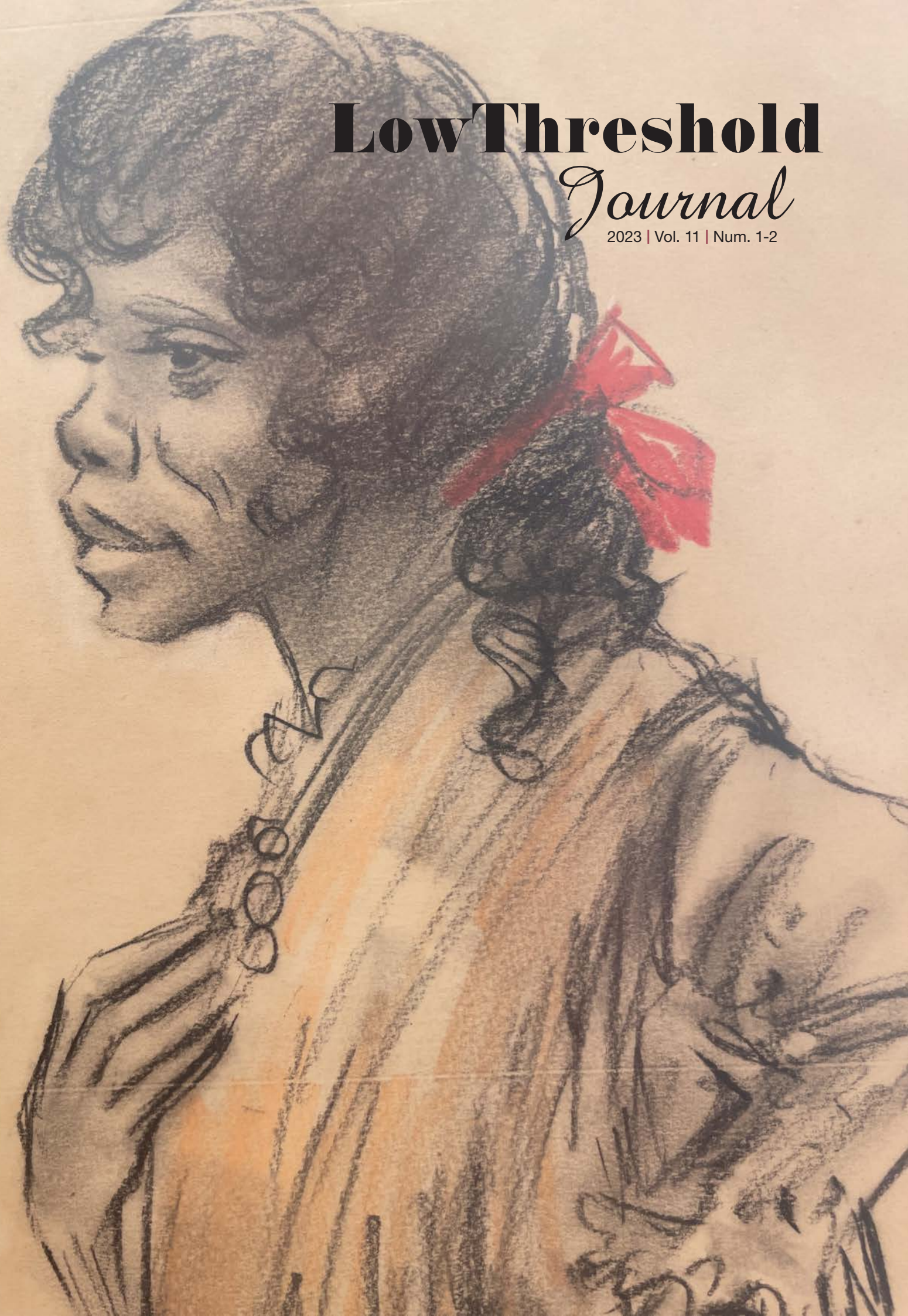


LowThreshold

Journal

2023 | Vol. 11 | Num. 1-2



Coordinación

M^a José Sánchez

Director

Jordi Delás

Jefa de Redacción / Editor in Chief

M^a Eugenia de Andrés

Consejo de Redacción / Editorial board

Margarita Aguas

Miguel de Andrés

Igor Bacovich

Rafael Clúa García

Jordi Delás

Rosa Kistmacher (Berlín)

Gemma Martín

Tarsicio Matos de Andrade
(Salvador de Bahía)

César Morcillo

María José Sánchez

Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

Diseño / Design

Sònia Poch

Maquetación / Layout

Sònia Poch

Edición / Edition

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org

www.lowthresholdjournal.org

SUMARI SUMARIO CONTENTS

EDITORIAL 4

Barcelona / Barcelona / Barcelona

CONDICIÓ TRIAL / CONDICIÓN TRIAL / TRIAL CONDITION 7

ENQUESTA / ENCUESTA / SURVEY 11

Consum de substàncies no prescrites en persones de 18 a 35 anys que treballen o estudien / Consumo de sustancias no prescritas en personas de 18 a 35 años que trabajan o estudian. Estudio descriptivo / Consumption of non-prescribed substances in people between 18 and 35 years old who work or study

CARLA FERNÁNDEZ DE RETANA

SENSE LLAR / SIN DOMICILIO / HOMELESS 18

Pacients sense domicili ingressats en un hospital d'aguts. Barcelona 2021-22 / Personas sin hogar ingresadas en un hospital general. Barcelona 2021-22 / Homeless admitted to a hospital. Barcelona 2021-22

BERNAT ORRIOLS GARCIA, MARGARITA AGUAS

MITES / MITOS / MYTHS 29

Mites i llegendes en el consum de drogues, Barcelona 2013 / Mitos y leyendas en el consumo de drogas. Barcelona 2013 / Myths and legends in drug use. Barcelona 2013

ROSA KISTMACHER, IGOR BACOVICH

METAMFETAMINA / METANFETAMINA / METAHMPHETAMINE 47

Reaccions agudes al consum de substàncies no prescrites. Metanfetamina. Barcelona 2020-21 / Reacciones agudas al consumo de sustancias no prescritas. Metanfetamina. Barcelona 2020-21 / Acute reactions to the consumption of non-prescribed substances. Methamphetamine. Barcelona 2020-21

SOFIA MOREIRA LINO, NACHO ROSSELLÓ GARCÍA

Convocatòria d'articles

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

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

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

Convocatoria de artículos

Low Threshold Journal es una publicación en línea dirigida a la comunidad científica internacional y enfocada en presentar experiencias de equipos que trabajan en la promoción de la educación, la salud y la atención social en áreas urbanas socialmente deprimidas. Hay interesantes intervenciones desconocidas que podrían ser útiles para otros grupos en condiciones similares.

A partir de los textos originales, enviados a lowthresholdjournal@lowthresholdjournal.org, los editores realizan la traducción al inglés o al español. Los textos finales se publican como revista y están disponibles gratuitamente en formato PDF. Están en línea permanentemente en <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html> cualquier momento.

Lowthresholdjournal está promovida por Ex AEquo, una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1996 en Barcelona y que se dedica a promover la educación, la comunicación y la atención socio sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas.

Call for papers

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

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

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



Barcelona

En aquest número de Low Threshold Journal corresponent a 2023 tractem el consum de substàncies no prescrites en entorns normalitzats. Enquesta de Carla Fernández de Retana a persones que treballen o estudien. Algunes dades remarcables, com que el 12% consumeix cànnabis diàriament. Dada a tenir present quan la legalització està en debat a diversos països.

Cal saber més de consums il·legals en entorns normalitzats. Escoles. En persones amb trastorn per dèficit d'atenció/hiperactivitat de l'adult es detecta una tendència més gran en l'ús de substàncies no prescrites [1]. Sens dubte cal prestar importància als trastorns escolars, al fracàs d'aprenentatge camí que pot portar a la marginalitat i als problemes de salut.

El següent estudi és una descripció de pacients sense domicili ingressats a un hospital. Amb llista d'espera de mesos per accedir a un lloc públic on dormir, mesos per a ingrés per a desintoxicació, albergs turístics encarits que desplacen a s persones locals al carrer sense compensació de les taxes turístiques queden els hospitals. De normes rígides, però que simptomatologia aguda i greu o fissura a la visita d'ur-

gències permet l'ingrés i probable precipitada alta. 30% sense nom que permeti reconèixer-los.

Un prec perquè no abandonin l'hospital sense identificació i desaprofitar una documentació que no se sap a qui pertany i prec també perquè se'ls aconseguixi targeta sanitària.

De 2013, però encara no publicada una relació de mites habituals entre consumidors d'heroïna i cocaïna. Minuciosa, elaborada, text de lectura obligada per qui es manegen en el món del consum no legal. Gràcies a Igor i Rosa.

El darrer estudi és de Sofia i Nacho i ens porten el testimoni de la simptomatologia immediata al consum. Pel que fa a metamfetamina transmeten el difícil maneig de verborrea, hipertèrmia, sudoració, cerca d'objectes inexistents, deliri, al·lucinacions, sensació de sentir-se perseguit... Una pluralitat de símptomes difícils de controlar que fan tan complexes les drogues de síntesi.

Tots els estudis han estat realitzats a Barcelona.

Barcelona, Catalunya pionera fa 30 anys en l'acció davant del consum de substàncies no prescrites, que ha fet els seus deures davant de l'hepatitis C. Aturada,

però en llocs d'assistència no tan dignes com seria desitjable, que fan que el carrer, sigui la gran alternativa per al consum. El carrer d'on no s'expulsa ningú, gairebé al contrari.

Teràpies que no ens hem atrevit a implementar, disparitat de criteris professionals, sovint amb rigidesa més pròpia de programes lliures de drogues que no pas d'atenció a consumidors actius. Poca psico-

logia, moltes pastilles. Sense permisos administratius per treballar, sense domicili i molt policonsum.

Hem volgut acompanyar aquests textos amb quadres de pintors bohemis, alguns dels quals són excel·lents falsificacions, altres amb pluralitat de còpies, però representatius d'una època que ha passat i que ha donat lloc a la forta amargor dels carrers del sud de Barcelona.

Barcelona

En este número de Low Threshold Journal correspondiente a 2023 tratamos el consumo de sustancias no prescritas en entornos normalizados. Encuesta de Carla Fernández de Retana en personas que trabajan o estudian. Algunos datos remarcables, como que el 12% consume cannabis a diario. Dato a tener presente cuando la legalización está en debate en diversos países.

Hay que saber más de consumo ilegales en entornos normalizados. Escuelas. En personas con trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto se detecta una mayor tendencia en el uso de sustancias no prescritas [1]. Sin duda hay que prestar importancia a los trastornos escolares, al fracaso de aprendizaje como una senda que puede llevar a la marginalidad y problemas de salud.

El siguiente estudio es una descripción de pacientes sin domicilio ingresados en un hospital. Con lista de espera de meses para acceder a un lugar público donde dormir, meses para ingreso para desintoxicación, albergues turísticos encarecidos que desplazan a los lugareños a la calle sin la compensación de las tasas turísticas quedan los hospitales. De rígidas normas, pero que sintomatología aguda y grave o fisura en urgencias permiten el ingreso y una probable precipitada alta.

30% sin nombre que permita reconocerlos. Un ruego para que no abandonen el hospital sin identificación y desperdiciar una documentación que no se va a saber a quién pertenece y ruego también para que se les consiga tarjeta sanitaria.

De 2013, pero aún no publicada, una relación de mitos habituales entre consumidores de heroína y co-

caína. Minuciosa, elaborada, texto de obligada lectura para quienes convergen en el mundo del consumo no legal. Gracias a Igor y Rosa.

El último estudio es de Sofía y Nacho y nos traen el testimonio de la sintomatología inmediata al consumo. De la metanfetamina transmiten el arduo manejo de verborrea, hipertermia, sudoración, búsqueda de objetos inexistentes, delirio, alucinaciones, sensación de sentirse perseguido... Una pluralidad de síntomas difíciles de controlar que hacen complejas las drogas de síntesis.

Todos los estudios han sido realizados en Barcelona.

Barcelona, Catalunya pionera hace 30 años en la acción frente al consumo de sustancias no prescritas y que ha hecho sus deberes frente a la hepatitis C.

Atascada, sin embargo en lugares de asistencia no tan dignos como sería deseable y que hacen que la calle, sea la gran alternativa para el consumo. La calle de donde no se expulsa a nadie, casi al contrario.

Terapias que no nos atrevimos a implementar, disparidad de criterios profesionales, a menudo con rigidez más propia de programas libres de drogas que de atención a consumidores activos. Poca psicología, muchas pastillas. Sin permisos administrativos para el trabajo, sin domicilio y mucho policonsumo.

Hemos querido acompañar estos textos con cuadros de pintores bohemios, algunos de los cuales son excelentes falsificaciones, otros con pluralidad de copias, pero representativos de una época que ha pasado y nos ha dejado dosis de amargura en las calles del sur de Barcelona.

Barcelona

In this issue of *Low Threshold Journal* for 2023 we discuss non-prescribed substance use in standardized settings. Carla Fernández de Retana's survey of people who work or study. Some remarkable data, such as that 12% consume cannabis daily. A fact to keep in mind when legalization is under debate in several countries.

More needs to be known about illegal consumption in normalized environments. Schools. In people with attention deficit/hyperactivity disorder in adults, there is a greater tendency to use non-prescribed substances [1]. Undoubtedly, it is important to pay attention to school disorders and learning failure as a path that can lead to marginalization and health problems.

The following study is a description of homeless patients admitted to a hospital. With waiting lists of months to access a public place to sleep, months for admission for detoxification, overpriced tourist shelters that displace the locals to the street without the compensation of tourist fees, the hospitals remain. Of rigid rules, but that acute and serious symptoms or fissure in the emergency room allow admission and a probable hasty discharge.

