

Low Threshold Journal

2015. Vol 3. Número 1.

Sumario / Summary

Editorial. Second Bank

- Bancos y personas sin hogar/ Banks and the homeless / **Els bancs i la problemàtica de la gent sense sostre** / Los bancos y personas sin hogar. *Patricia Pujante*
- Dormir en un banco / **Slapen op een bankje** / Sleeping on a bench. *Joshwa Smeets*
- Albergues y cajeros / Shelters and ATMs. *David Calzadilla*
- Que algún profesional se pase por los cajeros / Social care in ATMs. *Giorgio Zitani*

Case Records

- El mal camello / The bad dealer / **El mal camell**
- 15 años atendiendo a consumidores de drogas no legales en la ciudad de Barcelona. De la reducción de daños a la excelencia / 15 years taking care of non-legal drug users. *Jordi Delàs, Olga Díaz*
- Presencia de adulterantes en el análisis de muestras de cocaína y heroína preparadas para ser consumidas. Revisión de la bibliografía. / Adulterants in the analysis of cocaine and heroin samples ready for consumption. Literature review. *Sara Serra, Noelia Furquet, María José Sánchez, Davide Iannello*

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

Sumario / Sumari / Summary

EDITORIAL. SECOND BANK

3-4

Bancos y personas sin hogar / Banks and the homeless /
Els bancs i la problemàtica de la gent sense sostre. *Patricia Pujante*

5-7

Dormir en un banco / Slapen op een bankje /
Sleeping on a bench. *Joshwa Smeets*

8-10

Albergues y cajeros / Shelters and ATMs. *David Calzadilla*

11-12

Que algún profesional se pase por los cajeros /
Social care in ATMs. *Giorgio Zitani*

13-14

CASE RECORDS

El mal camello / The bad dealer / El mal camell

15-17

HACE YA...

15 años atendiendo a consumidores de drogas no legales en la
ciudad de Barcelona. De la reducción de daños a la excelencia /
15 years taking care of non-legal drug users. *Jordi Delás, Olga Díaz*

18-26

ORIGINAL

Presencia de adulterantes en el análisis de muestras de cocaína y
heroína preparadas para ser consumidas. Revisión de la bibliografía.
/ Adulterants in the analysis of cocaine and heroin samples
ready for consumption. Literature review. *Sara Serra, Noelia Furquet,
María José Sánchez, Davide Iannello*

27-37

Editorial

Second bank

La vivienda es una necesidad básica para el desarrollo. De acuerdo con esta idea, en diferentes países ha aparecido el movimiento “Housing First”, centrado en conseguir viviendas para las personas sin hogar.

En muchas ciudades, este objetivo no se ha conseguido y se ha sustituido por obligadas alternativas. Entre ellas, en los cajeros automáticos de los bancos. “Housing First” puede ser un objetivo público, pero si no se consigue, la realidad lleva a utilizar el cajero: “Second Bank”.

En este artículo, la periodista Patricia Pujante revisa la opinión de los bancos como organización frente a esta situación que acontece a diario. No aparece una opinión oficial y alguien puede pensar que es mejor que no haya opinión, que una clara opinión en contra.

Como escribe Patricia, con la llegada del frío, muchas personas sin hogar frío buscan refugio en los vestíbulos de bancos. Cada año se repite la noticia. Algunas personas se niegan ir a los refugios y prefieren seguir durmiendo en la calle.

Esta circunstancia nos puede llevar a pensar que muchas personas sin hogar no quieren cambiar su condición. Los siguientes testimonios, sin embargo, nos muestran otro punto de vista. En ocasiones, las condiciones de vivienda social son tan malas que la gente no los utiliza y siguen en sus refugios.

Los cajeros automáticos son punto de encuentro entre personas que sacan dinero y otras que no tienen nada. Uno de nuestros experimentados redactores nos explicó: “Siempre sueño que alguien me va a dar una pequeña parte de su dinero”.

Los cajeros automáticos pueden ser punto de de encuentro entre trabajadores sociales y las personas que duermen allí. ✱

Second bank

Housing is a basic need for normal development. According to this idea, in different countries the “Housing First” movement has appeared, focused on obtaining homes for the homeless.

In many cities this goal has not been tried and has been replaced by mandatory alternatives. A spontaneous way has been to seek refuge in the part of the banks opened during the night to keep money. “Housing First” could be a public objective, but if it is not possible to attempt this, people use the ATM: the “Second Bank”.

In this article the journalist Patricia Pujante reviews the banks’ opinion as an organisation faced with this situation daily. No official opinion appears and some may think it is better not to give an opinion rather than show clear opposition.

As Patricia writes, with the arrival of the cold many homeless people seek refuge inside bank foyers. However, every year we hear the same news. Some people refuse go to the shelters and prefer to continue sleeping in the street. This circumstance leads us to think that many homeless people do not want to change their condition. The following testimonies, however, show us another point of view. In some cases, the shelter conditions are so bad that people like to remain in their cold refuges more.

ATMs are currently a meeting point between people who take out money and people who have none. One of our experienced writers explained to us: “I always dream that someone will give me a little part of their money”. ATMs could be also a work point for the local administrations that can focus their social workers to contact people who sleep there. ✱



Second bank

L'habitatge és una necessitat bàsica per les persones. D'acord amb aquesta idea, en diferents països ha aparegut el moviment "Housing First", centrat en aconseguir casa per a les persones sense llar.

En moltes ciutats, aquest objectiu no s'ha fet realitat i s'ha substituït per obligades alternatives. Entre elles, els caixers automàtics dels bancs. "Housing First" pot ser un objectiu públic, però si no s'aconsegueix, la realitat porta a utilitzar el caixer: "Second Bank".

En aquest article, la periodista Patricia Pujante revisa l'opinió dels bancs com a organització davant d'aquesta situació que té lloc a diari. No apareix una opinió oficial i algú pot pensar que és millor que no hi hagi opinió, que una clara resistència.

Com escriu Patricia, amb l'arribada del fred, moltes persones sense llar fred busquen refugi en els vestíbuls de bancs. Cada any es repeteix la notícia: algunes persones es neguen anar als refugis i prefereixen seguir dormint al carrer.

Aquesta circumstància ens pot fer pensar que moltes persones sense llar no volen canviar la seva condició. Els següents testimonis, però, ens mostren un altre punt de vista. De vegades, les condicions d'habitatge social són tan dolentes que la gent no els utilitza i segueixen dormint al carrer.

Els caixers automàtics són punt de trobada entre persones que treuen diners i altres que no tenen res. Un dels nostres experimentats redactors ens va explicar: "Sempre somio que algú em donarà una petita part dels seus diners".

Els caixers automàtics poden ser, també, punt de trobada de treballadors socials i les persones que allà hi dormen. *

Bancos y personas sin hogar

Patricia Pujante. *Periodista*

Con noviembre llega el frío y muchos sin hogar buscan cobijo en las oficinas de las entidades bancarias. Esta dolorosa situación que a nadie le gusta observar se ha visto acrecentada en estos últimos años de crisis económica y cada vez son más las personas sin hogar que comparten un cajero automático como dormitorio.

Sin embargo, los grandes bancos, lejos de tener un protocolo de actuación concreto, delegan responsabilidades en los directores y trabajadores de las oficinas. Ellos son quienes, al llegar por la mañana, deben invitar a marcharse a las personas que allí duermen. “Normalmente no ponen inconveniente. Les decimos que se marchen porque, por un tema de seguridad, la entrada y salida son momentos importantes y delicados”, asegura Jordi Giner, director de una oficina de CaixaBank.

Esta situación, además, crea un dilema que tienen que resolver los propios directores de las entidades: cerrar la oficina durante la noche o dejarla abierta. “En mi caso yo no cierro, a menos que considere que las personas que duermen sean peligrosas. Encuentras de todo. Yo les dejo la puerta abierta; si se portan bien, perfecto, así no la cierro, porque también creo que verse durmiendo en la calle es una situación difícil”, afirma Lluís Porcel, director de una oficina del BBVA. Asimismo, las personas que duermen en las entidades suelen llevar allí varios meses y los trabajadores establecen cierta cordialidad y confianza. No obstante, el mayor dilema se plantea ante los clientes de la entidad, ya que si cierran la oficina estos no pueden hacer uso. Aunque hay a quien no le afecta que haya personas en el interior, la mayoría se sienten intimidados por dos motivos: porque están durmiendo y no quieren molestar y porque, en algunos casos, tienen miedo. “Tengo un cliente que es propietario de un bar. Cada noche, al cerrarlo, tiene que ingresar dinero y, con frecuencia, se encuentra a tres o cuatro personas durmiendo en el interior del cajero. Normalmente realiza el ingreso pero si ve que no puede, se marcha”, reconoce Porcel.

La mayoría de los bancos tienen una obra social que destina un porcentaje de sus beneficios a proyectos solidarios. De forma centralizada se financian organizacio-

nes e iniciativas grandes y, por otra parte, cada oficina tiene partidas que destina a iniciativas que consideran importantes y necesarias a nivel local. “A inmigración, a pobreza infantil, a parroquias. Son problemáticas locales más próximas a las oficinas. Ahora estamos colaborando con un centro de minusválidos. En concreto, son gente joven que ya no puede seguir estudiando y tampoco puede acceder al mundo laboral. Estos centros ahora reciben menos ayuda pública y son, mayormente, financiados con capital privado, como el procedente de la obra social. De esta forma les permitimos que puedan desarrollar talleres”, asegura Jordi Giner. Sin embargo, aunque muchos bancos financian importantes proyectos sociales, y es importante que sigan implicándose con la sociedad, los trabajadores de las entidades aseguran no tener constancia de que se destine algún porcentaje a albergues y refugios para las personas sin hogar. Si bien es cierto que algunas personas sin hogar no quieren acudir a estos centros por el hecho de tener que asumir unas normas y rutinas diarias, quizás el banco podría ser un intermediario, por la proximidad que tienen hacia ellos, ya que actualmente son ellos quienes hacen la función de albergue.

Otra faceta interesante es la de los trabajadores de las entidades que desarrollan su propia obra social a nivel personal. Es el caso de una trabajadora de CaixaBank que prefiere permanecer en el anonimato, que diariamente guarda el colchón a las personas sin hogar que duermen en el cajero donde ella trabaja, además de comprarles comida. “Sé que no debería hacerlo porque me involucro demasiado en la problemática, pero se me parte el corazón con esta situación. La crisis ha hecho mucho daño”, reconoce.

Sin duda, esta es una problemática que se ha visto acentuada con la crisis económica. ¿Quién debiera asumir mayor responsabilidad al respecto? ¿Debieran los bancos cambiar de estrategia? ¿Debieran financiar alguna obra social relacionada con albergues? Probablemente, y por el momento, la situación persista y sean los trabajadores de las oficinas bancarias quienes, día a día, asuman la responsabilidad de lidiar con este drama. ✱

Banks and the homeless

Patricia Pujante. *Journalist*

With the arrival of the cold many homeless people seek refuge in bank offices. This painful situation, that nobody likes to see, has increased in the recent years of economic crisis and increasingly more people use an ATM as a bedroom.

However, the banks, far from having a specific protocol, delegate their responsibility to managers and office workers. It is they who, in the morning, have to ask the people sleeping inside to leave. “They do not usually argue. We ask them to leave because, as a security issue, entry and exit are important and delicate moments”, says Jordi Giner, manager of a CaixaBank office.

This situation also creates a dilemma that must be resolved for the managers of the branches themselves: to close the office at night or leave it open? “In my case I do not close it, unless I consider that the people who sleep inside are dangerous. You find everything. I keep the door open and if they behave well, the door remains open, because I also believe that sleeping on the street is a difficult situation”, said Lluís Porcel, manager of a BBVA office. Also, people who sleep in the ATM usually spend several months there and a relationship of friendship and trust is established. However, the biggest dilemma is posed to customers of the bank, because if the bank’s doors are closed they cannot use them. Although some customers are not affected by people inside, most are intimidated for two reasons: because don’t want to wake up people who are sleeping and, in some cases, because they are afraid. “I have a client who owns a bar. Every night, when he closes the bar, he has to deposit money. Often there are three or four people sleeping inside. Normally he pays in but if he suspects that it is not convenient, he leaves doing nothing”, says Porcel.

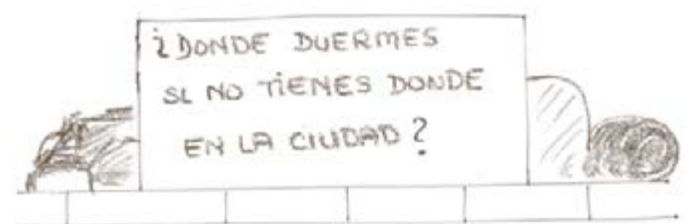
Most banks have a foundation which allocates a percentage of its profits to charity projects. Centrally organizations and major initiatives are funded and, moreover, each office has the possibility of supporting initiatives aimed at projects they consider locally important and necessary.

“On immigration, child poverty, or parishes, we are closer to local problems. We are now collaborating with a disabled center, with young people who are no longer able to continue studying and cannot take on a job. These centers now receive less public support and are mostly funded with private capital, such as ours. We thus allow them to develop their work”, says Jordi Giner.

However, while many banks finance important social projects, and it is important to continue engaging with society; bank workers do not have evidence that a percentage go to shelters. While it is true that some people do not want to go to these centers because they must obey rules and daily routines, perhaps the bank could be an intermediary, close to them, as it is currently they who fulfil the role of shelter.

Another interesting aspect is bank workers developing their own personal social action. This is the case of a Caixabank worker who guards the mattress of the homeless who sleep in the ATM where she works each day, in addition to buying food. “I know I should not do it because I become too involved in the problem, but my heart is with this situation. The crisis has done much harm”, she admits.

Surely this is a problem that has been exacerbated by the economic crisis. Who should assume greater responsibility in this regard? Should banks change their strategy? Should they finance some social work related to shelters? In all likelihood, for the moment the situation will persist and bank offices will continue taking on the responsibility for dealing with this drama. ✱



Els bancs i la problemàtica de les persones sense sostre

Patricia Pujante. *Periodista*

A novembre arriba el fred i molts sense sostre busquen recer dins les oficines de les entitats bancàries. Aquesta dolorosa situació que a ningú li agrada observar ha augmentat en els darrers anys de crisi econòmica i cada cop són més les persones sense llar que comparteixen un caixer automàtic com a dormitori.

Però els grans bancs, lluny de tenir un protocol d'actuació concret, deleguen responsabilitats en els directors i treballadors de les oficines. Ells son qui, en arribar de bon matí, han de convidar a marxar a les persones que allà dormen. “Normalment no posen inconvenients. Els diem que marxin perquè, per una qüestió de seguretat, l'entrada i la sortida són moments importants i delicats”, assegura en Jordi Giner, director d'una oficina de CaixaBank.

