

# Low Threshold *Journal*

2016. Vol 4. Número 1.

**SAPS** & *Friends*

## *Sumario / Summary*

- SAPS, centro de emergencia social
- Consolidación, apertura de la sala y establecimiento de las bases de un centro integral
- Observatorio, función de observación. Investigación. Medicamentos sintéticos
- Los orígenes del concepto de centro integral

---

**COORDINACIÓN**

---

M<sup>a</sup> José Sánchez

---

**DIRECTOR**

---

Jordi Delás

---

**JEFA DE REDACCIÓN / EDITOR IN CHIEF**

---

M<sup>a</sup> 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](mailto:lowthreshold@lowthresholdjournal.org)

[www.lowthresholdjournal.org](http://www.lowthresholdjournal.org)

---

**CON LA PARTICIPACIÓN DE**

---

Margarita Aguas, Elena Adán, Lorena Andreo, Eugenia de Andrés, Miguel de Andrés, Xavi Bassols, Jessica Camí, Marta Carrió, Steve Cedar, Jordi Delás, Miquel Delás, Toni Delás, Olga Díaz, Nadia El Hilali, Dito Eningo, Alejandro Fernández Carli, Mar Fernández, Ricardo Fuertes, Verónica Gallardo, Marta García, Verónica González, Roberto González, Montse Grifols, Jordi Haro, Davide Ianello, Rosa Kistmacher, Gemma Martín, Ana Marquero, Raquel Martínez, Tarcisio Matos de Andrade, Cesar Morcillo, Criselda Nadal, Víctor Navarro, Laura Otín, Gemma Pey, Sònia Poch, Patricia Pujante, Toni Rico, Anna Rodés, Oriol Romaní, María José Santiago, Laura Sala, Ernesto Sierra, Pere-Antoni Soler Insa, Ana Trujillo, Martín Vázquez de Acuña.

# Sumario / Sumari / Summary

SAPS, CENTRO DE EMERGENCIA SOCIAL

3-18

CONSOLIDACIÓN, APERTURA DE LA SALA  
Y ESTABLECIMIENTO DE LAS BASES  
DE UN CENTRO INTEGRAL

19-26

OBSERVATORIO, FUNCIÓN DE OBSERVACIÓN.  
INVESTIGACIÓN. MEDICAMENTOS SINTÉTICOS

27-29

LOS ORÍGENES DEL CONCEPTO  
DE CENTRO INTEGRAL

30-48

# SAPS, centro de emergencia social

## SAPS, a partir de una idea de Pere Antoni Soler Insa

El Dr. Pere Antoni Soler Insa<sup>1 2</sup> había desarrollado en 1981 el novedoso Centro Piloto de Junta de Comercio, competente en la atención de personas que querían cesar en el consumo de drogas legales y no legales. Paulatinamente, surgió la conveniencia de ampliar la asistencia también a consumidores activos.

Contó, para el proyecto y desde el principio, con la colaboración del Dr. Joan Colom<sup>3</sup> al frente de la atención de drogas del Departament de Salut.

Las grandes líneas diseñadas debían plasmarse en la realidad y optaron por un joven psiquiatra, Miguel de Andrés<sup>4 5 6</sup>. Se reincorporaba a Barcelona después de una cuidada formación en Suiza (1985-1992) donde había trabajado de 1990 a 1992 en Ginebra, en el Service Universitaire de Toxicomanies de la Dra. Annie Mino<sup>7 8</sup>. Que desde 1991 tenía prestaciones para la disminución de los riesgos derivados del consumo de drogas.

La implantación en Barcelona se hacía con la participación del Ajuntament de Barcelona y, en el terreno práctico, fue importante el trabajo de proximidad del Dr. Lluís Torralba<sup>9</sup>, Director del Pla de Drogues de l'Ajuntament de Barcelona de 1992 a 2003.

Reiteradamente se ha recordado que SAPS, como nombre, debía no significar nada. O al menos nada negativo y así ha sido, al punto que casi nadie ha recordado el nombre completo de Servicio de Atención y Promoción Sociosanitaria. Sin embargo, cabe recordar que el SAPS se creó como un centro de emergencia social y que, por tanto, en ocasiones ha de optar por decisiones que hagan frente a estas situaciones de emergencia. \*

## El SAPS abans del SAPS

Oriol Romaní, antropòleg<sup>10</sup>

Amb molt de gust escric aquestes quatre ratlles per aquest número de la revista centrat en la vida i història del SAPS, en el moment de la seva transformació en una institució adaptada (fins allà on es pot...) a les noves necessitats, sempre canviants, de l'atenció a aquell grup de gent que, a més de prendre determinades drogues, o en relació a això, es troben en situacions de vulnerabilitat social.

Quan l'Olga Díaz em va proposar escriure alguna cosa, em va venir al cap la recerca-acció participativa que vam fer durant el 1988-89 un equip de tres antropòlegs, amb l'ajuda de diversos usuaris<sup>11</sup>. L'informe final, a més de ser un estudi etnogràfic de la vida d'un grup d'heroïnòmans dins el barri, era un document propositiu que plantejava la necessitat d'una política de reducció de danys integral, dins la qual es recomanava que s'instal·lés un tipus d'institució com la que pocs anys després va ser el SAPS.

En la introducció del capítol de recomanacions, diem que "es tractaria de crear les condicions que fessin possible un espai de contacte entre l'aparell institucional socio-sanitari i el grup de referència. Per força els mecanismes proposats hauran de ser diversos, flexibles, poc o gens institucionals, en definitiva, hauran de tenir un caràcter plenament liminal o fronterer, si no, no funcionaran. I recordem que l'objectiu general d'aquestes iniciatives és el de reduir el front de conflictes socials i sanitaris que en aquests moments existeixen al voltant de les 'bosses' de drogodependents d'alt risc, la qual cosa implica necessàriament que aquell que no pugui o no vulgui deixar l'heroïna, de tota manera pugui tenir una vida més 'normal', que es puguin anar eliminant les condicions que fan que avui dia la tinguin excessivament centrada en el 'cavall'" (pag. 106).



Més endavant, venia la recomanació concreta a la que crec que ara és adient referir-nos; plantejàvem "... la utilitat que podria tenir, per contribuir a fer 'el pont', la creació de 'llocs de trobada', 'd'acollida', 'centres sense condicions' o com se'n vulgui dir, que estarien destinats fonamentalment a fer possible un cert anclatge dels drogodependents marginals.

Haurien de ser locals petits, que no donessin cabuda a massa gent per a poder mantenir un cert control dels mateixos; amb una confortabilitat elemental però no excessiva: que hi hagués els serveis higiènics bàsics, lliteres (...) és una idea que caldria estudiar amb més deteniment, tan des del punt de vista material com d'organització, per veure si a més de necessària, és factible en aquests moments.

Per a contribuir a fer-la possible s'hauria de trobar un lloc que no pogués crear massa problemes – i aquest lloc, pel que fa al Districte I, el tenim localitzat, a més de cercar la col·laboració tan de les policies, per establir el tipus de relació i de comportament que

haurien de tenir respecte a ell, com dels vanis. D'això en tenim algun precedent al País Basc respecte a centres de Sida, instal·lats en barris tan populars com La Palanca de Bilbao, això sí, després d'una notable "labor de zapa" entre els veïns. Partint de la premissa que els afectats son tan veïns com els altres -i alguns d'ells, a més, de tota la vida!- i recolzant-se i reforçant aquella ambigua convivència a la que ja ens hem referit, l'argumentació s'hauria de centrar en que això suposa un control del risc: 'la infecció ja corre pel barri, però descontrolada. Posem-nos d'acord en el lloc, però siguem sensats, controlem-la a través d'aquest tipus de centre'. El fet de tenir un racó on poder-se refugiar de la contínua duresa del carrer, on hi hagués una gent que estigués amb ells, que els acompanyés i escoltés, podria facilitar aquell ancoratge i potser en alguns casos, el tenir un temps i unes possibilitats de reflexió, podria constituir una base de processos, sinó de 'recuperació', sí almenys de certa "normalització". (pp. 112- 113). \*

## Programas de disminución de riesgos. Tratamiento de mantenimiento, distribución y recogida de material de inyección.

En 1990, España se había situado tristemente a la cabeza de Europa en tasas de incidencia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida<sup>12 13</sup> con la vía parenteral como principal forma de transmisión y que hasta el año 2003 implicó más del 50% de todos los casos.<sup>14</sup> Alta incidencia atribuible al uso de drogas inyectadas y a la falta de programas para reducir los daños relacionados con el consumo<sup>15 16</sup>. Concretamente, al retraso en la aplicación de programas de reducción de riesgos derivados del consumo: 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)<sup>17</sup> y las primeras experiencias de intercambio de jeringas en España se llevaron a cabo en Bilbao y Barcelona en 1988 por parte de organizaciones no gubernamentales<sup>3 18</sup>. En 1991 aparecieron en Barcelona programas móviles de intercambio de jeringas. \*

**TABLA 1. Programas de intercambio de jeringas y de mantenimiento con metadona en la ciudad de Barcelona. 10 primeros años.**

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

## Un centro de referencia internacional

La fase de inicio con Miguel de Andrés como director tuvo una importante carga ideológica. Algunos estudiosos habían preconizado la doctrina de la disminución de daños, pero la aplicación práctica no estaba exenta de controversias. Había que trabajar y demostrar, con lo que la palabra evaluación estuvo presente en todos los novedosos programas.

Miguel de Andrés trajo consigo la pulcra y ecléctica experiencia suiza y sentó unas bases que aún se mantienen no solo en el SAPS sino en servicios similares.

En ocasiones la defensa de los principios tuvo que ser contundente. Huyendo de lugares comunes, de fatalismos de que con nuestros usuarios no se podía hacer nada, no estaban interesados por la salud y no parecían tener intención de cambiar. Hizo falta defender las opiniones con dos armas ampliamente preconizadas: espíritu científico y rigor. Y aún ahora nos hace sonreír la enésima formulación de que con tal o tal otra persona o perfil no se puede hacer nada.

Hizo falta viajar por España y buscar alianzas también en otros países. En Francia con la magnífica Lia Cavalcanti y su equipo Espoir Goutte d'Or, Pat O'Hare en el Reino Unido y Martín Vázquez, Argentina, Tarsicio de Andrade, Brasil, entre otros.

Miguel potenció la creación de asociaciones de usuarios y de congresos trascendentes como la Conferencia Latina (CLAT), de la mano de la Asociación Igia.

Un equipo joven y desafiante proclamaba que trabajaba para que en un futuro no debiera haber servicios como el SAPS. Eran frecuentes las visitas de personas y equipos en formación.

Los recursos existentes permitían una notable actividad y el SAPS se vinculaba a la más pura esencia de Creu Roja. El servicio funcionaba 7 días a la semana. Cada día el SAPS abría sus puertas. Incluso festivos. Más tarde, la disminución de recursos golpeó también el SAPS, obligando a redimensionarse. \*

## 1993: el SAPS abre sus puertas

Tras los Juegos Olímpicos de Barcelona de 1992 y después de años de proyección externa, grandes cambios y capacidad organizativa<sup>19</sup>, 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.

El SAPS apareció en abril de 1993 con el objetivo de contactar con usuarios de drogas no legales y personas que ejercían la prostitución en entornos marginales, gestionado por Creu Roja Barcelona. Que aportaba su buena imagen y aceptación dentro de la sociedad, firmeza como organización e independencia como uno de sus principios fundamentales. Era importante la autonomía de gestión.

Imbuido en la filosofía de disminución de riesgos, a diferencia de los servicios de desintoxicación, la abstinencia de drogas no era un impedimento. Al contrario, para ser atendido en el servicio era necesario demostrar ser consumidor de drogas en situación marginal. ✱

## Ubicación. Un espacio reducido

El lugar elegido cumplía numerosos requisitos, a excepción de que siempre ha contado con espacio reducido.

La ubicación en Avenida Drassanes localizaba al SAPS en una zona de venta y consumo de drogas. No había vecinos en el inmueble, un edificio sanitario, en el mismo recinto del Servei d'Urgències Peracamps.

La primera situación del SAPS fue, sin duda, la más elegante, en el primer piso del Centre de Urgències Peracamps. Se subía por una escalera y, a la izquierda, se hallaba el centro.

Las obras de reformas del edificio nos llevaron a la planta baja, donde se produjeron pequeños derrumbamientos, pero se mantuvo una mínima asistencia dedicada a mantener el acceso a material de consumo no contaminado. A menudo había que recurrir de urgencias al Dr. Lluís Torralba y al técnico de mantenimiento de los servicios sanitarios municipales.

Después, el servicio se desplazó al primer piso, en el ala de la izquierda, con entrada por la escalera de incendios del edificio. El espacio ha seguido siendo insuficiente. Detrás de la puerta del primer piso, la zona de recogida de material utilizado y entrega de material nuevo. El almacén, como primera dependencia que se convirtió en sala de consumo. Luego, la enfermería, el despacho y el club, que cuenta con dos lavabos, una ducha, una lavandería y pequeño almacén de ropa. ✱



## Centro de Urgencias Peracamps

En 1968, el Ayuntamiento abrió el Centro de Urgencias Peracamps –que toma el nombre de la calle colindante– con la finalidad de atender las urgencias quirúrgicas y traumatológicas de la ciudad (tarea que desarrolló durante 26 años).

El año 1983, el servicio de urgencias de Peracamps pasó a atender las urgencias de Ciutat Vella que no precisaban ser intervenidas. Este mismo año y sustituyendo los antiguos dispensarios municipales existentes, en Peracamps se abrió, en la primera planta del edificio, un centro de asistencia primaria jerarquizada para atender al colectivo de ciudadanos barceloneses sin recursos económicos ni cobertura de la Seguridad Social (los antiguos pobres de solemnidad).

En 1993, el SAPS se instaló en las dependencias del Centro de Urgencias Peracamps. Sucesivamente en el primer piso, planta baja y luego en el edificio anexo del primer piso, con entrada por la escalera de incendios.

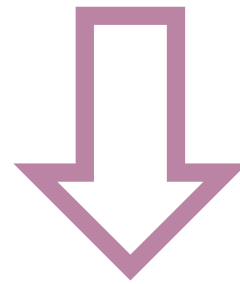
El espacio, sin embargo, ha sido siempre reducido y ha impedido una mejor y más individualizada atención. Las estancias se han tenido que compartir, simultaneando acciones bien diversas. Ha sido fuente de conflictos y de incomodidad para el equipo la persistente escasez de espacio. Limitación que merece ser solucionada en el futuro ✨

## Horario

Diseñado con horario nocturno, el SAPS abrió sus puertas desde últimas horas de la tarde hasta las 6 de la mañana. Con la intención de dedicarse a personas que habían ocupado el día en atender cómo conseguir los recursos que le permitían el consumo diario de heroína o cocaína.

Este horario ofrecía una buena acogida a personas sin domicilio. La disminución de los recursos llevó a recortar el horario, con el argumento que por la noche acudían menos personas al servicio. Si bien, se trataba de personas que no tenían otras alternativas en ese horario.

### HORARIO Y PRESTACIONES<sup>20</sup>



El SAPS és un servei seminocturn i té un horari d'obertura de dilluns a divendres laborables. L'activitat diària s'inicia, de dilluns a dijous de 18.00h -01.00h i divendres de 13.00 a 20.00h.