30% without a name that would allow them to be recognized. A request that they do not leave the hospital without identification and waste documentation that will not be known to whom it belongs, and also a request that they be provided with a health card.

From 2013, but not yet published, a list of common myths among heroin and cocaine users. Thorough, elaborated, must-read text for those who converge in the world of non-legal consumption. Thanks to Igor and Rosa.

The last study is by Sofía and Nacho and they bring us the testimony of the immediate symptoma-

tology of consumption. From methamphetamine they transmit the arduous handling of verbosity, hyperthermia, sweating, search for non-existent objects, delirium, hallucinations, sensation of feeling persecuted... A plurality of symptoms difficult to control that make synthetic drugs complex.

All the studies have been carried out in Barcelona.

Barcelona, Catalonia, pioneer 30 years ago in the action against the consumption of non-prescribed substances and which has done its homework against hepatitis C.

Stuck, however, in places of assistance that are not as dignified as desirable and that make the street the great alternative for consumption. The street from which no one is expelled, almost on the contrary.

Therapies that we did not dare to implement, disparity of professional criteria, often with a rigidity more typical of drug-free programs than of care for active users. Little psychology, many pills. No administrative permits for work, no home and a lot of poly-drug use.

We wanted to accompany these texts with paintings by bohemian painters, some of which are excellent forgeries, others with a plurality of copies, but representative of an era that has passed and has left us doses of bitterness in the streets of southern Barcelona.

-
1. Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad) del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS. Disponible en: [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/6Q_Spanish%20\(for%20Spain\)_final.pdf](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/6Q_Spanish%20(for%20Spain)_final.pdf)



Viure al carrer

Al Regne Unit la mitjana d'edat de les persones que viuen i moren al carrer és de 45 anys en els homes i 43 en les dones. En la població general, 76 i 81 anys, respectivament.¹

A Irlanda, els homes sense casa moren als 36 anys i les dones, als 44.²

Viure al carrer mata.

Les malalties cròniques són més prevalents al carrer,³ s'accelera l'envelliment,⁴ s'anticipen els trastorns geriàtrics⁵ i les persones que viuen al carrer precisen atencions més complexes quan han de recórrer a l'hospitalització.⁶

En un estudi fet a Barcelona, els percentatges d'infecció per VIH i hepatitis C es varen multiplicar per 40 en les persones que sense sostre.⁷ La taxa de mort de les persones sense llar als serveis d'urgències és 12 vegades més gran que a la població general. El mateix informe indica que les persones al carrer sovint estan excloses de l'atenció primària, dels programes de prevenció comunitària i estan més abocades a un elevat ús dels serveis d'urgències.⁸

Aquests estudis⁹ mostren el fracàs de la prevenció de les malalties i manteniment de la salut en les persones sense domicili. I que el carrer, entre moltes

altres coses, a la gent que hi viu, a la gent que hi dorm els hi pren, com a mínim, 20 anys de vida.

Viure al carrer és un factor de risc i, fins i tot una malaltia amb afectació a diversos òrgans diana. Per tant, element d'estudi, susceptible d'elaboració de plans i programes d'actuació.

Efecte de crida inversa: la gent al carrer mor tant a les portes de casa nostra com allà on els hi fem anar. Quan preguntem, estant al carrer, per què no es planteja tornar al lloc d'origen. Sovint la resposta és que, fins i tot, allà la situació és pitjor.

Malalties

Hi ha malaltia. La que es troba a la població general –diabetis, hipertensió, deteriorament per l'envelliment–, malaltia psicològica, pel deteriorament de viure al carrer, pels efectes col·laterals de les substàncies que es consumeixen. I més. De vegades amagada per impediments administratius. Que funcionen com anti-screening, dificultar que es pugui visitar, fer exploracions complementàries.

Les malalties s'han de poder diagnosticar i després encarrilar bé dintre del sistema sanitari.

Alcohol y drogues

El codi sense llar, entés com conjunt d'accions estandaritzades i coordinades davant la detecció d'una persona al carrer, ha d'implicar la consecució de la tarja sanitària individual.

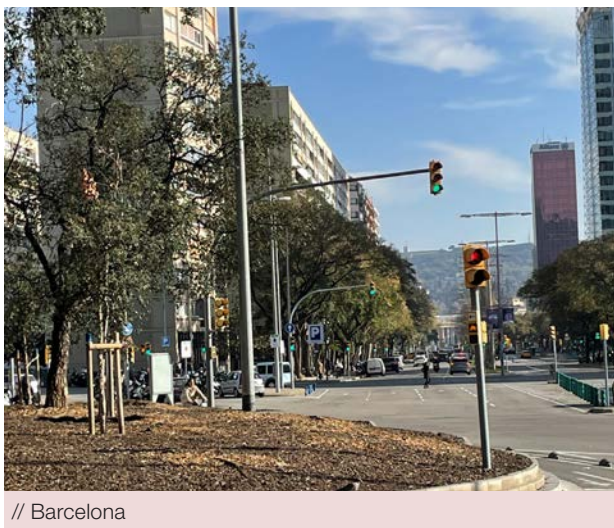
Empadronament i tarja sanitària, en el cas de les persones al carrer, no han d'estar vinculades. Perquè les persones al carrer, es mouen, transiten, canvien de localitat i, si bé han de tenir dret a un equip d'atenció primària, no ha d'impedir poder ser atesos per altres equips, per altres hospitals, salvant quadrícules locals no inventades per aquestes persones. Salvant desplaçament en ambulàncies en vers d'un potencial dispositiu sanitari de referència.

Per a les persones sense llar, el pas immediat a aconseguir la tarja sanitària és ser beneficiaris del CAP 0. Poder ser visitats a qualsevol dispositiu, com ja poden fer els ciutadans amb tarja de la Comunitat Europea, amb medicació pràcticament gratuïta, com els hi passa als pacients beneficiaris de la campanya sanitària VIH.

UN ENCÀRREC MÉS PER L'ATENCIÓ PRIMÀRIA?

Probablement aquesta serà la resposta en forma de pregunta si es manifesta que la gent al carrer ha de tenir el seu equip de primària. Que d'acord al CAP 0 ha de ser atès allà on viu i ser objecte de l'atenció domiciliària quan el carrer sigui el seu domicili.

Un altre encàrrec? El problema no és de competències. El problema és de dotació de recursos, no d'amagar situacions i fer invisibles a determinats ciutadans.



// Barcelona

Vivir en la calle

En el Reino Unido la media de edad de las personas que viven y mueren en la calle es de 45 años en los hombres y 43 en las mujeres. En la población general, 76 y 81 años respectivamente.¹ En Irlanda, los hombres sin hogar mueren a los 36 años y las mujeres, a los 44.² Vivir en la calle mata.

Las enfermedades crónicas son más prevalentes en la calle,³ se acelera el envejecimiento,⁴ se anticipan los trastornos geriátricos⁵ y las personas que viven en la calle precisan cuidados más complejos cuando deben recurrir a la hospitalización.⁶

En un estudio realizado en Barcelona, los porcentajes de infección por VIH y hepatitis C se multiplicaron por 40 en las personas sin techo.⁷ La tasa de muerte de las personas sin hogar en los servicios de urgencias es 12 veces mayor que en la población general. El mismo informe indica que las personas en la calle a menudo están excluidas de la atención primaria, de los programas de prevención comunitaria y están más abocadas a un elevado uso de los servicios de urgencias.⁸

Los estudios⁹ muestran el fracaso de la prevención de las enfermedades y el mantenimiento de la salud en las personas sin domicilio. Y que la gente que vive o duerme se les toma, pierde, como mínimo, 20 años de vida.

Vivir en la calle es un factor de riesgo e incluso una enfermedad con afectación en varios órganos diana. Por tanto, elemento de estudio, susceptible de elaboración de planes y programas de actuación.

Efecto de llamada inversa: la gente en la calle muere tanto a nuestras puertas como allí donde les hacemos ir. Cuando preguntamos, estando en la calle, ¿por qué no se plantea volver al sitio de origen?. A menudo la respuesta es que, incluso, ahí la situación es peor.

Enfermedades

Hay enfermedad. La que se encuentra en la población general –diabetes, hipertensión, deterioro por el envejecimiento–, enfermedad psicológica, por el deterioro de vivir en la calle, por los efectos colaterales de las sustancias que se consumen. Y más. A veces escondida por impedimentos administrativos. Que



// Colors

funcionan como anti-screening, dificultar que se pueda visitar, realizar exploraciones complementarias.

Las enfermedades deben poder diagnosticarse y luego encauzarse dentro del sistema sanitario.

Alcohol y drogas

El código sin hogar, entendido como conjunto de acciones estandarizadas y coordinadas ante la detección de una persona en la calle, debe implicar la consecución de la tarjeta sanitaria individual.

Empadronamiento y tarjeta sanitaria, en el caso de las personas en la calle, no deben estar vinculadas. Porque las personas en la calle, se mueven, transitan, cambian de localidad y, si bien deben tener derecho a un equipo de atención primaria, no debe impedir poder ser atendidos por otros equipos, por

otros hospitales, salvando cuadrículas locales no inventadas por estas personas. Salvando desplazamiento en ambulancias hacia un potencial dispositivo sanitario de referencia.

Para las personas sin hogar, el paso inmediato a conseguir la tarjeta sanitaria es ser beneficiarios del CAP 0. Poder ser visitados en cualquier dispositivo, como pueden hacer los ciudadanos con tarjeta de la Comunidad Europea, con medicación prácticamente gratuita, como les ocurre a los pacientes beneficiarios de la campaña sanitaria VIH.

¿UN ENCARGO MÁS POR LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Probablemente ésta será la respuesta en forma de pregunta si se manifiesta que la gente en la calle debe tener su equipo de primaria. Que de acuerdo al CAP 0 debe ser atendido donde vive y ser objeto de la atención domiciliaria cuando la calle sea su domicilio.

¿Otro encargo? El problema no es competencia. El problema es de dotación de recursos, no esconder situaciones y hacer invisibles a determinados ciudadanos.

Living on the street

In the United Kingdom, the average age of people living and dying on the street is 45 years for men and 43 years for women. In the general population, 76 and 81 years respectively.¹ In Ireland, homeless men die at age 36 and women at age 44.² Living on the street kills.

Chronic diseases are more prevalent on the street,³ aging is accelerated,⁴ geriatric disorders are anticipated⁵ and people living on the street require more complex care when they have to resort to hospitalization.⁶

In a study conducted in Barcelona, the rates of HIV and hepatitis C infection increased 40-fold in homeless people.⁷ The death rate of homeless people in emergency departments is 12 times higher than in the general population. The same report indicates that people on the street are often excluded from primary care and community prevention programs and are more likely to use the emergency department.⁸

Studies⁹ show the failure of disease prevention and health maintenance in homeless people. And that

people who live or sleep on the streets lose at least 20 years of life.

Living in the street is a risk factor and even a disease that affects several target organs. It is therefore an element of study, susceptible to the elaboration of action plans and programs.

Reverse call effect: people on the street die both at our doorstep and wherever we make them go. When we ask, when they are in the street, why do they not consider returning to their place of origin? Often the answer is that the situation is even worse there.

Diseases

There is disease. Those found in the general population –diabetes, hypertension, deterioration due to aging–, psychological illness, due to the deterioration of living on the street, due to the side effects of the substances consumed. And more. Sometimes hidden by administrative impediments. That function as anti-screening, making it difficult to visit, to carry out complementary explorations.

Diseases should be diagnosed and then channeled through the health system.

Alcohol and drugs

The homeless code, understood as a set of standardized and coordinated actions upon detection of a person on the street, should involve obtaining an individual health card.

Registration and health card, in the case of people in the street, should not be linked. Because people in the street move, transit, change locality and, although they should have the right to a primary care team, it should not prevent them from being attended by other teams, by other hospitals, saving local grids not invented by these people. Saving ambulance travel to a potential reference health care facility.

For homeless people, the immediate step to get the health card is to be beneficiaries of the CAP 0. To be able to be visited in any device, as citizens with a European Community card can do, with practically free medication, as happens to patients benefiting from the HIV health campaign.

ONE MORE REQUEST FOR PRIMARY CARE?

This will probably be the answer in the form of a question if it is stated that the people in the street should have their primary care team. That according to the CAP 0 they should be attended where they live and be the object of home care when the street is their domicile.

Another assignment? The problem is not competence. The problem is one of resourcing, not hiding situations and making certain citizens invisible.

-
1. Office for National Statistics: Deaths of homeless people in England and Wales: 2018.
 2. Ivers JH, Zgaga L, O'Donoghue-Hynes B, et al.: Five-year standardised mortality ratios in a cohort of homeless people in Dublin. *BMJ Open*. 2019;9(1):e023010. 10.1136/bmjopen-2018-023010
 3. Lewer D, Aldridge RW, Menezes D, et al.: Health-related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: a cross-sectional study in London and Birmingham, England. *BMJ Open*. 2019;9(4):e025192. 10.1136/bmjopen-2018-025192
 4. Fazel S, Geddes JR, Kushel M: The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529–40. 10.1016/S0140-6736(14)61132-6
 5. Brown RT, Hemati K, Riley ED, et al.: Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. *Gerontologist*. 2017;57(4):757–66. 10.1093/geront/gnw011
 6. Ni Cheallaigh C, Cullivan S, Sears J, et al.: Usage of unscheduled hospital care by homeless individuals in Dublin, Ireland: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(11):e016420. 10.1136/bmjopen-2017-016420
 7. Roca Lahiguera D, Bilbeny de Fortuny B, Clusa Gironella T, Fuertes Rodríguez T, Silva Ruiz P, et al.: Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA. *Aten Primaria* 2022; 54: 102458
 8. Paudyal V, Ghani A, Shafi T, et al. Clinical characteristics, attendance outcomes and deaths of homeless persons in the emergency department: implications for primary health care and community prevention programmes. *Public Health*. 2021;196:117–123
 9. Kiernan S, Mockler D, Ní Cheallaigh C, Broderick J. Physical functioning limitations and physical activity of people experiencing homelessness: A scoping review. *HRB Open Res*. 2021 Mar 1;3:14. doi: 10.12688/hrbopenres.13011.2. PMID: PMC7934094.



