.3	88.8
França	79.4	71.4
Noruega	52.2	47.6
Suècia	49.4	47.1
Itàlia	46.5	46
Dinamarca	27.1	22.6
Regne Unit	17.5	17.5
Alemanyaia	15.9	14.3
Marroc	4.06	3.94

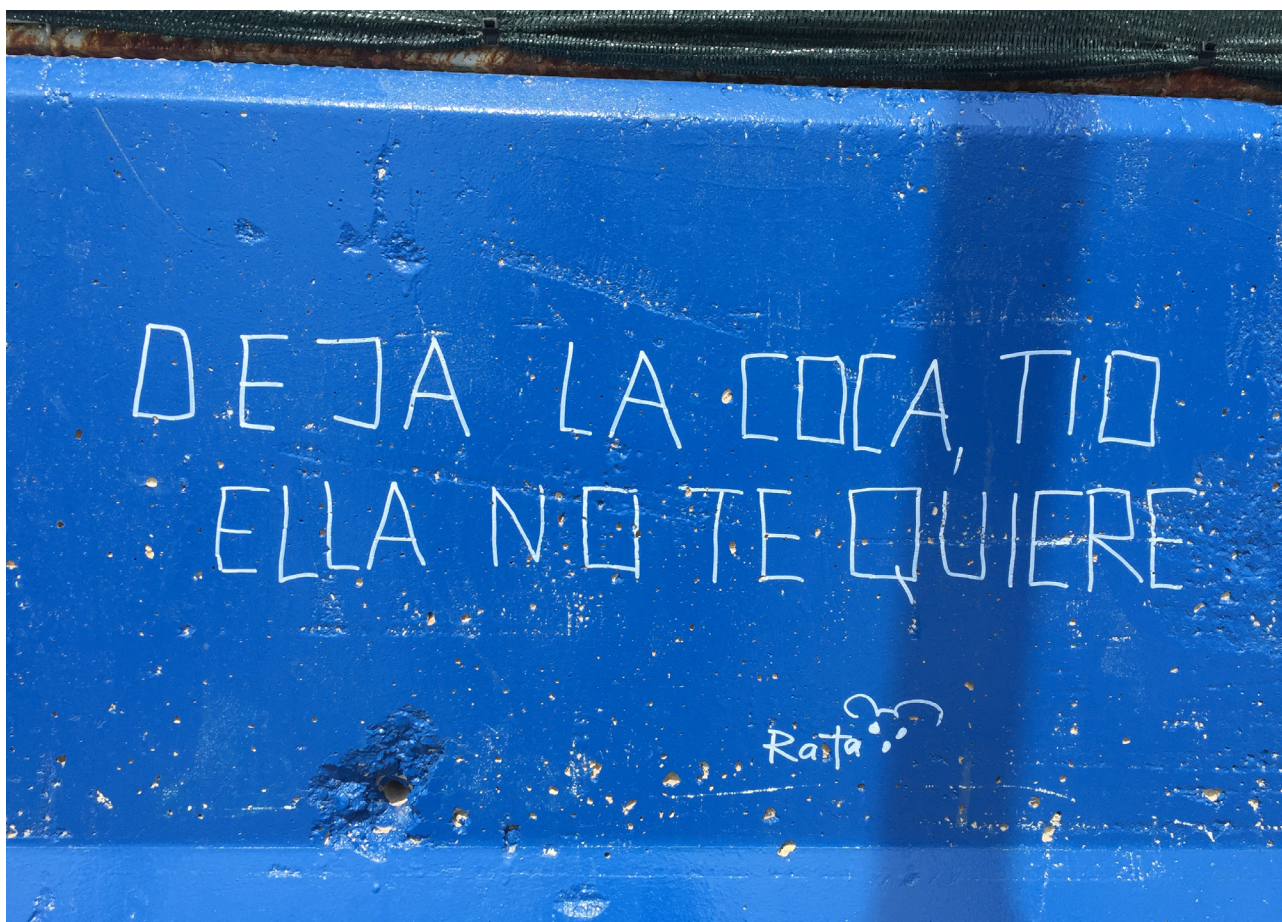
Use of benzodiazepines in terms of defined daily doses (DDDs)/1,000 inhabitants/day.

ABANS DEL CONSUM. PREGUNTES 8 I 9.

El consum de substàncies no prescrites té tres temps diferents. Abans, durant i després.

Aconseguir les substàncies pot ser problemàtic, en la manera com aconseguir els diners i en quin entorn anar a buscar les substàncies. Els diners extra sovint s'explica com buscar-se la vida i en la base dels quals es pot trobar el robatori, la prostitució i el trànsit.

És complicat saber quan es recorre a una d'aquestes tres vies. Recentment a Barcelona es descriuen situacions d'homes que es prostitueixen i troben més fàcil-



tat per a aquest fet recurrent a substàncies habituals del chemsex, amfetamines entre d'altres. Alguns observacions revelen com substàncies fins fa poc limitades al chemsex estan incidint en consumidors, encara sense pràctiques sexuals.

Conèixer aquest recorregut de prostitució per aconseguir drogues, drogues per prostituir-se permet un millor coneixement de la situació de la persona en aquesta situació.

La falsificació de receptes, la venda il·legal de substàncies complica l'abordatge perquè dificulta renunciar a una font d'ingressos.

Sovint cal recórrer al mercat il·lícit introduint-se en un àmbit de risc (8). Combatre el mercat il·legal és un objectiu important de l'equip assistencial, de vegades no exempt de riscos. Com per exemple, acceptar-ne el consum, facilitat des del sistema sanitari i legal. Implica una negociació amb una notable relació de confiança. En el cas de les benzodiazepines suposa que s'aconsegueixi amb la prescripció mèdica.

La part positiva és que la persona no ha de procurar-se de manera habitual ingressos atípics i que no acudir a entorns delictius. Cal alertar sobre la possibilitat de cronificar el consum, facilitar el que altres persones vulguin un programa similar. Facilitar la

venda de substàncies fàcilment aconseguides. Excessos de consum, igualment, poden dificultar l'exercici de les activitats diàries. Però cal explorar aquestes alternatives.

DESPRÉS DEL CONSUM. PREGUNTES 10 I 11.

Alguns estudis propugnen la idea que la dependència psicològica (addicció) és més rellevant que la dependència farmacològica o fisiològica en l'ús crònic de benzodiazepines (9). És a dir, que probablement són més les ganes de consumir que les alteracions biològiques. No obstant això, cal ser molt prudents en la interrupció o disminució brusca del consum de psicofàrmacs (3).

Bones ajudes seran el suport psicològic i social, la teràpia ocupacional, la integració i la participació en activitats comunitàries. Associacions de tipus divers. Lesport.

La manca d'expectatives, d'esperança, el desagraut del present contribueixen a tornar a consumir. S'han observat dificultats per retirar el pacient de les benzodiazepines. Exposa a problemes de memòria, deteriorament de les funcions psicomotors, mal de cap, dolor muscular, nerviosisme, mal d'estómac, problemes per dormir. Per tant, la interrupció s'ha de fer gradualment (3).

Rivotril (10). Rivotril conté clonazepam com a ingredient actiu, el qual pertany a un grup de medicaments coneguts com a benzodiazepines. El clonazepam té propietats anticonvulsivants, és a dir, preveu els tremolors (convulsions). Cal evitar prendre alcohol durant el tractament amb Rivotril ja que pot modificar-ne els efectes disminuint l'eficàcia del tractament o produint efectes adversos no previstos. L'ús de benzodiazepines pot provocar dependència, principalment quan es pren el medicament de manera contínua durant molt de temps. Rivotril pot produir símptomes com somnolència, mareig o alteracions a la vista, i disminuir la capacitat de reacció. Aquests efectes així com la pròpia malaltia poden dificultar la seva capacitat per conduir vehicles o manejar màquines. S'han descrit nombrosos efectes adversos (Taula 2) (10).

PROPOSTES

Davant la detecció de consum de psicofàrmacs s'intentarà demanar el màxim possible d'informació (Taula 1) intentant demostrar que aquesta informació té com a finalitat brindar millor atenció. Una de les primeres actuacions és considerar si hi ha trastorn de salut mental que exigeix visita especialitzada preferent.

S'intentarà conèixer els efectes d'aquestes substàncies a la persona (Taula 2). S'ha de garantir que una determinada informació que ofereix la persona serà confidencial només per al professional interlocutor o només per a l'equip.

En alguns casos, segons la persona, s'intentarà estabilitzar el consum a partir de la prescripció mèdica legal, pactada amb la persona. Es valorarà, quan calgui, iniciar el tractament tot esperant contactar amb l'atenció especialitzada, així com modificar i comentar els canvis en la medicació entre visites.

L'estabilització pot exigir una prescripció elevada a seguir de prop, de la qual l'alternativa és una també pactada desescalada, sense precipitació, i l'atenció psicològica. Per aquesta es pot comptar amb serveis externs, però és desitjable comptar amb suport psicològic, social i educatiu dins del centre. Serà transcendental.

Es planteja així una voluntat decidida que la persona no acudeixi als entorns delictius per accedir a les substàncies de consum. Amb la intenció de minimitzar robatoris, prostitució o tràfic de substàncies.

A la base d'aquest consum hi pot haver un conjunt de males experiències prèvies, frustració present o manca de perspectives de futur. Les mesures individuals no han de defugir l'expressió de les expectatives d'aquestes persones que necessiten una resposta social.

Quan aparegui la necessitat d'un càstig, s'ha de garantir que no interrompi l'assistència educativa, psicològica i mèdica.