- 18.00 a 19.30h/13.00 a 14.30h: En aquest horari els professionals realitzen tasques no assistencials -coordinacions, informes, derivacions, registre d'activitat, organització del servei., magatzem-. i assistencials -entrevistes d'acollida, tallers, reunions, visites d'altres professionals-.
- 19.30 a 01.00h/14.30 a 20.00h: Horari d'obertura i atenció directa als usuaris.
- Pla de Reconducció: Atenció individualitzada a persones que han deixat el consum actiu o mantenen consums esporàdics però que segueixen sense les necessitats bàsiques cobertes. Se'ls hi facilita l'atenció en un altre horari, amb l'objectiu a curt-mig termini de donar l'alta i derivar-los a altres centres si escau.
- Els dimarts laborables s'obre a les 20.00h degut a la reunió d'equip setmanal.
- Els dijous es realitzen tallers de prevenció sobredosis de 16.30 a 19.00h.

Dilluns, Dimecres, dijous de 18:00 a 19:00h i divendres de 13.00 a 14.00h. Entrevista d'acollida on es valora si la persona es perfil SAPS i per tant pot accedir com a soci a tots els serveis: Club, dutxa, rentadora, rober, atenció social, psicològica y sanitària. Per accedir al Pix, sala de consum, infermeria "d'urgència", atenció legal, Reco.je i Reco.je Causas no es necessari ser soci i passar l'entrevista, només es demanen dades socio demogràfiques i de consum generals.

## Prestaciones generales. Alimentación

Como centro de emergencia social, era primordial cubrir necesidades básicas.

Las iniciales prestaciones fueron las destinadas a cubrir necesidades básicas como alimentación -zumos de naranja, café con leche y galletas-, higiene personal con lavado y duchas, lavandería, acceso a un limitado número de prendas de vestir limpias. Entrega de preservativos y material de consumo por vía venosa y fumada, atención social, sanitaria y legal. Trámites y gestiones, contacto familiar y ofrecer un espacio de “calor” a las personas atendidas.

La alimentación que, a partir de las demandas de los usuarios se convirtió en una casi una cena. Nuestros atendidos tenían hambre y acudían a cenar. Había servicios que daban comida durante el día, pero no durante la noche.

La disminución de recursos y la consideración que la prestación distorsionaba la función del SAPS, llevó a dejar de dar cenas. Pero la queja del equipo era que esta decisión no fuera asociada a la creación de un recurso al respecto. La solución arbitrada fue dejar de dar cenas. Pero sin habilitar una solución o un dispositivo adecuado.

Durante unos meses, con la colaboración de muchos amigos del SAPS se consiguió dar bocadillos, en ocasiones alimentación caliente, pero fue económicamente imposible mantener la prestación diaria.

Aún en la actualidad no está garantizada una buena alimentación nocturna y se recurre a la colaboración de asociaciones como *Nutrició sense fronteres*<sup>21</sup> que consiguen alimentos de buena calidad y en buenas condiciones a partir de excedentes de centros escolares o diferentes acontecimientos y organizaciones.

Nuestros usuarios tienen hambre. Y muchos de ellos no tienen un lugar donde poder hacerse la comida.

Para la respuesta a los problemas de alimentación, aún contando con organizaciones que aportan la comida, uno de los grandes problemas es nuevamente el espacio. Frecuentemente se ha tenido que optar entre a qué dedicar el espacio y han convivido teclados de ordenador y comida acabada de preparar en el micro-ondas. \*



## Un importante sesgo hacia la asistencia clínica

SAPS surgió con una fuerte dedicación sanitaria, en consonancia con la elevada prevalencia del VIH-SIDA, Hepatitis C, B, sin otro tratamiento en ese momento, que el de sus complicaciones y la prevención.

En los primeros años el SAPS fue tildado de tener una amplia desviación hacia la clínica médica. La explicación era obvia. La atención de los consumidores de drogas era patrimonio de psiquiatras y psicólogos, hasta la irrupción de enfermedades que creaban importantes enfermedades de consecuencias mortales.

El tiempo corría en contra. Las reacciones adversas a drogas se habían convertido en una de las principales causas de muerte en personas jóvenes. La infección por el VIH y hepatitis C tenían muy amplia prevalencia, con extensión, incluso, a las personas que no consumían drogas por vía parenteral.

Estas prisas llevaron a actuar en connivencia con los consumidores, sin buscar el cese del consumo, sino frenar epidemias y evitar muertes. El pilar básico de los programas de reducción de daños vinculados al consumo de drogas.

Los clínicos asistenciales, profesionales de la medicina y de la enfermería, fueron requeridos a este nuevo ámbito, con sus hábitos de utilizar en el tratamiento de las enfermedades todos los recursos existentes.

No comprendían el retraso de acceso a la metadona o que el paciente hubiera de manifestar su voluntad de seguir el tratamiento. De la misma que los pacientes no mostraban su apetencia de insulina o hipotensores. \*

## Desembre de 1993. Els començaments del “Tony Teclas”.

El desembre de l'any 1993 vaig començar a treballar en el SAPS mitjançant una empresa de treball temporal. Anava un cop a la setmana a entrar l'activitat del SAPS en un ordinador 286.... (ara el veuríem prehistòric).

El primer dia em vaig presentar en el SAPS que estava en el primer pis de l'ala esquerra de l'hospital Peracamps. Recordo que feia una olor especial. Després de 23 anys i 3 ubicacions diferents en l'Hospital, encara fa la mateixa olor.

Em va rebre el Dr. Miguel de Andrés. Jo només li podia oferir velocitat en la entrada de dades, aptituds administratives i moltes ganes d'aprendre, ja que no tenia ni idea de drogodependències. Ell em va ensenyar moltes coses del món de les drogues i la reducció de danys.

Vaig anant coneixent als meus companys, gent molt involucrada en els temes de drogodependències. De seguida vaig tindre molt bona sintonia amb ells. Coincidia en la meua jornada amb la reunió setmanal d'equip i no estava en contacte amb els usuaris. Jo anava entrant dades a l'ordinador, que si fulanito del tal se li havien donat 3 xutes, 2 aigües, alimentació..... etc, i mentre feia això anava escoltant el que deien en la reunió. Allò era una gran font d'aprenentatge. Tot ho debatien, el dia a dia, protocols, futurs projectes ... (em consta que encara ho fan). La seva prioritat sempre era el benestar de l'usuari, encara que tinguessin que sacrificar tant millores laborals com personals. Si hi havia un cèntim de

més en el pressupost era per aconseguir fer més activitats amb ells.

Aquests treballadors anaven superant dificultats rere dificultats, canvis d'ubicació, retallades. Fins a la data Peracamps ha tingut quatre ubicacions:

- 1era ubicació: primer pis ala esquerra de l'Hospital. El van tindre que deixar perquè es tenien que reformar les estructures de l'edifici per aluminosi
- 2ona ubicació: planta baixa ala esquerra de l'Hospital. Tenia que ser un lloc provisional, tant provisional que es va tenir que deixar a corre cuïta perquè es va caure el sostre.
- 3era ubicació: primera planta ala dreta de l'Hospital Avinguda. Drassanes, 13.
- 4a ubicació: Davant del Porta Nou, s/n

Dins el meu aprenentatge va ser crucial quant el Miguel de Andrés em va oferir fer un stage per la nit amb l'equip del SAPS. Per fi li vaig poder posar cara als noms que setmana rere setmana anava introduint en el programa SAPS. Vaig estar dos mesos anant dos dies a la setmana de 2 a 6 del matí. Allò va ser com un màster i vaig aprendre molt.

Gràcies a tot aquest aprenentatge em van contractar en el CAS. Durant uns anys vaig estar en els dos llocs, fins que finalment van decidir que estigues en el CAS al 100 %, encara que seguiria portant temes de pressupost del SAPS, però no el dia a dia.

El destí ha fet que a partir del mes del 19 de setembre em torni a retrobar amb ells. Ara és un altre moment i un altre equip, no tornaré a ser pel SAPS el “Tony Teclas”, però si tornarem a compartir el dia a dia. ✨



## Entrega y recogida de material de consumo

La entrega de material nuevo para el consumo de drogas ha sido uno de las principales responsabilidades, para evitar infecciones transmisibles por la vía parenteral. Estos programas han sido de gran utilidad en la disminución de las infecciones por vía parenteral.<sup>22</sup>

Desde el inicio, en la entrada del SAPS, se ha ubicado el servicio de entrega de material no contaminado de consumo y recogido del ya utilizado. Se ha pasado por diferentes modalidades hasta la actualidad, en la que la entrega de material nuevo de consumo no viene condicionado por el número de jeringas entregadas.

En los primeros años el número de jeringas entregadas se ajustaban a las jeringas que traían los usuarios, con objeto de que no hubiera material contaminado en 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 calle<sup>23</sup> y que se ha comprobado que se comparte menos frecuentemente el material, si se entrega en mayor cantidad<sup>24</sup> se ha aten-

dido a la cantidad de material solicitado por los usuarios –salvo peticiones desmesuradas,– a pesar de que disminuyera el porcentaje de recuperación de jeringas.

Se acepta asimismo que grandes intercambiadores se lleven gran número de jeringas, bajo el concepto de que las jeringas solo se utilizan para la inyección de sustancias. A un determinado momento fuimos conscientes que algunos de estos distribuidores vendían las jeringas en Can Tunis. Con todo, en reflexión del equipo, se entendió que las jeringas llegaban a personas que iban a consumir a las que nosotros no teníamos acceso y se continuó con el suministro a estos pequeños comerciantes de jeringas.

Incluso en las situaciones más adversas se ha intentado mantener la distribución de material de inyección. Se ha intentado también fomentar la participación de otros dispositivos, como las farmacias comunitarias o la existencia de máquinas distribuidoras de jeringas.

También se han promovido la distribución de jeringas en centros penitenciarios, bajo el reconocido argumento que la privación de libertad no ha de incidir las prestaciones asistenciales o preventivas sanitarias.

SAPS, desde el inicio ha recibido un importante número de visitas que evidencia la capacidad para contactar con la población objeto de la atención (Tabla 2). \*

**TABLA 2. Visitas y programa de entrega y recogida de jeringas.**

	Visitas	Nuevos	Intercambios	Entregadas	Recuperadas	Índice
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%

## El equipo SAPS

Desde el principio se ha contado con director de servicio, administrativo-logista, personal de enfermería, asistentes sociales, educadores, monitores, un médico internista. También, objetores de conciencia que realizaban la prestación social sustitutoria y voluntarios que colaboraban con el servicio.

Inicialmente colaboró en la asesoría legal Juan Carlos Somalo y posteriormente Mar Fernández.

Al principio el mantenimiento del orden estaba confiado a un guardia de seguridad de una empresa externa. Pero al no compartir su formación con nosotros, en ocasiones las actuaciones eran dispares y, a menudo, generadoras de conflictos.

A los pocos meses de funcionamiento se cambió la figura del guardia de seguridad por un monitor integrado en la plantilla. Con gran satisfacción por parte del equipo y ninguna voluntad de volver a la situación anterior.

Al cubrir los siete días de la semana, se hacía necesario tener dos diferentes equipos. Para su coordinación los martes por la tarde ha tenido lugar siempre la reunión de equipo. \*

## La reunión de equipo. La reunión de los martes

Todos los equipos desarrollan metodologías de trabajo, pautas homogéneas. Esta metodología se ha desarrollado a partir de las reuniones de los martes. Y es interesante, porque en los 23 años puede hablarse de las reuniones de los martes: no han cambiado de día.

La sistemática tiene aún el regusto de la inspiración suiza. Un orden del día muy estructurado. Primero los filtros o descripción de las entrevistas nuevas realizadas, con explicación al resto del equipo del resultado final de apto (aceptado en el servicio) o no apto: no consumo o no situación de marginalidad. Es decir, ser aceptado implicaba una política de máximos y rebasarlos impedía el acceso.

Tras los filtros, los casos. Discusión de especiales circunstancias que incidían en algunos de los aptos o miembros del club. En la práctica a menudo es discutir sobre alteraciones de comportamiento que han llevado a la expulsión.

Después apartados específicos como el caso social, minuto médico, la información del director y varios.

Algunas sesiones se dedican a la formación del equipo y en una fase hubo sesiones bibliográficas, mantenidas por los propios miembros del grupo.

Una vez al mes tiene lugar la supervisión. \*



## Expulsiones, situaciones de alarma y cierre del servicio

Habitualmente se comunica a la persona que distorsiona el servicio que ha de abandonar el mismo servicio y que se le comunicara posteriormente la duración de la expulsión, a decidir en la reunión de los martes.

El equipo ha evitado las expulsiones definitivas. En su lugar se planteaba la expulsión condicional, indefinida. Condicionada a un cambio de actitud. Si se daba el cambio de actitud, generalmente después de una nueva entrevista, la persona podía volver a entrar en el servicio.

Ha existido notable consenso en las expulsiones inmediatas. A una persona que está alterada, que dificulta la relación, se le pide que abandone el servicio. A veces se ha denominado expulsión express. *Márchate y vuelve mañana.*

En ocasiones el abandono del servicio no ha sido tan fácil. Se intentaba crear una especie de cono con base en la puerta para intentar conducir al usuario transgresor a la puerta y cerrarla. Si no se conseguía se activaba la alarma. Ruidosa, aparatosa, como todas las alarmas.

Ha solido ocurrir que en la puerta, el expulsado descargaba su ira. Contra la puerta cerrada o la ventana. Si la alarma no terminaba de ser disuasoria, al requerimiento del servicio de seguridad vinculado a la puesta en marcha de la alarma, se solicitaba la presencia de los “Mossos d’Esquadra”.

El protocolo se basaba en intentar la salida de la persona alterada y cerrar la puerta con el resto de los usuarios, dentro. En ese tiempo, no había entradas, ni salidas al servicio. Si no se podía conseguir que el usuario abandonara el servicio, la norma era que el equipo se encerrara en el despacho y desde allí, por teléfono, requerir la presencia de la policía. Casi no recordamos haber tenido que recurrir a esta medida.

En situaciones de conflicto, la actitud del resto de usuarios siempre la hemos considerado como neutra. No esperábamos que actuaran, aunque, siempre hemos tenido la idea de que serían más aliados que enfrentados. Pero no hemos contado, de antemano, con su necesaria colaboración.

Los motivos de expulsión y reglas básicas del servicio son prohibición del consumo –a excepción de la sala de inyección-, no violencia, no destrucción del material

del servicio. Por parte del equipo siempre se ha intentado mantener la situación a través de la autoridad moral, sin recurrir nunca a la violencia y, en lo posible, sin tener que alzar la voz.

Cuando la negociación se considera que no es posible se recurre a la alarma y requerimiento de la policía. Las mencionada puerta cerrada del servicio y, si es necesario, del despacho, con el equipo dentro.

Tras la alarma, el servicio de vigilancia externa llamaba por teléfono. Había que dar una contraseña que indicaba que eran los miembros del equipo los que contestaban al teléfono. Siempre la misma contraseña que no la vamos a revelar por si en el futuro la seguimos utilizando.

Una vez identificados por la contraseña como miembros del servicio se podía solicitar que la empresa de vigilancia llamara a la policía o bien considerar controlada la situación.

En general, la respuesta policial ha sido la adecuada. En ocasiones se ha solicitado presentar una denuncia de la persona en cuestión. Se ha hecho en contadísimas ocasiones. La presencia policial era para recuperar el orden.

Muchas veces la persona que ocasiona la distorsión se hallaba bajo los efectos de drogas no legales o benzodiazepinas. Y no ha sido infrecuente que al día siguiente no recordara nada.