Consum de substàncies no prescrites en persones de 18 a 35 anys que treballen o estudien

Carla Fernández de Retana

Facultat de Medicina. Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

El consum de substàncies no prescrites es troba molt estès a la nostra societat a totes les capes socials. Per això resulta interessant aquest treball en persones en situació normalitzada.

Es tracta d'un estudi descriptiu realitzat el gener del 2023 mitjançant un formulari a través de l'aplicació de missatgeria instantània WhatsApp® a persones entre 18 i 35 anys, que treballen o estudien a la ciutat de Barcelona.

Hi han participat 108 persones, 50,9% homes i 49,1% majoritàriament entre 21 i els 26 anys (94,4%), en entorns recreatius de bars i discoteques. El context més freqüent va ser discoteca o bar amb amics (88,7%), seguit de festes o situacions socials de conversa a casa (52,8%), en parella (43,4%) i individual-

ment (7,5%). Cal destacar que cap participant va dir que usés substàncies per estudiar ni treballar.

Si bé aquesta enquesta és una aproximació parcial, en un sector de la població en una sola ciutat, ens dóna idea de la necessitat de saber més sobre el consum d'aquestes substàncies per millor comprendre i atendre aquesta situació.

L'alcohol és àmpliament consumit, com substància a la que es pot accedir de forma reglada. Conjuntament amb cànnabis són els dos casos en que es prenen de forma diària.

Les altres ja tenen un consum setmanal o encara menys. I, en general, permeten treballar o estudiar. És a dir s'han d'abordar com substàncies en persones integrades i no al marge del món de l'estudi o treball.

%	Mai	Ocasionalment	Mensualment	Setmanalment	Més d'un cop setmana	Diàriament
Alcohol	0,9	9,3	24,1	37	28,7	0
Cannabis	25,9	40,7	12	3,7	5,6	12
Inhalants	56	37	5,6	1,9	0	0
MDMA	64,8	30,6	3,7	1,09	0	0
Cocaïna	80,6	16,7	1,9	0,9	0	0
Anf i metanf	91,7	8,3	0	0	0	0
LSD	83,3	12	4,6	0	0	0
Ketamina	95,4	2,8	1,9	0	0	0



// Nonell, *Dona amb mocador*

Consumo de sustancias no prescritas en personas de 18 a 35 años que trabajan o estudian. Estudio descriptivo

Carla Fernández de Retana

Facultat de Medicina. Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias no prescritas se realiza en un entorno no legal, difícil por tanto de contar con datos y, en general, información. Por lo que es importante contar con información sobre las características de las personas y sustancias.

Hemos realizado un estudio en personas con ocupación, que trabajan o estudian, con la voluntad de explorar el consumo recreacional. Consumo que compaginan con su actividad laboral o de estudio.

PERSONAS Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado en enero de 2023 a través de un formulario a través de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp® a personas entre 18 y 35 años, de la ciudad de Barcelona, que trabajan o estudian.

RESULTADOS

Participaron 108 personas, 50,9% hombres y 49,1% mayoritariamente entre 21 y los 26 años (94,4%), en entornos recreativos de bares y discotecas. El contexto más frecuente fue discoteca o bar con amigos (88,7%), seguido de fiestas o situaciones sociales de conversación en casa (52,8%), en pareja (43,4%) e individualmente (7,5%). Cabe destacar que ningún participante contestó que usase sustancias para estudiar ni trabajar.

Las sustancias utilizadas por las 108 personas fueron Alcohol: 100%; Cannabis: 77,8%, Inhalantes = Popper: 38%, MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina): 35,2%, Cocaína: 18,5%, Anfetaminas: 12%, LSD: 7,4%, Ketamina: 5,6%, Psilocibina: 5,6%, Crack, Khat, Fenilciclidina y Heroína: 0%.

En alcohol (Figura1) destaca un elevado consumo semanal y más de una vez por semana.



Figura 1. Frecuencia del consumo de alcohol

En cánnabis (Figura 2), hay un consumo diario nada despreciable (12%).

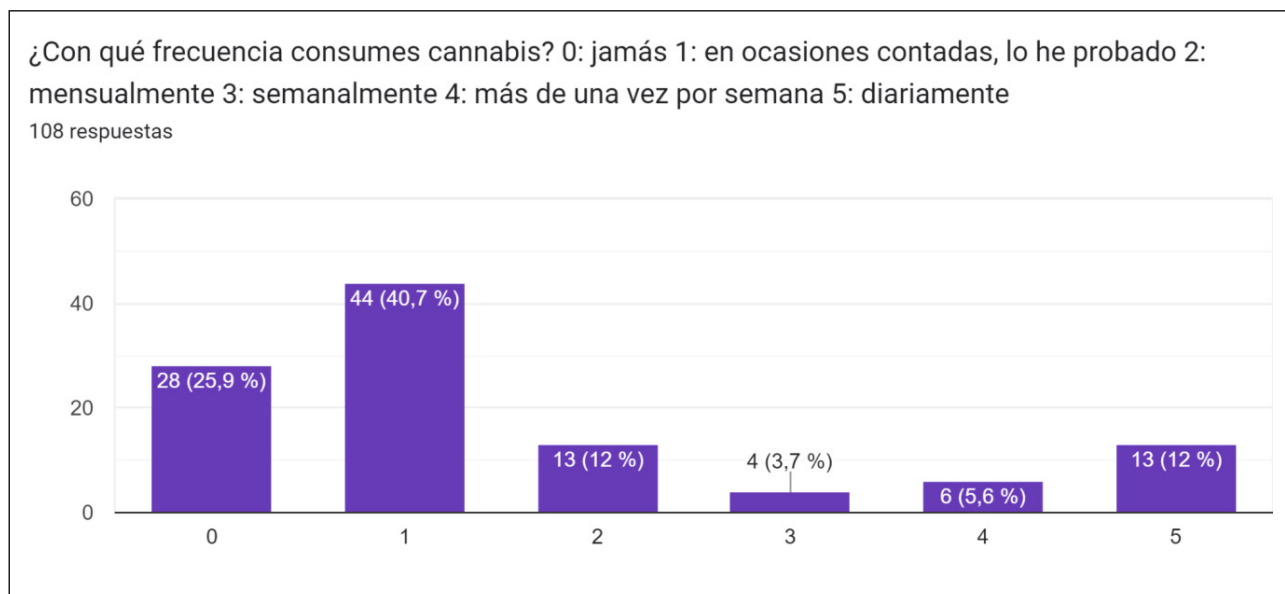


Figura 2. Frecuencia del consumo de cánnabis.

El consumo de inhalantes (Figura 3) es mayoritariamente ocasional, menos de una vez al mes.

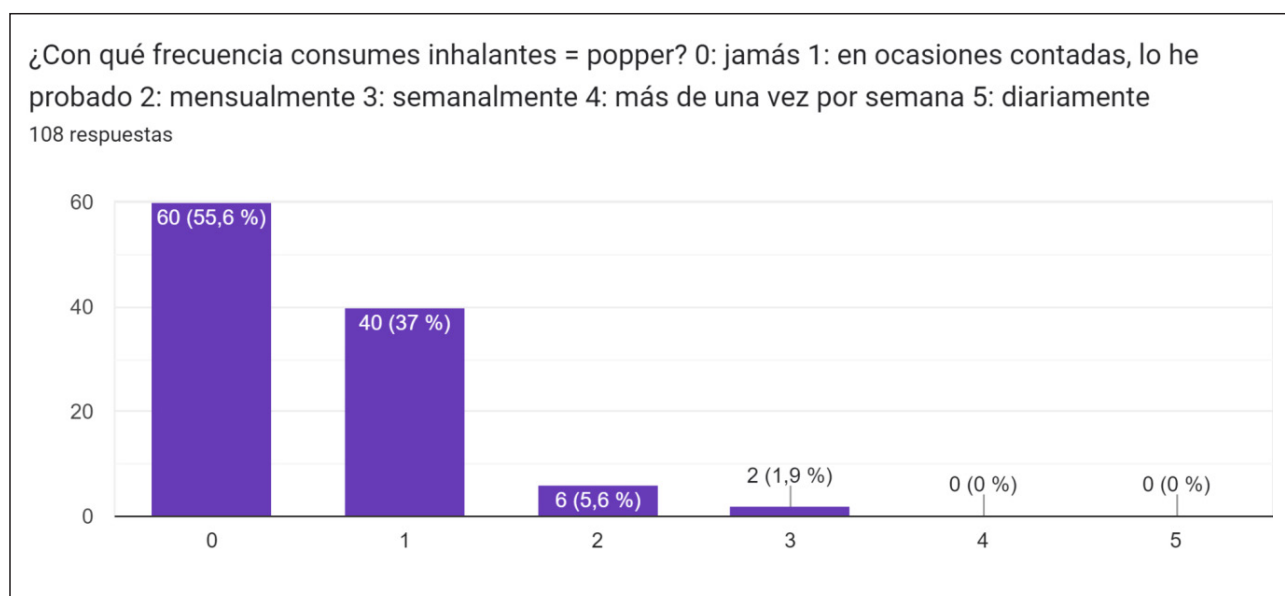


Figura 3. Frecuencia del consumo de inhalantes

Asimismo aparece ocasional, menos de una vez al mes el consumo de MDMA (Figura 4), cocaína (Figura 5), anfetaminas, el de LSD (Figura 6), el de ketamina (Figura 7) y el de psilocibina.