Aquesta situació, a més, crea un dilema que han de resoldre els mateixos directors de les entitats: tancar l'oficina durant la nit o deixar-la oberta. “En el meu cas jo no tanco, a menys que consideri que les persones que dormen siguin perilloses. Trobes de tot. Jo els deixo la porta oberta; si es porten bé, perfecte, així no la tanco, perquè també crec que veure's dormint al carrer és una situació difícil”, afirma en Lluís Porcel, director d'una oficina del BBVA. Així mateix, les persones que dormen dins les entitats solen estar-s'hi diversos mesos i els treballadors estableixen certa cordialitat i confiança. No obstant això, el major dilema es planteja davant els clients de l'entitat, ja que si tanquen l'oficina aquests no en poder fer ús. Encara que hi ha a qui no l'afecta que hi hagi persones a l'interior, la majoria es senten intimidats per dos motius: perquè estan dormint i no volen molestar i, perquè, en alguns casos, tenen por. “Tinc un client que és propietari d'un bar. Cada nit, en tancar-lo, ha d'ingressar diners i, amb freqüència, es troba a tres o quatre persones dormint a l'interior del caixer. Normalment realitza l'ingrés però si veu que no pot, marxà”, reconeix Porcel.

La majoria dels bancs tenen una obra social que destina un percentatge dels seus beneficis a projectes

solidaris. De forma centralitzada es financen organitzacions i iniciatives grans i, per una altra part, cada oficina té partides que destina a iniciatives que consideren importants i necessàries a nivell local. “A immigració, a pobresa infantil, a parròquies. Són problemàtiques locals més pròximes a les oficines. Ara estem col·laborant amb un centre de minusvàlids. En concret, són gent jove que ja no pot seguir estudiant i tampoc pot accedir al món laboral. Aquests centres ara reben menys ajuda pública i són, majoritàriament, finançats amb capital privat, com el procedent de l'obra social. D'aquesta forma els permetem que puguin desenvolupar tallers”, assegura en Jordi Giner. Però, encara que molts bancs financen importants projectes solidaris, i és important que continuïn implicant-se amb la societat, els treballadors de les entitats asseguruen no tenir constància de que es destini cap percentatge a albergs i refugis per als sense sostre. Si bé és cert que algunes persones sense llar no volen acudir a aquests centres pel fet d'haver d'assumir unes normes i rutines diàries, potser el banc podria ser un intermediari, per la proximitat que tenen amb ells, ja que actualment són ells qui fan la funció d'alberg.

Una altra vessant interessant és la dels treballadors de les entitats que desenvolupen la seva pròpia obra social a nivell personal. És el cas d'una treballadora de CaixaBank que prefereix restar en l'anonimat, que diàriament guarda el matalàs als sense sostre que dormen al caixer on ella hi treballa, a més de comprar-los menjar. “Sé que no hauria de fer-ho perquè m'involucro massa en la problemàtica, però se'm trenca el cor amb aquesta situació. La crisi ha fet molt de mal”, reconeix.

Sens dubte, aquesta és una problemàtica que s'ha vist accentuada amb la crisi econòmica. Qui hauria d'assumir una major responsabilitat al respecte? Haurien de canviar d'estratègia els bancs? Haurien de finançar alguna obra social relacionada amb albergs? Probablement, i pel moment, la situació persisteix i siguin els treballadors de les oficines bancàries qui, dia a dia, assumeixin la responsabilitat de lidiar amb aquest drama. ✨

Dormir en un banco

Joshwa Smeets

Hola, soy Joshwa, un joven de Holanda que ha estado durmiendo en cajeros en diferentes épocas de mi vida. La última vez que tuve que alojarme en un cajero fue durante seis meses. No tenía dónde ir nuevamente, así que para pasar los meses más duros de otoño e invierno decidí pasar las noches en un cajero del banco.

Lo primero que quiero explicar es que debido a la cantidad de ciudadanos y turistas que hay todo el año en Barcelona, poco a poco fui moviéndome por diferentes cajeros de la ciudad. De la zona más céntrica fui a zonas más alejadas del bullicio. Así pasé por cajeros de Ciutat Vella, también por algunos del Eixample, hasta dar con el cajero que más se adaptaba a mis necesidades cerca de Lesseps.

Os preguntareis por qué hice este recorrido. Se debe a la gran cantidad de gente que pasaba por los cajeros más céntricos. Diferentes clases de personas. Personas sin hogar que buscaban sitio para alojarse y personas que van a sacar dinero. En este último grupo se diferencian diferentes perfiles, la mayoría son gente educada y gente que sale de fiesta y acude a sacar dinero para seguir con la celebración.

Como podéis imaginar a veces se generan conflictos en estos espacios. Bien con las personas sin hogar que buscan sitio para alojarse o por las molestias que ocasionan la gente que viene a sacar dinero o sin hogar que deciden no respetar las horas de sueño de los demás. Además, muchos cajeros de la zona centro permanecían cerrados para evitar que las personas sin hogar entráramos a pasar la noche. Esto también se debe a algunas personas sin hogar que no respetan el espacio del cajero y muchas empleadas de la limpieza se encontraban los espacios en condiciones lamentables. Por estos motivos realicé ese traslado paulatino a zonas más tranquilas dónde poder descansar tranquilo, pese a la distancia recorrida.

Algunas veces te topas con gente con una vida más “normalizada” y encuentras reacciones de todo tipo. Desde la persona que saluda y se muestra educada e in-

cluso algunas veces se brindan a echarte un cable, ya sea económicamente o para ofrecerte comida o mantas. Hay gente que hace como si no existieses o en el peor de los casos que muestran actitudes aversivas por el mero hecho de vivir en un cajero.

En este sentido hay mucha estigmatización por parte de muchas personas que relacionan pobreza con drogas y delincuencia sin pararse a pensar en que puede haber algo más. Son personas que tienen miedo a lo desconocido y que se sienten más seguros negando o rechazando esa realidad. Por suerte no es la tónica general y mucha gente se interesa y ofrece algún tipo de ayuda o una pequeña conversación sin más. También recuerdo que personas vinculadas a la iglesia cristiana recorrían cajeros ofreciendo mantas y comida.

Con algunos empleados de los bancos también establecíamos relación. Los miembros de seguridad aparecían algunas noches y por norma general se mostraban respetuosos. De la misma manera nos trataban los empleados del banco. Ellos empiezan a trabajar a partir de las 7 de la mañana, así que sobre esa hora debíamos abandonar nuestro techo hasta la noche siguiente.

Es cierto que hay diferentes albergues en la ciudad de Barcelona y en sus cercanías. Pero mucha gente como yo, preferimos dormir en cajeros u otros sitios ya que en muchos albergues hay robos o bien hay que convivir con personas con una higiene nula. Son espacios muy grandes donde hay poca intimidad y mucha gente durmiendo en una misma estancia. Esto perjudica a personas como yo que les cuesta conciliar el sueño. Hay ronquidos, malos olores.

Desde aquí me gustaría hacer una reflexión profunda sobre el equipamiento y funcionamiento de los albergues a la vez que animo a los gobernantes a plantear sus políticas. Ya que mucha gente sin hogar estaríamos dispuestos a poder trabajar para poder cambiar nuestra situación. No pedimos cumplir sueños, simplemente tener oportunidades para poder salir adelante. ✨

Slapen op een bankje

Joshwa Smeets

Als ik heb 6 maanden in een bank geslapen alleen om dat er in het centrum te veel mensen slapen en mensen die soms in de bank komen zijn gewoon weg bang om geld op te nemen om dat er mensen zijn die je verkeert begrijpen om het niet willen snappen waarom mensen in een bank slapen ik heb in die 6 maanden dat ik in een bank sliep niet echt veel hulp gehad van mensen om dat de meesten gewoon weg bang zijn om met je te praten waarom slaap je in een bank waarom doe je dat maar mensen nemen gewoon weg geen tijd daar voor om dat ze denken dat als je in bank slaapt dat je gelijk een junk of alcho verslaafd bent en dat in in veel gevallen ook zo maar niet altijd gelukkig zijn er wel mensen die de tijd nemen om met je te praten maar vaak is dat ook niet het geval om dat het de mensen niet interesseert waarom weet ik ook niet maar dat is mijn ervaring met mensen in die tijd dat in de bank heb geslapen maar waarom slapen er mensen in de bank en op straat dat is vaak het probleem wat mensen niet snappen en daarom zijn mensen vaak bang om met je te praten om dat ze het niet snappen of niet willen begrijpen dus daar moet iets aan gedaan worden om dat de overheid er niet aan doet of wil doen moeten mensen maar op straat leven en daar ben ik zwaar op tegen dat in mijn ervaring met het slapen in de bank in de afgelopen 6 maanden

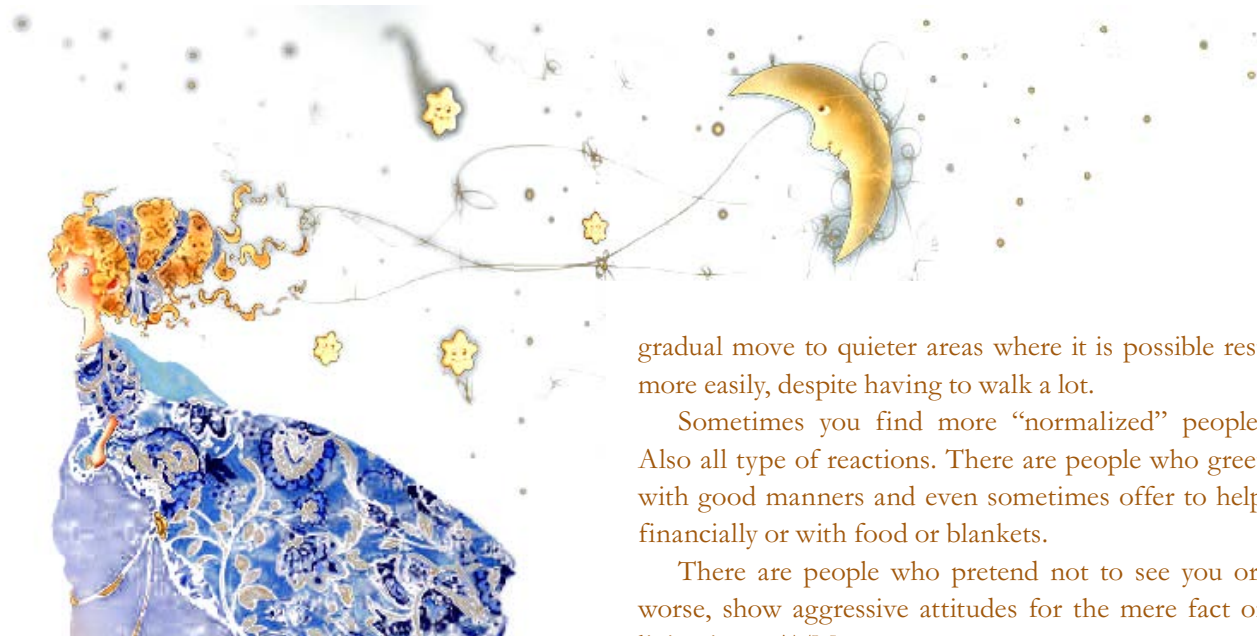
Om mensen die echt willen gaan werken en hun leven willen opbouwen daar ook de kans voor krijgen want niet iedereen die op straat slaapt is gelijk verslaafd aan drugs of alcohol maar dat wordt wel vaak gedacht en dat is te onrecht vind ik ik wil werken en gewoon een leven hier opbouwen maar om dat ik op straat sta krijg ik daar niet echt de kans toe en ik denk dat er meer mensen zijn die echt van de straat willen maar niet weten hoe ze dat moeten doen om dat daar gewoon weg niet genoeg hulp of aandacht aan wordt besteed en dat vind ik jammer want ja ik zie zo veel mensen die van de straat willen en gaan werken maar gewoon weg niet weten

hoe ze dat moeten doen om dat ze gewoonweg niet genoeg hulp krijgen van de overheid en dat vind ik jammer want er zijn echt mensen die willen maar gewoonweg niet weten hoe ze dat moeten doen en dat door op straat blijven en dat moet iets aan gedaan worden waarom slapen mensen in de bank moet de overheid zich een afvragen waarom kan het mogelijk zijn dat er in europa mensen op straat moeten leven als ze daar soms zelfs niet voor gekozen hebben waarom wordt er daar niet aan gedaan ik vind dat dat beter is er moet meer hulp komen voor mensen iet dat ook echt willen ik wil niet in een bank slapen maar op dit moment heb ik geen keuze om dat ik nergens wordt aangenomen om dat ik op straat leef al wil ik dat niet maar daarom om dat er daar gewoonweg geen hulp voor is of de overheid wil daargewoonweg niet bij helpen dus blijf het en probeer tot zo ver mijn ervaring in banken en met de overheid in spanje gewoonweg kloten met vriendelijke groetjes. *



Sleeping on a bench

Joshua Smeets



H, I'm Joshua, a young man from Holland. I've slept in ATMs at different moments in my life. The last time I was in an ATM for six months. I had nowhere to go and I decided to spend the nights of the toughest months of autumn and winter in an ATM.

Due to the large number of citizens and tourists there all year in Barcelona, I often changed ATM. From the most central location I went to quieter areas away from the bustle. I was in ATMs in Ciutat Vella, Eixample, until trying an ATM that best suited my needs, close to Lesseps.

I made this trip because of the large number of people frequenting to the more central ATMs, homeless people seeking a place to stay and who would take money. In this latter group, most are polite people. There are people who went out to party and would take money to continue the celebration.

Sometimes there are conflicts with homeless people looking for a place to stay or the inconvenience caused by people coming to take out money or homeless people who do not respect the sleep of others.

Many ATMs in the downtown area were closed to prevent the homeless spending the night in them. The cause could be some homeless people not respecting the ATM and the cleaning employees which meant they were in a poor condition. For these reasons I made this

gradual move to quieter areas where it is possible rest more easily, despite having to walk a lot.

Sometimes you find more "normalized" people. Also all type of reactions. There are people who greet with good manners and even sometimes offer to help financially or with food or blankets.

There are people who pretend not to see you or, worse, show aggressive attitudes for the mere fact of living in an ATM.

In this sense there is a high stigmatization. There are people who are afraid of the unknown and feel safer denying or rejecting this reality.

Luckily many people are kind and offered help or small talk. I also remember people linked to the Christian church going to different ATMs, offering blankets and food.

With some employees we also established a relationship. The security staff appeared on some nights and were generally respectful. The same goes for the employees. They start working at 7 in the morning, so we had to leave our shelter around that time until the following night.

There are certainly different shelters in the city of Barcelona and its surroundings, but many people like me prefer to sleep in an ATM or other sites. In many shelters they steal or you have to live with people with zero hygiene. They are very large areas with little privacy and a lot of people sleeping in the same room. This affects people like me who have trouble getting to asleep. There is snoring and unpleasant odours.

From here I would make a deep reflection on the operation of shelters as well as encourage the authorities to consider that many homeless would go to work to change our situation. We do not ask for our dreams to come true, simply have opportunities to move forward. ✨

Albergues y cajeros

David Calzadilla

Hace ya un tiempo empecé a dormir en los cajeros de los bancos. Al quedarme en la calle sin poder trabajar por el vencimiento de mis documentos, las únicas opciones con que contaba en el invierno era ésta o acudir a algún albergue, cosa que hice en un par de oportunidades y desistí a los pocos días.

Albergues

Estos grandes depósitos de seres humanos solo atienden el problema de manera momentánea mas no de manera sustancial con todo lo que implica para la sociedad el problema de las personas sin hogar. El sistema de acceso es bastante complicado y la demanda es muy grande. Al acceder, uno ha de adaptarse a un horario bastante rígido (entrada a las 9pm aproximadamente y salida a las 8 am aproximadamente). Son entre 15 y 20 personas por habitación divididas en literas, no existe una clasificación previa de los casos, por lo cual todo mundo está entremezclado. Gente con problemas de drogas, alcohol, enfermedades mentales, gente mayor, gente de diferentes religiones, culturas, o simplemente gente que por circunstancias se encuentra sin casa.