Es pot considerar el suport d'institucions i de particulars per a la integració. Trobada, recepcions per famílies i individus impliquen riscos, que no han d'impedir l'establiment d'aquests vincles i vincles. La integració passa pel contacte amb la ciutadania. ✱



Reflexiones en torno al consumo de benzodiazepinas en un centro residencial

Para conseguir una mejor respuesta asistencial es deseable contar con adecuada información individual, obtenida en el marco de una relación de confianza (Tabla 1). Asumiendo que la persona dará la información que considere oportuna.

Tabla 1. Saber más sobre el consumo (basado en la relación de confianza)

1. ¿Qué sustancia tomas?
2. ¿Qué cantidad (por unidad de tiempo, día, semana, mes)?
3. ¿Con qué otras sustancias lo asocias?
4. ¿Qué efectos agradables te produce?
5. ¿Qué efectos desagradables te produce?
6. ¿Cómo afecta esta sustancia tus relaciones?
7. Para personas provenientes de otro país. ¿Tomabas alguna sustancia antes de venir a España? ¿Cuál y en qué cantidad?

8. ¿Puedes explicarme cómo lo consigues?
9. ¿Cuánto te cuesta en euros al día?
10. ¿Tienes problemas si no lo tomas?
11. ¿Te gustaría parar en el consumo?

PREGUNTAS 1 A 6. SUSTANCIA Y ASOCIACIÓN DE SUSTANCIAS

Es importante compartir la información sobre la sustancia y cantidad que se consume. Contrastar la información que tiene la persona que consume y la que científicamente conocida. Son frecuentes los conceptos erróneos.

En el caso de medicamentos, la mejor información es la ficha técnica de la Agencia Española del Medicamento [1]. En sustancias ilegales hay que buscar fuentes fiables de consulta [2].

Suele ser oportuno contrastar los efectos satisfactorios y los efectos indeseables. Cómo influye en las relaciones interpersonales y si es posible en las relaciones afectivas (Preguntas 4- 6)

Al inicio, el mismo consumo ocasiona amplia satisfacción. Es complicada la actuación para disminuir o pararlo mientras esta la satisfacción persiste. Con el paso del tiempo, en la valoración global de lo que implica el consumo, en algunos consumidores disminuye esta satisfacción y hay peticiones de disminuir el consumo o cesar. Por lo tanto hay que conocer en qué momento se encuentra la persona.

Es oportuno repasar los efectos indeseables. En la Tabla 2 los relativos a Rivotril (clonazepam), extensibles a otras benzodiacepinas (Tabla 2) [3].

Taula 2. Efectes adversos descrits

Efectos adversos	√ (Sí)
Movimiento involuntario e incontrolable de los ojos (nistagmus).	
Mareo	
Somnolencia (sueño), lentitud en los reflejos	
Cansancio, debilidad muscular	
Ataxia (descoordinación de los movimientos voluntarios).	
Amnesia anterógrada (dificultad para recordar hechos recientes)	
Trombocitopenia (disminución del número de plaquetas).	
Urticaria (alergia), picor, erupción cutánea (enrojecimiento de la piel), reacción alérgica grave.	

Caída pasajera del cabello, alteraciones de la pigmentación (color) de la piel.	
Dolor de cabeza	
Náuseas y molestias epigástricas (en la parte superior del vientre).	
Incontinencia urinaria (no control de la orina).	
Impotencia (dificultad a la erección)	
Disminución de la libido (disminución del deseo sexual).	
Ataques epilépticos generalizados.	
Disminución de la capacidad de concentración, inquietud, confusión, desorientación.	
Alteraciones emocionales y del humor.	
Depresión	
Alucinaciones (oír ruidos o voces inexistentes o ver imágenes o personas inexistentes)	
Delirio, ideas erróneas a partir de planteamientos iniciales correctos	
Insomnio	
Reacciones paradójicas (aparición de reacciones contrarias a las esperadas por la acción del medicamento): inquietud, irritabilidad, conducta agresiva, agitación, nerviosismo, hostilidad, ansiedad, ira, pesadillas, sueños intensos, hiperactividad, alteraciones del comportamiento.	
Depresión respiratoria (respiración lenta y de poca intensidad), sobre todo si se administra por vía intravenosa. El riesgo de depresión respiratoria es mayor en pacientes con obstrucción de las vías respiratorias o daño cerebral previo. También puede ocurrir depresión respiratoria cuando se administran a la vez otros medicamentos depresores del centro respiratorio.	
Aumento del riesgo de caídas y fracturas asociado a otros sedantes (incluidas las bebidas alcohólicas).	
Dificultad respiratoria	
Ganas de volver a consumir la sustancia	
Dolor torácico	
Visión doble (diplopía).	
Disartria (dificultad para articular palabras)	
Convulsiones	
Otras	

En un estudio realizado en Barcelona entre 1 de enero de 2016 y 30 de setiembre de 2017 se comprobó que el 31,3% de consumidores, en su primera visita, en un centro de atención a consumidores activos, tomaban tres sustancias diferentes, el 22,2% cuatro sustancias y el 12,5% cinco [4]. Es decir, más del 66% tomaba tres o más sustancias diferentes. Es conveniente saber si existe una asociación de consumo, por la posible información de la persona y las interacciones que se pueden producir.

PREGUNTA 6. DROGAS Y RELACIONES SEXUALES

Si la persona lo permite es esclarecedor abordar cómo influye el consumo en las relaciones sexuales. Está descrita la disminución de la libido e impotencia con determinadas sustancias y la relación con la violencia de género.

En un entorno urbano, en un seguimiento durante 3 años, la impotencia eréctil ocurrió en hasta el 8% de los agresores sexuales durante el episodio de violación. A pesar de esta disfunción eréctil, la mayoría de las víctimas sufrieron un trauma anogenital. En los ataques con impotencia eréctil, hubo una mayor incidencia de violencia intraviolación y posteriores lesiones no genitales [5] physical violence, and genital injury associated with sexual assaults is influenced by the assailant's erectile impotence. Methods: This prospective, observational study evaluated consecutive female patients presenting to a free-standing urban sexual assault clinic during a 3-year study period. Sexual assault victims presenting directly to four downtown emergency departments (EDs).

Se sabe que la disfunción sexual ocurre en una proporción de violadores durante el asalto. Las disfunciones más comunes son la insuficiencia eréctil y la eyacuación ausente o retardada.

En un estudio de investigadores de The Queen's University of Belfast se evaluó la incidencia y las características de la disfunción sexual de los agresores informada por 50 víctimas de violación. El 20% de las víctimas informó que su agresor experimentó insuficiencia eréctil en algún momento durante la agresión y un 12% adicional informó eyacuación retardada o falta de eyacuación por su parte. En los ataques en los que se produjo una disfunción sexual, hubo una mayor incidencia tanto de violencia dentro de la violación como de comisión de actividad sexual degradante y este comportamiento se relacionó con el inicio de la disfunción.

Se considera que el patrón de comportamiento informado en ataques con disfunción sexual de los violadores puede reflejar un subgrupo tipológicamente distinto de delincuentes. Este hallazgo tiene implicaciones tanto para la seguridad de la víctima durante el ataque como para la evaluación posterior del delincuente [6].

Es preventivo abordar el hecho que algunas drogas como alcohol y benzodiacepinas pueden ocasionar disfunción eréctil. Y que en el curso de las relaciones se puede desencadenar acciones violentas de amplia repercusión para la víctima y el ofensor.

PREGUNTA 7. ANTECEDENTES DE CONSUMO PREVIO EN PERSONAS PROCEDENTES DE OTROS PAÍSES

Permite comprender mejor el significado del consumo, sabiendo si había consumo previo. En Marruecos, por Karkoubi o karkubi en español, se entiende la asociación de resina de cannabis (con Rivotril (clonazepam)). Y se ha descrito como la droga de los pobres: se puede conseguir un comprimido de Rivotril por 5 dirham (alrededor de 0,50€) (7).

España es un país altamente medicalizado (Tabla 3). En dosis diarias por mil habitantes y día se halla a la cabeza de Europa, con crecimiento progresivo. Este índice de 88,8 en 2015 frente el 3,94 de Marruecos [3], da muestra a un país donde es amplio el consumo de benzodiacepinas, normalizado y probablemente de acceso fácil. Puede ocasionar que parezca algo deseable en Marruecos y de más fácil acceso a la llegada a España.

También implica modelos positivos o negativos de personas conocidas previas, con o sin consumo.

Tabla 3. Consumo de BZD en diferentes países en 2012 y 2015 [3].

País	DDD/1000 H/ Din2012	DDD/1000 H/ Din2015
España	86.3	88.8
Francia	79.4	71.4
Noruega	52.2	47.6
Suecia	49.4	47.1
Italia	46.5	46
Dinamarca	27.1	22.6
Reino Unido	17.5	17.5
Alemania	15.9	14.3
Marruecos	4.06	3.94

Use of benzodiazepines in terms of defined daily doses (DDDs)/1,000 inhabitants/day.

ANTES DEL CONSUMO. PREGUNTAS 8 Y 9

El consumo de sustancias no prescritas tiene tres tiempos diferentes. Antes, durante y después.

Conseguir las sustancias puede ser problemático, en la forma de cómo conseguir el dinero y en qué entorno ir a buscar las sustancias. El dinero extra a menudo se explica cómo buscarse la vida y en cuya base puede hallarse el robo, prostitución y tráfico.

Resulta complicado saber cuándo se recurre a una de estas tres vías. Recientemente en Barcelona se describen situaciones de hombres que se prostituyen y encuentran más facilidad para este hecho recurriendo a sustancias habituales del chemsex, anfetaminas entre otras. Algunas observaciones revelan cómo sustancias hasta hace poco limitadas al chemsex están incidiendo en consumidores, aún sin prácticas sexuales.