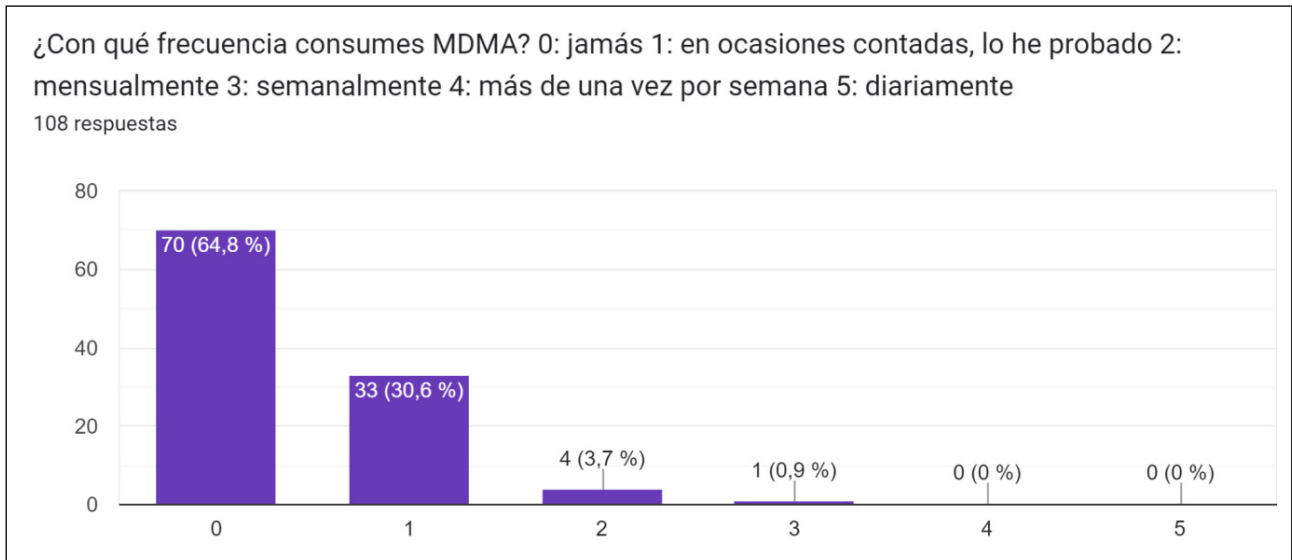


Figura 4. Frecuencia del consumo de MDMA

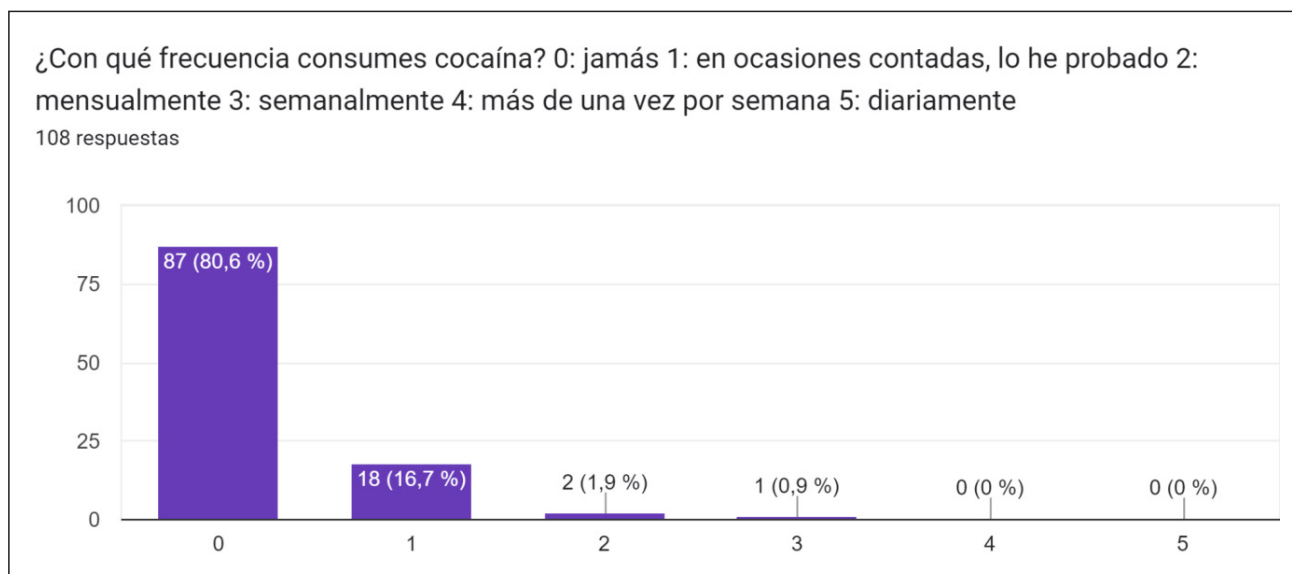


Figura 5. Frecuencia del consumo de cocaína

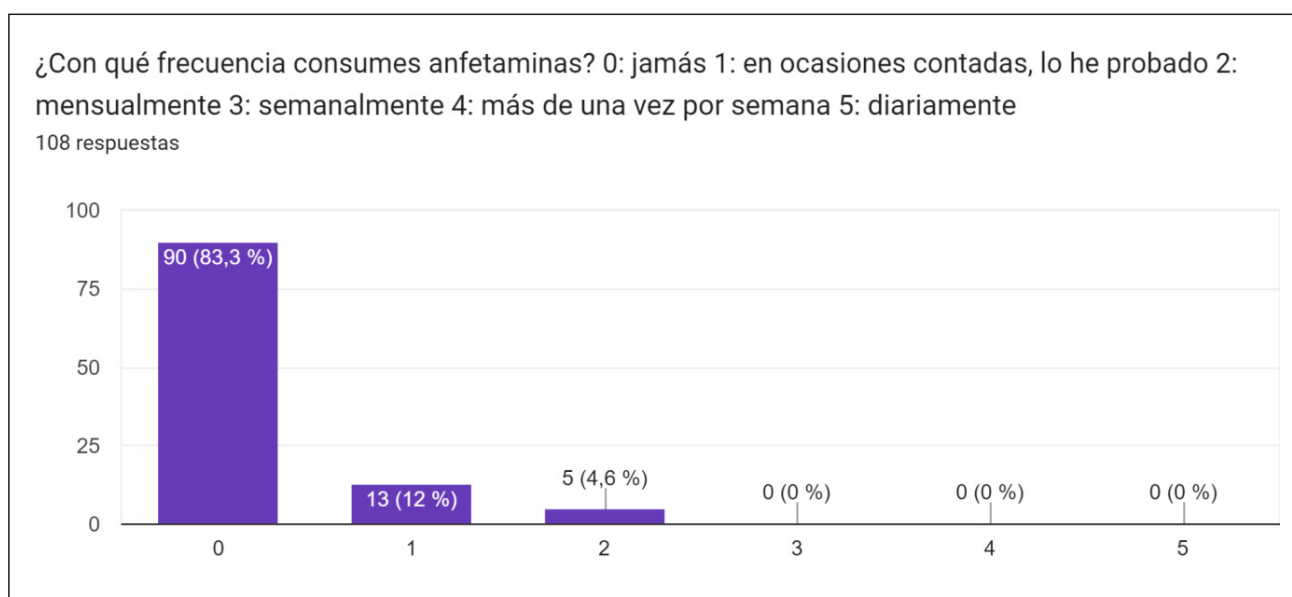


Figura 6. Frecuencia del consumo de LSD

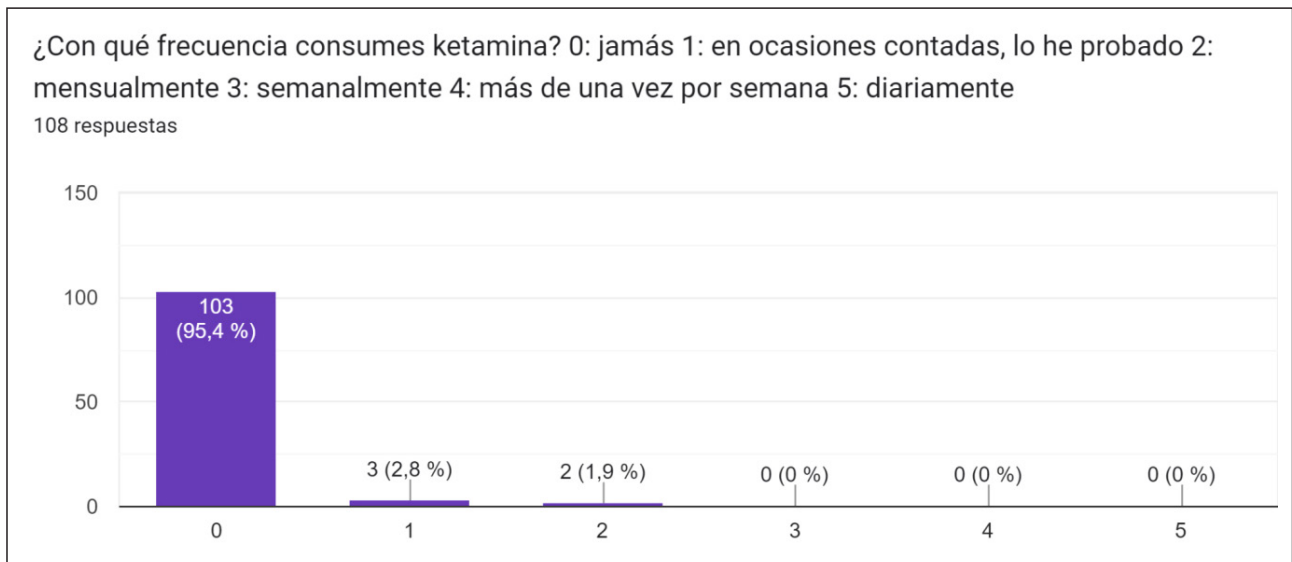


Figura 7. Frecuencia del consumo de ketamina

CONSUMO EN HOMBRES Y MUJERES ENTRE 21 Y 23 AÑOS

Se compara las diferencias de consumo entre géneros en los dos grupos con mayor número de participantes.

En hombres de 21 a 23 años hay un total de 36 participantes, todos consumidores de alcohol, la práctica totalidad de cannabis, seguido de inhalantes, MDMA, cocaína, anfetaminas, LSD y psilocibina (Figura 8).

En cuanto a la frecuencia de consumo, en los hombres de este rango de edad la mayoría consumen más de una vez por semana o semanalmente. En el caso del cannabis, hay un importante consumo ocasional, pero destaca un consumo diario en aproximadamente un tercio de los contestantes. El resto de sustancias nombradas se consume mayormente de forma ocasional.

En el grupo de mujeres entre 21 y 23 años la muestra fue de 42 participantes, de las cuales la totalidad son consumidoras de alcohol, un gran porcentaje de cannabis, seguido por inhalantes, MDMA, cocaína, ketamina, anfetaminas, LSD y psilocibina (ordenadas de mayor a menor). (Figura 8)

La mayoría consumen alcohol semanalmente, aunque una parte importante consume más de una vez por semana. En cuanto al cannabis y las otras sustancias nombradas, la gran parte de consumo es ocasional.

En cuanto a las circunstancias de consumo, la más frecuentemente elegida por las consumidoras es en una discoteca o un bar con amigos, seguida de una fiesta en casa y hablar de temas interesantes con amigos en una situación que no calificaríamos como fiesta. Un pequeño porcentaje responde en pareja o individualmente, mientras que para estudiar o trabajar no es contestado por ninguna de las participantes.

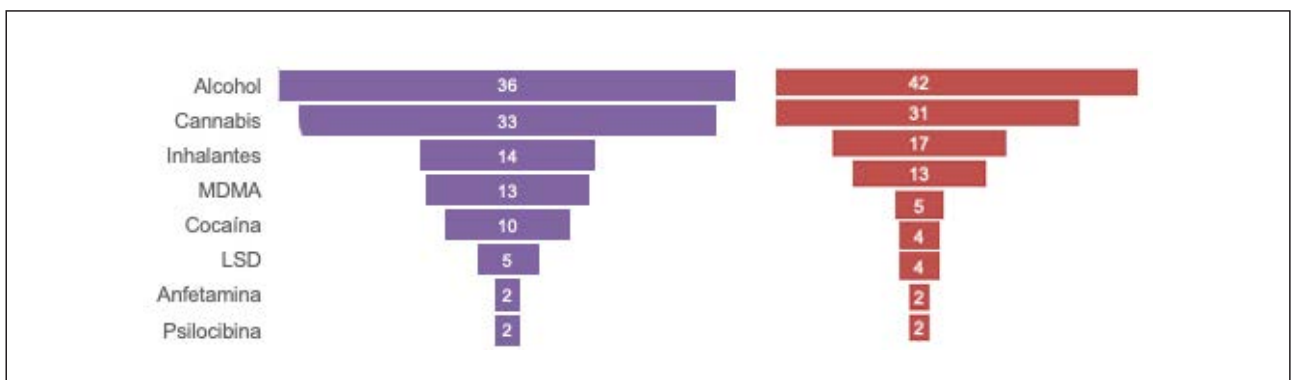


Figura 8. Consumo en hombres (izquierda) y mujeres (derecha) entre 21 y 23 años

Observamos en los hombres un mayor porcentaje de cannabis, MDMA, cocaína y LSD en comparación con las mujeres. En las mujeres destaca el consumo de ketamina no presente en los hombres.

CONSUMO EN HOMBRES Y MUJERES ENTRE 24 Y 26 AÑOS

En este grupo hay 14 hombres. (Figura 9). La totalidad han consumido o consumen alcohol. Los consumido-

res de alcohol consumen sobre todo semanalmente o más de una vez por semana en este rango de edad, los de cannabis de forma ocasional o mensualmente, y el resto de sustancias las consumen de forma ocasional. Las situaciones en las que más frecuentemente consumen los hombres de este rango de edad son en la discoteca o bar, para hablar de temas interesantes, en una situación que no calificaríamos como fiesta, o en una fiesta en casa, aunque también hay una proporción que elige el consumo individual o en pareja.

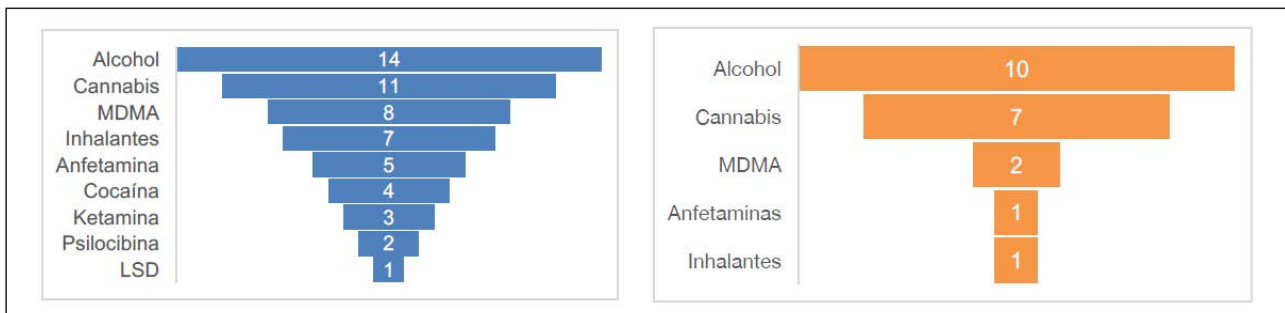


Figura 9. Consumo en hombres (izquierda) y mujeres (derecha) entre 24 y 26 años

Consumption of non-prescribed substances in people between 18 and 35 years old who work or study.

Carla Fernández de Retana

Faculty of Medicine. Internal Medicine Service. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

The consumption of non-prescribed substances is very important to our society at all social levels. Therefore, this work is interesting for people in a normalized situation.

It is a described study carried out in the beginning of 2023 with a form through the instant messaging application WhatsApp for people between 18 and 35 years old, who work or study in the city of Barcelona.

108 people participated, 50.9% men and 49.1% mostly between 21 and 26 years old (94.4%), in recreational settings of bars and discos. The most frequent context will be a nightclub or bar with friends (88.7%), after parties or social situations of conversa-

tion at home (52.8%), in pairs (43.4%) and individually (7.5%). There will be no one who claims to use substances to study or work.

This investigation emphasizes the need to know more about the consumption of these substances so that I better understand and attend to this situation.

Alcohol is widely consumed, with substances that can be accessed in a regulated manner. Together with cannabis, these are the two cases in which it is consumed on a daily basis.

The others have a weekly consumption or less. In general, they allow you to work or study. They have to address with substances in integrated people.