La expulsión es un aspecto débil de las tareas del servicio. Es un argumento para controlar la situación y siempre se intenta que

tenga un trasfondo educativo, más que punitivo.

Es un aspecto débil, matizado porque son pocas las herramientas para modificar la conducta de nuestros usuarios. Pero por otro lado, la privación de las ventajas del club –comida, descanso, ducha, lavandería- en personas que se hallan en la calle es lamentable o, en ocasiones, del uso de la sala de consumo implica romper el seguimiento asistencial.

Las expulsiones se proceden en el contexto de la situación misma, pero se discuten en la reunión de equipo. La tendencia es que sean lo más limitadas en el tiempo posible y las circunstancias que las prolongan más son la propia seguridad del equipo.

El global del equipo permite ponderar el rigor del castigo.

Nuestro servicio ha sido siempre muy pequeño, con pocos metros cuadrados, lo que ha facilitado la situación de conflicto. Creemos que en un futuro, el diseño de espacios más amplios ha de permitir disminuir también la conflictividad. ✨



## Los conflictos en la sala de consumo

Con la aparición en 2003 de la sala de consumo, se ha tenido que arbitrar los límites de su utilización. En general se defiende la integridad de los profesionales. El consumo de coca puede generar en algunos usuarios habitual situaciones de riesgo. La sala –como todo el servicio– es pequeña y no reúne condiciones para un consumo seguido de agitación física, probablemente sin haberse deshecho de la jeringa.

En ocasiones –menos que en el resto de las dependencias– hay expulsión de la sala. En pocas ocasiones a consumidores únicamente de heroína. \*

## 1996. Revista Zaguán

Ballesteros C. Zaguán Madrid: Fundación para la atención a las toxicomanías de la Cruz Roja Española 1996; 2 (Octubre) 8-11<sup>25</sup>

El Servicio de Atención y Prevención Sociosanitaria para Drogodependientes de Cruz Roja de Barcelona (SAPS) es un lugar al que va gente que no tiene ningún otro sitio dónde ir. Acorralados por la droga y por la calle, todas las noches pasan por allí unos 110 drogodependientes, algunos de los cuáles están gastando los últimos cartuchos de su vida. Puede ser un primer paso hacia un centro de desintoxicación, pero, sobre todo, es un espacio donde huyen por unos momentos de la dureza de sus existencias: ducharse, cenar, lavar la ropa, jugar a las cartas, intercambiar jeringuillas o recibir tratamiento médico. “Vengo porque no tengo donde caerme muerto”, dice Javier, un camarero en paro de 28 años y heroinómano. \*





## Dear SAPS, (maig 1998-set. 2016)

Montse Grifols Vila

Arriba el moment de fer una ullada enrere i endinsar-se en l'emoció que suposa deixar aquestes parets tan impregnades de històries de vida de tots els usuaris que ens han visitat. Així com els companys professionals que ens han acompanyat en aquest magnífic trajecte de 23 anys, en aquest espai arrelat a l'Avinguda Drassanes del barri del Raval.

Personalment, qui diria, fa 18 anys quan vaig desembarcar en aquest centre de Creu Roja, que aquestes històries de vida deixarien tanta empremta en mi, darrera de cada tràmit administratiu. Quan vaig arribar al servei, ja el meu amic Dr. Delàs deia que el nostre propòsit era cada dia aixecar la persiana i atendre amb la màxima excel·lència els usuaris que ens venen a veure i tancar-la amb el mateix apoderament per obrir-la el dia següent.

Crec que aquest gest ha estat la clau que ha configurat l'ADN d'aquest servei més enllà d'atendre a la nostra gent en un espai reduït i en manca d'alguns recursos que donarien una atenció més integral a les necessitats de la nostra gent. I que ha permès que el SAPS hagi evolucionat en el llarg del temps amb nous projectes i estudis d'investigació amb la constant voluntat de poder millorar la qualitat de vida dels nostres nois-noies.

Hi ha hagut dies de molta intensitat, com no, donat els problemes sanitaris i socials de la gent que atenem, però també enormes vivències gratificants que cadascú que ha passat pel SAPS s'emporta com el més bell record. Molts dels nostres nois i noies verbalitzen que som la seva família, ja que són molts els que encara ens visiten des del seu inicis i també alguns que malauradament ens han deixat.

No és estrany, que són molts els equips i serveis sanitaris d'aquí i d'arreu del món que hagin volgut visitar el SAPS, ja que des dels seus inicis ha estat un referent a nivell local i estatal.

Tot aquest llegat ha estat possible gràcies a les administracions locals, estatals que han confiat amb nosaltres i la col·laboració d'entitats socials amigues, però destacar la plus vàlua professional i personal dels directors Pere Anton, Miguel, Ernesto, Olga i estimats companys professionals, alguns d'ells bons amics, que durant aquests anys han passat pel servei i que han configurat aquesta meravellosa família Sapiana.

Cadascun d'ells ha deixat la seva empremta personal així com els nostres usuaris tan estimats que ens han acompanyat en aquest viatge que aquest 2 de setembre 2016 tanca la seva persiana al barri del Raval per continuar el nostre llegat amb els nostres companys d'ARD i CAS Creu Roja Lluís Companys.

Per a mi ha estat i seguirà sent un honor formar part d'aquest servei i continuar el nostre viatge cap a la nostra Itaca integral, que ben segur algun dia arribarà a port.

Estimat SAPS....forever! ✨

## Filtros y perfiles

El servicio se planteaba como un club. Y para ser admitido era necesario pasar una entrevista. Como no había precedentes de centros estables –había antecedentes de distribución de jeringas por servicios en la calle- se creó un nuevo léxico.

La entrevista pasó a denominarse un filtro y el resultado apto o no apto. Muchos servicios han integra-

do algunas de estas palabras. El filtro recoge las tres constantes de la información requerida en el servicio: datos sociodemográficos, antecedentes de consumo, antecedentes de enfermedades. Que son los que invariablemente aparecen en todas las comunicaciones.

Estos datos en 1993 mostraban como perfil más frecuente, varón, de edad media de 29 años, mayoritariamente español, no catalán, consumidor de heroína por vía intravenosa. En 1999 la tasa de infección VIH era de 33%, hepatitis B 42% y hepatitis C 52%.<sup>26</sup> \*

### Filtros

Per al perfil d'atenció, l'accés es directe i l'àmbit d'actuació no sectoritzat. Els usuaris poden arribar al recurs per iniciativa pròpia o be, derivats per la xarxa d'atenció a drogodependents i/o la xarxa de serveis socials i sanitaris.

Per accedir a tots els serveis que es faciliten cal realitzar una entrevista-filtre amb els professionals. Aquesta primera acollida, permet detectar els usuaris Aptes- dels no aptes i determinar les necessitats, demandes i establir els objectius i el pla de treball inicial amb els usuaris.

Prezi

## Recogida excesiva de datos

Hemos recogido muchos datos, pero pocos parece que sean determinantes para fijar las políticas de actuación. Diferentes administraciones solicitan, a cambio de las ayudas concedidas, numerosas datos, que consumen mucho

tiempo del equipo. Con lo cual se reduce la ayuda destinada a la atención de los usuarios que se ha de dedicar a contar con personal para cumplimentar las estadísticas.

Sería conveniente diferenciar qué datos son realmente relevantes y qué datos no tienen interés, más allá de realizar publicaciones, a menudo tampoco trascendentes. \*

### Perfil de las personas que consultan en el SAPS<sup>27</sup>

**PERFIL DE LES PERSONES QUE ACUDEIXEN ALS SERVEIS DE REDUCCIÓ DE DANYS CREU ROJA**

- Persones majors d'edat. Edat mitja de 34 anys.
- Major percentatge d'homes que dones (86% homes - 13% dones i 1% transsexuals).
- Inici consum de drogues legals i no legals sent força jove, historial de consum de llarga evolució i amb consum de substàncies de forma simultània (heroïna, cocaïna, speed-ball i/o benzodiazepines).
- Via d'administració endovenosa prioritàriament i en menor mesura pulmonar, nasal o oral.
- Ha estat o es troba en programes de tractament amb metadona i presenta recaigudes al consum.
- Pràctiques de risc sexuals i/o associades al consum de drogues.
- Situació social i sanitària deprimida. Presència de malalties infeccioses, deficiències en higiene i nutrició.
- Dificultat amb l'inici i adherència a diferents tipus de tractament i seguiment mèdic.
- Sense domicili fix. Pernoctació al carrer. Utilització irregular dels albergs municipals, pensions o habitacions.
- Sense recursos educatius (manca d'habilitats socials), econòmics (en alguns casos són beneficiaris de prestacions com PNC, Pirmi, excarceració...), ni laborals (treballs esporàdics i marginals).
- Pràctica de la prostitució en el passat o exercici habitual en determinats casos.
- Manca de suport familiar i social (desarrelament familiar).
- Causes pendents amb la justícia, faltes, multes i estades a presó de manera reiterada.
- Allunyament de la xarxa assistencial normalitzada.
- Dificultats amb horaris, normativa i assistència a visites programades amb els centres i professionals referents.

Prezi

© 2016 by Prezi. All rights reserved. Prezi is a registered trademark of Prezi Inc. and its licensors. All other marks are the property of their respective owners.

## Análisis de laboratorio. Test rápido

Quisimos saber más de nuestros pacientes y pasamos a realizar pruebas de tuberculina. Un acuerdo con el servicio de tuberculosis vecino, dirigido por el Dr. Caylà, y posteriormente con el servicio de Peracamps, nos permitieron tener acceso a radiografías de tórax. También, a través del Centro de Atención Primaria de Drassanes contamos con frotis y cultivo de esputos, para descartar fundamentalmente tuberculosis.

The image shows a complex medical form for laboratory tests. At the top, it says 'Institut Català de la Salut Laboratori Clínic Manso' and 'PETICIÓ ANALÍTICA ORDINÀRIA'. There are sections for 'Estrada de la Salut Laboratori' and 'Estrada de la Salut Referencia'. The main part of the form is a grid of checkboxes for various tests, organized into categories like 'PROFESIONALS' and 'FEMELLA'. The tests listed include various blood counts, coagulation tests, and specific serological tests. At the bottom, there are fields for 'ALTRES (especificar la petició)' and a barcode area.

Inicialmente nuestros pacientes no tenían mucho interés por la asistencia sanitaria. Había que hacer algo diferenciador. Y sorprendentemente, captó su atención el que les realizáramos pruebas cutáneas de tuberculina. Ya interactuábamos con objetos.

Posteriormente fuimos al Departament de Sanitat a pedir ayuda para hacer análisis de sangre. Pero nos dijeron, haced “counselling”, aconsejar. Probablemente era una buena propuesta desde la Sanidad Pública, pero nuestro quehacer clínico nos movía a contar con análisis.

Los primeros análisis fueron de Ac frente al VIH. EN 1993. Se pagaban a un laboratorio, CE-RO, y se

gestionaban desde una farmacia existente en la calle Sant Ramon.

Un gran avance nos los facilitó la Agència de Salut Pública de Barcelona, pudiendo hacer análisis a partir del Centro de Atención Primaria (CAP) de Manso. Realizamos las extracciones en nuestro el propio centro y a la mayor brevedad posible, personal de Creu Roja lo llevaba al laboratorio del CAP de Manso. Recogíamos, también, los resultados n dicho laboratorio y si había algún resultado que debiéramos conocer antes no avisaban por teléfono.

La colaboración ha sido eficaz. Recientemente, con la reorganización de los laboratorios de la Seguridad Social, las muestras se llevan al laboratorio del Hospital de la Vall d'Hebron.

De gran utilidad ha sido contar con los tests rápidos. Se trata de pruebas que permiten dar los resultados de serología en el espacio de 10 o 15 minutos. Inicialmente eran en sangre, con una punción en el dedo y posteriormente en saliva. Hemos contado con reactivos para VIH, hepatitis C y sífilis.

Hicimos un inicial estudio sobre la confianza que atribuían nuestros usuarios a esta modalidad de análisis. Los resultados fueron de alta confianza. También elaboramos un conjunto de normales secuenciales para la información de los resultados en pocos minutos.

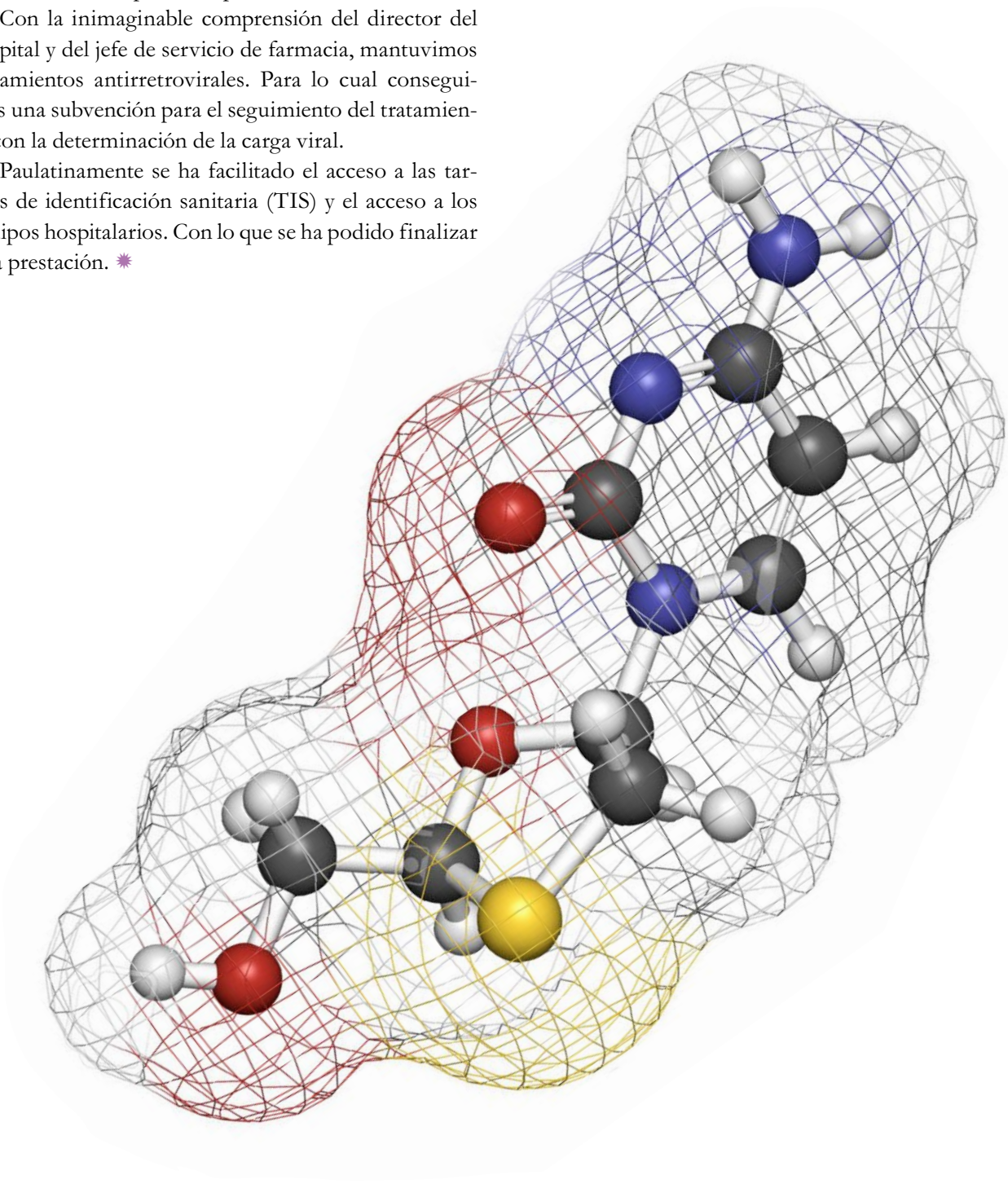
Progresivamente, nuestros atendidos han incorporado con toda normalidad esta modalidad de realizar análisis clínicos. ✨

## Tratamiento antiviral

A partir de 1997 apareció tratamiento antirretroviral que era capaz de detener la progresión de la infección del VIH y sus complicaciones. Algunos de nuestros pacientes no tenían tarjeta sanitaria o, por diferentes motivos, no conseguían llegar a los servicios hospitalarios para acceder al tratamiento.