El común denominador sin duda es que todos los que están allí se hallan en lo más bajo de la escala social y esa mezcla de rabia y tristeza hace que la convivencia en esas pocas horas sea muy difícil. Personalmente yo no aceptaba que el mismo estado que me convierte en un ser invisible sin posibilidades de nada, viniera hipócritamente a pretender ayudarme. Es como besarle la mano a tu verdugo. Esto y varios conatos de pelea que tuve me impulsaron a volver al cajero.

Dormir en un cajero

Dormir en un cajero te coloca automáticamente en el estrato más bajo de nuestra sociedad consumista, enferma e inquisidora. Sucede lo mismo que en el albergue con la diferencia que en el cajero los otros pueden ver tus miserias y en albergue solo se ven entre nosotros. Además, la indigencia en una ciudad turística como Barcelona y que

se jacta de tener una multiplicidad cultural, sencillamente afea las calles. La indigencia no pega con los anuncios de las grandes tiendas, ni con el turista que busca sexo, ni con los casinos, ni con los grandes yates, ni con los *reality show* y mucho menos con las políticas públicas que en su esencia son excluyentes para las mayorías, es decir esa realidad existe pero hay que ocultarla.

La rutina en un cajero casi siempre es la misma: primero conseguir que esté abierto, luego que no estén llenos (ha aumentado mucho las personas que recurren a ellos en los últimos tiempos). Si decides dormir acompañado, -mucha gente lo prefiere para evitar la soledad y sentirse algo protegido con el grupo- se corre el riesgo de que te roben cualquier cosa desde los zapatos, la manta y hasta los documentos. Si duermes solo debes seleccionar un cajero apartado en una buena zona, con la diferencia que siempre sientes el miedo de estar tan aislado y temes un ataque de cualquier chalado que ande por allí, que odie la pobreza. Temes también que te acusen de intentar robar mientras sacan dinero, que alguien te vea y te deje de tratar como ya me ha sucedido en alguna oportunidad.

En estas pequeñas cajas de vidrio he visto de todo un poco, desde un hombre que hace días vomitaba sin parar, no hablaba castellano y estaba mal. Pero curiosamente a pesar de su claro estado de malestar era incapaz de vomitar en el suelo. Con mucho esfuerzo recogía un pote de plástico y vomitaba allí para no ensuciar. Pensé en ese momento en la dignidad de aquel hombre que, pese a estar sufriendo, era capaz de mantener su espacio de manera limpia. O el caso del señor al que le cayó a patadas la puerta del cajero. al yo tenerla cerrada por dentro, aunque tenía tres cajeros a medio metro de él. Comprendí que las patadas no eran para entrar, sino para mí, solo que su cuerpo de persona mayor no le permitía descargar su furia. Solo la expresaba contra el cristal.

O el chico rubio vecino del barrio que me ofreció comida o algo caliente, ofrecimiento que no acepté al sentirme totalmente lleno por su atención y empatía. También en estos años nunca nadie sacando dinero me ha dejado nada y no sé por qué, pero siempre cuando escucho el sonido de las teclas pienso: hoy puede ser mi día de suerte? Aún no ha llegado...pero en un cajero nunca se sabe... ✨

Shelters and ATMs

David Calzadilla

Some time ago I began to sleep in bank offices. I was on the street and unable to work due to the expiration of my documents. So the only option was to sleep in the winter in an ATM or go to a shelter, which I did on a couple of occasions and gave up after few days.

Shelters

These large deposits of individuals only attend to the problem momentarily and do not address the root problem of the homeless. The access system is quite complicated and the demand is very large. It must adapt to a fairly rigid schedule. Entry is approximately 9 pm and departure at about 8 am. There are between 15 and 20 people in each of the rooms divided by berths. There is no pre-sorting of people. People with drug, alcohol or mental illness are mixed. Older people, people of different religions, cultures, or just people who for various reasons are homeless.

All the people there are at the bottom of the social scale and the mixture of anger and sadness makes co-existence in the few hours they are there very difficult. Personally I do not accept that the same system that makes me an invisible being with no possibility of doing anything, hypocritically approaches me pretending to help. It's like kissing your executioner's hand. This and several attempts to fight pushed me to the ATM.

Sleeping in an ATM

Sleeping in an ATM automatically puts you on the lowest stratum of our consumerist society, sick and questioning. It is the same as in the hostel with the difference that in the ATM others can see your weaknesses. In addition, in a city such as Barcelona, so proud

to have cultural diversity, homelessness just makes ugly streets.

It does not mix well with announcements of large stores or tourists looking for sex, even with casinos or with large yachts, reality shows or with government policies, which in their essence are exclusive for the majority. Reality exists but you hide it.

The routine in an ATM is almost always the same: first ensure that is open, then that it is not full (the number of people who use ATMs in recent times has greatly increased). If you decide to sleep together, -a lot of people prefer to avoid loneliness and feel somewhat protected by the group- there is a risk that someone will steal something such as shoes, blanket and even documents.

If you sleep alone, you must select a quiet ATM in a good area, with the difference that you always feel the fear of being so isolated and fear an attack of some lunatic who hates poverty. There is also the fear of being accused of trying to steal while customers take out money. If someone sees you from this moment they stop relating to you and this has happened to me once.

In these small glass boxes I have seen a bit of everything. Such as a man who vomited nonstop several days before, did not speak Spanish and was in a bad state. But interestingly, despite his clear state of distress, he could not vomit on the floor. With much effort he picked up a plastic pot and threw up there, in order not to soil the ground. The dignity of this man who, despite being in pain, was able to maintain the space clean.

Or the young blond neighbour who offered me hot food. I did not accept, but was very grateful for his attention and empathy.

In all these years, there has been no one who after withdrawing money has given me anything. I do not know why, but whenever I hear the sound of the keys I think today may be my lucky day? It has not yet come ... but at an ATM you never know... ✨

Que algún profesional se pase por los cajeros

Giorgio Zitani

Por diferentes motivos he tenido que vivir en un cajero durante mucho tiempo. Cuando empecé, la situación para mí no fue traumática ni dramática, porque había tenido diferentes problemas en algún piso y para mi encontrar un lugar donde estar sin gente conocida fue casi una liberación. Lo extraño, y que me hace reír a la vez, es que los domingos muchas veces me quedaba dormido en el cajero y la gente que pasaba por mí lado muchas veces llamaba a la policía que tenía que despertarme. Yo estaba en un momento muy particular de mi vida y tampoco podía entender lo que es la vergüenza, porque dormirse hasta el mediodía en el cajero principal de la calle más comercial de Barcelona (Portal del Ángel) no es propiamente algo bien visto socialmente.

En el cajero me ha pasado de todo. He encontrado gente que vivía en la calle desde varios años antes, gente que por un motivo u otro estaba pasando un tiempo de su vida en la calle porque había perdido el trabajo. Gente que estaba sola, locos o que como yo estaban muy deprimidos y no tenían la fuerza de reaccionar y esto comportaba la pérdida de todo. Recapacité y me tomé la libertad de vivir en un cajero, cosa que en otro momento de mi vida nunca habría hecho.

Cuando empecé a vivir en un cajero me encontré a un señor que no sabía cómo sobrevivir en la calle. Yo que de calle ya sabía bastante tuve que enseñarle de todo. El, anteriormente tenía un taller de coches. La crisis le había llevado a la calle. Estaba muy limpio y cuidaba del cajero como si fuese su casa. Pero tenía miedo porque no sabía nada de cómo iba en realidad la calle. Su ex mujer no sabía donde vivía y tampoco su madre. El seguía pagando a su hija todo los gastos que un hijo puede comportar.

En el mismo cajero encontré durante una temporada un chico de 20 años que no tenía nada. No tenía ni idea de cómo sobrevivir en la calle, no tenía ropa de abrigo para dormir, incluso robaba la comida a los

propios compañeros del cajero. Varias noches salía del cajero descontrolado y con actitud violenta, destrozando los cubos de basura que se interponían en su camino. A veces en el cajero lo encontraba hablando solo, enfadado con el mundo, con unos argumentos poco racionales. Hasta que un día vi su foto en la portada de un periódico local. La noticia contaba que el chico con el que compartía cajero era muy violento y llegó incluso a asesinar a una persona con arma blanca sin ningún motivo aparente.

La vida en el cajero me aportó buenas experiencias. Por ejemplo, por las noches pasan voluntarios que te preguntan si quieres chocolate caliente o un bocadillo. No sé si son evangelistas, de Santa Lluïsa de Marillach o de la hermandad de la madre Teresa de Calcuta. Pero creo que es importante que alguien vaya a estos sitios y se aproxime a la gente. Porque muchas veces estas personas no tienen ninguna idea de cómo vivir en la calle. Yo siempre he pensado que si el chico joven que mató a dos personas hubiera tenido un sitio donde poder comer o donde coger una manta, habría actuado de manera diferente, pero de esto tampoco puedo estar seguro al cien por cien.

De lo que sí que me he dado cuenta es que de verdad que la mayoría de la gente que se encuentra por primera vez en un cajero no tiene idea de dónde están los sitios para cubrir sus necesidades básicas. Se pueden volver locos por la privación del sueño o por otras motivaciones y sería ideal que algún profesional se pasara de vez en cuando por los cajeros para repartir este tipo de información y facilitar la salida de la calle. ✨

Social care in ATMs

Giorgio Zitani

For various reasons I had to live in an ATM. Initially the situation for me was not traumatic or dramatic, because I had enough problems in a flat and for me find a place without known people was almost liberation.

On Sundays I often overslept in the ATM and people passing by often called the police who came to wake me up. I was in a delicate moment in my life and I was not ashamed to sleep until noon at the main ATM of the busiest street in Barcelona (Portal del Angel), which is not well considered socially.

In the ATM a lot of things happened around me. I found people who had lived in the street a long time; people who were having a period of their life on the street because they had lost their job; people who were alone or mentally ill, or like me, were very depressed and did not have the strength to react and above all, lose everything.

I thought better and I took the liberty of living in an ATM, which at another time in my life would never have done.

At first I met a man who did not know how to survive on the street. I already had experience so I had to teach him everything. He had had a car workshop before. The crisis had led him to the street. He kept very clean and cared for his ATM as if it was his home. But he was afraid because he did not know how to live on the street. His ex-wife did not know where he lived and neither did his mother. He was paying all the expenses of his daughter.

In the same ATM for a while I met a boy of 20 who had nothing. He had no idea how to survive on the street. He had no warm clothes to sleep in, even stealing food from the nearby shops. On several nights he became wild and with a violent attitude, destroying garbage cans that stood in his way. Sometimes he was talking to himself, angry at the world, with few rational arguments. Until one day I saw his picture on the front



page of a local newspaper. The news said the guy I shared the ATM with was very violent and even managed to kill a person with a knife for no apparent reason.

Life in the ATM gave me good experiences. For example, in the evening I met volunteers asking if I wanted hot chocolate or a sandwich. I do not know if they are evangelists, they came from Santa Lluïsa de Marillach or Mother Teresa of Calcutta. But I think it is important that someone goes to these sites and approaches people, because often these people have no idea how to live on the street. I always thought that if the young man who killed two people could have a place to eat or sleep, he would have acted differently, but I cannot be one hundred percent sure of this.

The one fact that I've noticed is that most people who are in an ATM for the first time has no idea where the places are to meet their basic needs. You can go crazy through sleep deprivation or other reasons and it would be ideal if a professional sometimes went to the ATM to distribute this type of information and facilitate reintegration. ✱

Casos clínicos de Low Threshold Journal

El mal camello

16 de octubre

Ponemos a vuestra consideración un caso que desborda todas nuestras capacidades. Es un ejemplo de cómo una persona puede ser esclavizada a causa de su dependencia a las drogas.

Una joven de 32 años es sistemáticamente, y a diario, agredida físicamente. Tiene signos claros de maltrato, hematomas, heridas. No quiere denunciar estos hechos.

Interpretamos que las agresiones son por parte de la gente que le vehiculiza el consumo y que prefiere aceptar los golpes siempre y cuando tenga acceso a heroína y cocaína. Le hemos ofrecido las que llamaríamos propuestas más sencillas y convencionales: buscar un lugar protegido, cambio de ciudad, mantenimiento con metadona, pero chocamos con su necesidad de consumo, bastante elevado, por vía intravenosa. No acepta.

Nos preocupa que este maltrato termine ocasionándole la muerte, pero cualquier alternativa pasa por seguir garantizando el consumo por vía intravenosa. Lo hemos reflexionado muy seriamente y pensamos en un tratamiento a modo de uso compasivo, entendida como utilización de un medicamento no autorizado- de heroína por vía intravenosa- ya que se escapa de nuestras competencias que tuviera un “buen camello “que le facilitara la droga sin agredirla.

Es muy complejo, pero no se nos ocurre otra alternativa. Creemos, sinceramente que estamos ante un riesgo vital y nos sabría muy mal que se confirmara nuestro pronóstico.

1 de noviembre

Tras vuestra gestión, pudimos contactar con ella y la acompañamos al servicio de urgencias de psiquiatría. Camino de la habitación, sin embargo, prefirió posponer el ingreso al día siguiente. Se le ha reservado durante una semana esta cama para ingreso.

Según nuestras informaciones no ha utilizado esta eventualidad. Pero, se nos ha dicho que, coincidiendo con estos hechos, ha abandonado el piso donde recibía droga y maltrato.

Confiamos que a partir de esta primera intervención logre evitar el maltrato y, más adelante, más preparada, pueda tomar alternativas positivas para su salud.

1 de diciembre

Hace pocos días nos han comunicado que la joven que motivó esta comunicación ha sido encontrada muerta en la calle. No tenemos, de momento, más información.

Por un lado el sentimiento de que ha habido una amplia movilización. Por otro que probablemente habrá que ampliar las prestaciones en aras de mejorar la cobertura de nuestros atendidos y que para casos seleccionados habrá que pensar en plantear tratamientos diferentes, legalmente estructurados. ✱

Clinical cases

The bad dealer

16th October

We present a case to you that goes beyond our capabilities. It is an example of how a person can be enslaved because of their drug addiction.

A 32-year-old woman is physically abused on a systematic and daily basis. She has clear signs of abuse, bruises and wounds. She doesn't go to the police.

We interpret that the attacks are by her dealer but she prefers to accept the blows if she can get heroin and cocaine. We have offered the simplest and most conventional approaches: find a sheltered spot, changing city, methadone maintenance, but we come against a brick wall with the reply that she needs a high intravenous dose. She does not accept our proposals.

We are concerned because this abuse will end in her death, but any alternative needs to ensure intravenous consumption. We think of treatment as compassionate use, understood as use of a medicinal product not yet authorized such as intravenous heroin, avoiding our responsibilities by finding a "good dealer" to provide her with the drug free of aggression.

It is a very complicated situation, but we cannot think of another alternative. We sincerely believe that this is a life-threatening situation and we would hate our forecast of death to be confirmed.

November 1st

After your efforts, we could contact her and accompany her to the emergency department of psychiatry. On the way to the room, however, she preferred to postpone it until the next day and a hospital bed was reserved for a week.