// Llauradó, *Home a cavall*

Pacients sense domicili ingressats en un hospital d'aguts. Barcelona 2021-22

Bernat Orriols Garcia, Margarita Aguas

Hospital Universitari del Sagrat Cor. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Les persones sense llar experimenten un increment de morbiditat i mortalitat en forma d'augment de malalties agudes i cròniques, lesions traumàtiques, trastorns de salut mental i consum de substàncies¹ En els sistemes socials i sovint apareixen barreres per accedir a l'atenció sanitària, agreujant així la salut de les persones que viuen al carrer.^{2,3}

Les altes taxes d'utilització dels serveis d'urgències dels hospitals per part d'aquesta població també reflecteixen aquesta carència.⁴ És fa necessària una atenció personalitzada i centrada en el pacient amb un enfocament integrat dels serveis socials i comunitaris per abordar aquestes barreres per a la població sense llar o amb allotjament vulnerable.⁵

Segons els cens realitzat per la XAPSLL (xarxa d'atenció de les persones sense llar) es va poder ob-

servar un acusat ascens del nombre de persones que viu al carrer a Barcelona des del 2008, llavors 658 persones. El 15 de juny del 2022 es varen identificar 1.231 persones, com a mínim, que dormien al ras.⁶

La Fundació Arrels va desglossar per barris aquestes xifres per tenir una idea encara més exacte de la situació (veure figura 1) . Els tres districtes amb major densitat de persones sense llar van ser: Ciutat vella amb una troballa de 344 persones dormint als carrers, un 28% del total; li seguia l'Eixample, amb 297 persones (24% del total) i Sants-Montjuïc, amb 183 (15%).⁶

La població sense llar europea s'enfronta a taxes de malaltia i mort significativament més elevades en comparació amb les que tenen un habitatge estable.⁷

Diferents estudis han demostrat que als països d'ingressos alts, el risc de mortalitat per qualsevol causa entre les persones sense llar és entre tres i

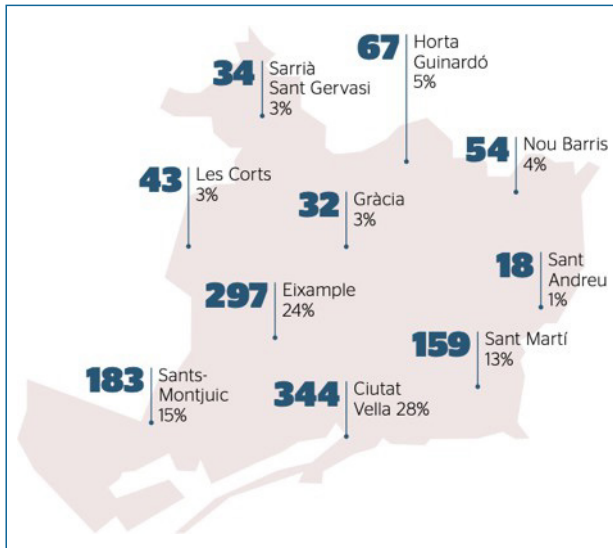


Figura 1. Distribució per districtes del sensellarisme a Barcelona l'any 2022. (De: Arrels Fundació. Viure al carrer a Barcelona. Radiografia d'una ciutat sense llar. Informe #ningúdormintalcarrer núm 4 2023;1-40.)

onze vegades més gran que els seus homòlegs allotjats, fins i tot després de considerar factors com l'estat socioeconòmic i les condicions de salut existents.^{7,8} El sensellarisme afecta directament la salut a través de diversos riscos físics i psicosocials associats a viure al carrer o residir en allotjaments temporals. Aquests perills inclouen condicions meteorològiques extremes, manca de serveis bàsics, exposició a la violència i la delinqüència, aïllament social i reptes per accedir als serveis sanitaris.⁷

El fet de no tenir habitatge està estretament relacionat amb altres experiències perjudicials que afecten la salut, com ara la pobresa, les experiències adverses de la infància i l'abús de substàncies.⁸ És important tenir en compte que la relació entre el sensellarisme i la salut és bidireccional, ja que la mala salut física o mental pot augmentar la probabilitat d'atur i la pèrdua d'habitatge.⁹

ESTUDI OBSERVACIONAL PERSONES SENSE LLAR INGRESSADES. BARCELONA 2021-22

Presentem un estudi observacional retrospectiu de pacients ingressats sense llar (diagnòstics Z590 "Absència de llar" o Z595 "Pobresa extrema de la Classificació Internacional de Malalties en la seva versió 10 (CIM-10) a urgències o plantes d'hospitalització de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona, des de febrer de 2021 fins a febrer de 2022 (Taula 1).

Taula 1. Característiques de l'estada hospitalària dels pacients sense llar que van acudir a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor entre el febrer del 2021 i el febrer del 2022

Característiques estades hospitalàries	n (%)
Motiu de consulta	
Alteració consciència	20 (40%)
Traumatisme per agressió	6 (12%)
Traumatisme	5 (10%)
Dolor abdominal	3 (6%)
Convulsions	2 (4%)
Dolor toràctic opressiu	2 (4%)
Secreció ureteral	2 (4%)
Altres	10 (20%)
Diagnòstic	
Intoxicació enòlica	15 (30%)
Ansietat	4 (8%)
Intoxicació per opiacis	3 (6%)
Uretritis	3 (6%)
Policontusions	3 (6%)
Traumatisme cranial	3 (6%)
Hiperglucèmia	2 (4%)
Dolor abdominal inespecífic	2 (4%)
Altres	15 (30%)
Servei hospitalari responsable	
Urgències	44 (88%)
Hospitalització	5 (10%)
Intensius	1 (2%)
Arribada a l'Hospital	
Iniciativa pròpia	27 (54%)
Ambulància	23 (46%)
Presència de barrera idiomàtica	
Sí	15 (30%)
No	35 (70%)
Estades hospitalàries	
1	44 (88%)
2	3 (6%)
3	3 (6%)
Durada de l'estada	
<1 hora	15 (30%)
1-10 hores	23 (46%)
11-23 hores	1 (2%)
24 -48 hores	9 (18%)
>48 hores	2 (4%)
Tipus d'alta	
Alta mèdica	34 (68%)
Fuga	16 (32%)
Exploracions complementàries realitzades	
Anàlisis generals	20
Radiografies	13
Tomografia Computaritzada	13
Electrocardiograma	7
Gasometria arterial	3
Ecocardiograma	1



// Llauradó, *Caravana*

Es va observar un predomini d'homes, 82%, en consonància en que la pèrdua d'habitatge té impactes específics en les dones.^{10,11,12} El grup de 20 a 29 anys va ser el més representatiu (48%), seguit dels pacients de 30 a 39 anys (20%). És a dir, el 69% tenia entre 20 i 39 anys.

La joventut de la població sense llar és un fenomen reconegut en estudis previs. Els riscos de sense-llarisme dins la població jove estan relacionats amb factors familiars com viure en una llar monoparental o experimentar un conflicte familiar, problemes de salut mental, problemes de comportament, abús de substàncies, antecedents de dificultats escolars o acadèmiques, inestabilitat en l'habitatge durant la infància i antecedents previs de sense llar o abandonament del domicili.^{13,14} Els factors de risc identificats per al sense-llarisme juvenil difereixen dels observats al sense-llarisme entre els adults, on la dinàmica familiar juga un paper més important en el primer.¹⁵

L'experiència de l'estigma entre les persones joves sense habitatge es pot amplificar durant les seves interaccions amb els professionals de la salut, donant lloc a la perpetuació de desequilibris de poder, estereotips negatius i desigualtats que estan relacio-

nats amb la violència estructural.¹³ L'estigma al qual s'enfronten les persones sense llar quan accedeixen als serveis sanitaris pot desanimar la seva voluntat de buscar els recursos mèdics necessaris i afectar negativament el nivell de confiança i relació que estableixen amb els proveïdors d'atenció mèdica.¹⁶

MANCA DE NOMS I COGNOMS, TARGETA SANITÀRIA, CODI D'IDENTIFICACIÓ PERSONAL (CIP)

El desconeixement del cognom de les persones ateses a urgències va ser del 30% amb un 100% de pacients sense CIP ni número de la seguretat social.

Sense un nom complet i documents d'identificació vàlids, els registres mèdics no són vàlids. L'equip assistencial no té accés a la informació adient sobre la salut i els antecedents mèdics dels pacients i no es poden documentar les següents proves que es realitzin a la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3) amb el que es dificulta la continuïtat en l'atenció mèdica.^{17,18} Fet important perquè s'han detectat en el grup de pacients hospitalitzats malalties cròniques com diabetis

(en alguns casos amb amb glucèmia superior a 600 mg/dl), epilèpsia i lesions neurològiques i descompensació de malalties cardiovasculars .

S'ha de fer un esforç perquè, si bé arriben sense ser identificats, en el moment de l'alta d'urgències o d'hospitalització, s'intenti reinterrogar als pacients per si es poden aconseguir dades que no hi eren en el moment de l'arribada.

La manca d'identificació pot tenir un impacte negatiu en l'atenció dels pacients sense llar. Pot generar més sentiments de marginació i exclusió, ja que poden percebre que no són tractats com a ciutadans de ple dret^{19,20,21} i portar a una desconfiança més gran cap als proveïdors d'atenció mèdica i dificultar encara més l'accés als serveis de salut.

A l'estudi es va observar que només un 12 % dels pacients atesos a urgències ingressaven a l'Hospital, en conseqüència un 88% va ser donat d'alta al carrer, el que remarca més la necessitat que surtin identificats i amb possibilitat de comptar amb un mínim seguiment.

La sol·licitud de targeta sanitària ha de ser un valor afegit a la consulta al centre sanitari. Hi ha programes excepcionals com hepatitis C o síndrome d'immuno-deficiència adquirida en els que es pot aconseguir de

forma quasi immediata. La condició "sense llar" hauria de facilitar aconseguir en pocs dies la targeta sanitària.

FUGA, BARRERA IDIOMÀTICA

Al 32% dels pacients se'ls hi va atribuir fuga hospitalària, terme que podríem identificar com a marcador de fracàs assistencial a més de ser un indicador discriminatiu.^{22,23} Fa referència a la persona que marxa per la seva voluntat del centre sanitari sense avisar. És un terme, fuga, que caldria no seguir fent servir.

Es fa convenient saber perquè abandonen d'aquesta manera l'assistència. Sovint pot ser impaciència, diferent valor del temps quan s'està al carrer, desconeixement del funcionament sanitari i també desencontre amb el personal. No hauríem de ser indiferents a aquest indicador i fer-lo desaparèixer.

L'equip assistencial en 15 casos (30%) va apel·lar a barrera idiomàtica dins de la història clínica. La comunicació en el sector sanitari és un aspecte clau en la qualitat assistencial. Quan no hi ha serveis d'interpret per fer front a les barreres lingüístiques,²⁴ es pot pal·liar amb eines de traducció en línia com



// Llauredó, *La casa del bosc*

GoogleTranslator i MediBabblar, que a diferents hospitals han donat resultats positius en la millora de la comunicació metge-pacient en aquestes situacions.²⁴

SUBSTÀNCIES NO PRESCRITES

Un 36% dels pacients varen arribar amb sobredosificació per alcohol o substàncies no legals. L'augment d'abús d'opioides i alcohol en el sensellarisme s'ha pogut observar en nombrosos estudis.^{19,25,26} Introdueix a la complexa condició trial: pobresa, substàncies no prescrites, malalties.

Es fa difícil diferenciar que és origen, conseqüència i simultaneïtat. És freqüent l'argumentació que és quasi impossible dormir al carrer sense recórrer a substàncies amb efectes psicològics.

Obliga, doncs, a un abordatge que contempli els efectes derivats del consum, l'afectació psicològica primària o secundària a substàncies i la presència de malaltia. És poc realista no considerar les tres vessants.²⁷

En una revisió sistemàtica realitzada per Magwood,²⁷ dins la visita a urgències s'ha demostrat una alta eficàcia en la milloria de l'assistència d'aquests pacients a partir de la coordinació de serveis socials i psiquiàtrics.^{5,28}

CAP ZERO, CODI SENSE LLAR

Una aportació d'aquest estudi és la proposta de creació del codi sense llar (Figura 2) que permeti una coordinació efectiva entre nivells assistencials i àrees i faciliti l'atenció de patologies urgents.

Es planteja que les persones en situació de carrer rebien atenció a qualsevol centre d'atenció primària (CAP) o hospitalari, és a dir, un "CAP ZERO", atès que sovint són persones itinerants, més vulnerables i amb limitacions de mobilitat. Això evitaria que les persones sense llar es concentrin en centres específics o siguin desplaçades per qüestions administratives d'un lloc a l'altre.