Con la inimaginable comprensión del director del hospital y del jefe de servicio de farmacia, mantuvimos tratamientos antirretrovirales. Para lo cual conseguimos una subvención para el seguimiento del tratamiento con la determinación de la carga viral.

Paulatinamente se ha facilitado el acceso a las tarjetas de identificación sanitaria (TIS) y el acceso a los equipos hospitalarios. Con lo que se ha podido finalizar esta prestación. ✨



# Consolidación, apertura de la sala y establecimiento de las bases de un centro integral

Ernesto Sierra fue desde el inicio el psicólogo supervisor del equipo. Un completo conocimiento de la teoría, de las reglas de la supervisión, le permitió una impecable puesta en práctica. Resultó, pues, lógico, que quien había cuidado durante siete años la psique del equipo, acabara tomando las riendas, porque conocía a la perfección un grupo, que no podía dejar de pedalear, a riesgo de acabar cayendo.

Los recortes no fueron ajenos al servicio y le tocó lidiar con ellos al siguiente director, Ernesto Sierra, psicólogo. Fue la época de desarrollar de la sala de inyección y también la de tener el criterio de caminar hacia el centro integral. Ya se dieron los primeros conceptos e incluso los primeros planes para conseguir más horas y más espacio.

Las limitaciones presupuestarias no impidieron la puesta en marcha de la sala de venopunción, a pesar, incluso, de que no se había estimado que implicaría un coste. Simultáneamente fue amplia la asistencia a personas subsaharianas que ejercían la prostitución en los barrios cercanos al centro.

Continuó la presencia en la comunidad científica y también en el contexto de Cruz Roja, del que Ernesto es buen conocedor. Se impartieron dos cursos de verano de la Universidad de Barcelona, els Juliols de l'UB –2004 y 2005– y Ernesto presentó los primeros planos y diseño de un nuevo centro destinado a dar mejor respuesta a las necesidades de los usuarios y que se denominó, Centro Integral.

El fenómeno “no en el jardín de mi casa” complica mucho la situación. Tienen lugar las manifestaciones del vecindario en relación a la implantación de la sala de consumo de Valle Hebrón. También hay oposiciones de tipo personal o incluso político en un contexto siempre involucrado en elecciones municipales. ✨





## La supervisión en los equipos de reducción de daños

Ernesto Sierra Terrádez<sup>28</sup>. Jefe de Servicio CAS y PADS de Creu Roja. Jefe de Estudios del Máster en Drogodependencias, Universidad de Barcelona

Las sesiones de supervisión son útiles, y con frecuencia necesarias, en los equipos que trabajan en áreas de la salud o en los servicios sociales. Pero lo son de un modo especial en el trabajo con usuarios desde el enfoque de reducción de daños (RD).

La proximidad necesaria al usuario dificulta, en ocasiones, un distanciamiento más objetivo de las tareas a realizar. Si baja la objetividad del profesional, este estará más expuesto a la angustia y frustración que el usuario le trasmite con sentido de urgencia en la satisfacción de sus justas demandas en función de sus necesidades. Gestionar los escasos recursos y planificar las demandas de lo inmediato se hacen aun más difíciles en RD.

En cuanto a la continuidad del contacto, la mayor parte de recursos de RD están a medio camino entre los recursos residenciales de larga estancia y las tareas concertadas a nivel ambulatorio. En ocasiones, con roles menos definidos que en los modelos residenciales o ambulatorios, factor que puede amentar los conflictos entre los profesionales del equipo y su consiguiente malestar.

Comparte con el resto de Servicios Sociales el detectar gran número de necesidades y tener que darles respuesta con recursos muy limitados.

Su labor puede no ser aceptada por la comunidad de proximidad (“no en la puerta de mi casa”) o no ser bien

entendido entre la comunidad de profesionales. Estos dos factores pueden generar un general malestar añadido a los ya descritos. También puede producir cierto repliegue en el equipo con riesgo de generar reacciones de autocomplacencia, en lugar de analizar y rebatir las críticas externas.

Los argumentos expuestos de forma muy resumida hacen más que necesaria la supervisión en estos equipos.

El tipo de supervisión no difiere demasiado del que se realiza con otros servicios. El objetivo puede centrarse en los conflictos que genera la ejecución de las tareas, el grado de autonomía con relación al encargo institucional, las relaciones con la institución a la que pertenece el proyecto, la gestión del mismo y el análisis de cualquier otro factor que genere malestar y desgaste emocional.

En ocasiones se plantea si la supervisión es formación. Que contribuye al desarrollo profesional y a mejorar el conocimiento desde la reflexión sobre la experiencia, creo que no debería haber ninguna duda. Algo más complicado es el reconocimiento como carrera profesional de las sesiones de supervisión para los asistentes. Por un lado los contenidos son muy específicos de cada equipo y de cada situación, lo que hace muy difícil una homologación de créditos o reconocimiento institucional. En lo que se ha avanzado más en la acreditación de la persona que realiza las sesiones de supervisión. Diversas organizaciones científicas establecen baremos para acreditar a los profesionales que lo solicitan. La ausencia de un programa previo y de una agencia de evaluación externa de reconocido prestigio hace difícil que pueda ser considerada la supervisión como carrera profesional. Este factor para nada le resta utilidad ni cuestiona su imperiosa necesidad en RD. ✨

## Mortalidad vinculada a las reacciones agudas al consumo de drogas

En la década de los 80, en Barcelona surgió una importante preocupación por los efectos indeseables del consumo de drogas. Especialmente heroína. Se concretó con los trabajos de la Dra. María Teresa Brugal<sup>29</sup> y sus colaboradores.

Las reacciones adversas a drogas se habían convertido en una de las principales causas de defunción en personas jóvenes<sup>30 31</sup>, con una muerte cada 3 días solo en la ciudad de Barcelona. Las muertes por reacciones agudas al consumo<sup>32 33 34 35</sup> constituían una de las principales causas de defunción entre jóvenes. No es suficiente la entrega de material estéril de inyección –prevención de contagios– sino que se hace necesaria la supervisión misma del momento del consumo.

Esta observación dio lugar a medidas en diferentes momentos: la educación sanitaria para evitar las reacciones agudas, la supervisión misma del consumo a través de las salas de venopunción, talleres de formación para prevenir muertes por reacción aguda en consumidores de heroína y/o cocaína intravenosa con programas de asistencia con naloxona dirigidos a los consumidores y sus compañeros. Impulsados por el mismo equipo de la Dra. Brugal y del Dr. Xavier Majó<sup>36</sup>.

En nuestro servicio, la sala de consumo se instauró en 2003 y los programas de formación para actuar frente a reacciones agudas en 2009. \*



## The epidemiology of the acute adverse drug reaction in Barcelona in 1983-1992: a mortality analysis<sup>37</sup>

### BACKGROUND:

Mortality caused by acute adverse drug reactions (AADR) increased in Spain over the eighties and has become one of the major causes of death for youth. This paper presents the results of a study in the city of Barcelona during the 1983-92 decade; based in the city drug information system.

### METHODS:

The study includes all deaths caused by AADR autopsied in the Forensic Institute between 1983 and 1992. Mortality of city residents is analyzed by cohort, grouping data in two-years and adjusting Poisson regression to mortality rates by age group, birth cohort and period of study.

### RESULTS:

During this period a sharp increase in AADR mortality is seen, as there were 19 deaths in the city in 1983 and 160 in 1992. The increase concentrates in the years 1987-89. Although previously the increasing mortality of drug users was related by some observers with the progressive deterioration of their health status, linked to their increasing age and to the cumulative effects of years of substance dependence, the mortality analysis points to a clear period effect, resulting in an increased mortality across all age groups, for cohorts born after 1960.

### CONCLUSIONS:

These results point to changes in the illegal drug market in the city or in the patterns of abuse as most likely causes for the increase. The results also suggest that since 1989 there is a stabilization in mortality due to AADR, which deserves further study. \*

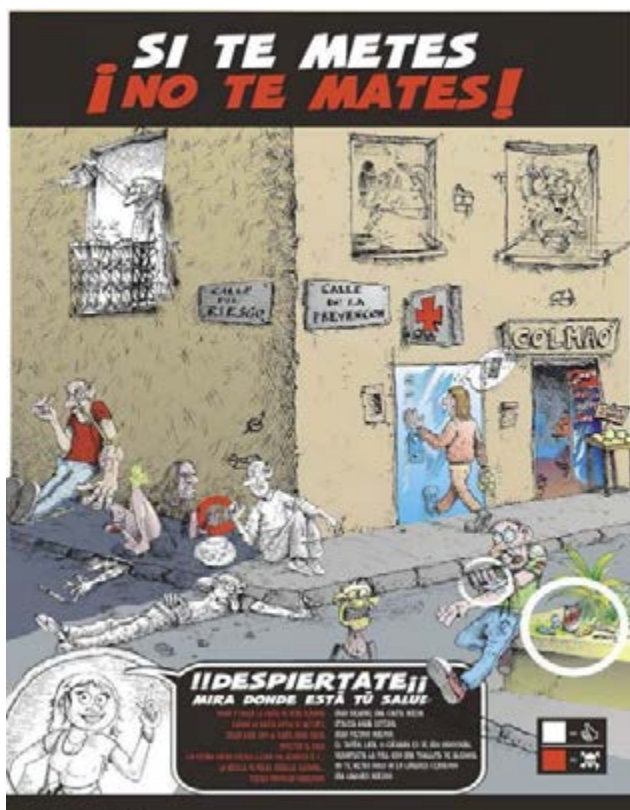
## Si te metes, no te mates

Los esfuerzos en conseguir una información dirigida a evitar riesgos en el consumo parten de la colaboración entre consumidores y profesionales. Los consumidores explican como realizan el consumo y los profesionales intentan plantear medidas menos arriesgadas.

Se hizo necesario, en primer lugar, aprender de los usuarios. Información caliente de los usuarios frente a la información fría. A partir de esta relación se pudo generar material que previamente en los libros no existía, a menudo bajo la inspiración del proyecto Lifeline de Manchester<sup>38</sup>. En estas tareas de información tuvieron mucho protagonismo nuestros primeros educadores, Marta García<sup>39</sup> y Sonia Cebrián<sup>40</sup> entre ellos.

Dio lugar a talleres y a un interesante poster diseñado por los usuarios que inspiraron a un dibujante profesional, ajeno al campo de la atención de drogas. “Si te metes no te mates”, en frase afortunada viene a resumir la filosofía de la reducción de riesgos. El condicional, si escoges seguir consumiendo, introduce a que no tenga consecuencias funestas para la salud.

### El poster de educación sanitaria, “Si te metes, no te mates”



Aquí cabe diferenciar las dos principales drogas ilegales consumidas por vía intravenosa. En ambas los entornos clandestinos dónde y cómo hay que conseguirlos y la vía venosa implican capacidad nociva independientemente de la farmacología de las dos sustancias.

La heroína es más conocida porque sus efectos son también más limitados. De la familia de los mórficos tiene efectos antitusígenos, analgésicos y antidiarreicos (o astringentes). El principal efecto adverso es la depresión del centro respiratorio.

La dosis en el cuerpo más allá de los niveles habituales de consumo para cada persona puede dar lugar a disminución de la frecuencia respiratoria y parada respiratoria. Se consideró por aquel entonces que no existían videos de calidad. Por lo que con un equipo de profesionales del campo audiovisual y la una ayuda del plan Nacional de Drogas se realizó la filmación del mismo nombre. \*



## Salas de venopunción, consumo higiénico

La primera sala supervisada de inyección de drogas España se abrió en Madrid en el año 2000. Se la denominó Dispositivo Asistencial de Venopunción (D.A.V.E.).<sup>41</sup>

Apareció otro espacio de consumo supervisado en Barcelona, en Can Tunis,<sup>42</sup> el más importante espacio de venta y consumo de la ciudad. Entre 2003 y 2005 aparecieron cuatro más,<sup>43</sup> 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. Participaron, entre otros, en su puesta en marcha, los profesionales de enfermería, Laia Rosell, Esther Franch, Eugenia Juárez, Marc Lancharro.

En los primeros 37.000 consumos ha habido un escaso número de reacciones agudas (232) y sin ninguna muerte tal como ocurre en las otras salas supervisadas de Europa, Australia y Canadá<sup>44</sup>.

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 evi-

tar salas excesivamente grandes y distribuirlas 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 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. ✨

**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	

## Salas de venopunción, consumo higiénico. Adecuada denominación

A muchos lectores nos gustaría que cuando los medios de comunicación se refieran a las salas de consumo de drogas, salas de venopunción o simplemente salas, eviten como sinónimo la palabra narcosala<sup>45</sup>.

Narco es un inicio de palabra que introduce a sueño, somnolencia y el principal objetivo de los centros que atienden a consumidores activos es precisamente evitar el sueño, quedarse dormido, impedir la depresión del centro respiratorio.

Tampoco son narcóticos la totalidad de sustancias que se consumen en las salas. Algunos sí, como la heroína o la combinación de heroína y cocaína -speed-ball-, pero no, por ejemplo, la cocaína. Narco tiene un tono peyorativo que nada tiene que ver con las personas que buscan en la tranquilidad y seguridad de una sala de venopunción continuar en su consumo con menor riesgo de accidentes agudos y de adquisición de enfermedades.

Las salas de consumo no sólo son un tema sensible a tratar en profundidad, con rigor y conocimiento, sino dispositivos sanitarios que evitan muertes. Basta recordar que mientras en la ciudad de Barcelona en los últimos 10 años han fallecido en los millones de consumo habidos en las salas de Europa, Canadá, Australia no ha habido ninguna reacción aguda con resultado de muerte. ([http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_2944\\_EN\\_consumption\\_rooms\\_report.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf))

Salas de venopunción, salas de consumo, salas, centros de asistencia a consumidores. En definitiva, dispositivos sanitarios que han dado vida y atención especializada a personas con también especiales necesidades. \*



## Insite, la sala de Vancouver

Xavi Bassols. Diplomado Universitario en Enfermería

Vancouver és una ciutat fantàstica, situada sempre al podi dels rankings de qualitat de vida. Envoltada de natura, on pots esquiar al hivern i banyar-te a la platja a l'estiu. Lloc de naixement de Greenpeace. Una de les ciutats que més ha sortit al cinema, gràcies a la seva indústria fílmica i als seus estudis, només superats per Bollywood i Hollywood. Habitada per persones obertes i afables. On, com a la cançó de Mazoni, l'àmbar dels semàfors, significa frena i no accelera. Té una història, si més no, peculiar.