According to our information she has not used this possibility. However, we have learnt that coinciding with these events she has left the flat where she received the drugs and abuse.

We are confident that after this first intervention she has been able to avoid abuse and, later, better prepared, will be able to make positive changes for her health.

December 1st

A few days ago we learnt that the woman has been found dead in the street. We do not have any further information.

On the one hand we have the feeling that there was a broad-based mobilization. On the other hand, possible benefits must be extended in order to improve our coverage and care for selected cases and we must think about raising different legally structured treatments. ✱

Casos clínics

El mal camell

16 d'octubre

Posem a la vostra consideració un cas que desborda totes les nostres capacitats. És un exemple de com una persona pot ser esclavitzada a causa de la seva dependència a les drogues.

Una jove de 32 anys és de forma sistemàtica i diària, agredida físicament. Té signes clars de maltractament, hematomes, ferides. No vol denunciar aquests fets.

Interpretem que les agressions són per part de la gent que li vehiculitza el consum i que prefereix acceptar els cops mentre tingui accés a heroïna i cocaïna. Li hem ofert les alternatives més senzilles i convencionals: buscar un lloc protegit, canvi de ciutat, manteniment amb metadona, però xoquem amb la seva necessitat de consum, bastant elevat, per via intravenosa. No accepta.

Ens preocupa que aquest maltractament acabi ocasionant-li la mort, però qualsevol alternativa passa per seguir garantint el consum per via intravenosa. Ho hem reflexionat molt seriosament i hem pensat en un tractament a manera d'ús compassiu, és a dir, utilització d'un medicament no autoritzat- heroïna per via intravenosa- ja que s'escapa de les nostres competències que tingui un "bon camell" que li faciliti la droga sense agredir-la.

És molt complex, però no se'ns ocorre una altra alternativa. Creiem, sincerament que estem davant d'un risc vital i ens sabia molt greu que es confirmés el nostre pronòstic.

1 de Novembre

Després de la vostra gestió, vam poder contactar amb ella i l'acompanyar-la al servei d'urgències de psiquiatria. Camí de l'habitació, però, va preferir posposar l'ingrés al dia següent. Se li ha reservat durant una setmana aquest llit.

Segons les nostres informacions no ha utilitzat aquesta eventualitat. Però, se'ns ha dit que, coincidint amb aquests fets, ha abandonat el pis on rebia droga i maltractament.

Confiem que a partir d'aquesta primera intervenció aconseguirà evitar els cops i, més endavant, més preparada, pugui prendre alternatives positives per a la seva salut.

1 de desembre

Fa pocs dies ens han comunicat que la jove que va motivar aquesta comunicació ha estat trobada morta al carrer. No tenim, de moment, més informació.

D'una banda el sentiment que hi ha hagut una àmplia mobilització. Per un altre que probablement caldrà ampliar les prestacions en nom de millorar la cobertura dels nostres atesos i que per a casos seleccionats caldrà pensar en tractaments diferents, legalment estructurats. ✱

Hace ya...

15 años atendiendo a consumidores de drogas no legales en la ciudad de Barcelona. De la reducción de daños a la excelencia.

Autores: Jordi Delás* **, Olga Díaz*. *SAPS Creu Roja Barcelona*. Departament de Medicina. Universitat de Barcelona** Hospital Universitari Sagrat Cor. ****

Palabras clave: Consumidores de drogas inyectadas, programas de reducción de riesgos, salas de inyección de drogas

Tras los Juegos Olímpicos de Barcelona de 1992 y después de años de proyección externa, grandes cambios y capacidad organizativa¹, se hizo necesaria la reflexión sobre los retos de una ciudad moderna en materia de salud. Entre otros aspectos, se evidenció la necesidad de abordar el consumo de drogas no legales en su intersección con las zonas urbanas deprimidas. Un ámbito de alta morbilidad por reacciones agudas al consumo e infecciones de transmisión por vía parenteral, respiratoria y sexual.

Ya en 1990, España se había situado tristemente a la cabeza de Europa en tasas de incidencia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida^{2 3} con la vía parenteral como principal forma de transmisión y que hasta el año

2003 implicó más del 50% de todos los casos⁴. Alta incidencia atribuible al uso de drogas inyectadas y a la falta de programas para reducir los daños relacionados con el consumo^{5 6}. Concretamente, al retraso en la aplicación de programas de intercambio de jeringas —en Holanda se iniciaron en 1984— y de mantenimiento con metadona.

Los primeros tratamientos con metadona en Barcelona tuvieron lugar en 1987 (Tabla 1)⁷ y las primeras experiencias de intercambio de jeringas en España se llevaron a cabo en Bilbao y Barcelona en 1988^{3 8} por parte de organizaciones no gubernamentales. En 1991 aparecieron en Barcelona programas móviles de intercambio de jeringas.

En este marco, surgió el encargo de crear un centro estable para contactar con usuarios de drogas y

1 Garcés Jarque JM, Gutiérrez Cebollada J, Benito Ruiz P, Estrada J, Torres X, Molina L, Gubern JM, Sitges Serra A, Sitges Serra A. *Una experiencia médica única: los Juegos Olímpicos de Barcelona*. Med Clin (Barc). 1996; 106:290-3.

2 Nájera R. Perspectivas actuales y futuras de la investigación sobre el SIDA. An Sist Sanit Navar. 1997; 20:9-17

3 Romero Vallecillos M, Oviedo-Joekes E, Mach Cerdà JC, Markez Alonso I. Programas de jeringuillas. Adicciones 2005; 17 (supl 1) 257: 275.

4 Instituto Nacional de Estadística. Casos de SIDA. Actualización a 31 de diciembre de 2007 de junio de 2003 por categoría de transmisión, indicador y año de diagnóstico. [Página Web]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> (consultado el 22/03/2009).

5 Alvarez-Dardet C, Hernández-Aguado I. AIDS in Spain: lessons learned from a public health disaster. J Epidemiol Community Health 1994; 48: 331-2.

6 Andrés A, Delás J. Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa Med Clin (Barc). 2005; 125:700-2.

7 Manzanera R, Torralba L, Brugal MT, Armengol R, Solanes P, Villalbí JR. Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona. Gac Sanit. 2000; 14:58-66.

8 Royo J, Carme Viladrich M, Guirado MV, Bayes R. Factores innovadores en un programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas en Barcelona Med Clin (Barc). 1994 Mar 19; 102:397-8.

en marzo de 1993 abrió las puertas nuestro servicio de atención y promoción de la salud, SAPS, de Creu Roja en Barcelona. Diseñado con horario nocturno y destinado a cubrir necesidades básicas como alimentación, higiene, lavandería, entrega de preservativos y material de inyección y atención social, sanitaria y legal.

Desde su inicio ha recibido un importante número de visitas que evidencia la capacidad del centro para contactar con la población objeto de la atención (Tabla 2). Históricamente se ha intentado dar respuesta a las principales demandas. Así se creó un programa de mantenimiento de metadona vinculado al servicio cuando el período de espera para iniciar el tratamiento era excesivamente dilatado.

La entrega de material nuevo para el consumo de drogas ha sido uno de las principales responsabilidades. En los primeros años el número de jeringas que entregábamos se ajustaba a las jeringas que traían los usuarios, con objeto de que no hubiera jeringas usadas de la calle que ocasionaran pinchazos accidentales o que se pudieran voluntariamente reutilizar.

Sin embargo, a medida que han aparecido programas para la recuperación de jeringas en la calle⁹ y que se ha comprobado la disminución de jeringas compartidas entregando una mayor número de jeringas¹⁰ se ha mantenido la distribución a pesar de que disminuyera el porcentaje de recuperación de jeringas.

Las muertes por reacciones agudas al consumo^{11 12 13 14} constituyen una de las principales causas de defunción entre jóvenes.^{15 16} No es suficiente la entrega de material estéril de inyección –prevención de conta-

gios- sino que se hace necesaria la supervisión misma del momento del consumo.

Así la primera sala supervisada de inyección de drogas España se abrió en Madrid en el año 2000. El segundo espacio de consumo supervisado en Barcelona, en Can Tunis,¹⁷ el más importante espacio de venta y consumo de la ciudad. Entre 2003 y 2005 aparecieron cuatro más,¹⁸ tres en Barcelona y una en Bilbao.

En octubre de 2003, coincidiendo con la clausura de los puntos de venta de Can Tunis, se puso en marcha nuestra sala de inyección. Desde entonces hemos atendido más de 37.000 consumos con un escaso número de reacciones agudas (232) y sin ninguna muerte tal como ocurre en las otras salas supervisadas de Europa, Australia y Canadá.¹⁹

Las reacciones detectadas no han alcanzado el 1% anual, lo cual resulta ilustrativo en el momento de diseñar nuevos dispositivos y formar nuevos equipos. Especialmente dada la escasa experiencia en años y centros en la atención de salas de venopunción.

Mientras, fuera de las salas, sólo en la ciudad de Barcelona en el período de 2003 a 2007 han tenido lugar entre 85 y 66 muertes al año por reacciones agudas al consumo (TABLA 3).

Esta información es importante cuando se cuestiona la implantación y desarrollo de nuevas salas de inyección o de consumo fumado. El debate se da en ámbitos políticos y sociales, pero se han de hacer oír también las voces de los profesionales para poner de relieve que las salas de consumo de drogas no legales son dispositivos de demostrada capacidad para prevenir muertes.

El futuro pasa por la extensión de estas prestaciones de forma integrada y pluridisciplinar. Tenemos que evitar salas excesivamente grandes y distribuir las en diferentes ubicaciones. Diversificar e instalarlas en centros de atención a consumidores de drogas, pero también en otros dispositivos sociales o sanitarios adecuados al respecto.

Paulatinamente el trabajo de centros especializados ha permitido contactar con consumidores de drogas en situación socialmente deprimida, de manera que constituyen en la actualidad una población bien definida y se conocen las necesarias habilidades

9 Bechich S, Martínez M, Llorella G, Rodés A, De Andrés M, Delás J. RECOJE: recogida comunitaria de jeringas por usuarios de drogas por vía parenteral como complemento a los programas de intercambio. *Gac San* 2001; 15:353-355 http://www.elsevier.es/revistas/ct_servlet?_f=7016&articuloId=13018931

10 Heller DI, Paone D, Siegler A, Karpati A. The syringe gap: an assessment of sterile syringe need and acquisition among syringe exchange program participants in New York City *Harm Reduct J*. 2009; 6: 1.

11 Torralba L, Brugal MT, Villalbí JR, Tortosa MT, Toribio A, Valverde JL. Mortality due to acute adverse drug reactions: opiates and cocaine in Barcelona, 1989-93. *Addiction*, 1996; 91, 419-426.

12 Institut Municipal de Salut Pública. Sistema d'Informació sobre Drogues. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2000.

13 Brugal MT, Barrio G, De LF, Regidor E, Royuela L, Suelves JM. Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction*. 2002; 97 :319-27

14 Institut Municipal de Salut Pública. Actualització dels Indicadors de Drogues Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona. Agència de Salut Pública Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2008.

15 Brugal MT, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, de la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clín (Barc)*. 2004;123:775-7.

16 Institut Municipal de Salut Pública. Estadístiques de Salut. Mortalitat i Natalitat a la Ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002.

17 Anoro M, Ilundain E, Rodríguez R, Rossell L, Iglesias B, Guinovart C, Gabari M. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 601-608.

18 Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A; the Itinere Project Group. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction*. 2009 ;104:614-9.

19 Hedrich D. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Luxemburg, 2004.

de los profesionales para prestar la atención sanitaria y social.

La trayectoria ha sido importante. Se ha facilitado que los usuarios de drogas reciban jeringas, papel de plata, material de consumo fumado o inyectado, preservativos. El contacto se optimiza con las diferentes alternativas para cesar en el consumo y asistencia social y sanitaria. En algunas zonas se atiende al siempre delicado momento del consumo. La extensión de tarjetas sanitarias para consumidores de drogas en situación socialmente deprimida facilita el contacto con los servicios generales, abandonando una situación de marginalidad también asistencial.

En adelante, los servicios de primera línea y la sociedad han de reflexionar sobre si se continúa con una política de mínimos o se orientan los recursos para

cubrir no sólo las más básicas necesidades. En nuestra opinión han de aparecer proyectos de excelencia que no perpetúen exclusivamente los programas de reducción de daños. Se ha de dar paso a una atención individualizada, ordenada a las necesidades de cada persona, que permitan cumplir los complejos tratamientos frente al VIH y hepatitis C.

Se hace necesario atender a la persona en toda su dimensión. Conseguir documentación, alojamiento, tener el tiempo ocupado, facilitar el restablecimiento de las relaciones familiares, en especial para quienes son padres. Contemplar formación no sólo sanitaria y capacitación para que muchas habilidades en situaciones de supervivencia se conviertan también en habilidades para las actividades de la vida cotidiana. ✱



TABLAS

TABLA 1. Programas de intercambio de jeringas y de mantenimiento con metadona en la ciudad de Barcelona

Año	Programas de intercambio	Jeringas distribuidas	Inicios de tratamiento con metadona
1987	-	-	439
1988	-	-	1.267
1989	-	-	1.063
1990	-	-	1.705
1991	2	5.632	1.325
1992	4	11.285	2.207
1993	4	48.839	2.094
1994	6	75.819	2.048
1995	7	161.097	1.982
1996	7	218.539	2.096
1997	7	273.939	2.047

TABLA 2. SAPS. Visitas y programa de intercambio de jeringas.

	Visitas	Nuevos	Intercambios	Entregadas	Recuperadas	Índice
1993	12.223	1.384	1.017	35.313	26724	78%
1994	23.735	1.373	1.988	77.199	65.674	85%
1995	23.549	879	1.745	96.046	70.694	74%
1996	34.516	844	2.109	96.939	68.696	71%
1997	39.447	760	2.286	132.401	93.610	71%
1998	34.985	388	1.965	178.015	116.589	65%
1999	41.924	520	15.502	149.412	90.731	66%
2000	38.783	497	12.611	133.906	56.977	44%
2001	28.265	446	11.069	92.154	25.484	26%
2002	25.269	486	9.386	104.780	42.638	40%
2003	19.322	310	7.253	126.999	74.570	45%
2004	22.353	411	9.971	158.078	85.512	54%
2005	23.516	338	6.816	62.760	25.048	40%
2006	45.358	493	7.854	54.270	14.895	27%
2007	47.569	1.091	9.144	55.414	15.384	27%
2008	58.978	811	10.129	904.883	32.104	35%

TABLA 3. CONSUMOS Y REACCIONES AGUDAS EN LA SALA DE VENOPUNCIÓN

Año	Consumos en la sala	Reacciones agudas al consumo	%	Muertes durante el consumo en Barcelona
2004	3.196	30	0,9	73
2005	7.371	42	0,6	80
2006	8.207	58	0,7	85
2007	8.254	36	0,4	66
TOTAL	27.028	166	0,6	

15 years taking care of non-legal drug users

Authors: Jordi Delás* **, Olga Díaz*. *SAPS Creu Roja Barcelona**. *Departament de Medicina. Universitat de Barcelona** Hospital Universitari Sagrat Cor. ****

Keywords: Methadone maintenance treatment, syringe exchange programs, consumption room, injection drug users,

Abstract

By March 1993 our service, SAPS Creu Roja, was established to maintain long-term contact with injecting drug users. During the period from 1993 to 2008 we recorded and analyzed the visits, new cases, exchanges, syringes given and recovered and the rate of recovery. From 2004 to 2008, coinciding with the opening of an injection room, we recorded the number of deaths occurring due to acute reactions during consumption in the streets of Barcelona and in the consumption room for purposes of a comparison.