CONCLUSIONS

Aquest estudi ressaltava la necessitat d'abordar els desafiaments que enfronta la població sense llar en l'accés a l'atenció mèdica, com ara la manca d'identificació, les barreres de comunicació i la manca de seguiment adequat. És fonamental implementar enfo-

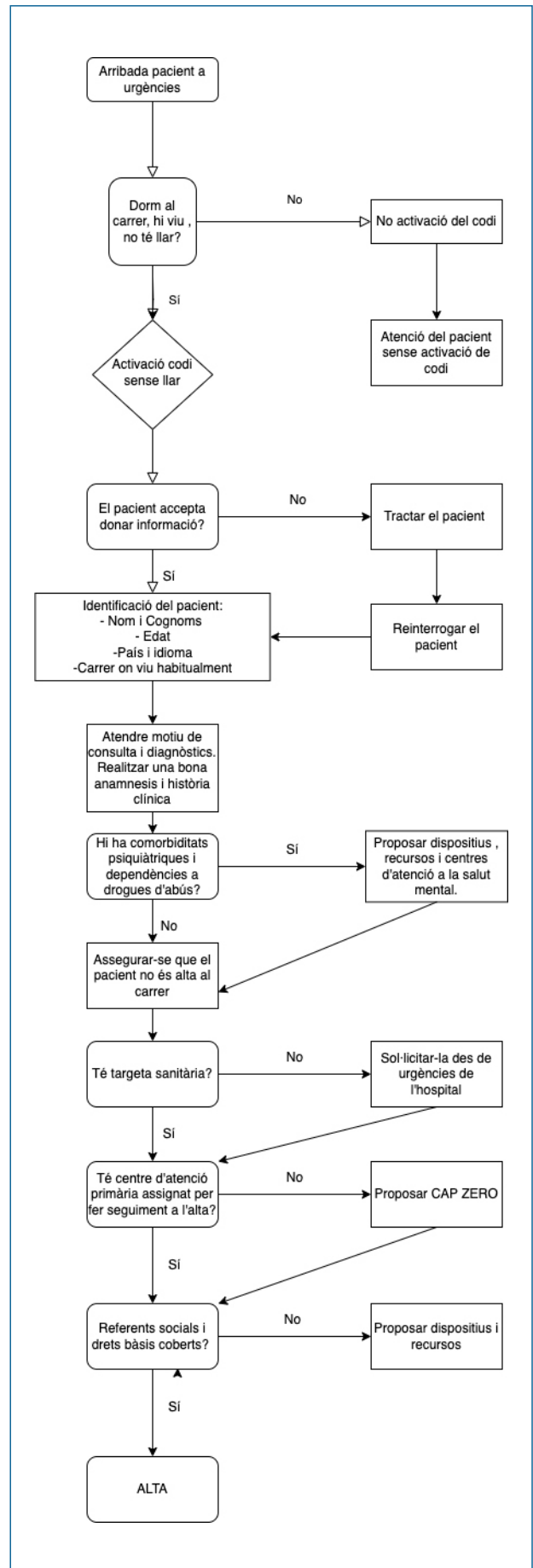
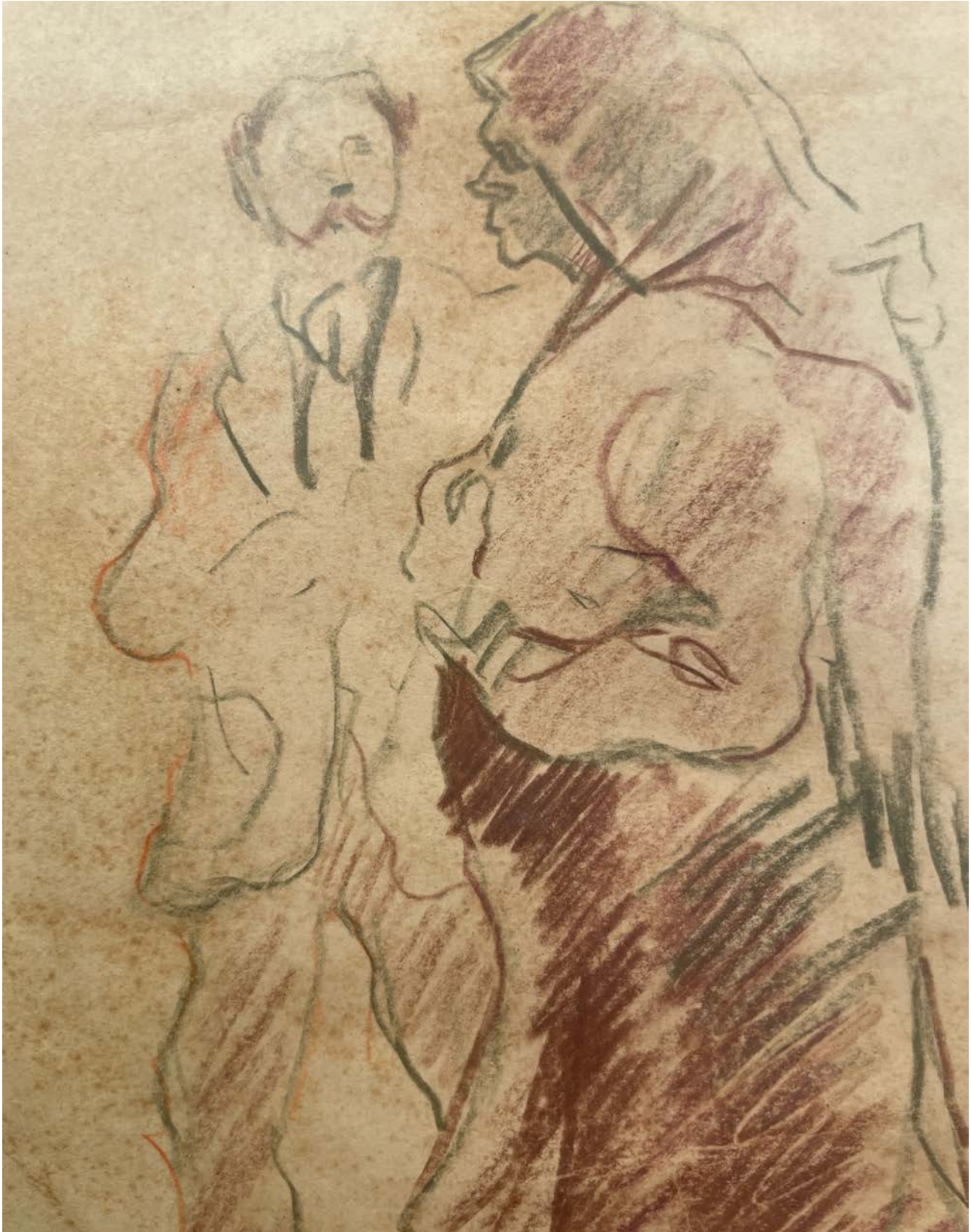


Figura 2. Proposta d'actuació davant una persona sense llar. Codi "Sense llar"

caments integrats i personalitzats d'atenció que tractin tant les necessitats mèdiques individuals com les necessitats socials complexes d'aquesta població.

L' hospital no pot ser un dispositiu social per a assumir les persones sense sostre, però sí que ha de ser capaç d'informar del risc per a la salut que

suposa seguir al carrer i implicar la posada en marxa de recursos socials. Els motius de consulta lliurats a l'evolució al carrer poden ser de més difícil solució i implicar la no resolució del procés amb noves consultes sanitàries o, fins i tot, un empitjorament i necessitat de més recursos.



// Nonell, Parella

Personas sin hogar ingresadas en un hospital general. Barcelona 2021-22

Bernat Orriols Garcia, Margarita Aguas

Hospital Universitari del Sagrat Cor. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

Las personas sin hogar tienen dificultades para acceder al sistema sanitario, lo que se traduce en una peor atención a su salud.

Para reflexionar al respecto, analizamos las características de pacientes sin hogar ingresados en el Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona entre febrero de 2021 y febrero de 2022.

Se trata de un diseño observacional retrospectivo, a partir de las historias clínicas y de los datos administrativos existentes de pacientes ingresados con los diagnósticos Z590 “Ausencia de hogar” o Z595 “Pobreza extrema” de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10 (CIM-10).

Se observó predominio de hombres, 82%, en consonancia con los impactos específicos que la pérdida de vivienda tienen las mujeres.^{10,11,12} El grupo de 20 a 29 años fue el más representativo (48%), seguido por los pacientes de 30 a 39 años (20%). Es decir, el 69% tenía entre 20 y 39 años.

FALTA DE IDENTIFICACIÓN

El desconocimiento del apellido de las personas atendidas en urgencias fue del 30% con un 100% de pacientes sin CIP ni número de seguridad social.

Sin nombre completo y documentos de identificación, los registros médicos no son válidos.

El equipo asistencial no tiene acceso a la información previa sobre la salud ni a los antecedentes médicos de los pacientes y no se pueden documentar las siguientes pruebas que se realicen en la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3).^{17,18}

Hecho importante porque se han detectado en el grupo de pacientes hospitalizados enfermedades crónicas como diabetes (en algunos casos con glucemia superior a 600 mg/dl), epilepsia, lesiones neurológicas y descompensación de enfermedades cardiovasculares.

Se debe hacer un esfuerzo para que en el momento del alta de urgencias o de la hospitalización, se reinterrogue a los pacientes para conseguir datos que no se tenían en el momento de la llegada.

La carencia de identificación tiene un impacto negativo en la atención de los pacientes sin hogar que pueden percibir que no son tratados como ciudadanos de pleno derecho.^{19,20,21} Lleva a una mayor desconfianza de los proveedores de atención médica y dificulta aún más el acceso a los servicios de salud.

En el estudio se observó que sólo un 12% de los pacientes atendidos en urgencias ingresaban en el Hospital. En consecuencia un 88% fue dado de alta en la calle, lo que remarca más la necesidad de que salgan identificados y con posibilidad de contar con un mínimo seguimiento.

La solicitud de tarjeta sanitaria debe ser un valor añadido a la consulta en el centro sanitario. En nuestro sistema sanitario existen programas excepcionales como hepatitis C o síndrome de inmunodeficiencia adquirida que permiten que los afectados puedan conseguir la tarjeta sanitaria de forma casi inmediata. La condición “sin hogar” debería facilitararlo en pocos días.

FUGA

Al 32% de los pacientes se les atribuyó fuga hospitalaria, término que podríamos identificar como marcador de fracaso asistencial, además de ser un término lingüístico discriminatorio.^{22,23} Hace referencia a la persona que se marcha por su voluntad del centro sanitario sin avisar. Es una palabra que es necesario no seguir utilizando.

Se hace conveniente saber por qué abandonan de esta forma la asistencia. A menudo puede ser impaciencia, diferente valor del tiempo cuando está en la calle, desconocimiento del funcionamiento sanitario y también desencuentro con el personal. No deberíamos ser indiferentes a este indicador y poner las medidas para hacerlo desaparecer.

BARRERA IDIOMÁTICA

El equipo asistencial en 15 casos (30%) apeló dentro de la historia clínica a la barrera idiomática.

La comunicación en el sector sanitario constituye un aspecto clave en la calidad asistencial. Cuando no existen servicios de intérprete para hacer frente a las barreras lingüísticas se puede paliar con herramientas de traducción online como GoogleTranslator y MediBabbar, que en diferentes hospitales han dado resultados positivos en la mejora de la comunicación médico-paciente en estas situaciones.²⁴

SUSTANCIAS NO PRESCRITAS

Un 36% de los pacientes llegaron con sobredosificación por alcohol o sustancias no legales. El aumento de abuso de opioides y alcohol en el sinhogarismo se ha podido observar en numerosos estudios.^{19,25,26} Introduce en la compleja condición *trial*: pobreza, sustancias no prescritas, enfermedades.

Se hace difícil diferenciar qué es origen, consecuencia y simultaneidad. Es frecuente la argumentación de que es casi imposible dormir en la calle sin recurrir a sustancias con efectos psicológicos.

Obliga a un abordaje que contemple los efectos derivados del consumo, la afectación psicológica

primaria o secundaria a sustancias y la presencia de enfermedad. Es poco realista no considerar las tres vertientes.²⁷

En una revisión sistemática realizada por Magwood² en la visita a urgencias, se ha demostrado una alta eficacia en la asistencia de estos pacientes a partir de la coordinación de servicios sociales y psiquiátricos.^{5,28}

CAP ZERO, CÓDIGO SIN HOGAR

Una aportación de este estudio es la propuesta de creación del código sin hogar que permita una efectiva coordinación entre niveles asistenciales y áreas y facilite la atención de patologías urgentes.

Se plantea que las personas en situación de calle reciban atención en cualquier centro de atención primaria (CAP) u hospitalario, es decir, un “CAP CERO”, dado que a menudo son personas itinerantes, más vulnerables y con limitaciones de movilidad. Esto evitaría que las personas sin hogar se concentren en centros específicos o sean desplazadas por cuestiones administrativas de un sitio a otro.



// Barcelona

Homeless admitted to a hospital. Barcelona 2021-22

Bernat Orriols Garcia, Margarita Aguas

Hospital Universitari del Sagrat Cor. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

Homeless people have difficulty accessing the healthcare system, which translates into poorer health care.

To reflect on this, we analyzed the characteristics of homeless patients admitted to the Hospital Universitari del Sagrat Cor in Barcelona between February 2021 and February 2022.

This is a retrospective observational design, based on clinical records and existing administrative data of patients admitted with diagnoses Z590 "Homelessness" or Z595 "Extreme Poverty" of the International Classification of Diseases version 10 (ICD-10).

There was a predominance of men, 82%, in line with the specific impacts that homelessness has on women.^{10,11,12} The group aged 20 to 29 years was the most representative (48%), followed by patients aged 30 to 39 years (20%). In other words, 69% were between 20 and 39 years of age.

LACK OF IDENTIFICATION

The lack of knowledge of the last name of the people seen in the emergency department was 30% with 100% of patients without a social security number.

Without full name and identification documents, medical records are not valid.

The care team does not have access to previous health information or medical history of the patients and the following tests performed in the usual General Medical History cannot be documented in the identified patients.^{17,18}

Important fact because chronic diseases such as diabetes (in some cases with blood glucose above 600 mg/dl), epilepsy, neurological lesions and decompensation of cardiovascular diseases have been detected in the group of hospitalized patients.

Efforts should be made to reinterrogate patients at the time of discharge from the emergency department or hospitalization to obtain data that were not available at the time of arrival.

Lack of identification has a negative impact on the care of homeless patients who may perceive that they are not treated as full citizens.^{19,20,21}

It leads to increased distrust of health care providers and makes access to health services even more difficult.

The study found that only 12% of patients seen in the emergency department were admitted to the Hospital. Consequently, 88% were discharged on the street, without being identified and without any possibility of a minimum follow-up.

The application for a health card should be an added value to the consultation in a health center.

In our health system there are exceptional programs in hepatitis C or acquired immunodeficiency syndrome that allow those affected to obtain a health card almost immediately. The "homeless" condition should facilitate this in a few days.

HOSPITAL ESCAPE

32% of the patients were attributed with hospital escape, a term that could be identified as a marker of care failure, in addition to being a discriminatory linguistic term.^{22,23} It refers to the person who leaves the health center without warning. It is a word that should no longer be used.