Conocer este recorrido de prostitución para conseguir drogas, drogas para prostituirse permite mejor conocimiento de la situación de la persona en esta situación.

La falsificación de recetas, la venta ilegal de sustancias complica el abordaje, porque dificulta renunciar a una fuente de ingresos.

A menudo, hay que recurrir al mercado ilícito introduciéndose en un ámbito de riesgo [8]. Combatir el mercado ilegal es un importante objetivo del equipo asistencial, a veces no exento de riesgos. Como por ejemplo, aceptar el consumo, facilitado desde el sistema sanitario y legal. Implica una negociación con una notable relación de confianza. En el caso de las benzodiazepinas supone que se consiga con la prescripción médica.

La parte positiva es que la persona no ha de procurarse de forma habitual ingresos atípicos y que no acudir a entornos delictivos. Cabe alertar sobre la posibilidad

de cronificar el consumo, facilitar el que otras personas quieran un similar programa. Facilitar la venta de sustancias fácilmente conseguidas. Excesos de consumo, igualmente, pueden dificultar el desempeño de las actividades diarias. Pero hay que explorar estas alternativas.

DESPUÉS DEL CONSUMO. PREGUNTAS 10 Y 11

Algunos estudios propugnan la idea de que la dependencia psicológica (adicción) es más relevante que la dependencia farmacológica o fisiológica en el uso crónico de benzodiazepinas [9]. Es decir que probablemente son más las ganas de consumir que las alteraciones biológicas. Sin embargo hay que ser muy prudentes en la interrupción o disminución brusca del consumo de psicofármacos [3].

Buenas ayudas van a ser el apoyo psicológico y social, la terapia ocupacional, la integración y participación en actividades comunitarias. Asociaciones de diverso tipo. El deporte.

La falta de expectativas, de esperanza, el desagrado del presente contribuyen a volver a consumir. Se han observado dificultades para retirar al paciente de las benzodiazepinas. Expone a problemas de memoria, deterioro de las funciones psicomotoras, dolor de cabeza, dolor muscular, nerviosismo, dolor de estómago, problemas para dormir. Por lo tanto, la interrupción debe realizarse gradualmente [3].

Rivotril [10]. Rivotril contiene clonazepam como ingrediente activo, el cual pertenece a un grupo de medicamentos conocidos como benzodiazepinas. El clonazepam tiene propiedades anticonvulsivantes, es decir, previene los temblores (convulsiones). Se debe evitar tomar alcohol durante el tratamiento con Rivotril ya que puede modificar sus efectos disminuyen-



do la eficacia del tratamiento o produciendo efectos adversos no previstos. El uso de benzodiazepinas puede provocar dependencia, principalmente cuando se toma el medicamento de forma continua durante largo tiempo. Rivotril puede producir síntomas tales como somnolencia, mareo o alteraciones en la vista, y disminuir la capacidad de reacción. Estos efectos así como la propia enfermedad pueden dificultar su capacidad para conducir vehículos o manejar máquinas. Se han descrito numerosos efectos adversos (Tabla 2) [10].

PROPUESTAS

Ante la detección de un consumo de psicofármacos se va a intentar recabar el máximo posible de información (Tabla 1) intentando demostrar que esta información tiene por finalidad brindar mejor atención. Una de las primeras actuaciones es considerar si existe trastorno de salud mental que exige visita especializada preferente.

Se intentará conocer los efectos de estas sustancias en esa persona (Tabla 2). Se ha de garantizar que determinada información que ofrece la persona será confidencial solo para el profesional interlocutor o solo para el equipo.

En algunos casos, de acuerdo con la persona, se intentará estabilizar el consumo a partir de la prescripción médica legal, pactada con la persona. Se valorará, cuando sea preciso, iniciar el tratamiento en espera de contactar con la atención especializada, así como modificar y comentar los cambios en la medicación entre visitas.

La estabilización puede exigir una elevada prescripción a seguir de cerca, de la cual la alternativa es una también pactada desescalada, sin precipitación, y la atención psicológica. Para esta se puede contar con servicios externos, pero es deseable contar con apoyo psicológico, social y educativo dentro del centro. Será trascendental.

Se plantea así una decidida voluntad de que la persona no acuda a los entornos delictivos para acceder a las sustancias de consumo. Con la intención de minimizar robos, prostitución o tráfico de sustancias.

En la base de este consumo puede existir un conjunto de malas experiencias previas, frustración presente o falta de perspectivas de futuro. Las medidas individuales no han de soslayar la expresión de las expectativas de estas personas que necesitan una respuesta social.

Cuando aparezca la necesidad de un castigo, se ha de garantizar que no va a interrumpir la asistencia educativa, psicológica y médica.

Puede considerarse el apoyo de instituciones y particulares para la integración. Encuentro, recepciones por familias e individuos implican riesgos, que no han de impedir el establecimiento de estos lazos y vínculos. La integración pasa por el contacto con la ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Portada - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios s. f. <https://www.aemps.gob.es/> (accedido 10 de agosto de 2021).
2. Infodrogas - Energy Control s. f. <https://energycontrol.org/infodrogas/> (accedido 10 de agosto de 2021).
3. Qriouet Z, Belaiche A, Qmichou Z, Cherrah Y, Sefrioui H. Benzodiazepines use in Morocco: A nation wide consumption database study between 2004 and 2017. *Asian J Psychiatr* 2020;47:101852. <https://doi.org/10.1016/J.AJP.2019.101852>.
4. Delás J, Carmona E. Respuesta de los autores. *Emergencias* 2021;33:139-40.
5. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Ostovar H. Assaultants' Sexual Dysfunction During Rape: Prevalence and Relationship to Genital Trauma in Female Victims. *J Emerg Med* 2010;38:529-35. <https://doi.org/10.1016/J.JEMERMED.2008.09.037>.
6. Bownes IT, O'Gorman EC. Assaultant's sexual dysfunction during rape reported by their victims. *Med Sci Law* 1991;31:322-8.
7. Les mineurs migrants non accompagnés. Un défi pour les pays européens - PERALDI Michel (ed.) - Google Llibres s. f. https://books.google.es/books?hl=ca&lr=&id=tYinAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA283&dq=Karkoubi&ots=ZhXpdAJyw2&sig=KdYWCQMIjGpt6GopYFVLTKIGmB4&redir_esc=y#v=onepage&q=Karkoubi&f=false (accedido 8 de agosto de 2021).
8. Iannello GD, Delás J, Aguas M, Bacovich I, Serra L, Díaz O. La bolsa de las drogas. *Gac Sanit* 2012;26:288. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2011.10.015>.
9. De Las Cuevas C, Sanz E, De La Fuente J. Benzodiazepines: More «behavioural» addiction than dependence. *Psychopharmacology (Berl)* 2003;167:297-303. <https://doi.org/10.1007/S00213-002-1376-8>.
10. PROSPECTO RIVOTRIL 2 mg COMPROMIDOS s. f. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/52401/Prospecto_52401.html (accedido 8 de agosto de 2021). ✱

POSTPANDEMIC
CITIES

Reflections on the use of benzodiazepines in a residential center

In order to achieve a better healthcare response, it is desirable to have adequate individual information, obtained within the framework of a relationship of trust (Table 1). Assuming that the person will give the information they deem appropriate.

Table 1. Learn more about consumption (based on the trust relationship)

1. What substance do you take?
2. What quantity (per unit of time, day, week, month)?
3. What other substances do you associate it with?
4. What pleasant effects does it produce on you?
5. What unpleasant effects does it produce on you?
6. How does this substance affect your relationships?
7. For people from another country. Did you take any substance before coming to Spain? Which and in what quantity?
8. Can you explain to me how you do it?

9. How much does it cost you in euros per day?
10. Do you have problems if you don't take it?
11. Would you like to stop consuming?

QUESTIONS 1 TO 6. SUBSTANCE AND SUBSTANCE ASSOCIATION

It is important to share information about the substance and amount that is consumed. Contrast the information that the person who consumes and that which is scientifically known. Misconceptions are frequent.

In the case of medicines, the best information is the technical file of the Spanish Medicines Agency (1). Regarding illegal substances, it is necessary to look for reliable sources of consultation (2).

It is usually appropriate to contrast the satisfactory effects and the undesirable effects. How it influences interpersonal relationships and, if possible, affective relationships (Questions 4-6).

At the beginning, the same consumption causes ample satisfaction. It is difficult to act to decrease or stop it while the satisfaction persists. Over time, in the global assessment of what consumption implies, in some consumers this satisfaction decreases and there are requests to reduce consumption or stop. Therefore, it is necessary to know at what point the person is.

It is appropriate to review the undesirable effects. In Table 2 those related to Rivotril (clonazepam), extendable to other benzodiazepines (Table 2) (3).

Taula 2. Efectes adversos descrius

Adverse effects	√ (Si)
Involuntary and uncontrollable movement of the eyes (nystagmus).	
Dizziness.	
Drowsiness (sleep), slow reflexes.	
Tiredness, muscle weakness.	
Ataxia (incoordination of voluntary movements).	
Anterograde amnesia (difficulty remembering recent events).	
Thrombocytopenia (decreased number of platelets).	
Urticaria (allergy), itching, rash (redness of the skin), severe allergic reaction.	
Temporary hair loss, changes in skin pigmentation (color).	
Headache.	