From the first year onwards the number of visits steadily increased up until 1999. In the last three years the number of visits had once again been on the increase. In the last nine years, the rate of recovery of syringes has been lower than the preceding years

In October 2003, SAPS opened its own supervised injection room. From its opening we have had less than 1% each year of acute reactions during consumption without any deaths, whereas outside of injection rooms more than 65 deaths per year during consumption took place in Barcelona.

Despite the fact that more than 27,000 consumptions had taken place, only a small number of acute reactions occurred (166) and no deaths, just like any of the consumption rooms worldwide from Europe to Australia to Canada. Forward-looking politicians and public services establish improved resources that do not only cover the most basic needs of the drug user, not only provide harm-reduction programs, but also strive to achieve excellence. Progression lies in an individualistic approach with respect to their individual

needs and also in developing treatments against HIV and Hepatitis C for users.

It is essential to consider each person in all their dimensions, and to try to help attend to their needs in the different areas of their life. This involves helping to obtain documentation, accommodation, ideas for occupying time in a meaningful way, restoration of family relationships, especially in cases of drug users being parents to children/young people and developing not only the health aspects but also setting up creative development programs to nurture expression and self recovery.

Introduction

In Barcelona in 1992 the Olympic Games brought about big changes to the city.²⁰ Amongst other aspects, health became a focal point for reflection and improvement. The use of illegal drugs in the depressed urban areas needed to be focused upon as the mortality rate was high due to acute reactions to consumption and the rate of infections equally high as a result of needle sharing and through sexual transmission.

In 1990 Spain had already been placed at the top of Europe's list for the highest percentage of HIV cases^{21 22} with needle sharing being the main mode of transmission; until 2003 this way of transmission was reported as having caused over 50% of the infections

20 Garcés Jarque JM, Gutiérrez Cebollada J, Benito Ruiz P, Estrada J, Torres X, Molina L, Gubern JM, Sitges Serra A, Sitges Serra A. *Una experiencia médica única: los Juegos Olímpicos de Barcelona*. Med Clin (Barc). 1996; 106:290-3.

21 Nájera R. Perspectivas actuales y futuras de la investigación sobre el SIDA. An Sist Sanit Navar.1997; 20:9-17

22 Romero Vallecillos M, Oviedo-Joekes E, Mach Cerdà JC, Markez Alonso I. Programas de jeringuillas. Adicciones 2005; 17 (supl 1) 257: 275.

amongst drug users.²³ This high incident rate could be attributed to the lack of harm-reduction measures amongst injected drug users,^{24 25} and more specifically, to the delay in setting up syringe exchange programs (which were initiated in Holland in 1984) and of a methadone maintenance treatment.

The first opioid substitution treatment with methadone took place in Barcelona in 1987²⁶ and the first syringe exchange programs by NGOs were inaugurated in Bilbao and Barcelona in 1988.^{27 28} In 1991 mobile units gave access to syringe exchange programs throughout the city.

However, it was necessary to create stable centres in Barcelona so as to maintain long-term contact with injecting drug users (IDUs) and by March 1993 our service, SAPS Creu Roja, was established. Its schedule offered night-time assistance to cover basic needs such as food, washing rooms, a laundrette, condoms and injection material such as sterile syringes, sterile water and health, social and legal attention.

Methods

During the period from 1993 to 2008 we recorded and analyzed the visits, new cases, exchanges, syringes given and recovered and the rate of recovery. From 2004 to 2008, coinciding with the opening of an injection room, we monitored any deaths occurring due to acute reactions during consumption in the streets of Barcelona and in the consumption room for purposes of a comparison. All people who attend SAPS are asked to sign a consent document which allows the use of data for medical and statistical objectives.

23 Instituto Nacional de Estadística. Casos de SIDA. Actualización a 31 de diciembre de 2007 de junio de 2003 por categoría de transmisión, indicador y año de diagnóstico. [Página Web]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> (consultado el 22/03/2009).

24 Alvarez-Dardet C, Hernández-Aguado I. AIDS in Spain: lessons learned from a public health disaster. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 331-2.

25 Andrés A, Delás J. Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa *Med Clin (Barc)*.2005; 125:700-2.

26 Manzanera R, Torralba L, Brugal MT, Armengol R, Solanes P, Villalbí JR. Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona. *Gac Sanit*. 2000; 14:58-66.

27 Royo J, Carme Viladrich M, Guirado MV, Bayes R. Factores innovadores en un programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas en Barcelona *Med Clin (Barc)*. 1994 Mar 19; 102:397-8.

28 Bechich S, Martínez M, Llorella G, Rodés A, De Andrés M, Delás J. RECOJE: recogida comunitaria de jeringas por usuarios de drogas por vía parenteral como complemento a los programas de intercambio. *Gac San* 2001; 15:353-355 http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloId=13018931.

Results

From the first year onwards the number of visits steadily increased up until 1999. In the last three years the number of visits had been once again on the increase. In the last nine years, the rate of recovery of syringes has been lower than the preceding years (Table 1).

Since the opening of the injecting room in SAPS we had less than 1% each year of acute reactions during consumption without any deaths. Whereas outside of injecting rooms more than 65 deaths per year took place in Barcelona

Discussion

From the beginning the service has received a large number of visits, giving evidence of the skills of the centre to make and maintain contact with the target population. With the intention of attending to the needs of the users, a methadone maintenance treatment was put in place in the service when the demand became increasingly higher.

The new material delivered to drug users has been one of the main responsibilities of the service. In the first years the number of syringes given conformed to the number of those returned by users in order to avoid syringes on the street that could create a danger of accidental punctures to the public and also to prevent users from sharing syringes.

However, since the appearance of syringe recovery programs in the streets²⁹ and from a proven decline of syringe sharing between drug users,³⁰ we continued the distribution of syringes despite the decrease in the number of syringes recovered at the centre.

Deaths from acute reactions to consumption^{31 32 33 34} are one of the main causes of deaths

29 Heller DI, Paone D, Siegler A, Karpati A. The syringe gap: an assessment of sterile syringe need and acquisition among syringe exchange program participants in New York City *Harm Reduct J*. 2009; 6: 1.

30 Torralba L, Brugal MT, Villalbí JR, Tortosa MT, Toribio A, Valverde JL. Mortality due to acute adverse drug reactions: opiates and cocaine in Barcelona, 1989–93. *Addiction*, 1996; 91, 419–426.

31 Institut Municipal de Salut Pública. Sistema d'Informació sobre Drogues. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2000.

32 Brugal MT, Barrio G, De LF, Regidor E, Royuela L, Suelves JM. Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction*. 2002; 97 :319-27.

33 Institut Municipal de Salut Pública. Actualització dels Indicadors de Drogues Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona. Agència de Salut Pública Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2008.

34 Brugal MT, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, de la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:775-7.

among young people in the world.^{35 36}

The delivery of sterilized injection material helps prevent the spread of infections but it is not enough to avoid deaths and thus it is necessary to implement supervision in the injection rooms during usage.

The first supervised injection room was opened in Madrid in 2000, the second appearing in Barcelona in Can Tunis,³⁷ the most prolific area of drug dealing in the city at the time.

Between 2003 and 2005 four more supervised injection rooms appeared in Spain;³⁸ three in Barcelona and one in Bilbao. In October 2003, SAPS opened its own supervised injection room. Despite the fact that more than 27,000 consumptions had taken place, only a small number of acute reactions occurred and no deaths, just like any of the consumption rooms worldwide from Europe to Australia to Canada.³⁹

The acute reactions recorded are less than 1% of the number of consumptions made in one year, which is illustrative for new services and teams. By comparison, there were more than 65 deaths in Barcelona from acute reactions during consumption.

This information is important when the implementation and development of new consumption rooms are debated on. When the question is brought up in political and social fields, it is vital that the voices of professionals

such as doctors, social workers, psychologists and outreach workers are heard and heeded when debating the importance of the consumption rooms as a service demonstrating death prevention.

In the future it will be necessary to integrate different disciplines and to avoid using excessively large rooms, to distribute them evenly throughout the city, and to install them in specialized health centres for drug users and other social and health services.

The development and reforms made up to this point have been important. We have provided them with new material and have proposed various alternatives to those wishing to stop using. We also help them to obtain a health card so as to have a general practitioner in their area and we supervise the consumption.

Looking ahead, it is important that politicians and public services establish improved resources that do not only cover the most basic needs of the drug user, not only provide harm-reduction programs, but also strive to achieve excellence. Progression lies in an individualistic approach with respect to their individual needs and also to develop treatments against HIV and Hepatitis C for users.

Forward-looking politicians and public services establish improved resources that do not only cover the most basic needs of the drug user, not only provide harm-reduction programs, but also strive to achieve excellence. Progression lies in an individualistic approach with respect to their individual needs and also to develop treatments against HIV and Hepatitis C for consumers.

It is essential to consider each person in all their dimensions, and to try to help attend to their needs in the different areas of their life. This involves helping to obtain documentation, accommodation, ideas for occupying time in a meaningful way, restoration of family relationships, especially in cases of drug users being parents to children/young people and developing not only the health aspects but also setting up creative development programs to nurture expression and self recovery. ✨

35 Institut Municipal de Salut Pública. Estadístiques de Salut. Mortalitat i Natalitat a la Ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002.

36 Anoro M, Ilundain E, Rodríguez R, Rossell L, Iglesias B, Guinovart C, Gabari M. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 601-608.

37 Anoro M, Ilundain E, Santisteban O. Barcelona's safer injection facility-EVA: a harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues*, 2003; 33: 689-711.

38 Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A; the Itínere Project Group. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction*. 2009 ;104:614-9.

39 Hedrich D. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Luxemburg, 2004.

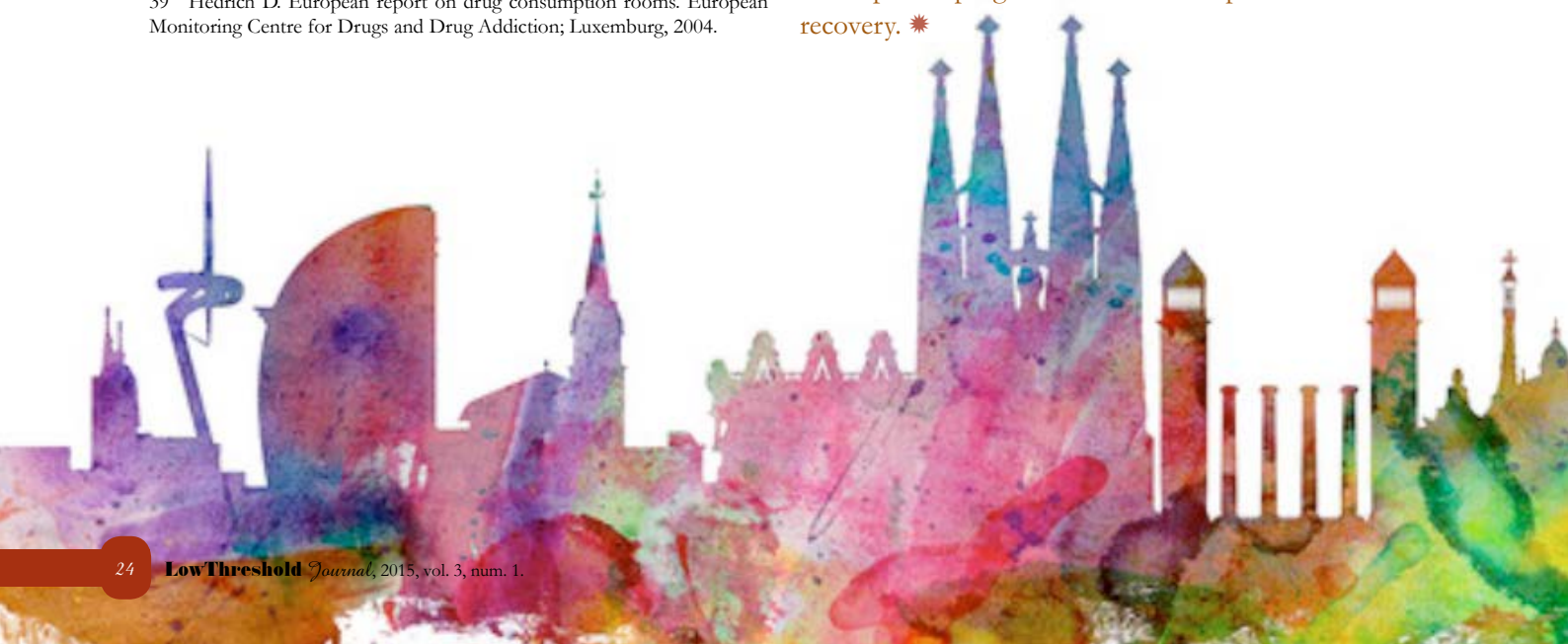
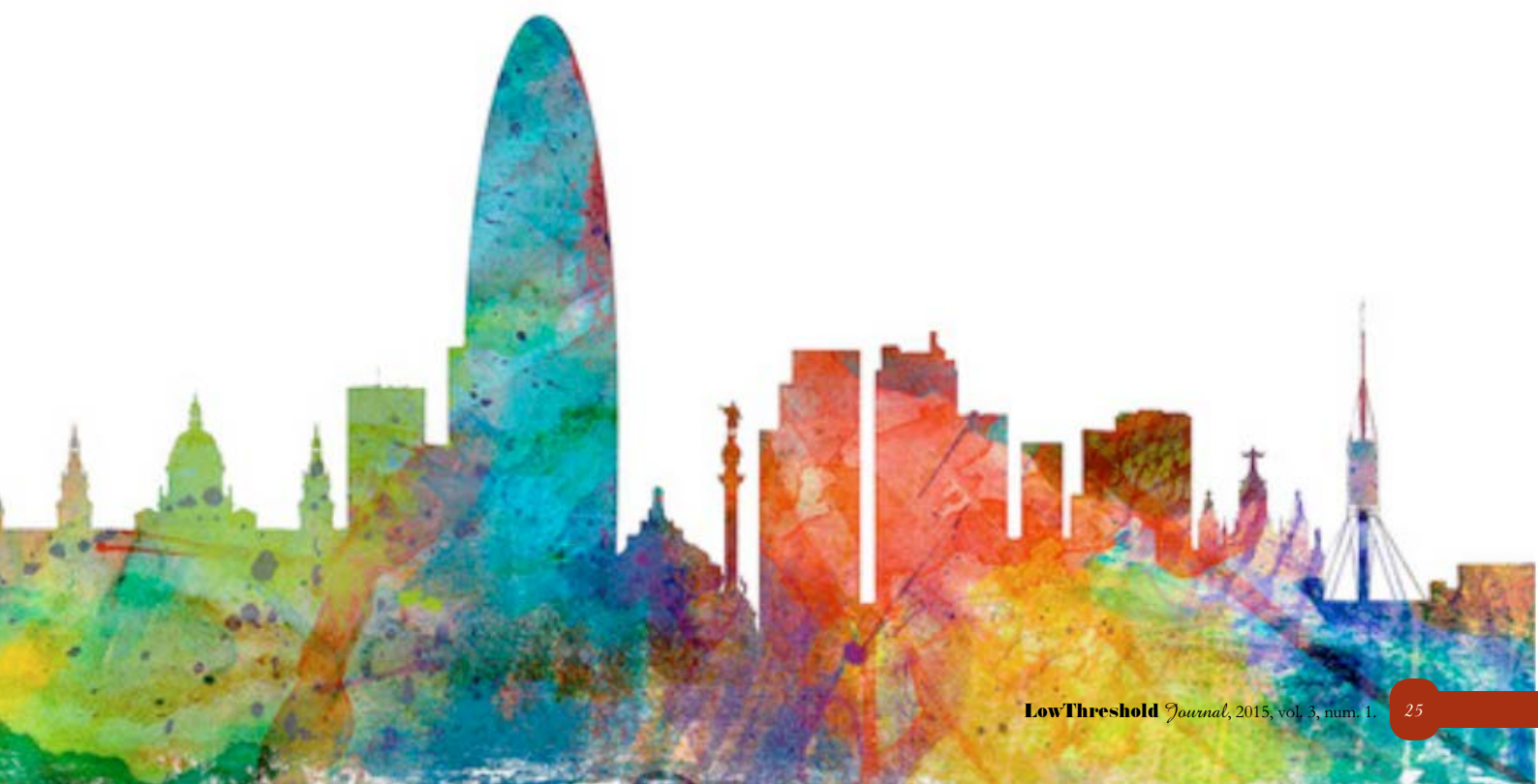