It is useful to know why they leave care in this way. Often it may be impatience, different value of time when on the street, lack of knowledge of the health care system and also disagreement with the staff. We should not be indifferent to this indicator and take measures to eliminate it.

LANGUAGE BARRIER

In 15 cases (30%), the health care team appealed to the language barrier in the clinical history.

Communication in the health sector is a key aspect in the quality of care. When there are no interpreter services to deal with language barriers, online

translation tools such as GoogleTranslator and MediBabbler, which have yielded positive results in different hospitals, can be used to alleviate them (24).

NON-PRESCRIBED SUBSTANCES

Thirty-six percent of the patients arrived overdosed by alcohol or non-legal substances. The increase of opioid and alcohol abuse in homelessness has been observed in numerous studies.^{19,25,26} It introduces into the complex trial condition: poverty, non-prescribed substances, diseases.

It is difficult to differentiate between origin, consequence and simultaneity. It is often argued that it is almost impossible to sleep on the street without using substances with psychological effects.

This requires an approach that takes into account the effects derived from consumption, the primary or secondary psychological effects of substances and the presence of disease. It is unrealistic not to consider all three aspects.²⁷

In a systematic review conducted by Magwood²⁷ on the emergency department visit, a high efficacy in the care of these patients has been demonstrated based on the coordination of social and psychiatric services.^{5,28}

HOMELESS CODE

One of the contributions of this study is the proposal to create a homeless code that would allow effective coordination between levels of care and facilitate attention to urgent health problems.

It is proposed that homeless people should receive care at any primary care center or hospital, given that they are often itinerant, more vulnerable and have limited mobility.

This would prevent homeless people from being concentrated in specific centers or being displaced from one place to another for administrative reasons.

1. Van Dongen SI, van Straaten B, Wolf JRLM, et al. Self reported health, healthcare service use and health related needs: A comparison of older and younger homeless people. *Health Soc Care Community* 2019;27(4). 10.1111/hsc.12739
2. Fleury M-J, Grenier G, Sabetti J, Bertrand K, Clément M, Brochu S. Met and unmet needs of homeless individuals at different stages of housing reintegration: A mixed-method investigation. *PLoS One* 2021;16(1):e0245088. 10.1371/journal.pone.0245088
3. Cernadas A, Fernández Á. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). *Int J Equity Health* 2021;20(1):84. 10.1186/s12939-021-01409-2
4. Vohra N, Paudyal V, Price MJ. Homelessness and the use of Emergency Department as a source of healthcare: a systematic review. *Int J Emerg Med* 2022;15(1):32. 10.1186/s12245-022-00435-3
5. Lamanna D, Stergiopoulos V, Durbin J, O'Campo P, Poremski D, Tepper J. Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Health Soc Care Community* 2018;26(1):56–64. 10.1111/hsc.12461
6. Arrels Fundació. Viure al carrer a Barcelona. Radiografia d'una ciutat sense llar. Informe #ningú dormint al carrer núm 4 2023;1–40.
7. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet* 2014;384(9953):1529–40. 10.1016/S0140-6736(14)61132-6
8. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2018;391(10117):241–50. 10.1016/S0140-6736(17)31869-X
9. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health* (1978) 2019;73(5):379–87. 10.1136/jech-2018-210981
10. Kneck Å, Mattsson E, Salzmänn-Erikson M, Klarare A. "Stripped of dignity" – Women in homelessness and their perspectives of healthcare services: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2021;120:103974. 10.1016/J.IJNURSTU.2021.103974
11. Maynard M, Andrade L, Packull-McCormick S, Perlmán C, Leos-Toro C, Kirkpatrick S. Food Insecurity and Mental Health among Females in High-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(7):1424. 10.3390/ijerph15071424
12. Bretherton J. Women's Experiences of Homelessness: A Longitudinal Study. *Social Policy and Society* 2020;19(2):255–70. 10.1017/S1474746419000423
13. Liu M, Luong L, Lachaud J, Edalati H, Reeves A, Hwang SW. Adverse childhood experiences and related outcomes among adults experiencing homelessness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2021;6(11):e836–47. 10.1016/S2468-2667(21)00189-4
14. Grattan RE, Tryon VL, Lara N, Gabrielian SE, Melnikow J, Niendam TA. Risk and Resilience Factors for Youth

- Homelessness in Western Countries: A Systematic Review. *Psychiatric Services* 2022;73(4):425–38. 10.1176/appi.ps.202000133
15. Shelton KH, Taylor PJ, Bonner A, van den Bree M. Risk Factors for Homelessness: Evidence From a Population-Based Study. *Psychiatric Services* 2009;60(4):465–72. 10.1176/ps.2009.60.4.465
 16. Magwood O, Hanemaayer A, Saad A, et al. Determinants of Implementation of a Clinical Practice Guideline for Homeless Health. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(21):7938. 10.3390/ijerph17217938
 17. Campbell DJT, O'Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. *BMC Fam Pract* 2015;16(1):139. 10.1186/s12875-015-0361-3
 18. Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D. Effect of a Housing and Case Management Program on Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Chronically Ill Homeless Adults. *JAMA* 2009;301(17):1771. 10.1001/jama.2009.561
 19. Schreiter S, Speerforck S, Schomerus G, Gutwinski S. Homelessness: care for the most vulnerable – a narrative review of risk factors, health needs, stigma, and intervention strategies. *Curr Opin Psychiatry* 2021;34(4):400–4. 10.1097/YCO.0000000000000715
 20. Varley AL, Montgomery AE, Steward J, et al. Exploring Quality of Primary Care for Patients Who Experience Homelessness and the Clinicians Who Serve Them: What Are Their Aspirations? *Qual Health Res* 2020;30(6):865–79. 10.1177/1049732319895252
 21. Kertesz S, Steward J, Holt C, et al. Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider/ex-perts. *Patient Prefer Adherence* 2016;153. 10.2147/PPA.S75477
 22. Delás J. Excise the Spanish term fuga (escape) from our medical language. *Emergencias* 31(2):145.
 23. María Luisa Albelda de la Haza. Crítica a la calificación como fuga de paciente a toda situación de abandono del centro sin firma de alta voluntaria y sin comunicar la decisión. *REVISTA DERECHO Y SALUD* 2015;25(1):158–65.
 24. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J* 2020;35(2):e122–e122. 10.5001/omj.2020.40
 25. van Draanen J, Tsang C, Mitra S, Karamouzian M, Richardson L. Socioeconomic marginalization and opioid-related overdose: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2020;214:108127. 10.1016/j.drugalcdep.2020.108127
 26. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2021;18(8):e1003750. 10.1371/journal.pmed.1003750
 27. Magwood O, Salvalaggio G, Beder M, et al. The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. *PLoS One* 2020;15(1):e0227298. 10.1371/journal.pone.0227298
 28. O'Toole TP, Johnson EE, Aiello R, Kane V, Pape L. Tailoring Care to Vulnerable Populations by Incorporating Social Determinants of Health: the Veterans Health Administration's "Homeless Patient Aligned Care Team" Program. *Prev Chronic Dis* 2016;13:150567. 10.5888/pcd13.150567



Mites i llegendes en el consum de drogues, Barcelona 2013

Rosa Kistmacher, Igor Bacovich

Experts en consum

Hem investigat mitjançant un taller amb un grup focal els mites més comuns que coneixem sobre el consum de drogues (Taula 1). Això inclouria hàbits d'ús, zones d'injecció, barreja de drogues, etc., així com mites sobre tractaments de l'addicció, com la metadona.

L'estudi s'ha fet a Barcelona entre setembre i octubre de 2013. La metodologia utilitzada ha estat la "bola de neu". Prèviament vam seleccionar 10 consumidors de drogues en situació de depressió social amb experiència i coneixements específics de l'escenari de les drogues.

MÈTODE

Hem recollit informació sociodemogràfica, característiques epidemiològiques i dades de consum. Final-

ment 5 usuaris van participar al taller (3 homes i 2 dones). Van rebre l'encàrrec de trobar persones consumidores de drogues no legals -heroïna i cocaïna- per fer 10 entrevistes per recollir informació. Aquests 5 usuaris van constituir finalment el grup focal, on vam desenvolupar un treball sobre mites i llegendes sobre el consum de drogues, la figura de l'entrevistador, la capacitat de recollir informació i les pautes de consum.

RESULTATS

El perfil predominant entre els entrevistats són els homes (81,03%), d'entre 20 i 64 anys, amb un clar predomini de la nacionalitat espanyola i italiana. La majoria dels enquestats tenen documentació, registre i accés a l'atenció mèdica. Les drogues més con-

sumides entre els entrevistats són: heroïna, cocaïna, alcohol i benzodiazepines, de manera diària en la majoria dels casos.

Taula 1. Mites i llegendes sobre el consum de drogues

Amb el bombeig el flaix colpeja més fort
Si encaro el coll, el flaix colpeja més ràpid (o més fort)
Es pot revertir una sobredosi amb una injecció d'aigua i sal o bufetades
Es pot netejar una xeringa usada amb lleixiu
Si he pres metadona ja no notaré l'heroïna després
Com més temps prenc drogues, menor és el risc de patir una sobredosi
Fumar heroïna no causa sobredosi
El "mono" d'un injector d'heroïna és més pesat que el d'un fumador d'heroïna
Si es reutilitza la pròpia xeringa es pot contraure tenir hepatitis C
Si es té VIH o HVC no passa res per intercanviar xeringues infectades amb altres portadors de virus
La llimona és millor que l'àcid ascòrbic
Millor no fer servir el filtre mentre es prepara la dosi, perquè un pèl a la xeringa pot ser perillós.

En observar els resultats, cal destacar que:

El percentatge d'usuaris considera que alguns dels 12 mites (que considerem erronis) són certs supera el 50% en només 4 casos, que són:

- Amb el bombeig (rentat de sang) el flaix colpeja més fort
- Si em disparo al coll, el flaix colpeja més ràpid

(o més fort)

- El "mono" de qui s'injecta dispara és més fort que el de qui fuma
- Si reutilitzeu més vegades la vostra xeringa, podeu tenir hepatitis C.

El percentatge d'usuaris que, havent escoltat l'explicació, no s'han convençut del contrari supera el 40% només en 2 ocasions, que són: - Podeu netejar una xeringa usada amb lleixiu - Com més temps prenc medicaments, menor risc de patir un sobredosi.

El percentatge d'usuaris que, escoltada l'explicació, no han après alguna cosa que no es coneixia anteriorment només supera el 40% en 4 ocasions:

- Podeu netejar una xeringa usada amb lleixiu
- Si he pres Metadona ja no notaré heroïna després
- Si reutilitza més vegades la teva pròpia xeringa pots tenir hepatitis C
- La llimona és millor que l'àcid ascòrbic.

Mitjançant aquest taller/estudi hem identificat els mites més estesos entre el nostre grup objectiu actualment. Identificar-los ens ajuda a centrar i optimitzar els esforços dedicats a la prevenció.

L'estudi s'acompanya d'un petit manual on s'aborda cada un dels mites.

Mitos y leyendas en el consumo de drogas. Barcelona 2013

Rosa Kistmacher, Igor Bacovich

Experts en consum

La educación sanitaria ha sido desde siempre uno de los objetivos principales y fundamentales de los servicios de reducción de daños.

Gran parte del trabajo educativo de los equipos sanitarios y sociales se concentra en rectificar (y a veces desmontar) todos aquellos conocimientos erróneos o imprecisos que los usuarios comentan o refieren dentro del centro. Se intenta explicar de una manera lo más científica posible, pero utilizando un

lenguaje próximo y fácil de entender y sin ningunear sus convicciones.

Estos conocimientos erróneos se conocen entre los profesionales de drogodependencias como mitos y leyendas en el consumo de drogas.

Este estudio se ha realizado en Barcelona entre septiembre y octubre de 2013. Se ha seguido la metodología "bola de nieve": se hizo una selección previa de 10 usuarios consumidores de drogas en situación

socialmente deprimida con experiencia del entorno de consumo.

Todos los mitos incluidos en las encuestas han sido expresados en al menos tres ocasiones por personas distintas.

Finalmente participaron 5 USUARIOS (3 hombres y 2 mujeres). Se les encargó buscar a personas consumidoras de drogas no legales -heroína y cocaína- para la realización de 10 entrevistas cada uno. Con estos 5 usuarios se constituyó el grupo focal.

Se obtuvieron 58 entrevistas realizadas podemos obtener el perfil habitual de los entrevistado-

res. El perfil predominante entre las personas encuestadas sería de sexo masculino (81,03%) , con edades comprendidas entre los 20 y los 64 años, con un claro predominio de nacionalidad española e italiana.

La mayoría de entrevistados disponen de documentación, empadronamiento y tarjeta sanitaria.

Las drogas más consumidas entre las personas entrevistadas son heroína, cocaína, alcohol y benzodiazepinas; con una frecuencia diaria en la mayoría de los casos.