Nausea and epigastric discomfort (in the upper part of the belly).	
Urinary incontinence (not controlling urine).	
Impotence (difficulty with erection).	
Decreased libido (decreased sexual desire).	
Generalized epileptic seizures.	
Decreased ability to concentrate, restlessness, confusion, disorientation.	
Mood and emotional disturbances.	
Depression.	
Hallucinations (hearing non-existent noises or voices, or seeing non-existent images or people).	
Delirium, misconceptions from correct initial statements.	
Insomnia.	
Paradoxical reactions (appearance of reactions contrary to those expected from the action of the drug): restlessness, irritability, aggressive behavior, agitation, nervousness, hostility, anxiety, anger, nightmares, intense dreams, hyperactivity, behavioral disturbances.	
Respiratory depression (slow, low intensity breathing), especially if given intravenously. The risk of respiratory depression is higher in patients with airway obstruction or previous brain damage. Respiratory depression can also occur when other respiratory center depressant medications are administered at the same time.	
Increased risk of falls and fractures associated with other sedatives (including alcoholic beverages).	
Shortness of breath.	
The urge to use the substance again.	
Chest pain.	
Double vision.	
Dysarthria (difficulty articulating words).	
Seizures.	
Other.	

In a study carried out in Barcelona between January 1, 2016 and September 30, 2017, it was found that 31.3% of consumers, on their first visit, in a care center for active consumers, took three different substances, on 22.2 % four substances and 12.5% five (4). That is, more than 66% took

three or more different substances. It is convenient to know if there is an association of consumption, from the possible information of the person and the interactions that can take place.

QUESTION 6. DRUGS AND SEX

If the person allows it, it is enlightening to address how consumption influences sexual relations. The decrease in libido and impotence with certain substances and the relationship with gender violence are described.

In an urban setting, in a 3-year follow-up, erectile impotence occurred in up to 8% of sexual offenders during the rape episode. Despite this erectile dysfunction, most of the victims suffered anogenital trauma. In attacks with erectile impotence, there was a higher incidence of intra-rape violence and subsequent non-genital injuries (5).

Sexual dysfunction is known to occur in a proportion of rapists during assault. The most common dysfunctions are erectile failure and absent or delayed ejaculation.

A study by researchers from The Queen's University of Belfast evaluated the incidence and characteristics of perpetrator sexual dysfunction reported by 50 rape victims. 20% of victims reported that their assailant experienced erectile failure at some point during the assault and an additional 12% reported delayed ejaculation or lack of ejaculation on their part. In attacks in which sexual dysfunction occurred, there was a higher incidence of both violence within the rape and the commission of degrading sexual activity, and this behavior was related to the onset of dysfunction.

It is considered that the pattern of behavior reported in sexual dysfunction attacks by rapists may reflect a typologically distinct subgroup of offenders. This finding has implications both for the safety of the victim during the attack and for the subsequent evaluation of the offender (6).

It is preventive to address the fact that some drugs such as alcohol and benzodiazepines can cause erectile dysfunction. And that in the course of relationships violent actions can be unleashed with wide repercussions for the victim and the offender.

QUESTION 7. HISTORY OF PREVIOUS USE IN PEOPLE FROM OTHER COUNTRIES

We can understand better the meaning of consumption by knowing if there was previous consumption. In Morocco, by Karkoubi(karkubi in Spanish), the association of canna-

bis resin is understood (with Rivotril (clonazepam). And it has been described as the drug of the poor: you can get a Rivotril tablet for 5 dirham (about € 0.50) (7).

Spain is a highly medicalized country (Table 3). In daily doses per thousand inhabitants per day, it is at the forefront of Europe, with progressive growth. This index of 88.8 in 2015 compared to 3.94 in Morocco (3), shows a country where the consumption of benzodiazepines is extensive, normalized and probably easily accessible. It can make it seem desirable in Morocco and easier to access upon arrival in Spain.

It also involves positive or negative role models of previous acquaintances, with or without use.

Table 3. Consumption ofBZD in different countries, 2012 and 2015 (3).

Country	DDD/1000 H/D in 2012	DDD/1000 H/D in 2015
Spain	86.3	88.8
France	79.4	71.4
Norway	52.2	47.6
Sweden	49.4	47.1
Italy	46.5	46
Denmark	27.1	22.6
UK	17.5	17.5
Germany	15.9	14.3
Morocco	4.06	3.94

Use of benzodiazepines in terms of defined daily doses (DDDs)/1,000 inhabitants/day.

BEFORE CONSUMPTION. QUESTIONS 8 AND 9.

The use of non-prescribed substances has three different times: before, during and after.

Getting the substances can be problematic, in the way of how to get the money and in what environment to go for the substances. The extra money often explains how to make a living and on the basis of which can be found theft, prostitution and trafficking.

It is difficult to know when one of these three routes is used. Recently, in Barcelona, situations of men who prostitute themselves and find it easier to do so by resorting to common chemsex substances, amphetamines, among others, have been described. Some observations reveal how substances until recently limited to chemsex are affecting users, even without sexual practices.

Knowing this path of prostitution to get drugs, drugs to prostitute allows better knowledge of the situation of the person in this situation.

The falsification of prescriptions, the illegal sale of substances complicates the approach, because it makes it difficult to give up a source of income.

It is often necessary to resort to the illicit market by entering an area of risk (8). Fighting the illegal market is an important objective of the healthcare team, sometimes not without risks. As for example, accepting consumption, facilitated from the health and legal system. It involves a negotiation with a remarkable relationship of trust. In the case of benzodiazepines, it is assumed that it is obtained with a medical prescription.

The positive part is that the person does not have to obtain atypical income on a regular basis and that they do not go to criminal environments. It should be noted the possibility of chronifying consumption, making it easier for other people to want a similar program, facilitating the sale of readily available substances. Excess consumption, likewise, can make it difficult to carry out daily activities, but these alternatives must be explored.

AFTER CONSUMPTION. QUESTIONS 10 AND 11.

Some studies advocate the idea that psychological dependence (addiction) is more relevant than pharmacological or physiological dependence in the chronic use of benzodiazepines (9). In other words, the desire to consume is probably more than biological alterations. However, it is necessary to be very cautious when interrupting or abruptly reducing the consumption of psychotropic drugs (3).

Good supports are going to be psychological and social, occupational therapy, integration and participation in community activities. Associations of various kinds. Sport.

The lack of expectations, of hope, the displeasure of the present contribute to consume again. Difficulties have been observed in withdrawing the patient from benzodiazepines. It exposes them to memory problems, impaired psychomotor functions, headache, muscle pain, nervousness, stomach pain, trouble sleeping. Therefore, the interruption should be done gradually (3).

Rivotril (10). Rivotril contains clonazepam as an active ingredient, which belongs to a group of medicines known as benzodiazepines. Clonazepam has anticonvulsant properties, that is, it prevents tremors (seizures). Alcohol should be avoided during treatment with Rivotril as it can modify its effects, reducing the effectiveness of the treatment or producing unforeseen adverse effects. The use of benzodiazepines can lead to dependence, especially when the drug is taken continuously for a long time. Rivotril can cause symptoms such as drowsiness, dizziness or visual disturbances, and decrease the ability to react. These effects as well as the disease itself can impair the ability to drive or operate machines. Numerous adverse effects have been described (Table 2) (10).

PROPOSALS

When the use of psychotropic drugs is detected, an attempt will be made to collect as much information as



possible (Table 1), trying to demonstrate that this information is intended to provide better care. One of the first actions is to consider whether there is a mental health disorder that requires a preferential specialized visit.

An attempt will be made to know the effects of these substances on that person (Table 2). It must be guaranteed that certain information offered by the person will be confidential only for the professional interlocutor or only for the team.

In some cases, in agreement with the person, an attempt will be made to stabilize consumption based on the legal medical prescription agreed.. It will be considered, when necessary, to start treatment while waiting to contact specialized care, as well as to modify and comment on changes in medication between visits.

Stabilization may require a high prescription to be followed closely, of which the alternative is also an agreed de-escalation, without haste, and psychological care. For this it is possible to have external services, but it is desirable to have psychological, social and educational support within the center. It will be momentous.

This raises a strong desire that the person does not approach to criminal environments to access substances for consumption, with the intention of minimizing theft, prostitution or substance trafficking.

At the base of this consumption there may be a set of bad previous experiences, present frustration or lack of future prospects. Individual measures must not avoid expressing the expectations of these people who need a social response.

When the need for punishment appears, it must be ensured that it will not interrupt educational, psychological and medical assistance.

Support from institutions and individuals for integration can be considered. Meeting, receptions by families and individuals involve risks, which should not prevent the establishment of these ties. Integration comes through contact with citizens.