TABLE 1. SAPS. Visits and statistics of the syringe exchange program in the service

	Visits	New cases	Exchanges	Syringes delivered	Syringes recovered	Rate of recovery
1993	12,223	1,384	1,017	35,313	26,724	78%
1994	23,735	1,373	1,988	77,199	65,674	85%
1995	23,549	879	1,745	96,046	70,694	74%
1996	34,516	844	2,109	96,939	68,696	71%
1997	39,447	760	2,286	132,401	93,610	71%
1998	34,985	388	1,965	178,015	116,589	65%
1999	41,924	520	15,502	149,412	90,731	66%
2000	38,783	497	12,611	133,906	56,977	44%
2001	28,265	446	11,069	92,154	25,484	26%
2002	25,269	486	9,386	104,780	42,638	40%
2003	19,322	310	7,253	126,999	74,570	45%
2004	22,353	411	9,971	158,078	85,512	54%
2005	23,516	338	6,816	62,760	25,048	40%
2006	45,358	493	7,854	54,270	14,895	27%
2007	47,569	1,091	9,144	55,414	15,384	27%
2008	58,978	811	10,129	904,883	32,104	35%

TABLE 2. ACUTE REACTIONS IN THE INJECTING ROOM

Year	Consumption number in the injecting room	Acute reactions during consumption	%	Deaths in Barcelona during consumption
2004	3,196	30	0.9	73
2005	7,371	42	0.6	80
2006	8,207	58	0.7	85
2007	8,254	36	0.4	66
TOTAL	27,028	166	0.6	304



REFERENCES

1. Garcés Jarque JM, Gutiérrez Cebollada J, Benito Ruiz P, Estrada J, Torres X, Molina L, Gubern JM, Sitges Serra A, Sitges Serra A. Una experiencia médica única: los Juegos Olímpicos de Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106:290-3.
2. Nájera R. Perspectivas actuales y futuras de la investigación sobre el SIDA. *An Sist Sanit Navar*. 1997; 20:9-17.
3. Romero Vallecillos M, Oviedo-Joekes E, Mach Cerdà JC, Markez Alonso I. Programas de jeringuillas. *Adicciones* 2005; 17 (supl 1) 257: 275.
4. Instituto Nacional de Estadística. Casos de SIDA. Actualización a 31 de diciembre de 2007 de junio de 2003 por categoría de transmisión, indicador y año de diagnóstico. [Página Web]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> (consultado el 22/03/2009).
5. Alvarez-Dardet C, Hernández-Aguado I. AIDS in Spain: lessons learned from a public health disaster. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 331-2.
6. Andrés A, Delás J. Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa *Med Clin (Barc)*. 2005; 125:700-2
7. Manzanera R, Torralba L, Brugal MT, Armengol R, Solanes P, Villalbí JR. Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona. *Gac Sanit*. 2000; 14:58-66.
8. Royo J, Carme Viladrich M, Guirado MV, Bayes R. Factores innovadores en un programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas en Barcelona *Med Clin (Barc)*. 1994 Mar 19; 102:397-8.
9. Bechich S, Martínez M, Llorella G., Rodés A, De Andrés M, Delás J. RECOJE: recogida comunitaria de jeringas por usuarios de drogas por vía parenteral como complemento a los programas de intercambio. *Gac San* 2001; 15:353-355 http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?f=7016&articuloid=13018931
10. Heller DI, Paone D, Siegler A, Karpati A. The syringe gap: an assessment of sterile syringe need and acquisition among syringe exchange program participants in New York City *Harm Reduct J*. 2009; 6: 1.
11. Torralba L, Brugal MT, Villalbí JR, Tortosa MT, Toribio A, Valverde JL. Mortality due to acute adverse drug reactions: opiates and cocaine in Barcelona, 1989–93. *Addiction*, 1996; 91, 419–426.
12. Institut Municipal de Salut Pública. Sistema d'Informació sobre Drogues. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2000.
13. Brugal MT, Barrio G, De LF, Regidor E, Royuela L, Suelves JM. Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction*. 2002; 97 :319-27
14. Institut Municipal de Salut Pública. Actualització dels Indicadors de Drogues Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona. Agència de Salut Pública Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2008.
15. Brugal MT, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, de la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:775-7.
16. Institut Municipal de Salut Pública. Estadístiques de Salut. Mortalitat i Natalitat a la Ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002.
17. Anoro M, Ilundain E, Rodríguez R, Rossell L, Iglesias B, Guinovart C, Gabari M. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 601-608.
18. Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, Brugal MT, Barrio G, Domingo-Salvany A; the Itínere Project Group. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction*. 2009 ;104:614-9.
19. Hedrich D. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Luxemburg, 2004. *



Original

Presencia de adulterantes en el análisis de muestras de cocaína y heroína preparadas para ser consumidas. Revisión de la bibliografía.

Autores: Sara Serra^a; Noelia Furquet^a; María José Sánchez^b; Davide Iannello^c. ^aFacultat de Medicina. Universitat de Barcelona. ^bBiblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. ^cAntropólogo

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Resumen

El presente estudio plantea una revisión de la bibliografía existente sobre adulterantes en muestras de heroína y cocaína preparadas para el consumo. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de Pubmed, Medline y CINAHL sobre cocaína, heroína y adulterantes, limitada a humanos, entre 1995 y 2011 inclusive, y a originales en inglés, francés, italiano, español y catalán. Los criterios de elegibilidad exigían que los estudios hubiesen obtenido muestras de heroína o cocaína del consumidor final y las hubiesen analizado con el fin de identificar los adulterantes que contenían.

Se obtuvieron 295 registros que, tras aplicar los criterios de elegibilidad quedaron reducidos a 9 estudios. Los adulterantes más frecuentes fueron analgésicos (paracetamol y fenacetina), anestésicos (lidocaína y procaína) y un grupo heterogéneo de fármacos.

Muchos usuarios de drogas desconocen los efectos, consecuencias y riesgos reales de las sustancias que

consumen. Ello provoca una exposición innecesaria a riesgos que se podrían evitar. La compleja interacción entre suministro, demanda y control de sustancias ilícitas tiene un impacto tangible en su adulteración. La obtención y difusión de información objetiva debe ser considerada como parte fundamental de la política preventiva, incluyendo todas las sustancias y todos los patrones y contextos de consumo. Como parte de esta estrategia deben potenciarse las intervenciones de análisis de sustancias que, actualmente, representan escasas actuaciones.

Introducción

En España, al igual que sucede en la mayor parte de países europeos, el consumo de drogas ilegales se ha visto incrementado de forma significativa en los últimos años (Observatorio Español de la Droga, 2011). La extensión del consumo se refleja en las urgencias hospitalarias, donde se identifican no sólo reacciones y efectos provocados por las propias drogas, sino también por las sustancias que se añaden a ellas (Brunt et al., 2009; Risser et al., 2000; Risser et al., 2007).

Los efectos que produce una droga varían en función de las características personales, pero no menos importante es la composición y riqueza del producto.

La adulteración de las drogas ilegales es un fenómeno habitual y conocido desde el inicio de los programas de fiscalización de drogas, si bien su finalidad es controlada. Lo que denominamos alteración incluye: la sustitución de un fármaco por otro con un efecto similar, la dilución de sustancias inertes que permiten reducir el contenido activo de droga sin provocar efecto alguno en el organismo, la contaminación o inclusión no intencional de una sustancia extraña y la adulteración propiamente dicha, que sería aquella sustancia añadida, por su efecto farmacológico similar o por sus propiedades, para aumentar la cantidad del producto, producir un efecto más potente y/o hacer el producto más atractivo a los ojos del consumidor. De hecho, dadas las características farmacológicas de las sustancias más habituales y la enorme extensión del fenómeno de la adulteración, la misma se hallaría en el origen de una gran parte, si no la mayoría, de riesgos sanitarios a los que se enfrentan la mayoría de personas usuarias (Barriuso, 2000).

En los últimos años y sobre todo en Europa (Hung, Tien y Truong, 2005), se han afianzado los programas de reducción de daños, a la vez que se ha redefinido y ampliado dicho concepto (Cesoni, 2005; Romaní, 2005). Muchos usuarios de drogas desconocen los efectos, consecuencias y riesgos reales de las sustancias que consumen. Ello provoca una exposición innecesaria a riesgos que se podrían evitar. La obtención y difusión de información objetiva debe ser considerada como parte fundamental de la política preventiva, incluyendo todas las sustancias y todos los patrones y contextos de consumo.

El conocimiento de los posibles adulterantes y de sus efectos es fundamental para el tratamiento de las posibles reacciones adversas que producen en los consumidores finales. Para poder actuar desde una perspectiva preventiva en relación a drogas, con objetividad y rigurosidad, resulta imprescindible conocer la realidad del mercado ilícito de sustancias psicoestimulantes y una de las mejores vías es conseguir acceso a muestras preparadas para el consumo a fin de proceder al análisis de las mismas. Además el testado de sustancias permite entrar en contacto con poblaciones difíciles de contactar y atraer su interés hacia los mensajes preventivos y de reducción de daños (Barriuso, 2003; Kriener, 2001). Las intervenciones de análisis de sustancias e información personalizada in situ constituyen una herramienta privilegiada cuya extensión podría suponer, a medio y largo plazo, una sensible disminución de ciertos factores de riesgo asociados con el consumo y una progresiva modificación de los patrones de consumo actualmente existentes (Barat y Abdel-Rahman, 1996; Bedingfield,

King y Holloway, 1998; Bernardo, Siqueira, de Paiva y Maia, 2003; Dams, Benijts, Lambert, Massart y Leenheer, 2001).

Con este propósito, en el SAPS Creu Roja de Barcelona se llevó a cabo un estudio, durante el periodo comprendido entre el 17 de enero y el 31 de mayo de 2011 (Iannello et al, 2012), en el que se recogieron muestras de heroína y cocaína preparadas para su inmediato consumo por el usuario, se analizó su contenido y se identificaron los adulterantes presentes.

El presente estudio plantea una revisión de la bibliografía existente sobre adulterantes en muestras de heroína y cocaína preparadas para el consumo, con el objetivo de conocer los principales adulterantes de heroína y cocaína descritos por la bibliografía científica, identificar los posibles efectos y reacciones adversas que puede ocasionar su utilización y comparar los resultados con los obtenidos en nuestro estudio piloto.

Método

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Los criterios de elegibilidad se basaron en el objetivo del trabajo y por lo tanto la revisión se restringió a los estudios que habían obtenido muestras de heroína y cocaína del consumidor final y las habían analizado con la finalidad de conocer las sustancias adulterantes que contenían.

FUENTES DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En febrero de 2012 se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline y CINAHL, utilizando los siguientes descriptores normalizados (Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) <http://decs.bvs.br>): “cocaína” [cocaine], o “heroína” [heroin], o “diamorfina” [diamorphine] o “diacetilmorfina” [diacetylmorphine] o “drogas ilícitas” [street drugs] todos ellos combinados con los descriptores: “impurezas en drogas” [drug impurity], o “contaminación de medicamentos” [drug contamination] o “adulteración de medicamentos” [drug alteration].

La búsqueda se limitó a humanos [Species: humans], por año de publicación –desde 1995 a 2011 inclusive– a fin de que la revisión fuera reciente, y por idioma: artículos cuyo original estuviera en inglés, francés, italiano, español y catalán, que eran los de conocimiento de los autores del estudio.

Resultados

En total, se obtuvieron 295 registros de publicaciones que cumplieran con los criterios de elegibilidad para ser revisados. Tras la inspección de los estudios, se desestimaron 252 por las razones que se especifican en la figura 1 y se consideraron 43 para su inclusión en la revisión sistemática. Finalmente, y tras la atenta lectura de los trabajos originales, se desestimaron 34 debido a que los mismos se centraban en los efectos adversos de los diferentes adulterantes sobre el organismo. Finalmente, 9 estudios fueron seleccionados para la revisión sistemática por cumplir con todos los criterios de elegibilidad. (Figura 1).

Los trabajos seleccionados se centran en el análisis de una sola droga: heroína (Brunt et al., 2009; De la Fuente, Saavedra, Barrio, Royuela y Vicente, 1996; Hung et al., 2008; Risser et al., 2000; Risser et al., 2007) o cocaína (Evrard, Legleye y Cadet-Taïrou, 2010; Fucci y Giovanni, 1998; Fucci, 2007), a excepción del de Schneider y Meys (2011), en el que se analizan simultáneamente las dos y el de Iannello et al. (2012) que no distingue entre ellas.

La Tabla I muestra el tipo de sustancia analizada, la cantidad de droga sobre la que se ha realizado el trabajo, el origen de las muestras y el porcentaje de sustancias, efectivamente encontrado en las muestras analizadas.

Las muestras de las drogas provenían básicamente de dos fuentes: de los propios usuarios o consumidores de drogas o de decomisos efectuados por la policía.

Adulterantes encontrados

En los adulterantes de cocaína (Tabla 2) y de la heroína (Tabla 3), se observan analgésicos –sobre todo paracetamol y fenacetina-, anestésicos –lidocaína y procaína-, junto con un grupo heterogéneo de fármacos entre los que se hallan anticolinérgicos, simpaticomiméticos y barbitúricos.

El uso de paracetamol y cafeína como adulterantes de la heroína es generalizado y constante a lo largo de los años, mientras que el resto de los adulterantes varía en el tiempo.

A diferencia de la heroína, los adulterantes de la cocaína son muchos y diversos y cambian significativamente con el tiempo, si bien se ha mantenido de forma estable la presencia de fenacetina, lidocaína, cafeína y, más recientemente, levamisol. Se observa un aumento de muestras que contienen levamisol y, correlativamente, una disminución de la concentración de fenacetina.