Aquesta jove ciutat, d'uns 150 anys d'història, va ser néixer de la mà de John "Gassy Jack" Deighton, d'aquí que la zona més antiga se l'anomeni, Gastown. En Gassy, com li deien els seus amics, va arribar a la zona enmig de petits assentaments amb un barril de whisky i va prometre a tots aquells que l'ajudessin a muntar un "saloon" es podrien beure tot el whisky que volguessin. L'endemà al matí el "saloon" ja era fet. Vaja, que la ciutat es crea al voltant d'un barril de whisky.

L'arribada uns anys més tard del ferrocarril que unia el Canadà de costa a costa i la proximitat amb EEUU, van fer del port de Vancouver un dels més importants de Nord Amèrica, especialment després de l'obertura del canal de Panamà. Va ser sobretot punt d'arribada de productes asiàtics. La ciutat té un Chinatown només superat en magnitud per el de San Francisco.

Així, m'imagino jo, que whisky, mariners, opi i un clima temperat que fa que sigui l'única gran ciutat del Canadà on pots dormir al carrer tot l'any i no morir, literalment, de fred. Fan d'aquesta ciutat un lloc especial, històricament amb molta vida underground.

Sorpren al visitant l'àrea de East Hastings (Downtown Eastside), a dos carrers de Gastown i lloc on neix el terme nord americà "skid row" per referir-se als "barris baixos", i que en traducció literal seria "filera de lliscament", ja que era per aquí per on baixaven els troncs cap al port.

Podríem parlar de zona degradada per l'impacte de les drogues. Un espai ple de pensions de mala mort. Llocs on els nouvinguts tenen el primer contacte amb les drogues, ja que és en aquestes pensions on pernocten, deixant tot el petit ajut econòmic que els hi ofereix l'estat. La seva situació d'ilegals, no els permet treballar, iniciant-se així en el tràfic a petita escala i posteriorment el consum.

Un barri, on el tarannà canadenc es veu d'una forma especial. On conviuen persones usuàries de drogues amb



homes i dones de negocis, famílies i gent de tota mena. Pots veure una persona injectant-se al coll mirant-se en el retrovisor d'un cotxe, en un carrer de sis carrils, a les dotze del migdia, mentre un executiu amb maletí americana i corbata passa pel seu costat. Sorpren positivament aquesta pacífica convivència, així com els baixos índex de criminalitat, vista la degradació del entorn.

És a Hastings on té la seva seu VANDU, l'organització d'usuaris de drogues, suposo que va ser d'on sorgeix la "Declaració de Vancouver". Grans defensors i lluitadors pels drets de les persones que consumeixen drogues, i impulsors de la sala de consum, INSITE, també situada a Hastings. Una de les més grans de món i única de Nord Amèrica. Una sala gran, espaiosa, digna. Dotze places de consum on la intervenció dels professionals es produïa a demanda dels usuaris. Molt poc intervencionisme.

En el mateix edifici en les plantes superiors es podia accedir a tractament, desintoxicació i llarga estada. Creuant el carrer trobàvem un centre d'hospitalització de reducció de danys, on els usuaris s'allotjaven en habitacions estudi, on podien cuinar i viure, amb l'únic requisit de realitzar el tractament intravenós prescrit. El sistema informàtic connectava directament amb la sala de consum, per si l'usuari no es trobava al centre, poder veure si estava consumint i avisar-lo que tenia tractament.

Gràcies al congrés internacional de reducció de danys (IHRA) celebrat a Barcelona al 2008, vaig conèixer unes infermeres canadenques que hi treballaven. Mantinent el contacte amb elles, em van obrir les portes a poder realitzar-hi una estada com a voluntari. Personal i professionalment, va ser una experiència única. Conèixer gent d'altres cultures sempre és interessant,

però si a sobre treballen en el teu àmbit, és doblement enriquidor.

A part de la tasca en reducció de danys, les condicions i la consideració de la infermeria a la British Columbia en general, era absolutament increïble des de l'òptica d'un infermer català. A mode d'exemple, explicar que a les semifinals de la NHL (Hoquei sobre gel), l'esport nacional, que jugava l'equip de Vancouver, els Canucks, a l'última pausa de publicitat, a l'últim quart del partit, el primer anunci va ser del Consell de la Infermeria de la British Columbia, recordant a tothom que aquella era la setmana de la infermeria, que les infermeres tenen cura de la nostre salut...més o menys igual que aquí.

Tota aquesta experiència a Vancouver, així com tota l'aventura professional en l'àmbit de la reducció de danys no hagués estat possible sense el SAPS. El SAPS, bé, els seus treballadors/es i usuaris/es, els meus companys/es aleshores, em van formar. Vaig aprendre un munt de coses que no t'ensenyen a la universitat i que m'han servit professional i personalment, fins hi tot fora de l'àmbit de la reducció de danys.

El SAPS, a part de ser un centre de referència dins de la reducció de danys i d'atendre a moltes persones en risc d'exclusió social ha sigut una escola de professionals en l'àmbit. Molts dels que després hem treballat en altres centres o fins hi tot a altres països, hem passat i ens hem format al SAPS. Han estat formadors de formadors, amb un impacte difícilment quantificable però absolutament indubtable.

La meva experiència al SAPS va ser curta, però va marcar completament tot el meu devenir professional posterior, a part de donar-li sentit en un moment personal important. Tot un màster en reducció de danys en particular i en humanitat en general. ✨

# Talleres para prevenir muertes por reacción aguda en consumidores de heroína y/o cocaína intravenosa en un centro de reducción de daños en Barcelona. <sup>16</sup>

Igor Bacovich, Anaís Montserrat.

## RESUMEN:

**Introducción:** El SAPS es un servicio pionero en la ciudad de Barcelona que ofrece ayuda sociosanitaria a personas consumidoras de drogas ilegales en situación de exclusión social. Debido al número creciente de sobredosis observadas en nuestra sala de consumo, en 2009 surgió la idea de realizar talleres de formación dirigidos a las personas usuarias consumidoras de drogas y su entorno (amigos, conocidos y familiares) proporcionando la información necesaria para saber cómo actuar en una situación de sobredosis.

**Objetivo:** Disminuir el número de muertes por sobredosis en la ciudad de Barcelona a partir de pro-

porcionar a los usuarios que han tenido más de una sobredosis de los conocimientos y habilidades necesarias encaminadas a favorecer la prevención, detección y la actuación por reacción aguda al consumo de cocaína y heroína.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de una muestra de 231 usuarios que han tenido como mínimo una sobredosis des de 2004 hasta diciembre de 2011. De forma voluntaria, los usuarios han accedido a realizar la formación específica adquiriendo nociones básicas en prevención, detección y actuación en una sobredosis.

**Resultados:** De los 231 usuarios, el 24% han sido reincidentes, presentando más de una reacción aguda al consumo de heroína, cocaína o speedball. Hemos realizado un total de 192 formaciones; dentro del grupo de usuarios reincidentes, más del 85% de los usuarios han participado en el taller. Se han entregado un total de 423 kits de naloxona, de los cuales el 20 % han sido utilizados por los usuarios para revertir una sobredosis de heroína.

**Conclusiones:** Con este estudio proporcionamos evidencia observacional de que los talleres formativos son efectivos, por lo que deberían ser incluidos en el abordaje integral del paciente dependiente del consumo de drogas por vía parenteral. ✱

## Programas y actividades<sup>17</sup>

**Programes i activitats**

- PLE: Derivació ràpida per començar el tractament de metadona/altres tractaments (CAS Cruu Ross i CAS Baluard).
- LITS: Allotjament palliatiu de curta estada en pensions concertades. Projecte gestionat per la treballadora social del centre. Valoració i admissió sota criteris sanitaris i socials.
- RECOJE: Recollida comunitària de veringues i altre material de consum abandonat a la via pública. Activitat remunerada i coordinada per un professional referent del servei.
- PLA DE RECONDUCCIÓ: Per a usuaris vinculats al SAPS, amb consum esporàdic i que segueixen en situació d'exclusió social. Se'ls ofereix cobrir les seves necessitats bàsiques en un altre horari, i amb un pla individualitzat per tal de donar-los l'alta del servei en un període de 3 a 6 mesos.
- TALLERS BOLA DE NEU: Tallers educatius i sanitaris on es fa un intercanvi d'informació amb els usuaris, proposant-los temes en els quals són experts. Es fa un grup focal (jobistes) amb sessions teòric-pràctiques i es fan entrevistes sobre el tema proposat a altres usuaris.
- PLA DE PREVENCIÓ DE SOBREDOSI PER OPIACIS I PSICOESTIMULANTS: Realització de tallers mensuals i seguiment remunerat, on es forma els usuaris com a agents de salut en sobredosi (ASSO) i se'ls facilita Kits de naloxona i material per actuar en aquests casos.
- PROJECTE "INTERVENCIÓ PREVENTIVA, ASSISTENCIAL I DE SEGUIMENT EN L'ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT ANTIRETROVIRAL EN POBLACIÓ VIH/SIDA SENSE SOSTRE": Col·laboració amb diferents entitats (Àmbit, Acas, Comitè anti-sida de València), amb l'objectiu de millorar l'adherència, oferint beques d'ajut, acompanyaments, tallers i plans de treball individualitzats.
- AULA DE FORMACIÓ: Projecte pedagògic de reforç i suport educatiu individualitzat per a usuaris de drogues en fases de disminució del consum i/o en programes de metadona. L'objectiu es servir d'enllaç amb altres recursos formatius i afavorir la seva integració social.
- PROJECTE AJUTS AL TRANSPORT I DESPLAÇAMENT: Ajuts en el pagament de bitllets pel desplaçament, tràmits de documentació, ulleres i odontologia.
- ACCÉS A PROVES DE DETECCIÓ: prova ràpida cromatogràfica i tradicional de VIH, VHC i Sífilis. Detecció de càrrega viral i inicis de tractaments.
- ACCÉS A TARGETA SANITÀRIA INDIVIDUAL: Per a usuaris sense documentació. Coordinació amb CAP.
- SORTIDES CULTURALS (BBQ anual), VIDEOFORUM.

Prezi

# Observatorio, función de observación. Investigación. Medicamentos sintéticos

El SAPS por su emplazamiento en la primera línea asistencial tiene una función de observatorio que detecta nuevos movimientos.



## Nuevas procedencias. Ciudadanos del Este de Europa. Clásica procedencia de Italia

A partir de 1999 comenzamos a observar la presencia de usuarios procedentes de Lituania, Georgia, Croacia, pero principalmente de Rusia, de las ciudades de Moscú, Ekaterinburgo,

San Petersburgo, Zurgut, Samara y Rostov. Supimos que muchos de ellos, consumidos de drogas, en las ciudades donde vivían habían entrado en contacto con organizaciones que les facilitaban el ingreso en centros terapéuticos gratuitos en España, aunque pagaban del orden de 500 euros los intermediarios.

Sus edades oscilaban entre 18 y 30 años y muchos de ellos habían iniciado carreras universitarias o trabajos que exigían preparación técnica. Mantenían el contacto con sus familiares, que en ocasiones les enviaban dinero o incluso se desplazaban a Barcelona.

El tratamiento termina con el retorno a sus países de origen. Pero algunas personas que abandonaban los centros terapéuticos –generalmente porque el reglamento y las condiciones de alojamiento no se adaptaban a sus expectativas–, no cuentan con opciones alternativas, acaban en la calle y muchos de ellos ya habían ingresado en instituciones penitenciarias.<sup>48</sup>

Otra observación que se realizó fue la de la población italiana, que típicamente constituye uno de los grupos de población más numeroso<sup>49</sup>. ✨

---

---

# Ciudadanos del este de Europa consumidores de drogas en Barcelona

M. González / S. Cebrián / C. Nadal / L. Sala / A. Vall-Ilosera / J. Delás  
SAPS Creu Roja. Ex AEquo. Departamento de Medicina. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. J. Delás. Avda. Drassanes, 17. 08001 Barcelona. España.  
Correo electrónico: jdelas@medicina.ub.es

Recibido: 13 de septiembre de 2002.  
Aceptado: 20 de diciembre de 2002.

(Injecting drug users from Eastern Europe in Barcelona, Spain)

## Cocaine and heroin adulterants

### BACKGROUND

Health centers have many opportunities to improve community health. One of them is to give information among drug users about the adulterants of the substances that they will consume with the purpose of avoiding acute reactions to consumption.

### PURPOSE

To know the main adulterants of intravenous samples and their effects among intravenous drug users.

### MATERIALS AND METHODS

Survey among active intravenous drugs users in Barcelona. Several drugs users were trained to interview other drugs users who did not use social and health services. We collected socioeconomic and con-

sumption data and the users were asked to give a part of their samples to be analyzed before their intravenous consumption.

### RESULTS

Data from 63 men and 31 women were collected. 70 of them use cocaine, and 76 use heroin. Both substances alone or mixed. 69 were intravenous drug users. 17 samples can be analyzed. The additive substances found in cocaine samples were caffeine, lidocaine, procaine, phenacetin, tetracaine and levamisol; paracetamol and caffeine in heroin samples

### CONCLUSIONS

Studies of Hospital Services can be involved in real street research. In this study we reviewed proceedings of a high morbidity such as illicit drug consumption. The knowledge of main adulterants of intravenous samples enables us to study effects and interactions, to achieve the best healthcare and to develop educational programs among drug users. ✱





## Efectos inmediatos del consumo de la cocaína <sup>50</sup>

Continúan la atención y observación en la sala de consumo que permite definir el síndrome post consumo agudo de cocaína

### Efectos posconsumo detectados

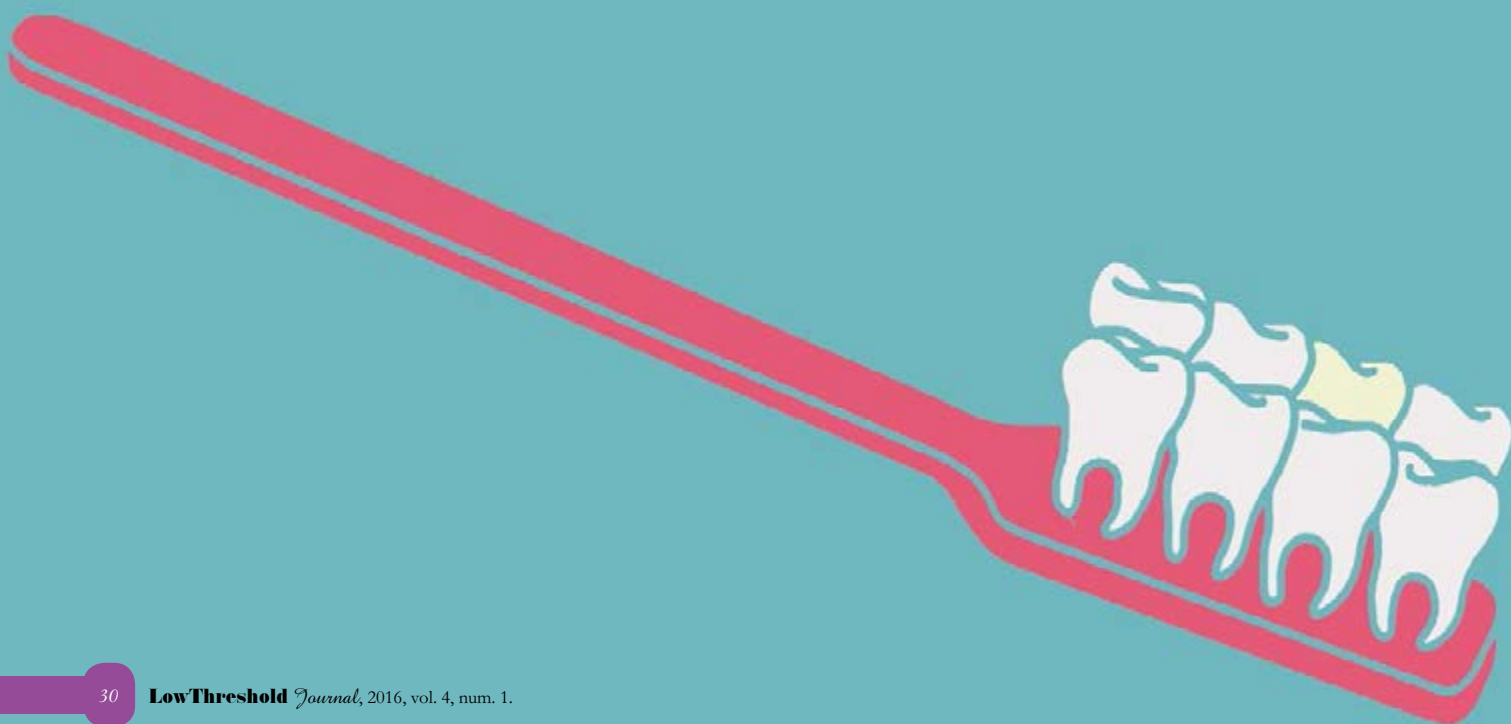
Efectos	Porcentaje
Verborrea	49,4
Diaforesis	35,1
Midriasis	29,8
Sialorrea	14,9
Búsqueda de objetos	14,9
Alucinaciones visuales	13,7
Agitación motora	9,5
Movimientos reiterativos	9,5
Alucinaciones auditivas	8,9
Taquicardia	8,3
Desorden ideas	7,1
Parálisis fugaz	5,4
Sensación de ser perseguido	3,6
Hurgarse en las heridas	3,0
Taquipnea	1,8
Orden y limpieza compulsiva	1,8
Delirio	1,2