1. Portada - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios s. f. <https://www.aemps.gob.es/> (accedido 10 de agosto de 2021).
2. Infodrogas - Energy Control s. f. <https://energycontrol.org/infodrogas/> (accedido 10 de agosto de 2021).
3. Qriouet Z, Belaiche A, Qmichou Z, Cherrah Y, Sefrioui H. Benzodiazepines use in Morocco: A nation wide consumption database study between 2004 and 2017. *Asian J Psychiatr* 2020;47:101852. <https://doi.org/10.1016/J.AJP.2019.101852>.
4. Delás J, Carmona E. Respuesta de los autores. *Emergencias* 2021;33:139-40.
5. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Ostovar H. Assaultants' Sexual Dysfunction During Rape: Prevalence and Relationship to Genital Trauma in Female Victims. *J Emerg Med* 2010;38:529-35. <https://doi.org/10.1016/J.JEMERMED.2008.09.037>.
6. Bownes IT, O'Gorman EC. Assaultant's sexual dysfunction during rape reported by their victims. *Med Sci Law* 1991;31:322-8.
7. Les mineurs migrants non accompagnés. Un défi pour les pays européens - PERALDI Michel (ed.) - Google Llibres s. f. https://books.google.es/books?hl=ca&lr=&id=tYinAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA283&dq=Karkoubi&ots=ZhXpdAJyw2&sig=KdYWCQMIjGpt6GopYFVLTKlGmB4&redir_esc=y#v=onepage&q=Karkoubi&f=false (accedido 8 de agosto de 2021).
8. Iannello GD, Delás J, Aguas M, Bacovich I, Serra L, Díaz O. La bolsa de las drogas. *Gac Sanit* 2012;26:288. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2011.10.015>.
9. De Las Cuevas C, Sanz E, De La Fuente J. Benzodiazepines: More «behavioural» addiction than dependence. *Psychopharmacology (Berl)* 2003;167:297-303. <https://doi.org/10.1007/S00213-002-1376-8>.
10. PROSPECTO RIVOTRIL 2 mg COMPRI-MIDOS s. f. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/52401/Prospecto_52401.html (accedido 8 de agosto de 2021). ✱



REPORTATGE SOCIDROGALCOHOL 2021, BARCELONA

Taula Rodona. Repensant els programes de reducció de riscos

Miquel Casas, Teresa de Gispert, Carlos Roncero

Evolució dels tractaments amb heroïna

Durant el Congrés Socidrogalcohol Barcelona de novembre de 2021, va tenir lloc una molt interessant taula rodona amb el títol de “Repensant els programes de reducció de riscos”.

El professor Miquel Casas, catedràtic de Psiquiatria, director durant molts anys del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Sant Pau de Barcelona va pronunciar una excel·lent conferència en què feia referència als tractaments amb diacetilmorfina (heroïna).

Es va remuntar a l'experiència al comtat anglès de Merseyside, amb capital a Liverpool i que rep el nom del riu Mersey. Va citar l'article de Toby Seddon [1] en què es

comenta com en aquesta zona del nord-oest d'Anglaterra, entre 1982 and 1995, el psiquiatre John Marks, durant aquest període de 13 anys, va prescriure opiacis com a heroïna injectada i fumada, per al tractament de l'addicció a l'heroïna, a clíniques de Liverpool i poblacions propers. Una important pressió política general i de política de drogues va limitar el desenvolupament del projecte.

L'anàlisi de l'evolució dels tractaments amb heroïna el va portar a comentar l'experiència suïssa d'Anne Mino, de la qual el mateix Dr. Casas va ser un dels supervisors [3].

El 1994 [2,4] es va iniciar a Suïssa un programa experimental de dispensació d'heroïna, inspirat en el de Gran Bretanya (British System), que ha conduït a la inclusió d'aquest opiaci al vademècum farmacèutic i que va rebre el nom de programes de prescripció mèdica d'heroïna (PROVE) i es va indicar en casos concrets de dificultat en el tractament.

En aquesta experiència suïssa de 1994, els consumidors prenen l'heroïna ad libitum i, si bé hi havia molts professionals preparats per actuar, no hi va haver casos de sobredosificació. Les persones prenen heroïna pura fins que es trobava bé i paraven. S'alinea aquesta circumstància en els treballs de Katzian als Estats Units, que defensa que la drogoaddicció és un procés d'automedicació [5–9].

En aquests programes no es van produir problemes amb el veïnat, es van poder dur a terme efectivament i encara que inicialment eren més cars, l'estalvi de recursos policials i en presons, i la millora de la salut els van fer més rendibles. [2,4]

No obstant això, aquesta actuació va rebre crítiques des del punt de vista metodològic pel biaix dels pacients que també prenen altres substàncies com metadona intravenosa o morfina oral i que s'associaven a programes de suport psicosocial. Afirmar el Dr. Casas que, en els projectes d'Anne Mino, complicava la rigor dels estudis el fet que no es podien fer estudis contrastats amb placebo en ser molt difícil emmascarar l'heroïna.

En qualsevol cas no han proliferat els tractaments amb heroïna i, en les darreres dades existents són, a Suïssa, al voltant de 1300 pacients els que es troben en manteniment amb heroïna. [2,4]

Als estudis de Suïssa, van seguir altres d'Alemanya, amb aportacions sociològiques, dels Països Baixos. Al Regne Unit es va plantejar que la prescripció havia de ser per part psiquiatres que no van acceptar la proposta i es va passar a metadona. De manera més àmplia es manté a Escòcia i Gal·les.

A Espanya, l'escola andalusa de Granada, va proposar un assaig per a la distribució d'heroïna intrave-

nosa[10] [11,12]. Conclouen els seus investigadors que “És evident que quan no hi ha un tractament adequat, el pacient ha de rebre aquell que maximitzi les seves possibilitats de mantenir la vida i aconseguir que sigui de bona qualitat. És precisament per a aquesta població que fracassa, i que no té alternatives terapèutiques”. [10]

L'estudi català sí que permet estudis doble cec amb la prescripció oral, comparant l'heroïna davant la morfina i la metadona, totes tres per via oral, detectant-se que l'administració per via oral és factible i segura i que els pacients no són capaços de diferenciar el tipus de tractament que reben. [2,4]

A Suïssa l'heroïna donava lloc a estabilització, reanimant les teories d'automedicació amb heroïna. Cal considerar que el pacient no és un viciós, sinó que s'automedica. Per dolor, pren heroïna pel dolor, però si parava el dolor crònic, cessava el consum d'heroïna.

Ansiolític, antidepressiu, antipsicòtic. Làudano era un bon ansiolític i antidepressiu.

Es pot considerar que hi ha un dèficit de pèptids opioïdes que doni lloc a una mala qualitat de vida. Si el sistema opioide està malmès l'individu està malament, fins que troba l'heroïna.

És una hipòtesi, però en medicina els medicaments han mostrat el diagnòstic “ad juvantibus”. Pel resultat es valida la medicació.

L'heroïna normalitza la vida de l'heroïnòman. Aquesta substància millora la conducta i la relació amb el món, un pètid opioide que passa directament la barreira hematoencefàlica. Per tant, la dependència a heroïna està relacionat amb un dèficit d'opioide a nivell central. La diacetilmorfina funciona. Seria bo que els pacients resistents a la desintoxicació no els mantinguéssim amb metadona sinó que els tractéssim directament amb heroïna.

1. Seddon T. Prescribing heroin: John Marks, the Merseyside clinics, and lessons from history. *Int J Drug Policy* 2020;78:102730. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGPO.2020.102730>.
2. Socidrogalcohol | OPIÁCEOS. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL. Basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA s. f. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/opiaceos-guias-clinicas-socidrogalcohol-basadas-en-la-evidencia-cientifica/> (accedido 1 de enero de 2022).
3. Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts s. f. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_In-sight_335259.pdf (accedido 4 de junio de 2021).

4. José Fernández Miranda J, Arias Horcajadas Claudio Castillo Buenaventura Juan José Fernández Miranda Carlos Roncero Alonso Marco Antonio Rovira Isanda Roberto Secades Villa F, Clínicas SOCIDRO-GALCOHOL G. OPIÁCEOS OPIÁCEOS OPIÁCEOS Editado por s. f.
5. Khantzian EJ. The alcoholic patient: An overview and perspective. *Am J Psychother* 1980;34:4-19. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1980.34.1.4>.
6. Khantzian EJ. Psychotherapeutic interventions with substance abusers-The clinical context. *J Subst Abuse Treat* 1985;2:83-8. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(85\)90031-5](https://doi.org/10.1016/0740-5472(85)90031-5).
7. Khantzian EJ. Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment. *Am J Psychother* 1974;28:59-70. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.1.59>.
8. Khantzian EJ, Mack JE, Schatzberg AF. Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Am J Psychiatry* 1974;131:160-4. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.2.160>.
9. Khantzian EJ, McKenna GJ. Acute toxic and withdrawal reactions associated with drug use and abuse. *Ann Intern Med* 1979;90:361-72. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-90-3-361>.
10. March Cerdá JC, Ballesta R, Pepsa E, Hevia A, Zunzunegui M V., Risco S, et al. Intravenous drug dependence: A public health problem in Spain. *Aten Primaria* 2001;28:631-3.
11. Trujols Albet J, Casas Brugué M, Pérez de los Cobos Peris J, March Cerdá JC, Perea-Milla E, Ballesta R, et al. Experimental heroin maintenance programmes: The distance between what might be done and what is really done [2] (multiple letters). *Aten Primaria* 2002;30:260-2. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)79022-7](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)79022-7).
12. Trujols J, Iraurgi I. Political challenges in randomized controlled trials of heroin-assisted treatment for severe heroin addiction: A Spanish experience. *Clin Trials* 2009;6:658-9. <https://doi.org/10.1177/1740774509351179>. *

30 anys del Programa d'Intercanvi de Xeringues: evolució i reptes actuals

En el context del Congrés Socidrogalcohol 2021, Teresa de Gispert, en nom també Elena Adán, Laia Gasulla, Xavier Majó i Joan Colom va fer la presentació 30 anys del Programa d'Intercanvi de Xeringues: evolució i reptes actuals.