Se observa, asimismo, la tendencia a que la cocaína consumida en los últimos años esté cada vez más

adulterada en comparación con la de los años 90. Ello se aprecia claramente en el estudio de los Países Bajos que abarca un periodo de 8 años (Brunt et al., 2009).

Discusión

Las diferencias entre el origen de la droga analizada resulta acorde con los objetivos que pretende cada estudio. En unos, el objetivo es el conocimiento de las sustancias adulterantes con la finalidad de estudiar su repercusión en la salud de los consumidores y en las políticas de salud pública, mientras que en el caso de los estudios que obtienen las muestras a partir de los propios consumidores (Brunt et al., 2009; Evrard et al., 2010; Iannello et al., 2012) se pretende evaluar el conocimiento de los propios consumidores sobre la pureza de la droga. Estos estudios se inscriben en la política de los programas de reducción de daños e introducen conocer qué saben los consumidores acerca de la composición de la droga que consumen, a fin de que este conocimiento pueda utilizarse como una nueva estrategia de prevención.

El objetivo principal del estudio del SAPS Barcelona de Iannello et al. (2012), del cual parte la presente revisión, era identificar los adulterantes que contienen la cocaína y heroína preparada para su consumo y recabar información sobre distribución, precio y adulterantes en función de los diferentes barrios de compra.

Este objetivo es compartido por algunos de los estudios revisados (Brunt et al., 2009; Evrard et al., 2010) mientras que otros pretenden conocer, además, las principales vías de tráfico de las drogas (Schneider et al., 2011), establecer la relación existente entre la calidad de la droga y las muertes producidas por ésta (Brunt et al., 2009; Risser et al., 2007), así como observar la evolución de la adulteración durante un período de tiempo en un mismo territorio a fin de señalar las nuevas tendencias y actualizar los datos (Brunt et al., 2009; De la Fuente et al., 1996; Fucci et al., 1998; Fucci, 2007).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio de Barcelona (Iannello et al., 2012) coinciden con los hallazgos recogidos en la bibliografía, si bien debe indicarse que en el caso de la cocaína se encontraron únicamente lidocaína, procaína, fenacetina, tetracaína y levamisol, lo cual puede explicarse por el menor número de muestras que fueron recogidas respecto el resto de estudios analizados.

En la bibliografía analizada se apuntan posibles explicaciones al uso de adulterantes. Una de ellas es hacer frente al incremento de demanda de cocaína en Euro-

pa, diluyendo el producto original para obtener mayores beneficios (Brunt et al., 2009). Por otro lado, los adulterantes constituyen una firma o marca del proceso de producción, de manera que la presencia de adulterantes en los distintos países en años parecidos nos permite deducir el origen de su corte y establecer las “rutas comerciales” de la fabricación y distribución de la cocaína (Fucci, 2007). Lo mismo ocurre en el caso de la heroína, en la que debido a su proceso de síntesis, la concentración y sus derivados cambian significativamente según su proveniencia geográfica y la presencia de diluyentes y adulterantes proporciona una fuente de información relevante para conocer su origen (Dams et al., 2001).

Por otro lado, algunos adulterantes son escogidos por sus concretas propiedades y así, al parecer, el paracetamol potencia el sabor amargo de la heroína y permite mimetizar los efectos analgésicos de la heroína (Fucci et al., 1998); la cafeína tiene propiedades estimulantes similares a la cocaína y se añade con este fin. En la heroína la cafeína permite disminuir la temperatura de vaporización y por lo tanto facilita que sea fumada (Fucci et al., 1998). La fenacetina se añade como adulterante para potenciar el sabor amargo de la cocaína y mejorar su aspecto. La fenacetina hace que la coca brille y simula el aspecto de “ala de mosca”. Su utilización como adulterante puede potenciar los efectos cardíacos y las alucinaciones (Brunt et al., 2009) y puede producir la muerte del consumidor (Fucci, 2004). En la última década, la fenacetina se ha visto desplazada por el levamisol, detectado en 2003 por la DEA (Drug Enforcement Administration) en la cocaína (Valentino y Fuentecilla, 2005). Entre julio y setiembre de 2008 contaminaba el 30% de las muestras analizadas por la DEA en Estados Unidos (Zhu, LeGatt y Turner, 2009), porcentaje que aumentó al 69% en julio de 2009 (Karch, Mari, Bartolini y Bertol, 2012) y hasta el 79% en octubre de 2010 (Bertol et al., 2011).

Los efectos adversos de los anestésicos locales son proporcionales a la concentración alcanzada en sangre. Sobre el sistema nervioso central pueden causar náuseas, vómitos, vértigo, temblores y convulsiones. Las convulsiones son el efecto tóxico más común resultante de la ingestión conjunta de cocaína y otros anestésicos locales (Barat et al., 1996; Bernardo et al., 2003). La presencia de lidocaína aumenta la cardiotoxicidad de la cocaína de forma sinérgica cuando se administran conjuntamente, lo que representa un riesgo adicional para el usuario (Bernardo et al., 2003).

Los resultados de esta revisión apuntan a la importancia de conocer de primera mano la composición de

la droga que se consume, con el objetivo de poder aplicar políticas preventivas tanto en cuanto a los posibles efectos adversos y como en campañas educativas de prevención de la drogadicción.

Esta revisión sistemática refleja serias limitaciones. En primer lugar es escaso el número de estudios que analizan las muestras preparadas para el consumo. Ello se debe a la dificultad para conseguir muestras de los consumidores finales. Otra limitación es que la calidad de los trabajos recopilados no es alta, aunque ello es una característica típica en el campo del tratamiento de las dependencias (Prendergast, Podus, Chang y Urada, 2002) y que, además, casi todos los estudios analizan cantidades pequeñas, lo cual dificulta la obtención de datos cualitativos extrapolables.

Sería deseable la elaboración de estudios de mayor calidad, con un diseño más riguroso y supervisados a fin de disponer de información relevante y precisa que sirva de referencia a los programas de prevención y rehabilitación de la drogadicción.

La bibliografía encontrada sugiere que el uso de los adulterantes en la cocaína y heroína está en aumento, no sólo en cuanto al número utilizado, sino también en su proporción, de manera que la droga consumida está cada vez más adulterada.

Las sustancias utilizadas como adulterantes son fármacos, algunos legales en España e incluso fácilmente disponibles, que no resultan tóxicos para el organismo a dosis pequeñas, si bien, asociados con las drogas, provocan efectos altamente peligrosos para la salud de los consumidores sobre los que es preciso alertar.

El uso de diferentes adulterantes a lo largo de los años parece estar relacionado con la época de la adulteración, introduciéndose nuevos fármacos a medida que han ido apareciendo en el uso clínico general y desapareciendo según han ido cayendo en desuso, como por ejemplo, el levamisol.

A pesar del aumento del consumo de drogas y su importancia en los efectos de la salud, son pocos los estudios efectuados sobre detección de adulterantes en cocaína y heroína, probablemente por las dificultades para la obtención de muestras preparadas para el consumo. Entre los estudios analizados, destaca los relativos a Francia y Países Bajos que, como objetivo novedoso, intentan evaluar qué saben los consumidores acerca de la composición de la droga que consumen y ponen de manifiesto la ignorancia que tienen los consumidores acerca de la pureza de la heroína y cocaína que consumen, lo que se traduce en un aumento de las prácticas de riesgo, que bien podría prevenirse facilitándoles una adecuada información. *

Figura 1. Selección de estudios para la revisión y aplicación de criterios de elegibilidad.

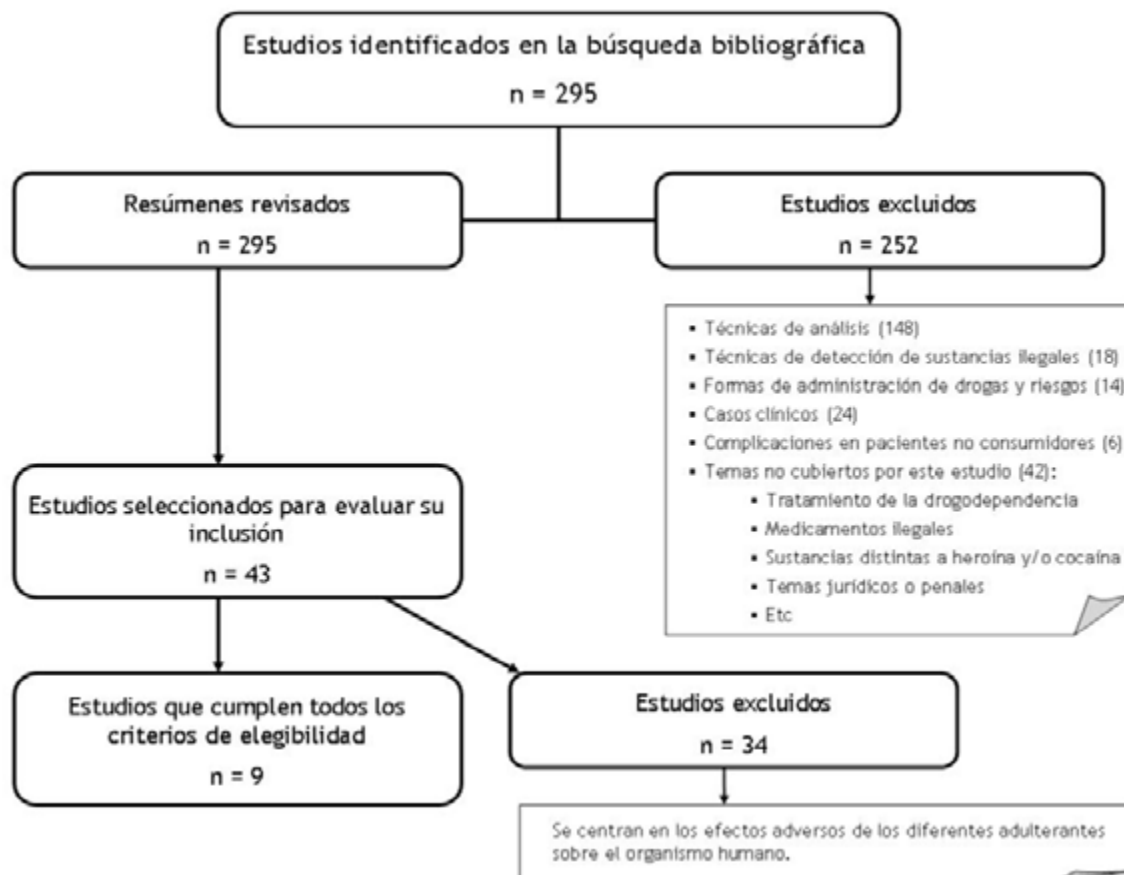


Tabla 1. Cantidad y origen de las muestras de cocaína y heroína

	Substancia/Muestras (n)	Pureza % (n)	Origen
España (1985-1993) (De la Fuente et al., 1996)	Heroína	20-45%	Policía
Viena (1987-1995) (Risser et al., 2000)	Heroína 2.072	24,6%	Policía
Viena (1999) (Risser et al., 2007)	Heroína 415		Policía
Italia (1996-1997) (Fucci et al., 1998)	Cocaína 156		Policía
Vietnam (1995-2005) (Hung et al., 2005)	Heroína 375	89,6%	Policía
Países Bajos (1999-2007) (Brunt et al., 2009)	Cocaína 3.230	2.824 (87,4%)	Usuario DIMS
Luxemburgo (2005-2010) (Schneider et al., 2011)	Cocaína (471) Heroína (962)	26,6%	Policía Aduanas
Francia (2006) (Evrard et al., 2010)	Cocaína 373	22%	Usuario
Italia (2007) (Fucci, 2007)	Cocaína 28 Kg		Policía
Barcelona (2011) (Iannello et al., 2012)	17*		Usuario

*No se distingue entre heroína y cocaína

DIMS: red de instituciones para salud mental y adicción en los Países Bajos

Tabla 2. Adulterantes de la cocaína

	Italia (1996-97) (Fucci et al., 1998)	Países Bajos 1999-2007 (Brunt et al., 2009)	Luxemburgo (2005-10) (Schneider et al., 2011)	Francia (2006) (Evrard et al., 2010)	Italia (2007) (Fucci, 2007)	Barcelona (2011) (Iannello et al., 2012)
ANALGÉSICOS						
AAS				X		X
Aminofenazona	(1996)					
Diclofenaco			(2007)			
Dipirona	X					
Fenacetina	X	X	X	X		X
Ibuprofeno			(2008)			
Paracetamol			(2006-08; 2010)	X		
Propoxifeno				X		
Salicilamida	X					
ANESTÉSICOS						
Benzocaína		(2004-07)	(2005)			
Lidocaína	X	X	(2006-10)	X		X
Procaína	X	X	(2006-10)			X
Tetracaína						X
OTROS						
Atropina		(2004-05; 2007)	(2005)			
Cafeína	X	X	(2006-10)	X		X
Diltiazem		(2004-07)	X	X		
Efedrina	X		(2010)			
Metilefedrina			(2006-07)			
Fendimetrazina	(1997)					
Fenmetrazina	X					
Fenobarbital	X					
Fentermina	X					
Hidroxizina		(2004-07)	X	X	X	
Levamisol		(2004-07)	(2006-10)	X	X	X
Difenhidramina	(1997)					

X: Indica la presencia del adulterante en todos los años en que se llevó a cabo el estudio. En caso de no aparecer en todos los años, se especifica el año.

Tabla III. Adulterantes de la heroína

	España (1985-1997) (De la Fuente et al., 1996)	Viena (1987-1995) (Risser et al., 2000)	Viena (1999) (Risser et al., 2007)	Vietnam (1995-2005) (Hung et al., 2005)	Luxemburgo (2005-10) (Schneider et al., 2011)	Barcelona (2011) (Iannello et al., 2012)
ANALGÉSICOS						
Codeína				X	(2008)	
Fenacetina					(2008-10)	
Morfina				X	(2008)	
Paracetamol	X	X	X	X	X	X
ANESTÉSICOS						
Procaína	X					
Lidocaína	X		X			
OTROS						
Metacualona		X				
Cafeína	X	X	X	X	X	X
Cocaína			X		(2008)	
Diltiazem					(2008-10)	
Fenobarbital	X			X		
Piracetam	X				(2006-07)	

*X: Indica la presencia del adulterante en todos los años en que se llevó a cabo el estudio. En caso de no aparecer en todos los años, se especifica el año.

Adulterants in the analysis of cocaine and heroin samples ready for consumption. Literature review.

Authors: Sara Serra^a; Noelia Furquet^a; María José Sánchez^b; Davide Iannello^c. ^a*Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.* ^b*Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.* ^c*Antropólogo*

Abstract

This study is a systematic review of literature about the study of adulterants in samples of street heroin and cocaine prepared for consumption. We performed a search in Pubmed, Medline and CINAHL about cocaine, heroin and adulterants, limited to humans, 1995-2011 inclusive, and English, French, Italian, Spanish or Catalan as original language. Eligibility criteria required that studies had obtained samples of street heroin or cocaine from the consumer and that they analysed those samples in order to detect the adulterants.

295 studies were returned and 9 studies met all inclusion criteria. The most frequent adulterants were analgesics (paracetamol and phenacetin), anaesthetics (lidocaine and procaine) and a heterogeneous group of different drugs.