# Los orígenes del concepto de centro integral

Las limitaciones de espacio del servicio –insuficiente en todas las diferentes ubicaciones y tiempo de apertura del centro– han condicionado la respuesta a las principales demandas. Por ello ha sido necesario desarrollar prestaciones fuera del SAPS. Con el riesgo de que en el desplazamiento a otros dispositivos, acaben no acudiendo. \*

## Consultas de odontología

Las consultas odontológicas llevaron a que acudiera un odontólogo al centro, el Dr. Jorge Palencia, y luego a la cercana farmacia de la calle Sant Ramon. Al ser muy laboriosa la prestación de asistencia, se intentó acudir a servicios universitarios de odontología en el Hospital Clínic y posteriormente Bellvitge, odontología especial. Hasta la aparición de asociaciones que prácticamente sin coste se hacen cargo de la asistencia odontológica de nuestros atendidos. \*



## PLE. Programa lista de espera de metadona

Desde el Centro Piloto de Juan de Austria, se creó un Programa de Lista de Espera, destinado a recibir consumidores activos de heroína del SAPS, en tanto no conseguían una plaza de mantenimiento de metadona. Estaba dirigido por el Dr. Miguel del Río Meyer<sup>51 52</sup>, que había asimismo colaborado en Ginebra con la Dra. Annie Mino.<sup>53</sup> Se denominó PLE, Programa Lista de Espera, otro ejemplo de nombres que no han de significar nada.

La idea era que, a medida que accedieran a metadona en un Centro de Atención y Seguimiento (CAS), se liberaran plazas del PLE para admitir nuevas demandas. En la práctica ha sido complicado acceder a plazas de metadona, distintas del PLE.

El funcionamiento varió en función de las necesidades. Pero la base conceptual era que los pacientes propuestos por el equipo de SAPS eran recibidos por el Dr. Del Río y en la misma primera visita podían comenzar el tratamiento con metadona. Se suprimían esperas dilatadas. Así se creó un programa de mantenimiento de metadona vinculado al servicio cuando el período de espera para iniciar el tratamiento era excesivamente dilatado.

Esta excepcional coordinación supuso una de las primeras revoluciones del SAPS. Los consumidores de heroína podían acceder a metadona, en unos plazos razonable. Es muy recomendable que no haya, pues, demora en el inicio de programas de mantenimiento con metadona.

Los usuarios del SAPS por definición debían hallarse en situación de marginalidad, bajo la idea de que era un servicio especializado en este tipo de atención. Ello ha dificultado que pudieran acceder a otros programas de desintoxicación que exigieran aportación económica o condiciones de abstinencia de drogas legales y no legales que no podían aceptar nuestros usuarios. \*

## Asociació Alba

El centro Alba ha constituido otra gran alternativa de desintoxicación muy aceptable para nuestros usuarios, porque considera el inicio del tratamiento en régimen de ingreso. Se pone en marcha en 2004, según modelos ya existentes en Holanda, que suponen cortas estancias.<sup>54</sup> Al alta habitualmente tienen establecida ya la pauta de mantenimiento y continúan el programa en Centros de Atención y Seguimiento. \*



## Desintoxicación en régimen hospitalario

Es más difícil el acceso a centros hospitalarios. Pueden servir para introducir tratamientos con metadona, dar cobertura hospitalaria en situaciones especialmente complejas y para cesar en el consumo de metadona. Pero la lista de espera es muy larga.

Sin embargo, la lista de espera para el acceso a estas plazas es dilatada. Forma parte de las cuestiones que no han recibido una adecuada resolución con el paso del tiempo. \*

## Programas de desintoxicación diferentes a programas de metadona

Completan las alternativas a la desintoxicación los programas con fármacos diferentes a los opiáceos (metadona, buprenorfina) como las benzodiazepinas. Más allá de que sean medicamentos que favorezcan la venta y, con ello, el riesgo de ingreso en prisión, en algunas personas se asiste a efectos paradójicos de agitación en el curso de consumo de benzodiazepinas.

La experiencia nos ha demostrado que son alternativas que a algunas personas les ha funcionado, pero que es conveniente seleccionar muy bien y establecer una adecuada relación y seguimiento con la persona que escoja estos programas.

Los programas libres de drogas, brindados por algunas asociaciones, contemplan el ingreso inmediato. Hemos establecido escasas relaciones con estas asociaciones y es, probablemente, algo a mejorar en el futuro. El alta a los pocos días del ingreso es muy frecuente. Algunas tienen normas estrictas en relación al consumo de otras sustancias e incluso medicamentos. \*

## Lits, hospitalización en pensiones

Lits responde a la demanda de un sitio donde dormir. Con ayuda del Departament de Benestar Social, durante unos años se consiguió alquilar una habitación con dos plazas en una pensión de la ciudad de Barcelona. Se proponía una estancia corta en el curso de la cual restablecerse.

Tuvo amplio éxito, sin excesivos problemas en el momento de dar el alta. La primera responsable fue Marta Carrió, asistente social. Las sucesivas restricciones han dejado sin dotación al programa. \*

## RECOJE, programa comunitario de recogida de jeringas en la calle<sup>55</sup>

Estos programas han sido de gran utilidad en la disminución de las infecciones por vía parenteral.

La recogida de jeringas tiene por finalidad la retirada de sustancias susceptibles de causar infecciones por vía parenteral. Nos propusimos el lema “Barcelona, ciudad libre de jeringas en la calle”. En nuestra ciudad se ha propuesto el lema de que no haya jeringuillas en la calle. Tanto por las alteraciones en el paisaje urbano, como por los riesgos de punción accidental o reutilización u el consecuente muy elevado riesgo de contraer infecciones. \*

## Nuevos retos

Olga Díaz, la tercera directora ha tenido que convivir con una compleja realidad diaria y el deseo de desempeñar una función futura más amplia, de acuerdo con las necesidades de los usuarios.

Compatibilizar un duro presente, con el anhelado futuro. No olvidar la actualidad, diseñando el Centro Integral.

Su actividad ha dado lugar a un fortalecimiento y autonomía del servicio. Un equipo experto y responsable, donde cada especialista conoce bien su función y enriquece al grupo.

Esta etapa ha tenido que responder a impensables retos. El Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de Junta de Comercio se trasladó al carrer Davant del Portal Nou<sup>56</sup> y posteriormente fue requerido parte del equipo del SAPS a trasladarse al nuevo centro para asumir las tareas de reducción de riesgos.

Con lo que la directora tuvo que innovar la presencia de un área de reducción de riesgos en un CAS, con la mitad del servicio trabajando en el servicio originario de SAPS, avinguda Drassanes y seguir diseñando el Centro Integral del futuro.

Ha sido una fase de gran trabajo y también vitalista. De crecimiento y desarrollo del equipo, con la asunción, durante un año de la dirección por un propio miembro del equipo, Dito Eningo.

Esta amplia actividad imprime una importante presencia en Barcelona, contribuyendo a desarrollar numerosos grupos de trabajo como el Programa sense sostre con Àmbit Prevenció, ser activo miembro del grupo de reducción de riesgos (REDAN) que coordinan la Dra. Brugal y la Dra. Carmen Vecino<sup>57</sup> y de numerosas campañas de sensibilización de la población. ✨

## CLAT 5, Oporto 2009

La amplia actividad de la directora la coloca a ella y al servicio en una situación destacada dentro de la de los servicios de atención de drogas. Que se evidencia de forma desbordante en la Conferencia Latina 5 (CLAT), en 2009 en Oporto<sup>58</sup>, con la presentación de todos los trabajos en curso del servicio.

“El modelo Barcelona”, “Elementos que dificultan la comunicación entre usuarios y profesionales”, “Sobredosis múltiples”, “Perfil y seguimiento de 500 usuarios”, el papel de los usuarios “En tanto padres”, “Lits, hospitalización en pensiones” y la evaluación de las habilidades aprendidas en la sala de venopunción “¿Qué haces cuándo no estás conmigo?”

### CLAT 5. Oporto 2009. GERD. Grupo de enfermería de reducción de daños



15/06/2009

## COMUNICACIONES SAPS (+GERD-BCN) CLAT 5 OPORTO

01/07/2009	
hora	
mesa / workshop	
titulo	
comunicador	
tipo comunicacion	
02/07/2009	
hora	11.30h
mesa / workshop	Mesa: Implantación de salas de consumo: experiencia de Barcelona
titulo	Mixero Barcelona
comunicador	Jordi Días
tipo comunicacion	15 minutos
hora	16.30h
mesa / workshop	Mesa12: La Reducción de Daños Más Allá de las Preocupaciones con la Salud I
titulo	LITS, hospitalización en pensiones, 2008
comunicador	Rosa Kastracher
tipo comunicacion	15 minutos
hora	16.30h
mesa / workshop	Workshop7: Reducción de Daños con UD. Experiencias en el Terreno
titulo	SAPS. REVISIÓN DE 500 USUARIOS
comunicador	Oiga Díaz
tipo comunicacion	5 minutos , poster
hora	17.00h
mesa / workshop	Workshop23: Reducción de daños, exclusión social y derechos humanos: soluciones para la intervención
titulo	Comunicación terapéutica básica a través de símbolos gráficos, dirigida a usuarios de drogas
comunicador	Aiba Mestre
tipo comunicacion	15 minutos
03/07/2009	
hora	11.30
mesa / workshop	Workshop8: El Profesional de la Reducción de Daños
titulo	Elementos que dificultan la comunicación entre usuarios de drogas activos y profesionales
comunicador	Oiga Díaz
tipo comunicacion	8 minutos , poster
hora	11.30
mesa / workshop	Mesa 13: Sobredosis: datos sobre la investigación
titulo	Depresiones respiratorias múltiples en consumidores de heroína intravenosa: 2007-2008
comunicador	Aiba Mestre
tipo comunicacion	15 minutos
hora	11.30
mesa / workshop	Workshop6: El Profesional de la Reducción de Daños
titulo	Proactivos para el futuro: Grupo de Enfermería de Reducción de Daños de Barcelona (GERD ? BCN)
comunicador	Elena Adán
tipo comunicacion	8 minutos , poster
hora	11.30
mesa / workshop	Mesa17: Reducción de riesgos y uso de drogas: estrategia innovadora de abordaje
titulo	Programa de higiene buccodental para usuarios de drogas, en programas de reducción de daños
comunicador	Gastón Terza
tipo comunicacion	15 minutos
hora	14.30h
mesa / workshop	Workshop12: Reducción de Daños y trabajo sexual: relatos de algunas experiencias
titulo	Características de la atención a transexuales en zonas urbanas socialmente deprimidas
comunicador	Aiba Mestre
tipo comunicacion	5 minutos , poster
hora	14.30h
mesa / workshop	Workshop24: Reducción de daños, uso de drogas y enfermedades infecciosas -Temas de Discusión
titulo	Salud sobre: Programa para tratamiento antiretroviral a pacientes en situación social deprimida
comunicador	Oiga Díaz
tipo comunicacion	5 minutos , poster
hora	14.30h
mesa / workshop	Workshop24: Reducción de daños, uso de drogas y enfermedades infecciosas -Temas de Discusión
titulo	Seguimiento durante 3 años de una población consumidora de drogas a partir de determinaciones serológicas
comunicador	Elena Adán
tipo comunicacion	5 minutos , poster
hora	17.00h
mesa / workshop	Mesa21: Enfermería y Reducción de Daños
titulo	La enfermería de reducción de daños
comunicador	Elena Adán
tipo comunicacion	15 minutos
04/07/2009	
hora	
mesa / workshop	
titulo	
comunicador	
tipo comunicacion	

Como consecuencia de esta reunión hubo la posibilidad que miembros de nuestro servicio lo presentaran en el Centro de Reducción de Daños de Salvador de Bahía y que el SAPS formara parte de la base de datos del EDDRA. ✨

## Base de datos EDDRA

Estimado amigo:

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) ha finalizado la selección de programas para la base de datos: "European Drug Demand Reduction Activities" (EDDRA). Esta base de datos es el sistema que recoge los mejores programas europeos en el campo de la reducción de la demanda y pretende difundir los mismos para que sean utilizados, como referencia, por los profesionales del sector.

El objeto de esta carta es comunicarte, de forma oficial, que formáis parte de EDDRA y felicitarnos porque ello supone todo un aval de calidad para vuestra investigación. En su momento, desde esta Delegación se escogió el programa "**SAPS, un servicio destinado a contactar con usuarios de droga en situación marginal**" diseñado y desarrollado por el SAPS (Servicio de Atención y Prevención Socio-Sanitario) de Cruz Roja, por entender que reunía los requisitos necesarios para formar parte del grupo de programas que debían representar a nuestro país y por creer que cumplía los criterios de calidad que el OEDT exigía para su ingreso.

Por todo ello, reiterar mi enhorabuena y desear que vuestro programa tenga la proyección internacional que creemos se merece.

Por último, y en cuanto a difusión, indicarte que el acceso a vuestro programa en la Web del OEDT es:

[https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/history/view/view.do?reportId=EDDRA\\_2010\\_ES\\_04](https://fonte.emcdda.europa.eu/fonte/history/view/view.do?reportId=EDDRA_2010_ES_04)

Agradeciendo tu colaboración recibe un cordial saludo.



The image shows a handwritten signature in blue ink, which appears to be 'T. M. M.', written over a blue circular official stamp. The stamp contains the text 'GOBIERNO DE ESPAÑA' at the top, 'PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS' on the right side, and 'DELEGACION DEL GOBIERNO' at the bottom. In the center of the stamp is the coat of arms of Spain.