Va fer referència a com, el 1980, un grup de consumidors d'heroïna a Rotterdam va fundar la "Junkie-Union", una organització de protesta contra les batudes policials i l'èmfasi excessiu en les teràpies



orientades a l'abstinència en el tractament de les addiccions. Juntament amb l'església protestant Paulus, van obrir un recinte experimental, el Perron Nul (Plataforma Zero), on es podia accedir al manteniment de metadona, neteja d'agulles i cures bàsiques (lavabos, dutxes, cafè, etc.). Aquesta controvertida instal·lació va funcionar durant gairebé una dècada abans de ser tancada (1987-1994)¹ (1)

Als anys 90, van aparèixer a Catalunya els primers programes de lliurament de material net d'injecció. Primer al carrer i després ja, el 1993, al primer centre estable. Progressivament tots els centres d'atenció a consumidors de substàncies no prescrites van distriuir aquest material, de manera que es va aconseguir la disminució d'infecció per VIH i hepatitis B i C.

És interessant la distribució en centres d'atenció a població general.

Actualment, a Catalunya les farmàcies lliuren el 12%, els centres d'atenció primària (6%). A Institucions Penitenciàries es va iniciar el 2003, després d'iniciatives pioneres del País Basc.

El lliurament de material net d'injecció s'acompanya de la distribució de preservatius, educació sanitària, recollida de xeringues per equips que inclouen usuaris.

L'educació és un aspecte molt important. Comparar material ha passat de 54,7% el 2015 a 30,1% el 2019. Però continua sent una xifra elevada, per la qual cosa els esforços per divulgar coneixements i oferir material han de continuar. Més punts, més entregues, buscant la normalització tant per a qui sol·licita el material com per a qui hauria de lliurar-lo.

Va acabar la seva intervenció Teresa de Gispert fent referència als nous reptes. Com l'atenció específica a persones que consumeixen drogues en el curs de relacions sexuals.

Com a conclusions va proposar que l'atenció als consumidors de substàncies no prescrites ha de donar-se en el marc d'una atenció integral. El reconeixement que el lliurament i la recollida de xeringues és cost-efectiu i el punt de partida per a l'atenció a la població consumidora.

La necessitat d'incrementar l'accessibilitat, la cobertura, el seguiment i el suport als programes d'intercanvi de xeringues. Des del punt de vista que disminueixen les pràctiques de risc. Conjuntament amb la necessitat d'adaptar-se als nous reptes, entre d'altres, el Chemsex.

1. https://narcotic.city/news/public-lecture_heroin-users-activism-in-rotterdam/ ✱

Abús de Pain killers, l'epidèmia que tindrem?



Carlos Roncero, professor titular de Psiquiatria de la Facultat de Medicina de la Universitat de Salamanca, Cap del Servei de Psiquiatria del Complex Assistencial Universitari de Salamanca va tractar dels riscos que impliquen els analgèsics opiacis, i es va basar a l'editorial publicada a Revista Clínica Española el 2017, Bons usos i riscos dels fàrmacs opiacis (1)

Pain killers són opiacis legals dirigits a l'analgèsia, opiacis de prescripció, entre altres denominacions. Mentre que per il·legals es poden entendre entre altres l'heroïna

El Dr. Roncero va comentar que la situació europea és molt diferent de la de, per exemple, els Estats Units. A Europa no és fàcil que un consumidor d'opiacis de prescripció passi a consumir heroïna. Encara que només sigui perquè són més barats els opiacis legals (2)

Va dir que cal estar atent, però no en el moment hi ha risc actual de mercat negre. A gairebé tots els països europeus es convé que no hi ha gran preocupació de mercat negre actiu o contundent.

Hi ha, però, risc de mal ús, de sobredosi, utilització com a sistema de suïcidi, de síndrome d'abstinència. ✱



REPORTAJE SOCIDROGALCOHOL 2021, BARCELONA

Mesa Redonda. Repensando los programas de reducción de riesgos

Miquel Casas, Teresa de Gispert, Carlos Roncero

Evolución de los tratamientos con heroína

Durante el Congreso Socidrogalcohol Barcelona de noviembre de 2021, tuvo lugar una muy interesante mesa redonda con el título de “Repensando los programas de reducción de riesgos”.

El profesor Miquel Casas, catedrático de Psiquiatría, director durante muchos años del Servicio de Psiquiatría del Hospital Sant Pau de Barcelona pronunció una excelente conferencia en la que hacía referencia a los tratamientos con diacetilmorfina (heroína).

Se remontó a la experiencia en el condado inglés de Merseyside, con capital en Liverpool y que recibe el nombre del río Mersey. Citó el artículo de Toby Seddon [1] en el que se comenta cómo en esta zona del

norroeste de Inglaterra, entre 1982 and 1995, el psiquiatra John Marks, durante este período de 13 años, prescribió opiáceos como heroína inyectada y fumada, para el tratamiento de la adicción a la heroína, en clínicas de Liverpool y poblaciones cercanas. Una importante presión política general y política de drogas limitó el desarrollo del proyecto.

El análisis de la evolución de los tratamientos con heroína, llevó al Dr. Casas a comentar la experiencia suiza de Anne Mino, de la que él mismo fue uno de los supervisores [3].

En 1994 [2, 4] se inició en Suiza un programa experimental de dispensación de heroína, inspirado en el de Gran Bretaña (British System), que ha conducido a la inclusión de este opiáceo en el vademécum farmacéutico y que recibió el nombre de programas de prescripción médica de heroína (PROVE) y se indicó en casos concretos de dificultad en el tratamiento.

En esta experiencia suiza de 1994, los consumidores tomaban la heroína *ad libitum* y, si bien había muchos profesionales preparados para actuar, no hubo casos de sobredosificación. Las personas tomaban heroína pura hasta que se encontraba bien y paraban. Se alinea esta circunstancia en los trabajos de Katzian en Estados Unidos, que defiende que la drogadicción es un proceso de automedicación [5–9].

No se produjeron problemas con el vecindario, pudieron llevarse a cabo de forma efectiva y aunque inicialmente eran más caros, el ahorro de recursos policiales y en prisiones y la mejora de la salud los hicieron más rentables. [2,4]

Sin embargo, esta actuación recibió críticas desde el punto de vista metodológico por el sesgo de los pacientes que tomaban asimismo otras sustancias como metadona intravenosa o morfina oral y que se asociaban a programas de soporte psicosocial. Afirma, asimismo, el Dr. Casas que, en los proyectos de Anne Mino, complicaba el rigor de los estudios el hecho de que no se

podían realizar estudios contrastados con placebo al ser muy difícil enmascarar a la heroína.

En cualquier caso, no han proliferado los tratamientos con heroína y, en los últimos datos existentes son, en Suiza, alrededor de 1300 pacientes los que se encuentran en mantenimiento con heroína. [2,4]

A los estudios de Suiza, siguieron otros de Alemania, con aportaciones sociológicas, de los Países Bajos. En Reino Unido se planteó que la prescripción debía ser por parte de psiquiatras que no aceptaron la propuesta y se pasó a metadona. De forma más amplia se mantiene en Escocia y Gales.

En España, la escuela andaluza de Granada, propuso un ensayo para la distribución de heroína intravenosa [10] [11,12]. Concluyen sus investigadores que “Es evidente que cuando no hay un tratamiento adecuado, el paciente debe recibir aquél que maximice sus posibilidades de mantener la vida y conseguir que sea de buena calidad”. [10]

El estudio catalán sí permite estudios doble ciego con la prescripción oral, comparando la heroína frente a la morfina y la metadona, las tres por vía oral, detectándose que la administración por vía oral es factible y segura y que los pacientes no son capaces de diferenciar el tipo de tratamiento que reciben. [2,4]



1. Seddon T. Prescribing heroin: John Marks, the Merseyside clinics, and lessons from history. Int J Drug Policy 2020;78:102730. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGPO.2020.102730>.
2. Socidrogalcohol | OPIÁCEOS. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL. Basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA s. f. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/opiaceos-guias-clinicas-socidrogalcohol-basadas-en-la-evidencia-cientifica/> (accedido 1 de enero de 2022).
3. Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts s. f. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_Insight_335259.pdf (accedido 4 de junio de 2021).
4. José Fernández Miranda J, Arias Horcajadas Claudio Castillo Buenaventura Juan José Fernández Miranda Carlos Roncero Alonso Marco Antonio Rovira Isanda Roberto Secades Villa F, Clínicas SOCIDROGALCOHOL G. OPIÁCEOS OPIÁCEOS OPIÁCEOS Editado por s. f.
5. Khantzian EJ. The alcoholic patient: An overview and perspective. Am J Psychother 1980;34:4-19. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1980.34.1.4>.

6. Khantzian EJ. Psychotherapeutic interventions with substance abusers-The clinical context. *J Subst Abuse Treat* 1985;2:83-8. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(85\)90031-5](https://doi.org/10.1016/0740-5472(85)90031-5).
7. Khantzian EJ. Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment. *Am J Psychother* 1974;28:59-70. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.1.59>.
8. Khantzian EJ, Mack JE, Schatzberg AF. Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Am J Psychiatry* 1974;131:160-4. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.2.160>.
9. Khantzian EJ, McKenna GJ. Acute toxic and withdrawal reactions associated with drug use and abuse. *Ann Intern Med* 1979;90:361-72. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-90-3-361>.
10. March Cerdá JC, Ballesta R, Pepsa E, Hevia A, Zunzunegui M V., Risco S, et al. Intravenous drug dependence: A public health problem in Spain. *Aten Primaria* 2001;28:631-3.
11. Trujols Albet J, Casas Brugué M, Pérez de los Cobos Peris J, March Cerdá JC, Perea-Milla E, Ballesta R, et al. Experimental heroin maintenance programmes: The distance between what might be done and what is really done [2] (multiple letters). *Aten Primaria* 2002;30:260-2. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)79022-7](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)79022-7).
12. Trujols J, Iraurgi I. Political challenges in randomized controlled trials of heroin-assisted treatment for severe heroin addiction: A Spanish experience. *Clin Trials* 2009;6:658-9. <https://doi.org/10.1177/1740774509351179>. *

30 años del Programa de Intercambio de Jeringuillas: evolución y retos actuales



En el contexto del Congreso Socidrogalcohol 2021, Teresa de Gispert, en nombre también Elena Adán, Laia Gasulla, Xavier Majó y Joan Colom hizo la presentación 30 años del Programa de Intercambio de Jeringas: evolución y retos actuales.