The majority of drug consumers did not know the effects, consequences and real health risks of the substances they consumed. This causes unnecessary exposure to preventable risks. The complex interactions of supply, demand and control of illicit drugs have a tangible impact on their adulteration. Providing and disseminating objective information should be considered a fundamental part of any preventive policy, and it should include all substances and all patterns and methods of consumption. As part of that strategy, analyses performed for adulterants needs to be encouraged, which are considerably limited in number and scope at the moment.

Keywords: heroin, cocaine, street drugs, drug contamination

Introduction

In Spain, as in most European countries, the use of illicit drugs has been increasing significantly in recent years (Spanish Observatory of Drugs, 2011). The extent of consumption is reflected in the hospitals' emergency rooms, where reactions and effects caused by the drugs are identified and also by the substances added to them (Brunt et al, 2009; Risser et al., 2000; Risser et al., 2007).

The drug effects vary according to the personal characteristics, but no less important is the composition and richness of the product. Illicit drugs adulteration is a common phenomenon known since the beginning of the drug control programs, although its purpose is controversial.

Adulteration includes substituting one drug for another with a similar effect, addition of substances causing any effect on the body, unintentional contamination or a foreign substance, addition of substances seeking a more powerful effect and / or making it more attractive for the consumer (Barriuso, 2000).

In recent years, especially in Europe, (Hung, Tien and Truong, 2005), the harm reduction programs have been strengthened, while the concept has been redefined and expanded (Cesoni, 2005, Roma, 2005). Many drug users are unaware of the effects, consequences and real risks of the substances that they consume. An unnecessary risk exposure could be avoided. The collection and dissemination of factual information should be a fundamental part of preventive policy, including all substances and all patterns of consumption.

Knowledge of potential adulterants and their effects is essential for the treatment of possible adverse reactions. It is essential to know more about the illicit market and one of the best ways could be analysing a sample of substances which will be consumed.

Moreover, the testing of substances allows contact with populations who do not use the harm reduction programs (Barriuso, 2003; Kriener, 2001). Substance analysis, followed by personalized information constitute a good tool for decreasing risk factors associated with consumption and a gradual modification of harmful consumption patterns (Barat and Abdel-Rahman, 1996; Bedingfield, King and Holloway, 1998; Bernard, Siqueira de Paiva and Maia, 2003; Dams, Benijts, Lambert, Massart and Leenheer, 2001).

For this purpose, SAPS Red Cross Barcelona conducted a study between January 17 and May 31, 2011 (Iannello et al., 2012), focused on analysing heroin and cocaine samples ready to be consumed.

Below is presented a review of the literature in order to know the main adulterants, identify potential effects and adverse reactions and compare the results with those obtained in Iannello's study.

Method

ELIGIBILITY CRITERIA

The review was restricted to studies that had obtained samples of heroin and cocaine from the end consumer and analysed in order to know the substances containing adulterants.

INFORMATION SOURCES AND SEARCH STRATEGY

In February 2012, a literature search was conducted in PubMed, Medline and CINAHL data, using the following standard descriptors (Descriptors in Health Sciences (DeCS) <http://decs.bvs.br>): "cocaine" [cocaine] or "heroin" [heroine], or "diamorphine" [diamorphine] or "diacetylmorphine" [diacetylmorphine] or "illicit drugs" [street drugs] all combined with the descriptors: "impurities in drugs" [drug impurity] or "drug pollution" [drug contamination] or "adulteration of drugs" [drug alteration].

The search was limited to human [Species: humans], by year of publication-from 1995-2011 inclusive, so that the review was recent, and for language: Original articles which were in English, French, Italian, Spanish and Catalan, which were known by the authors.

Results

In total, 295 texts were obtained. Upon inspection of the studies, 252 were dismissed for the reasons specified in Figure 1 and 43 were considered for inclusion in the systematic review. After a careful reading of the original works, 34 were rejected because they were focused on the adverse effects of different substances on the body. Finally, nine studies were selected according to eligibility criteria. Figure 1. (Selection of studies according to eligibility criteria).

Some of them are focused in the analysis of only one heroin (Brunt et al., 2009; De la Fuente, Saavedra, City, and Vicente Royuela, 1996; Hung et al, 2008; Risser et al, 2000; Risser heroin (Brunt et al, 2009; Selected papers analysing a single drug focus et al, 2007) or cocaine (Evrard, and Cadet-Taïrou Legleye, 2010; Fucci and Giovanni, 1998; Fucci, 2007). Meys and Schneider (2011), analyse both, and Iannello et al. (2012) do not distinguish between them.

Table I shows the type of analysed substance, the amount of drug on which work has been performed, the origin of the samples and the percentage of substances in fact found in the samples analysed.

Drug samples came mainly from two sources: drugs user or seizures by police. The differences between the source of the drug is analysed in accordance with the objectives pursued in each study. In some, the goal is the knowledge of adulterants in order to study their impact on health consumer and public health policies, while in the case of studies seeking samples from own consumers (Brunt et al, 2009; Evrard et al, 2010; Iannello et al, 2012) the aim is to assess the purity of the drug. These studies are part of the policy of harm reduction programs and are introduced to identify what consumers know about the composition of their drugs. This knowledge can thus be used as a new prevention strategy.

Adulterants found

In the adulterants found in cocaine (Table 2) and heroin (Table 3), appear painkillers – paracetamol and phenacetine -, anaesthetics –lidocaine and procainamide- together with a heterogeneous group that include anticholinergics, sympathomimetic drugs and barbiturates.

The use of paracetamol and caffeine as heroin adulterants is widespread and constant over the years, while the rest of adulterants vary in time.

Unlike heroin, cocaine adulterants are numerous and diverse and its change significantly with time, remaining anticholinergics, sympathomimetic drugs, lidocaine and caffeine. Recently there has been an increase in the presence of levamisole and a reduction of phenacetine.

In recent years, cocaine is increasingly adulterated in comparison with that of the 90s. This is evident in the Netherlands study which covers a period of 8 years (Brunt is also seen et al., 2009).

Discussion

The primary endpoint of SAPS study (Ionnello et al. 2012) was to identify adulterants in cocaine and heroin and ready for consumption and collecting information on distribution, price and adulterants in terms of the different neighbourhoods of purchase.

This objective is shared by some of the studies reviewed (Brunt et al, 2009; Evrard et al, 2010) while others claim to also know the main traffic routes of drugs (Schneider et al., 2011), establish the relationship between the quality of the drug and the deaths caused by it (Brunt et al., 2009, Risser et al., 2007) and observe the evolution of adulteration for a period of time in the same territory, in order to identify new trends and update data (Brunt et al, 2009;. De la Fuente et al., 1996; Fucci et al., 1998; Fucci, 2007).

The results obtained in the Barcelona study (Ionnello et al., 2012) agree with the findings contained in the literature, although it should be noted that in the case of cocaine only lidocaine, procaine, phenacetin, levamisole and tetracaine were found, which can be explained by the smaller number of samples that were collected regarding other studies analysed.

In the literature discussed some explanations appear related to the use of adulterants. The increased demand for cocaine in Europe leads to diluting the original product to earn more money (Brunt et al., 2009). On the other hand, adulterants are a signature or mark of the production process, so that the presence of adulterants in different countries in similar years allows us to deduce the origin and establishing the routes of manufacturing and distribution (Fucci, 2007). The same occurs with heroin. The presence of diluents and adulterants provides a source of relevant information to discover its origin (Dams et al., 2001).

An adulterant is chosen for its specific properties. Apparently, acetaminophen increases the bitter taste

of heroin and, as a painkiller, can mimic the effects of heroin (Fucci et al., 1998). Caffeine has stimulant properties similar to cocaine and it is added for this purpose. Caffeine added to heroine can decrease the vaporization temperature and therefore it can be more easily smoked (Fucci et al., 1998). Phenacetin is added as adulterant to enhance the bitter taste of cocaine and improve its appearance. Phenacetin makes cocaine shine and simulates the look of "wind fly". Its use as adulterant can augment cardiac effects and hallucinations (Brunt et al., 2009) and cause death in the consumer (Fucci, 2004). In the last decade, phenacetin has been displaced by levamisole, detected in 2003 by the DEA (Drug Enforcement Administration) in cocaine (Valentino and Fuentecilla, 2005). Between July and September 2008, levamisole appeared in 30% of the samples analysed by the US DEA (Zhu, LeGatt and Turner, 2009). That percentage increased to 69% in July 2009 (Karch, Mari, Bartolini and Bertol, 2012) and to 79% in October 2010 (Bertol et al., 2011).

The adverse effects of local anaesthetics are proportional to the blood concentration reached. It can cause nausea, vomiting, dizziness, tremors and convulsions. Seizures are the most common effect resulting from the combined consumption of cocaine and other local anaesthetics (Barat et al., 1996; Bernard et al., 2003). The presence of lidocaine increases cocaine cardiotoxicity, which represents an additional risk to the user (Bernardo et al., 2003).

The results of this review show the importance of knowing the composition of the drug consumed, with the aim of implementing preventive policies both in terms of the potential adverse effects and educational campaigns and prevention of drug addiction. And also raises a number of challenges and reflects serious limitations.

There are few studies analysing the samples prepared for consumption. This is mainly due to the difficulty of getting samples from the final consumers. Another limitation is that the quality of the collected works is not high, although this is typical in the field of addiction treatment (Prendergast, Podus, Urada and Chang, 2002). In addition, most studies analysed small amounts, making it difficult to obtain qualitative data that can be extrapolated.

The development of higher quality studies would be desirable, more rigorous and monitored in order to provide relevant and accurate information in order to serve as a benchmark in prevention programs and drug rehabilitation design.

The literature suggests that the use of adulterants in cocaine and heroin is increasing, not only in the number used, but also in proportion, so that the drug consumed is increasingly adulterated.

Substances used as adulterants are drugs, some legal in Spain and even readily available, which are not toxic to the body in small doses, although when associated with drugs can cause highly dangerous effects.

The use of different adulterants over the years seems to be related to the period of the adulteration. New drugs appeared as adulterants according their

clinical use and may disappear as they have fallen into disuse, such as levamisole.

Despite the increase in drug use and its importance in health effects, there are few studies in detection of adulterants in cocaine and heroin, ready to be consumed. Among the studies analysed, some from France and the Netherlands, a new goal is to assess what consumers know about the composition of the drug consumed and highlight the ignorance of consumers about the purity of the heroin and cocaine consumed, which translates into increased risk practices that could be prevented by providing adequate information. *



References

- Barat, S. A. y Abdel-Rahman, M. S. (1996). Cocaine and lidocaine in combination are synergistic convulsants. *Brain Research*, 742, 157-162.
- Barriuso, M. (2000). Gestionando las drogas. En: Grup Igia. *Conferencia de Consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas*. Barcelona: España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Barriuso, M. (2003). *Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos: estudio-diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos en ámbitos lúdico-festivos de la CAPV*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Bedingfield, J. B., King, D. A. y Holloway F. A. (1998). Cocaine and caffeine: conditioned place preference, locomotor activity and additivity. *Pharmacology, Biochemistry, and Behaviour*, 61, 291-296.
- Bernardo, N. P., Siqueira, M. E. P. B., de Paiva, M. J. N. y Maia, P. P. (2003). Caffeine and other adulterants in seizures of street cocaine in Brazil. *International Journal of Drug Policy*, 14, 331-334. doi:10.1016/S0955-3959(03)00083-5.
- Bertol, E., Mari, F., Di Milia, M., Politi, L., Furlanetto, S. y Karch, S. B. (2011). Determination of aminorex in human urine samples by GC-MS after use of levamisole. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis*, 55, 1186-1189. doi: 10.1016/j.jpba.2011.03.039.
- Brunt, T. M., Rigter, S., Hoek, J., Vogels, N., van Dijk, P. y Niesink, R. J. (2009). An analysis of cocaine powder in the Netherlands: content and health hazards due to adulterants. *Addiction*, 104, 798-805. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02532.x.
- Cesoni, M. L. (2005). Les politiques en matière de consommation de drogues illicites à l'ère de la mondialisation. *Eguzkilore Cuadernos del Instituto Vasco de Criminología*, 19, 61-81.
- Dams, R., Benijts, T., Lambert, W. E., Massart, D.L. y Leenheer, A. P. (2001). Heroin impurity profiling: trends through a decade of experimenting. *Forensic Science International*, 123, 81-88.
- De la Fuente, L., Saavedra, P., Barrio, G., Royuela, L. y Vicente, J. (1996). Temporal and geographic variations in the characteristics of heroin seized in Spain and their relation with the route of administration. Spanish Group for the Study of the Purity of Seized Drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 185-194.
- Evrard, I., Legleye, S. y Cadet-Taïrou, A. (2010). Composition, purity and perceived quality of street cocaine in France. *International Journal of Drug Policy*, 21, 399-406. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.03.004.
- Fucci, N. Y De Giovanni, N. (1998). Adulterants encountered in the illicit cocaine market. *Forensic Science International*, 95, 247-252.
- Fucci, N. (2004). Phenacetin and cocaine in a body packer. *Forensic Science International*, 141, 59-61.
- Fucci, N. (2007). Unusual adulterants in cocaine seized on Italian clandestine market. *Forensic Science International*, 172, e1.
- Hung, H. M., Tien, N. D. y Truong, N. X. (2005). Drug profiling: a new scientific contribution to law enforcement operations in Viet Nam. *Bulletin on Narcotics*, 57, 149-165.
- Iannello, G. D., Delas, J., Aguas, M., Bacovich, I., Serra, L. y Díaz, O. (2012). The illicit drug market. *Gaceta Sanitaria*, 26, 288. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.10.015.
- Karch, S. B., Mari, F., Bartolini, V. y Bertol, E. (2012). Aminorex poisoning in cocaine abusers. *International Journal of Cardiology*, 158, 344-346. doi: 10.1016/j.ijcard.2011.06.105.
- Kriener, H. (Ed.) (2001). *An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU*. Lisboa: EMCDDA.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. (2011). *Informe 2011: situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E. y Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 53-72.
- Risser, D., Uhl, A., Stichenwirth, M., Hönigschnabl, S., Hirz, W., Schneider, B.,... Bauer G. (2000). Quality of heroin and heroin-related deaths from 1987 to 1995 in Vienna, Austria. *Addiction*, 95, 375-382.
- Risser, D., Uhl, A., Oberndorfer, F., Hönigschnabl, S., Stichenwirth, M., Hirz, R. y Sebald D. J. (2007). Is there a relationship between street heroin purity and drug-related emergencies and/or drug-related deaths? An analysis from Vienna, Austria. *Journal of Forensic Sciences*, 52, 1171-1176.
- Romani, O. (2005). Globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. *Eguzkilore Cuadernos del Instituto Vasco de Criminología*, 19, 91-103.
- Schneider, S. y Meys, F. (2011). Analysis of illicit cocaine and heroin samples seized in Luxembourg from 2005-2010. *Forensic Science International*, 212, 242-246. doi: 10.1016/j.forsciint.2011.06.027.
- Valentino, A.M. y Fuentecilla, K. (2005). Levamisole: an analytical profile. *Microgram Journal*, 3, 134-137.
- Zhu, N.Y., LeGatt, D.F. y Turner, A.R. (2009). Agranulocytosis after consumption of cocaine adulterated with levamisole. *Annals of Internal Medicine*, 150, 287-289.

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 www.lowthresholdjournal.org, so they can be consulted at any time.

The platform is financed by authors' contributions with open access for readers. It is a low cost fee (€ 0.074 per word).

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.