## Manual del SAPS, Symposium UB

En un momento determinado se hace necesario que la información acumulada en el SAPS pueda ser transmitida de forma estructurada. Así es como aparece el libro atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas, más conocido como el Manual del SAPS, con ediciones en 2007 y 2013.

Los estudiantes de medicina siguen desarrollando una asignatura optativa en el servicio y sus trabajos son la base de los Symposia anuales que se desarrollan en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

### El manual del SAPS



### Atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas

Cada cop més a prop de les persones



## 2006. Todo fue por equivocación

Raquel Martínez Aparicio

Yo había estado buscando todos los centros de Barcelona que trabajaban con inmigración... Era verano y hacía calor... Toqué el timbre de una puerta metálica, grande y gris...

Esperaba que me contestara una voz con la que había hablado el día anterior, no fue así. Una voz dulce me preguntó que quería... empecé a explicarle que habíamos quedado para que llevara mi curriculum. Luego supe que esa voz era de Montse Grifols.

Extrañada me dijo que esperara. A los segundos la puerta se abrió, con el ruido de aquellas puertas que tienen mucho trájín. Me comunicó que no habían hablado con nadie, tampoco esperaban ningún curriculum.

Ella me explicó apasionadamente con qué colectivo trabajaban... ¡Me había equivocado y había tocado otra puerta! Intenté no reflejar mi desconcierto. Sus palabras tenían en mí el efecto de la Flauta de Amelín... me llamaban a conocer por dentro el lugar, sentía curiosidad en conocer el proyecto.

No buscaban a nadie para trabajar.

Nos despedimos pero antes extendí mi mano para ofrecerle mi curriculum, me había cautivado ese mundo. ¡Ella extendió su mano y lo cogió, lo cogió! Sin saberlo, en ese sutil acto se plantó una gran semilla.

Yo estaba en la montaña dejándome sentir qué camino tomar en mi vida. Me llamaron por teléfono del lugar de la puerta gris metálica, de aquella que al abrirse se oía una parte del mundo. Una voz firme y clara me convocó para una entrevista para trabajar. Hice las maletas y volví a Barcelona.

Hacía calor... delante de mí, la puerta gris, unas escaleras, unas paredes con frases cortas y algún que otro agujero, un olor a sudor y agrio... otra puerta y un pedazo de universo que en ese momento estaba en silencio, SAPS.

Puse cara y cuerpo a esa voz firme y clara que me había convocado. Era Olga Díaz. Ella me habló de ese universo. Sus frases eran como una gran armadura que protege con sumo cuidado el cuerpo que habita en ella.

Yo había estudiado Filosofía y estaba formándome en Expresión Corporal. Había poblado el mundo de las ideas, bajé al cuerpo y en el SAPS descubrí las raíces.

Ahí la vida se abre con puro instinto. Aprehendí el Dasein de Heidegger, como el SER se valida y aflora con la conciencia de la propia muerte, experimenté la

Ética de la que hablaba Aristóteles, el relativismo de Hume... He sido testigo de la superación del desgarramiento en el que, por momentos vive la Humanidad, he visto el doble movimiento de todo individuo entre el determinismo y la voluntad de nuestra libertad, esa de la que hablaba Schiller... He vivenciado el Yo y mis circunstancias de Unamuno...

Así podría ir nombrando aprendizajes sentidos y valorados desde el alma que me ha regalado el SAPS.

Hoy soy un poco más porque pude transitar por estas tierras sapianas, mis pasos fueron hacia otro suelo, el de ARD. Y como un hijo que ha de crecer, continuar y aventurarse encontré nuevas tierras en donde nutrirme, crecer y plantar...

Ahora bien, en todo hijo está la lealtad de su clan y lo que le dio aliento.

Gracias por enseñarme que la vida navega y existe en el deseo y la voluntad y no en sus razones. Que la vida tiene muerte y antes de que ella llegue, nuestro aliento en algún momento, es como el canto de un ruiseñor, precioso. Porque la vida ante todo es pura vida (con todas las consecuencias).

Recuerdo: todo llegó por equivocación, un gran acierto. ✨



## 2006. A tribute to those who keep doors open

Ricardo Fuertes<sup>59</sup>. In-Mouraia<sup>60</sup>

In the summer of 2006, I was trying to settle in Barcelona, Spain. I had a job that I didn't like and I was searching for other options. By chance, I saw a job offer to work in Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (SAPS). Some of my friends—knowing that it involved working with people who use drugs—tried to discourage me to apply. They said: “Te vas a ir de Guatemala a Guatepeor” (Rough translation: You will go from bad to worse). I didn't know what to expect, but I didn't have anything to lose.

I have very vivid images of the job interview and the first impressions of the centre: the dark and damaged stairs, the leaflets and stickers with raw messages – “Folla seguro” (Fuck safely) — and many new concepts for me—such as safer injection, Hepatitis C prevention, adherence to HIV treatment, and so on. I didn't know anything about harm reduction and I had very little knowledge about drugs. Having said this, I was very lucky to get the job.

I then became a member of a team that showed me for the first time what peer work is. It also taught me to work outside of the office and as little as possible behind a computer. They also gave me real examples of what being practical means— “You know Ricardo, here we had a small store room. A couple of years ago we just emptied it and it became the drugs consumption room”. Every day, my colleagues showed me that being professional and serious is not incompatible with being warm and fun. And the days we had to deal with crisis we would apply this motto — “At least we were able to open the door and keep going”.

The first weeks at SAPS were a very steep learning experience. Of course, it took me some time to understand and get familiar with all of the interventions and procedures: how to register the needle and syringe exchange, what were the procedures for the drug consumption room, why there was a rapid referral to opioid substitution treatment, how to book appointments to legal support, what were the rules in the drop-in area, what were the materials given for the showers and laundry. This comprehensive approach taught me the first lesson: Harm reduction involves not only working with drug use itself. People are much more than the drug they use. Problem drug use impacts on the health, social conditions and family relationships. Reducing



harm involves working in many areas that are part of every person's everyday life.

There was also another “revelation”. Before working at SAPS, I thought people who use drugs would somehow be a homogeneous group, very different from myself and the people that I knew, and were using drugs because they didn't care at all about their health and life. I was so wrong. People who use drugs are obviously very different from each other, just as we are all different from each other. And to use drugs is not equal to not care about one's own health and life. How did I realize this? I saw people using the drug consumption room because they didn't want to risk an overdose somewhere else, and all alone, risking death. Others used the facility for disinfecting and dressing wounds, or for doing their everyday HIV treatment. Also, I found a couple of more unexpected surprises: On one of my first days at the centre, a client showed me how he plucked his eyebrows. Another was worried about eating too much sugar in his daily diet. Another client was happy about the nice smell on his freshly washed clothes because of the new fabric softener that the facility provided. These revelations only came from working in real life, with real drug users, nothing that a college education was able to teach me- and many others in different areas- about working in the drugs field.

During the 3 years at SAPS many of the clients were in their 40's/50's, representatives of the boom of heroin use in Spain in the 80s and 90's; various drug users were from Algeria and Morocco; speedballers from Georgia; young injectors from Italy; sex workers from Nigeria;

transgender Latinas, among others. Their vulnerability and presence in that harm reduction service in Barcelona was not only a part of the history of drugs and individual life tracks, but also a consequence of repressive regimes, political crisis, and economical migration. This made me realize that harm reduction services are not isolated services, but reflect society, policies, and structural inequalities. That made me gain the awareness that intervention in harm reduction is working with individuals and their specific needs, and also has a very strong component of fighting poverty, stigma, and to achieve social change.

I met many people who worked at SAPS for a period of their life and left the organization. I also left in 2009. But, I took a lot of experience and energy with me. Those were the “seeds” that I took with me and planted with Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), in Lisbon, Portugal. With my new colleagues, their expectations, experiences, and backgrounds, we developed IN-Mouraria—a harm reduction service born in 2012. In just a few short years, it has become a wonderful and inspiring project to not only myself, my colleagues and other local drug professionals, but most importantly our clientele. A different country and setting, a new team, and new clients in need. And yet, some of SAPS's spirit is here.

This year, SAPS will move from their present location and many changes will happen. Its door, the one that kept opening--not matter what--will close forever. It doesn't matter: I always knew that the physical doors are not the important part. It is the people who keep doors open. ✨

## Aula de formació

La nostra associació Ex Aequo, en íntima col·laboració amb el SAPS, després de desenvolupar un programa mòbil d'intercanvi de xeringues, d'hospitalització en pensions, Lits, ha posat en marxa un projecte educatiu. En el convenciment que després de prevenció dels riscos derivats del consum, proveir un sostre encara que sigui a temps parcial, el següent es l'educació de baixa exigència. .

Al Centre Cívic Nou de la Rambla de Barcelona, s'ha aconseguit posar en marxa un centre de contacte dels consumidors -actius o antics- amb la cultura. Són poques les condicions: acudir amb mínimes condicions que facin possible seguir les sessions. No hi ha expulsions, no s'exigeix assiduitat, s'ofereix un lloc on agafar gust per fets culturals i de formació. A demanda s'han desenvolupat -fins i tot de manera simultània- ajut per aconseguir el permís de conduir, introducció a la informàtica, xarxes socials per contactar amb familiars, idiomes, carnet de biblioteca, visites a museus i altres sortides culturals.

Les activitats no són remunerades i no s'ofereix menjar. Només un dinar de fi de curs. Als alumnes els hi agrada, perquè segueixen assistint lliurement. Per part dels docents s'intenta fomentar valors, millorar una baixa autoestima i introduir a les habilitats socials, imprescindibles per intentar integrar-se.

Com en tantes altres activitats en zones deprimides els números són escassos. Els alumnes erràtics. Els èxits sovint no es veuen, perquè sovint impliquen canvi de barri i de costums. Però, com en altres ocasions creiem que el futur passa per noves alternatives, en aquest cas de formació i en mantenir i divulgar un projecte que pugui reproduir-se per altres grups i associacions. \*

## Pacientes psiquiátricos en el SAPS

En ocasiones se presentan pacientes en nuestro servicio con alucinaciones, lenguaje desorganizado, por alteraciones de la atención, memoria y funciones superiores<sup>61</sup>.

Es conveniente descartar la existencia de alteraciones en el consumo de sustancias externas del tipo de sobredosis o síndrome de abstinencia. Así como accidente vascular cerebral, traumatismo craneal, porfiria, infección por sífilis o infección por VIH con deterioro intelectual asociado.

La conducta ideal es solicitar ayuda por los servicios psiquiátricos. No es, sin embargo, insólito el hecho de que no se produzcan estas visitas o no tenga lugar la continuidad en el seguimiento. Hemos de insistir en el cumplimiento de estas visitas, pero si finalmente no tienen lugar y el paciente solicita asistencia podemos recurrir a un tratamiento inicial. Se perseguiría

- a) introducir una relación terapéutica con el paciente, de acuerdo al principio de que el mejor enfoque asistencial es el que combina la medicación con distintas formas de atención psicosocial.<sup>62</sup>
- b) facilitar la visita con el equipo de referencia de psiquiatría

Los fármacos antipsicóticos se introdujeron en la década de los 50 y ofrecen resultados superiores al placebo en la prevención de la reagudización, socialización y calidad de vida de los pacientes (2). Posteriormente han aparecido fármacos antipsicóticos de segunda generación (o también denominados antipsicóticos atípicos) con menos efectos secundarios y con mejor efecto sobre los síntomas afectivos.

Se recomienda, por tanto, el empleo de antipsicóticos de segunda generación.

Un posible esquema puede ser:

Risperidona 1 mg cada 12 h y evaluar en tratamiento a las 48 horas. Si ha tolerado bien la medicación y la mejoría es parcial puede aumentarse a 3mgs, 4 mgs al día.

No es un medicamento que habitualmente sea objeto de compra o venta. Puede ocasionar fiebre no justificada o movimientos involuntarios.

Una vez ajustada la medicación puede pasarse a formulaciones intramusculares.

Si estaban tomando menos de 4mgs al día, pasar a Risperdal 25mgs inyección intramuscular cada 2 sema-

nas y para dosis superiores, Risperdal 37,5mgs, inyección intramuscular cada 2 semanas.

Otros medicamentos similares que podemos ver utilizados son:

**Clozapina:** desaconsejada por la necesidad de tener que realizar análisis de sangre semanales ya que puede ocasionar disminución con repercusiones graves de los glóbulos blancos.

**Olanzapina:** 10-20 mg./día por vía oral, repartido en 2 tomas al día. (Zyprexa)

**Quetiapina:** 50-600 mg./día por vía oral, repartido en 3 tomas al día. en 3 tomas

**Risperidona:** 4-8 mg./día p.o. por vía oral, repartido en 3 tomas al día. en 3 tomas 3 tomas.

**Ziprasidona:** 80-160mg./día p.o. en 2 tomas, por vía oral, repartido en 2 tomas al día.

**Aripiprazol:** 15-30 mg./día p.o. por vía oral, repartido en 3 tomas al día (Abilify)

Al igual que en otras circunstancias que nos resulta dificultoso conseguir la visita por un médico especialista, intentaremos conseguir el soporte a distancia.

Se intentará hacer un seguimiento de los pacientes a los que se les ha indicado el tratamiento. ✱

## ¿Y ahora qué?

ELAS Junta de Comercio y SAPS se han visto abocados, dos décadas después, a cambiar de ubicación. El traslado es una representación también de los nuevos tiempos. Grandes avances médicos con los programas de reducción de riesgo, medicamentos antirretrovirales y la curación de la hepatitis C. Afortunadamente, en los últimos años con el esfuerzo de muchas personas, también de las administraciones públicas (el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya), nos estamos aproximando a un escenario mejorado en muchos aspectos, por lo menos, en algunos.

Después de 20 años –de1993 a 2013– de atención a consumidores de drogas no legales, en nuestro servicio SAPS Creu Roja, nos planteamos si los cambios habidos en este tiempo deben dar lugar también a cambios de actuación.

El inicial encargo de contactar con personas que no frecuentaban los servicios sociales y sanitarios que utiliza la población general, después de atender a más de 16.000 personas diferentes, obligan a desarrollar prestaciones que hagan de puente hacia la integración.

Los programas de acceso rápido a metadona han sido un recurso importante. Ahora se hace preciso contar con accesos más rápidos a plazas de desintoxicación hospitalaria, para consumidores de sustancias ilegales y para personas en planes de mantenimiento con metadona y que se plantean reducir la dosis diaria o incluso suprimirla.

Podríamos afirmar positivamente pues, que se han hecho avances, avances objetivos: Se han implementado varias salas de consumo higiénico, ha disminuido el número de muertes por sobredosis (atribuible a la educación sanitaria, talleres de tratamiento con naloxona, salas de consumo)

Pero persisten la desigualdad, la marginación, necesidades básicas no cubiertas, enfermedades mentales no diagnosticadas y situación administrativa no regularizada que contrasta con las escasas perspectivas de retorno a los países de origen. Pero la inserción laboral? La situación administrativa de muchas personas

En los últimos 20 años, desde el SAPS podemos dar fe del trabajo realizado para y con las personas que usan drogas no legales en la ciudad de Barcelona. Hemos vivido y hemos participado de alguna manera en la evolución y transformación de la ciudad. También en el abordaje a los usuarios de drogas en activo. Hemos vivido las cifras de muerte por sobredosis de los finales

de los 80 y principios de los 90. El centro de consumo y venta de Can Tunis y su desaparición

La dificultad de acceso a la tarjeta sanitaria y la generalización laboriosa de la asistencia sanitaria. Las listas de espera a mantenimiento con metadona y la creación del PLE. Persisten las dificultades para el ingreso en unidades de desintoxicación hospitalaria.