En 1980, un grupo de usuarios de heroína en Róterdam fundó la «Junkie-Union», una organización de protesta contra las redadas policiales y el énfasis excesivo en las terapias orientadas a la abstinencia en el tratamiento de adicciones. Junto con la iglesia protestante Paulus, el sindicato abrió un sitio experimental, Perron Nul (Plataforma Cero), que ofrecía un espacio donde los usuarios podían acceder al mantenimiento con metadona, agujas limpias y atención básica (baños, duchas, café, etc.). Esta controvertida instalación

funcionó durante casi una década antes de ser cerrada (1987-1994) (1).

En los años 90, aparecieron en Catalunya los primeros programas de entrega de material limpio de inyección. Primero en la calle y luego ya, en 1993, en el primer centro estable. Progresivamente todos los centros de atención a consumidores de sustancias no prescritas distribuyeron este material, con lo que se consiguió la disminución de infección por VIH y hepatitis B y C.

Es interesante su distribución en centros de atención a población general.

En la actualidad, en Catalunya las farmacias entregan el 12%, centros de atención primaria (6%). En Instituciones Penitenciarias se inició en 2003, después de iniciativas pioneras del País Vasco.

Teresa de Gispert definió dentro de las buenas prácticas no condicionar la distribución al retorno. También la entrega conjunta de jeringuilla, un filtro para evitar impurezas en la aspiración del líquido hacia la jeringa, una cazuelita desechable (para no tener que compartirla), agua para la dilución y dos toallitas para limpiar la piel antes de la punción.

La entrega de material limpio de inyección se acompaña de la distribución de preservativos, educación sanitaria, recogida de jeringas por equipos que incluyen usuarios.

La educación es un aspecto muy importante. Compartir material ha pasado de 54,7% en 2015 a 30,1% en 2019. Pero sigue siendo una cifra elevada, por lo que los esfuerzos por divulgar conocimientos y ofrecer material han de continuar. Más puntos, más entregas, buscando la normalización tanto para quien solicita el material como para quién debería entregarlo.

Terminó su intervención Teresa de Gispert haciendo referencia a los nuevos retos. Como la atención específica a personas que consumen drogas en el curso de relaciones sexuales.

Como conclusiones propuso que la atención a los consumidores de sustancias no prescritas ha de darse en el marco de una atención integral. El reconocimiento de que la entrega y recogida de jeringas es coste-efectivo y el punto de partida para la atención a la población consumidora.

La necesidad de incrementar la accesibilidad, cobertura, seguimiento y apoyo a los programas de intercambio de jeringas. Bajo el punto de vista que disminuyen las prácticas de riesgo. Conjuntamente con la necesidad de adaptarse a los nuevos retos, entre otros, el Chemsex.

1. https://narcotic.city/news/public-lecture_heroin-users-activism-in-rotterdam/ *

Abuso de Pain killers, ¿la epidemia que tendremos?

Carlos Roncero, profesor titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca trató de los riesgos que implican los analgésicos opiáceos, y se basó en la editorial publicada en Revista Clínica Española en 2017, Buenos usos y riesgos de los fármacos opiáceos (1).

Pain killers son opiáceos legales dirigidos a la analgesia, opiáceos de prescripción, junto otras denominaciones. Mientras que por ilegales pueden entenderse, entre otros, la heroína

Comentó el Dr. Roncero que la situación europea es muy diferente a la de, por ejemplo, Estados Unidos. En Europa no es fácil que un consumidor de opiáceos de prescripción pase a consumir heroína. Aunque solo sea porque son más baratos los opiáceos legales (2).

Dijo que hay que estar atento, pero no en el momento existe riesgo actual de mercado negro. En casi todos los países europeos se conviene que no hay gran preocupación de mercado negro activo.

Hay sin embargo, riesgo de mal uso, de sobredosis, utilización como sistema de suicidio, de síndrome de abstinencia (2)

1. Roncero C, Grau-López L. Good use and risks of opioid drugs. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2017 Aug-Sep;217(6):327-328. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2017.06.001. Epub 2017 Jul 1. PMID: 28676210.
2. Wright, N, D'Agnone, O, Krajci, P, Littlewood, R, Alho, H, Reimer, J, Roncero, C, Somaini, L & Maremani, I 2016, 'Addressing misuse and diversion of opioid substitution medication: guidance based on systematic evidence review and real-world experience', *Journal of Public Health*, vol. 38, no. 3, pp. E368-E374. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv150> *



REPORT SOCIDROGALCOHOL 2021, BARCELONA

Round table. Rethinking risk reduction programs

Miquel Casas, Teresa de Gispert, Carlos Roncero

Evolution of heroin treatments

During the Barcelona Socidrogalcohol Congress in November 2021, a very interesting round table was held entitled “Rethinking Risk Reduction Programs”.

Dr Miquel Casas, Professor of Psychiatry, Director for many years of the Psychiatry Service of the Hospital Sant Pau in Barcelona, gave an excellent lecture in which he referred to treatments with diacetylmorphine (heroin).

The experience dates back to the English county of Merseyside, with its capital in Liverpool and named after the River Mersey. He quoted Toby Seddon [1] as saying that in this part of the North West of England, between 1982 and 1995, psychiatrist John Marks, during this 13-year period, prescribed opiates as heroin, injected and smoked, for the treatment of heroin addiction, in Liverpool clinics and nearby towns. Significant general political and drug policy pressure limited the development of the project.

The analysis of the evolution of heroin treatments led to Dr. Casas commented on the Swiss experience

of Anne Mino, of whom he was one of the supervisors.

In 1994 [2,4] an experimental heroin dispensing program was started in Switzerland, inspired by the British System, which led to the inclusion of this opiate in the pharmaceutical vademecum and received name of heroin prescription programs (PROVE) and was indicated in specific cases of difficulty in treatment.

In this 1994 Swiss experience, consumers were taking heroin ad libitum, and while there were many professionals ready to act, there were no cases of overdose. People took pure heroin until she was fine and stopped. This is in line with Katzian's work in the United States, which argues that drug addiction is a process of self-medication. [5–9]

In these programs there were no problems with the neighborhood, they could be carried out effectively and although they were initially more expensive, the saving of police resources and in prisons and the improvement of health made them more profitable. [2,4]

However, this performance was criticized from a methodological point of view for the bias of patients who also took other substances such as intravenous methadone or oral morphine and who were associated with psychosocial support programs. It also states that Dr. Casas who, in Anne Mino's projects, complicated the rigor of the studies by the fact that placebo-controlled studies could not be done because it was very difficult to mask heroin.

In any case, heroin treatments have not proliferated and, according to the latest data, there are around 1,300 patients in Switzerland who are on heroin maintenance [2,4].

Studies in Switzerland were followed by others from Germany, with sociological contributions from the Netherlands. In the UK it was suggested that the prescription should be for psychiatrists who did not accept the proposal and switched to methadone. It is more widespread in Scotland and Wales.

In Spain, the Andalusian School of Granada, proposed a trial for the distribution of intravenous heroin [10] [11,12]. Their researchers conclude that "It is clear that when there is no proper treatment, the patient should receive one that maximizes their chances of sustaining life and ensuring that it is of good quality. It is precisely for this population that it fails, and that it has no therapeutic alternatives, for those who consider conducting clinical trials. [10]

The Catalan study does allow double-blind studies with the oral prescription, comparing heroin to morphine and methadone, all three orally, detecting that oral administration is feasible and safe and that patients

they are not able to differentiate the type of treatment they receive. [2,4]

In Switzerland, heroin led to stabilization, reviving theories of self-medication with heroin. It should be considered that the patient is not addicted but self-medicates. For pain, he would take heroin for pain but if he stopped the chronic pain, he would stop using heroin.

Anxiolytic, antidepressant, antipsychotic. Laudanum was a good anxiolytic and antidepressant.

It can be considered that there is a deficit of opioid peptides that leads to a poor quality of life. If the opioid system is damaged, the individual is unwell, until he finds heroin.

But, it is only a hypothesis, but in medicine the drugs have shown the diagnosis "ad juvantibus". The result validates the medication.

Heroin normalizes the heroin addict's life. This substance improves behavior and the relationship with the world, an opioid peptide that passes directly through the blood-brain barrier. Therefore, heroin dependence is related to an opioid deficit at the central level. Diacetylmorphine works. It would be good if we did not keep detoxification-resistant patients on methadone but instead treat them directly with heroin.

1. Seddon T. Prescribing heroin: John Marks, the Merseyside clinics, and lessons from history. *Int J Drug Policy* 2020;78:102730. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGPO.2020.102730>.
2. Socidrogalcohol | OPIÁCEOS. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL. Basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA s. f. <https://socidrogalcohol.org/proyecto/opiaceos-guias-clinicas-socidrogalcohol-basadas-en-la-evidencia-cientifica/> (accedido 1 de enero de 2022).
3. Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts s. f. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/690/Heroin_Insight_335259.pdf (accedido 4 de junio de 2021).
4. José Fernández Miranda J, Arias Horcajadas Claudio Castillo Buenaventura Juan José Fernández Miranda Carlos Roncero Alonso Marco Antonio Rovira Isanda Roberto Secades Villa F, Clínicas SOCIDROGALCOHOL G. OPIÁCEOS OPIÁCEOS OPIÁCEOS Editado por s. f.
5. Khantzian EJ. The alcoholic patient: An overview and perspective. *Am J Psychother* 1980;34:4-19. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1980.34.1.4>.
6. Khantzian EJ. Psychotherapeutic interventions with substance abusers-The clinical context. *J Subst*

Abuse Treat 1985;2:83-8. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(85\)90031-5](https://doi.org/10.1016/0740-5472(85)90031-5).

7. Khantzian EJ. Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment. *Am J Psychother* 1974;28:59-70. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.1.59>.

8. Khantzian EJ, Mack JE, Schatzberg AF. Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Am J Psychiatry* 1974;131:160-4. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.2.160>.

9. Khantzian EJ, McKenna GJ. Acute toxic and withdrawal reactions associated with drug use and abuse. *Ann Intern Med* 1979;90:361-72. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-90-3-361>.

10. March Cerdá JC, Ballesta R, Pepsa E, Hevia A, Zunzunegui M V., Risco S, et al. Intravenous drug dependence: A public health problem in Spain. *Aten Primaria* 2001;28:631-3.

11. Trujols Albet J, Casas Brugué M, Pérez de los Cobos Peris J, March Cerdá JC, Perea-Milla E, Ballesta R, et al. Experimental heroin maintenance programmes: The distance between what might be done and what is really done [2] (multiple letters). *Aten Primaria* 2002;30:260-2. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)79022-7](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)79022-7).

12. Trujols J, Iraurgi I. Political challenges in randomized controlled trials of heroin-assisted treatment for severe heroin addiction: A Spanish experience. *Clin Trials* 2009;6:658-9. <https://doi.org/10.1177/1740774509351179>. *

30 years of the Syringe Exchange Program: evolution and current challenges.

In the context of the 2021 Sociodrogalcohol Congress, Teresa de Gispert, also on behalf of Elena Adán, Laia Gasulla, Xavier Majó and Joan Colom, presented the 30 years of the Syringe Exchange Program: evolution and current challenges.

In 1980, a group of heroin users in Rotterdam founded the “Junkie-Union”, a protest organization against police raids and the overemphasis on abstinence-oriented therapies in addiction treatment. Along with Protestant Paulus Church, the union opened an experimental site, the PerronNul (Platform Zero), which offered a space where users could access methadone maintenance, clean needles, and basic care (toilets, showers, coffee, etc.). This controversial facility ran for nearly a decade before being shut down (1987-1994). (1)

In the 1990s, the first delivery programs for clean injection material appeared in Catalonia. First on the street and then, in 1993, in the first stable center. Gradually, all care centers for consumers of non-prescribed substances distributed this material, thereby reducing HIV infection and hepatitis B and C.

Its distribution in care centers for the general population is interesting.

Currently, in Catalonia, pharmacies deliver 12%, primary care centers (6%). In penitentiary institutions it began in 2003, after pioneering initiatives in the Basque Country.



Teresa de Gispert defined within the good practices not to condition the distribution to the return. Also the joint delivery of the syringe, a filter to avoid impurities in the aspiration of the liquid into the syringe, a disposable pan (so as not to have to share it), water for dilution and two wipes to clean the skin before the puncture.

The delivery of clean injection material is accompanied by the distribution of condoms, health education, and collection of syringes by a team that includes users.

Education is a very important aspect. Sharing material has gone from 54.7% in 2015 to 30.1% in 2019. But it is still high, so efforts to spread knowledge and offer material must continue. More points, more deliveries, seeking normalization both for those who request the material and for those who should deliver it.

Teresa de Gispert ended her speech by referring to the new challenges. As specific care for people who use drugs during sexual intercourse.

As conclusions, she proposed that care for consumers of non-prescribed substances must be given within the framework of comprehensive care. The recognition that the delivery and collection of syringes is cost-effective and the starting point for the care of the consumer population.

The need to increase accessibility, coverage, follow-up and support for syringe exchange programs. From the point of view that reduces risk practices, together with the need to adapt to new challenges, among others, Chemsex.

1. https://narcotic.city/news/public-lecture_heroin-users-activism-in-rotterdam/ *



Abuse of Pain killers, the epidemic that we will have?

Carlos Roncero, Professor of Psychiatry at the Faculty of Medicine of the University of Salamanca, Head of the Psychiatry Service of the University Assistance Complex of Salamanca discussed the risks involved in opiate analgesics, based on the editorial published in *Revista Clínica Española* in 2017, Good Uses and Risks of Opioid Drugs

Pain killers are legal opiates aimed at analgesia, prescription opiates, among other names. While illegal ones can be understood, among others, such as heroin.

Dr. Roncero commented that the European situation is very different from that of, for example, the United States. In Europe it is not easy for a prescription opiate user to switch to heroin, if only because legal opiates are cheaper.

He said that we must be vigilant, but at the moment there is no current risk of a black market. In almost all European countries it is agreed that there is no great concern of an active or forceful black market.

However, there is a risk of misuse, overdose, use as a suicide system, withdrawal syndrome.

1. Roncero C, Grau-López L. Good use and risks of opioid drugs. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2017 Aug-Sep;217(6):327-328. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2017.06.001. Epub 2017 Jul 1. PMID: 28676210.
2. Wright, N, D'Agnone, O, Krajci, P, Littlewood, R, Alho, H, Reimer, J, Roncero, C, Somaini, L & Maremani, I 2016, 'Addressing misuse and diversion of opioid substitution medication: guidance based on systematic evidence review and real-world experience', *Journal of Public Health*, vol. 38, no. 3, pp. E368-E374. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv150> *



SUMARI SUMARIO CONTENTS

SAPS

+ Creu Roja

2019, Vol. 7, Num. 1-2

Sumario / Sumari / Contents

EDITORIAL. Jordi Delás 3-4

25 AÑOS DE EUROPEAN
MONITORING CENTRE
FOR DRUGS AND DRUG
ADDICTION (EMCDDA) 5-18

REFLEXIONES 2020
SOBRE EL CONSUMO
DE SUSTANCIAS ILÍCITAS.
Davide Iannello 19-20

LA SARNA ES LA PUNTA
DEL ICEBERG 21

EDITORIAL. Jordi Delás 22-23

25 ANYS, EUROPEAN
MONITORING CENTRE
FOR DRUGS AND DRUG
ADDICTION (EMCDDA) 24-37

REFLEXIONS 2020 SOBRE
EL CONSUM DE
SUBSTÀNCIES IL·LÍCITES.
Davide Iannello 38-39

LA SARNA A LA PUNTA
DE L'ICEBERG 41

EDITORIAL. Jordi Delàs	43-44	SCABIES ON THE TIP OF THE ICEBERG	60
25 YEARS OF EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)	45-57	BIBLIOGRAFÍA/ BIBLIOGRAFIA/ REFERENCES	61
REFLECTIONS 2020 ON ILLCIT SUBSTANCE USE. Davide Iannello	58-59		

2020, Vol. 8, Num. 1-2

Sumario / Sumari / Contents

SOBREDOSI: 10 PREGUNTES I 10 INTENTS DE RESPOSTA SOBREDOSIS: 10 PREGUNTAS Y 10 INTENTOS DE RESPUESTA OVERDOSE: 10 QUESTIONS AND 10 ATTEMPTS TO ANSWER Joan Colom Farran, Rafael Clúa-García, Jordi Delàs, Sara Riba, Himalaya Vallejo, Davide Gaetano Iannello, Ana Altabás	4-20	LA SOLIDARIDAD POST COVID-19, INDISPENSABLE POST-COVID-19 SOLIDARITY, ESSENTIAL Patricia Pujante	21-26
LA SOLIDARITAT POST COVID-19, INDISPENSABLE		DONES AL CARRER MUJERES EN LA CALLE WOMEN ON THE STREET Montse Pérez, Irene Couto Álvarez, Laura Simon Ruiz, Sergio Sanz Arxer, Esther López, Eva Lerma, Carme Roca, Rafael Clúa-García	27-54



LowThreshold *Journal*

2021, Vol. 9, Num. 1-2



Amb motiu del tercer aniversari de la col·laboració Hospital de Campanya Santa Anna, Hospital Universitari Sagrat Cor es proposa reflexionar sobre aquests anys de treball conjunt

1er SYMPOSIUM “LA SALUT QUAN ES VIU AL CARRER”

Tindrà lloc el 17 de febrer de 2022

TAULES RODONES:

1. El paper d'entitats i institucions
2. Salut mental
3. Atenció social i sanitària quan l'allotjament és precari
4. Nivells assistencials en situacions socialment deprimides
5. Atenció de primera línia d'especialitats: infermeria, optometria, dermatologia, podologia, odontologia, medicina, farmàcia, documentació clínica

Els treballs seran publicats a Annals del Sagrat Cor
<https://annalsdelsagratcor.org/annals.html>

I si la situació sanitària ho permet, la idea és que tingui lloc de manera presencial. Per a més detalls es recomana seguir la informació a <https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/>



Abordatge de substàncies no prescrites

Avui i demà : Forum d'idees, persones i entitats

19 i 20 de maig de 2022

La proposta és senzilla: reunir-nos a parlar i compartir idees on cada grup pugui explicar en què està treballant i quines propostes de futur té. Tant de bo que pugui ser de forma presencial i un ampli equip organitzador ho faci possible. Resums i ponències seran totes elles publicades a Low Threshold Journal.

<https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html>

Contactes a forum.idees@lowthresholdjournal.org