En los últimos dos años, en el SAPS la actividad está decreciendo sensiblemente

	2010	2011	2012	2013
PIX	7.542	3.667	3.896	1.676*
SALA	6.761	4.248	4.179	2.324*
ENFERMERIA	2.256	2.602	2.975	1.231*
CLUB	15.283	15.475	23.154	12.157*
T.S.	2.740	2.475	2.722	1.464*
A. JURIDICO LEGAL	520	698	660	345*

\* Hasta agosto 2013

Vemos cada vez a menos personas. Pero están más deprimidos social y sanitariamente, y no resulta fácil su atención global.

Los datos de actividad pueden ser incentivos negativos. Conseguir que los usuarios accedan a centros de mayor integración, las reinserciones disminuyen el total de propios actos asistenciales y plantea que se está trabajando menos o que disminuyen las necesidades. Mientras que la disminución cuantitativa de actuaciones ha de llevar a una actuación más personalizada.

El trabajo en red, ¿es una realidad de la que estamos contentos? Tenemos sala de consumo inyectado, pero no podemos ofrecer consumo supervisado para personas que utilizan la vía de fumar. Hay una bolsa de personas que no pueden acceder a regularización de su situación a pesar de que llevan muchos años entre nosotros. ¿Un callejón sin salida?

Demasiada gente durmiendo en la calle. Con el enorme deterioro que implica. ✱



## Low Threshold Journal

Se hace necesario que los grupos que trabajan con proyectos de bajo umbral tengan la oportuna difusión para intercambio con otros equipos y personas interesadas.

*Lowthreshold Journal* se brinda a ello dispuesto a recoger las experiencias de estos grupos y ponerlas a disposición de la comunidad científico y social a través de una plataforma comunicativa multilingüe. La forma de contactar es a través de [lowthresholdjournal.org](http://lowthresholdjournal.org), donde se va a plantear la forma de llevar a cabo la comunicación y la difusión.

Es fa necessari que els grups que treballen amb projectes de baix llindar tinguin l'oportuna difusió per intercanvi amb altres equips i persones interessades. *Lowthreshold Journal* es brinda al respectes, disposat a recollir les experiències d'aquests grups i posar-les a disposició de la comunitat científic i social mitjançant una plataforma comunicativa multilingüe. La forma de contactar és a través de [lowthresholdjournal.org](http://lowthresholdjournal.org), on es planteja la forma de dur a terme la comunicació i la difusió.

It is necessary that the groups working with low-threshold projects are appropriately disclosed to exchange with other teams and stakeholders.

*LowthresholdJournal* is ready to collect experiences of these groups and make them available to the scientific and social community through a multilingual communication platform. The way to contact is through [lowthresholdjournal.org](http://lowthresholdjournal.org), where it will consider how to carry out the communication and diffusion.

## SUMARIOS

### Low Threshold Journal; 2013. Vol 1, nº 1

- Editorial. ¿Qué haces cuándo no estás conmigo? Lorena Andreo, Jessica Camí, Patricia Díaz, Carla Nasarre, Igor Bacovich, Rosa Kistmacher, Montse Grífols, Jordi Delás, Margarita Águas, Olga Díaz, Dito Eningo.
- Consumidores de largo recorrido. Queralt Caballero, Ruth Martín Pujol, Núria Pijuan i Panadés, Margarita Aguas4
- Síndrome post consumo agudo de cocaína. Lorena Andreo
- Uso y abuso de benzodicepinas. Igor Bacovich, Verónica González Hernández
- Transexuales. Jessica Camí
- Consumidores de drogas italianos en Barcelona. Tania Farci, Rosa Kistmacher

### Low Threshold Journal 2014; vol 2, nº 1



- Editorial
- Consensus document. Recomendaciones dirigidas a la prevención y abordaje del VIH y del sida en personas usuarias de drogas en situación de exclusión social. Documento de consenso Valencia 2011. / Recommendations aimed at preventing and tac-

kling HIV and AIDS in drug users in social exclusion. Valencia 2011, consensus document

- Experience Aula de formación. Proyecto pedagógico para usuarios de drogas Experience Training classroom in Barcelona. An experience of two years
- Experience Educación compartida en un servicio de atención a usuarios de drogas en activo. Experiencias de un equipo multidisciplinar / Shared education in a center for drug users - Experiences of a multidisciplinary team
- Meeting Euro Harm Reduction Meeting. Amsterdam 2 and 3, October 2014.

a humane alternative to the problem of developing chronic substance abusers

- ¿Y ahora qué? / I ara què? / What now?
- Menores y reducción de daños / Persones menors en programes de reducció de danys / Minors and Harm Reduction
- Guía de buenas prácticas en los Programas de Intercambio de Jeringas / Guia de bones pràctiques en els Programes d'Intercanvi de Xeringues / Guide to good practice in Syringe Exchange Programs
- Consumo de sustancias y otras conductas de riesgo en prisión / Consum de substàncies i altres conductes de risc a presó / Substance use and other risk behaviors in prison
- Evaluación del Programa de intercambio de jeringuillas del Centro Penitenciario de Brians 1 (2007 - 2012) / Evaluació del Programa d'intercanvi de xeringues (PIX) del Centre Penitenciari de Brians 1 (2007 - 2012) / Evaluation needle exchange program in Prison Brians 1 (2007 -2012)
- REVISIÓ. Programa de intercambio de jeringas en prisiones / Programa d'intercanvi de xeringues a presons / Needle exchange programs in prison
- GLOSSARIO / GLOSSARI / GLOSSARY

### Low Threshold Journal 2014; vol 2, nº 2



- EDITORIAL
- IV JORNADA DE REDUCCIÓ DE DANYS A CATALUNYA
- COMUNICACIONS. Herramientas para el análisis ético de los fenómenos NIMBY / Eines per l'anàlisi ètica dels fenòmens NIMBY / Tools for ethic analysis of phenomena NIMBY
- Ibogaína: una alternativa humanitaria al problema de la cronificación de adictos a sustancias / Ibogaína: una alternativa humanitària al problema de la cronificació d'addictes a substàncies / Ibogaïne:

## Low Threshold Journal 2015; Vol 3, n° 1



- 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*
- Dormir en un banco / Slapen op een bankje / Sleeping on a bench. *Joshua Smeets*
- Albergues y cajeros / Shelters and ATMs. *David Calzadilla*
- Que algún profesional se pase por los cajeros / Social care in ATMs
- 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 Delás, Olga Díaz*
- 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*
- 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*

## Low Threshold Journal 2015; vol 3, n° 2

- El mercado de la droga. Redadas. El mercat de la droga. Batudes. The drug market. Police raids
- Intervenciones policiales en el mundo de la droga: cómo queda el mercado Intervencions policials al món de la droga: com queda el mercat. Police interventions in the drug World. *Patricia Pujante*
- Comentarios Comentaris. Comments. *Rosa Kistmacher*
- Experiencias. Experiències. Experiències. *Jordi Haro*
- Reinserción o negocio? Reinserció o negoci? Reinsertion or business? Herman Saraiva Marcelino
- Cómo dejé la droga o mejor dicho de como empecé a dejarla. Com vaig deixar la droga o millor dit de com vaig començar a deixar-la. How I stopped drugs or rather how I started. *Valentina Mortari*
- La realidad invisible que duerme en nuestros portales. The invisible reality sleeping on our portals *Jorge Valero y David Viñas*
- Deporte. Esport. Sport Hockey +
- Proyecto ciudad. Projecte ciutat. Hockey City Program
- El día diferente. El dia diferent. A different day

1. Dr. Soler Insa. Cargos y publicaciones. <<http://www.ub.edu/dpppc/grup4.htm>>
2. Soler Insa PM. Publicaciones a partir de Pub Med. Consulta realizada 29-8-2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=soler+insa+pm>>
3. Colom J. Publicaciones a partir de Pub Med. Consulta realizada 29-8-2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=colom+j>>.
4. De Andrés M. Publicaciones a partir de Pub Med. Consulta realizada 29-8-2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Andres%2C%20Miguel%20De%5BFull%20Author%20Name%5D&cmd=DetailsSearch>>
5. Miguel de Andrés. Grup IGIA. 19ª Conferencia Internacional de IHRA BARCELONA Mayo de 2008. <[https://www.hri.global/files/2010/05/03/2008\\_Monday\\_Major\\_Spain\\_Andres.pdf](https://www.hri.global/files/2010/05/03/2008_Monday_Major_Spain_Andres.pdf)>
6. Miguel de Andrés. Trayectoria profesional y académica. <<https://www.linkedin.com/in/migueldeandres>>
7. Annie Mino. J'accuse les mensonges qui tuent les drogués, Calmann-Levy, 1996
8. Annie Mino Ex-directrice de la santé, Annie Mino s'en est allée. <<http://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/exdirectrice-sante-annie-mino-s-allee/story/20698752>>
9. Torralba L. Publicaciones a partir de Pub Med. Consulta realizada 31-8-2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=torralba+l&cmd=DetailsSearch>>
10. Oriol Romaní. Bibliografía. Dialnet. <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=217892>>
11. Em refereixo al que força pomposament vam anomenar "Presca de contacte amb els drogodependents d'alt risc (PCDAR). Un programa pilot", realitzat per al Pla de Drogues de Barcelona des de l'Àrea d'Antropologia Social de la Universitat de Tarragona, que vaig coordinar juntament amb la Núria Espinal i en Joan M.<sup>a</sup> Rovira. Es pot llegir un resum del mateix a Romaní, O. (1992) "Marginación y drogodependencias. Reflexiones en torno a un caso de investigación- intervención", Alvarez-Uría (ed.) *Marginación e inserción*. Madrid, Endymion: 259- 281. Així com veure el seu, diguem-ne, "producte estrella", que era el fulletó sobre "Las andanzas de Tío Elvis", a: <<http://hemerotecadrogues.cat/las-andanzas-de-tio-elvis/>>
12. Nájera R. Perspectivas actuales y futuras de la investigación sobre el SIDA. An Sist Sanit Navar. 1997; 20:9-17 <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n1/colab.html>>
13. Romero Vallecillos M, Oviedo-Joekes E, Mach Cerdà JC, Markez Alonso I. Programas de jeringuillas. Adicciones 2005; 17 (supl 1) 257: 275. < <http://www.adicciones.es/files/Romero.pdf> >
14. 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).
15. Alvarez-Dardet C, Hernández-Aguado I. AIDS in Spain: lessons learned from a public health disaster. J Epidemiol Community Health 1994; 48: 331-2.
16. 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
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Soldevila A. SAPS Creu Roja. <<https://prezi.com/6yxmqwrcfeh/saps-creu-roja/>>
21. <<http://www.nutricionsinfronteras.org/>>
22. Coffin PJ Urban Health Syringe availability as HIV prevention: a review of modalities. 2000; 77:306-30.
23. 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](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloid=13018931)>
24. 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.
25. Ballesteros C. Zagan Madrid : Fundación para la atención a las toxicomanías de la Cruz Roja Española 1996; 2 (Octubre) 8-11
26. Estudio MIRA.
27. Soldevila A. SAPS Creu Roja. <<https://prezi.com/6yxmqwrcfeh/saps-creu-roja/>>

28. Ernesto Sierra format parte de Cruz Roja Barcelona desde 1981.
29. Brugal T. Publicaciones a partir de Pub Med. Consulta realizada 31-8-2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=brugal+t> y <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=brugal+mt>>
30. 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.
31. Institut Municipal de Salut Pública. Estadístiques de Salut. Mortalitat i Natalitat a la Ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002.
32. 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. <<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3001843>>
33. Institut Municipal de Salut Pública. Sistema d'Informació sobre Drogues. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2000.
34. 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
35. 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. <[http://www.aspb.es/quefem/docs/SID-B\\_3r%204t%20trimestre%202007.pdf](http://www.aspb.es/quefem/docs/SID-B_3r%204t%20trimestre%202007.pdf) >
36. Majó X. Publicaciones a partir de Pub Med. Consulta realizada 6-9-2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=majo+x>>
37. Brugal MT, Villalbí JR, Torralba L, Valverde JL, Tortosa MT. The epidemiology of the acute adverse drug reaction in Barcelona in 1983-1992: a mortality analysis *Med Clin (Barc)*. 1995 Oct 14;105(12):441-5. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7490933>>
38. <<http://www.lifeline.org.uk/>>
39. Marta García, educadora social. Responsable de buena parte de los textos de educación sanitaria del manual “Atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas”
40. Cebrián Blanco S, L. Sala, Delás J, Nadal C, González M, Val-llosera A.. Ciudadanos del este de Europa consumidores de drogas en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, ISSN 0213-9111. 2003, 17: 256-258
41. Arrieta IM. Salas de inyección higiénica. Perspectiva histórica. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis . Febrero 2004. *Psiquiatría.com*. <<http://www.psiquiatría.com/bibliopsiquis/assets-tore/21/74/19/21741925654423817564994612126809546013>>
42. 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.
43. 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.
44. Hedrich D. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Luxemburg, 2004
45. La Vanguardia, miércoles 2 de diciembre de 2009, “Vivir”, pg 4.
46. Bacovich I, Montserrat A. Talleres para prevenir muertes por reacción aguda en consumidores de heroína y/o cocaína intravenosa en un centro de reducción de daños en Barcelona
47. Soldevila A. SAPS Creu Roja. <<https://prezi.com/6yxmqwrcfeh/saps-creu-roja/>>
48. Cebrián Blanco S, L. Sala, Delás J, Nadal C, González M, Val-llosera A.. Ciudadanos del este de Europa consumidores de drogas en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, ISSN 0213-9111. 2003, 17: 256-258
49. Farci T, Rosa Kistmacher R Consumidores de drogas italianos en Barcelona. *Low Threshold Journal*; 2013. 1:21
50. Delás Jordi, Giselle Priore A, Pigem A, Aguas M. Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:35.
51. Dr. Miguel del Río Meyer. Cargos. <<http://www.ub.edu/dpppc/grup4.htm>>
52. Del Río M. Publicaciones Pub Med. Consultado 29 de agosto de 2016. <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=del%20Rio%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=9489052](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=del%20Rio%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9489052)>
53. del Río M<sup>1</sup>, Mino A, Perneger TV. Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. *Addiction*. 1997 Oct;92(10):1353-60.
54. <http://www.aalba.org/alba/unitat-de-crisi>
55. 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 Sanit* 2001;15:353-5.

56. <<http://www.creuroja.org/AP/cm/5004P235L1/La-Creu-Roja-aten-mes-de-1-700-persones-amb-drogo-dependencia-a-Catalunya.aspx>>

57. Vecino C. Publicaciones a partir de Pub Med. Consulta realizada 31-8-2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=vecino+c>>

58. CLAT5. <<http://www.lasdrogas.info/agenda/1533>>

59. Ricardo Fuentes trabaja actualmente en IN-Mouraria é um projeto do GAT. Calçada de Santo André, nº79, 1100-496, Lisboa, Portugal

60. In-Mouraria. <[http://www.gatportugal.org/projetos/inmouraria-pessoas-que-usam-drogas\\_1](http://www.gatportugal.org/projetos/inmouraria-pessoas-que-usam-drogas_1)>

61. <<http://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?>>

62. Soler Insa PA, Gascón Barrachina P. RTM-IV Recomendaciones terapéuticas en los trastorno mentales, Cyesan Editorial. 2012.



## 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](mailto: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](http://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.