Tabla 1. Drogas utilizadas

	Porcentaje de consumo	Vía de consumo				Frecuencia de consumo			
		Oral	Esnifada	Fumada	Inyectada	Diario	Semanal	Mensual	Esporádico
Alcohol	67,24%	100%				58,97%	23,07%	12,82%	5,12%
Cannabis	56,89%			100%		60,60%	30,30%		9,09%
Cocaína	70,68%		17,07%	9,75%	75,60%	43,90%	36,58%	7,31%	12,19%
Heroína	89,65%		9,61%	28,84%	78,84%	65,38%	23,07%	5,76%	5,76%
Speedball	55,17%		3,31%	3,31%	96,87%	28,12%	25,00%	12,50%	34,37%
Benzodiazepinas	63,79%	100%				59,45%	21,62%	8,10%	8,10%
Anfetaminas	25,86%	20,00%	93,33%		6,66%		40,00%	26,66%	33,33%
Ketamina	27,58%		93,75%		33,33%	6,25%	25,00%	31,25%	37,50%

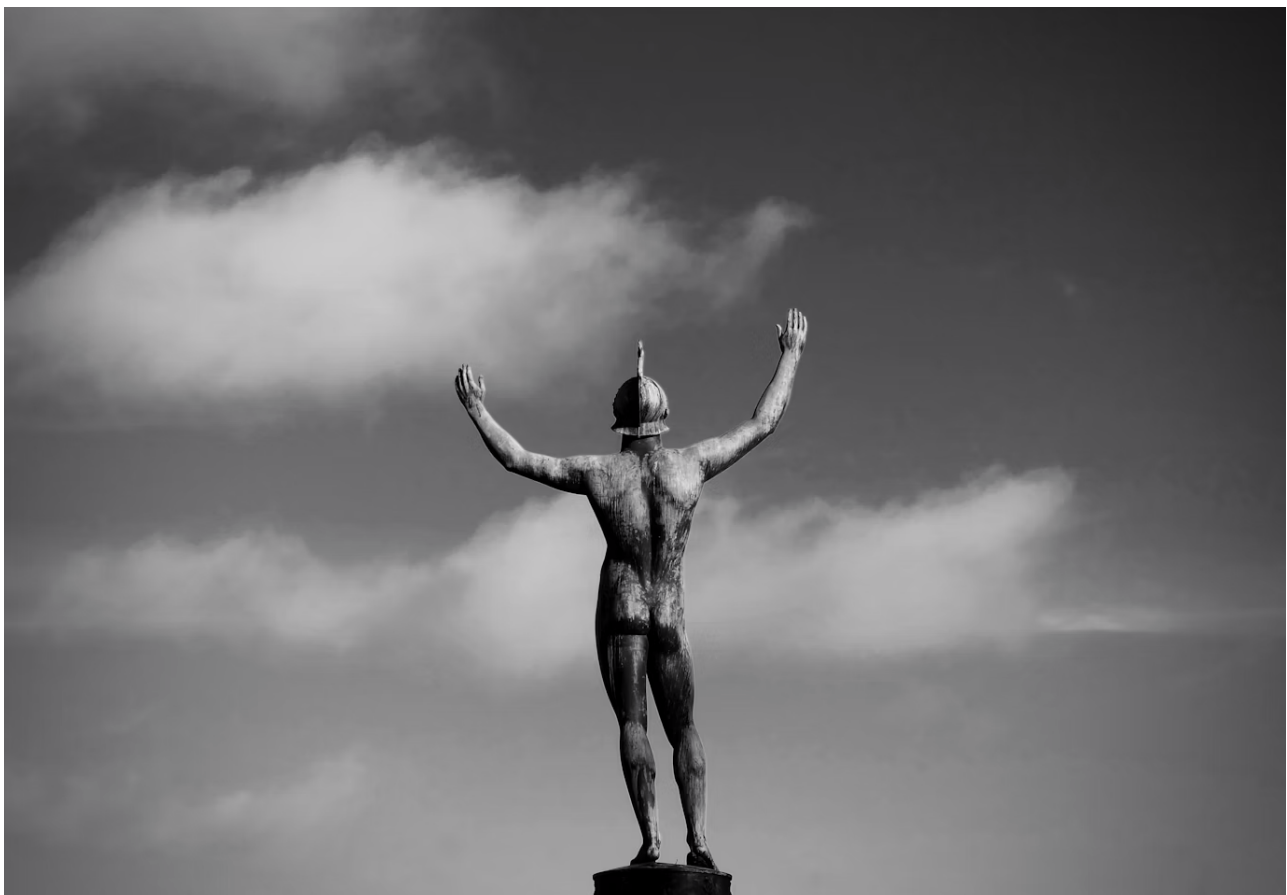


Mito 1. Con el bombeo sube más

			SI	NO	
¿Crees que sea verdad?			41,37%	58,62%	
¿Lo habías escuchado antes?			87,93%	12,06%	
¿Conoces otra versión?			3,45%	94,82%	
Si es que sí ¿cuál?	Es todo psicológico.		1		
	Es peligroso porque cada bombeo te acelera el corazón.	1			
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?			SI	NO	
18					
5					
¿Por qué?	sí Pensaba que subía más fuerte. Pensaba que en la jeringa se quedaban trazas de droga que bombeando se limpiaban. La explicación es correcta, ningún doctor te haría un bombeo para que suba antes. Antes ya dudaba pero con la explicación me ha quedado claro. No se bombeará más para no dañarse las venas. Pensaba que al empujar el embolo se empujaba la sustancia con más fuerza. No sabía que lo único que se hace bombeando es dañar la vena. Lo desconocía del todo. Reconoce que la explicación tiene razón cuando habla del flash. Me ha convencido la explicación. Aunque he entendido que no sirve de nada sigo haciéndolo.	No sabía que el bombeo no servía de nada.	2		
		1			
		1			
		1			
		1			
		1			
		1			
		1			
		4			
		1			
		2			
		1			
		no No le convence.	Sigue pensando que cuanto más bombea más le sube.	4	
			1		
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?			SI	NO	
14					
21					
¿Qué?	sí No lo sabía tan bien. no conocía el nombre en español: bombeo que todo son tópicos/mentiras todo lo sonaba nuevo el cree que el bombeo afecta negativamente al corazón que es una tontería bombear aunque se trate de coca que el bombeo es dañino para la vena todo es psicológico porqué los médicos tienen razón	Que no se produce arritmia, es inútil.	1		
		1			
		1			
		1			
		2			
		1			
		2			
		3			
		1			
		1			

Mito 2. Si me pincho en el cuello me sube antes (o más fuerte).

		SI	NO
¿Crees que sea verdad?		48,28%	51,72%
¿Lo habías escuchado antes?		77,59%	22,41%
¿Conoces otra versión?		6,90%	93,10%
Si es que sí ¿cuál?	Si pongo poco agua y lo pincho rápido, me sube antes.	1	
	Que pinchándose en el pie tarda más en subir.	1	
	Porque está más cerca del centro neurológico.	1	
	Es más efectivo.	1	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?		SI	NO
21			
7			
¿Por qué?	sí La explicación le ha convencido porque no sabía que es peligroso inyectarse en el cuello.	He aprendido el recorrido de la sangre.	19
		2	
	no Sigue creyendo que sube antes. No le convence.	Yo sigo notando el flash más potente si me pincho en el cuello.	1
		4	
		2	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?		SI	NO
11			
19			
¿Qué?	sí Los peligros de inyectarse en el cuello. Sube lo mismo si te metes en el cuello o en el brazo. No hay que pincharse en el cuello porque hay arterias.	Recorrido de la sangre.	5
		4	
		1	
		1	



Mito 3. Se puede remontar una SOBREDOSIS con un chute de agua y sal o con golpes

		SI	NO
¿Crees que sea verdad?		15,52%	84,48%
¿Lo habías escuchado antes?		43,10%	56,90%
¿Conoces otra versión?		10,34%	89,66%
Si es que sí ¿cuál?	Hacer el masaje cardiopulmonar.	1	
	Hacer el boca a boca intentando que no se ahogue con su propia lengua.	1	
	Una inyección de Naloxona.	2	
	Utilizar otras sustancias que contengan sal.	1	
	Con un chute de agua caliente.	1	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?		SI	NO
8			
1			
¿Por qué?	sí	Solo se le pueden dar ostias cuando aún respira.	
	Le convence la explicación.	1	
	No sabía lo de la Naloxona.	4	
	En caso de sobredosis hay que utilizar la Naloxona y llamar a la ambulancia.	2	
		1	
	no	Cuando me pincho me meto agua y sal.	
		1	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?		SI	NO
14			
35			
¿Qué?	sí	Que la Naloxona es el antídoto.	
	Se puede hacer el boca a boca.	2	
	No sabía lo que es la Naloxona.	4	
	Solo funciona la Naloxona y el boca a boca.	3	
	Que agua y sal y ostias no funcionan.	1	
	Que antes de dar ostias hay que comprobar si está dormido o no.	1	
	Hay que llamar al 112.	1	
	Aprendí cuales son las formas de remontar una sobredosis .	1	
		1	

Mito 4. Se puede limpiar una jeringuilla usada con lejía

			SI	NO
¿Crees que sea verdad?			62.06%	37.93%
¿Lo habías escuchado antes?			81.03%	18.96%
¿Conoces otra versión?			24.13%	75.86%
Si es que sí ¿cuál?		hervirla en agua	3	
		limpiar con limón o cítricos	1	
		se puede limpiar con agua y después de 30	1	
		con la orina	1	
		tirar la aguja, no reutilizar nunca	1	
		lavarla con agua si solo la reutilizas tu	1	
		con alcohol y agua	2	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?			SI	NO
18				
17				
¿Por qué?	sí	no tenía idea	es bueno pero no 100% fiable	7
		la única manera es seguir a raja tabla las indicaciones que habéis escrito	4	
		hay que agitarla	1	
		que lo recomendable es no reutilizar las jeringas	1	
		no sabía que la lejía ayuda a matar los virus	2	
		no había escuchado esta versión	2	
			1	
	no		utilizar siempre jeringas nuevas	1
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?			SI	NO
14				
9				
¿Qué?	sí	no tenía idea	no tenía idea	4
		no sabía que puedo desinfectar la jeringuilla con lejía y tampoco que puedo utilizar una jeringuilla que ha tocado lejía	1	
		no sabía cómo hacerlo	4	
		la misma persona puede usarla dos veces pero no compartir	1	
		el no se inyecta y reconoce que la explicación es profesional	1	
	no	la experiencia se lo confirma	la experiencia se lo confirma	1
		no se puede ni se debe	1	
		la lejía tiene compuesto químico y te puede matar	1	

Mito 5. Si he tomado metadona luego no noto la heroína.

		SI	NO
¿Crees que sea verdad?		34,48%	65.51%
¿Lo habías escuchado antes?		79.31%	20.68%
¿Conoces otra versión?		8.62%	91.37%
Si es que sí ¿cuál?	depende de la cantidad de metadona y heroína	1	
	la heroína tiene más efecto que la metadona	1	
	que aunque no notes la metadona puedes sufrir sobredosi	1	
	es mejor, porque así cojo el pelotazo más grande y es mucho mejor	1	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?		SI	NO
13			
5			
¿Por qué?	sí	depende de la cantidad	2
	no entendía del porqué no notaba el efecto, y era por la relación tolerancia/cantidad	1	
	pensaba que la metadona no te hacía sentir nada	2	
	los dos son opiáceos y aumenta el riesgo de sbd	1	
	desconocía que la metadona es un opiáceo	1	
	porque no sabía lo que me has explicado	1	
	me ha convencido la explicación	1	
	si es buena, notarás la heroína	2	
	porque depende de la cantidad	1	
	porque mezclas las dos cosas	1	
	no	porque cuando tomo metadona luego no noto nada	1
	la metadona es más fuerte y la heroína no la notas	1	
	sigu creyendo lo mismo	2	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?		SI	NO
19			
21			
¿Qué?	sí	que cuantos más opiáceos tomas más te colocas	1
	no sabía de la existencia de la naloxona	1	
	depende de la relación de cada sustancia	1	
	que aumenta el riesgo de sobredosis	5	
	no lo sabía	2	
	que sube mas porqué se suman	4	
	que la tolerancia sube si se consumen las dos a la vez	1	
	si tomas las dos a la vez aumentará la tolerancia	2	
	la metadona es un opiáceo sintético	2	
	no	Porque la heroína es un opiáceo	1

Mito 6. Cuantos más años consumo menos riesgo de sobredosis tengo

		SI	NO
¿Crees que sea verdad?		13.79%	86.20%
¿Lo habías escuchado antes?		44.82%	55.17%
¿Conoces otra versión?		6.89%	93.10%
Si es que sí ¿cuál?	depende de la pureza y cantidad	1	
	hay menos riesgo por la experiencia	1	
	Porque tengo el cuerpo más acostumbrado al consumo	1	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?		SI	NO
4			
4			
¿Por qué?	sí porque tengo el cuerpo más acostumbrado al consumo desconocía la explicación cuanto más tiempo menos riesgo porque tienes más experiencia	depende más de la calidad y la cantidad	1
		1	
		1	
	no es doble pelotazo dice que con los años ha aprendido a controlar las dosis depende de varios factores pero sobre todo de la experiencia	a mí nunca me ha pasado nada	1
		1	
		1	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?		SI	NO
10			
40			
¿Qué?	sí que la calidad puede ser diferente tienes riesgo igual que depende más de factores como calidad, vía de consumo, cantidad	te puede dar una sobredosis en cualquier momento	1
		1	
		1	
		7	



Mito 7. Fumar heroína no puede dar sobredosis

			SI	NO	
¿Crees que sea verdad?			36,21%	63,79%	
¿Lo habías escuchado antes?			50%	50%	
¿Conoces otra versión?			8,62%	91,38%	
Si es que sí ¿cuál?	puede darte sobredosis fumando si es muy pura		1		
	ha visto una sobredosis por haber tomado demasiada metadona	1			
	si usas heroína con otra sustancia puede darte sobredosis	1			
	si fumas demasiado puede darte un paro cardiaco	1			
	Que te puede dar sobredosis cuando fumas mucha cantidad	1			
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?			SI	NO	
14					
7					
¿Por qué?	sí pensaba que podía dar sbd solo si inyectado porqué me convenció la explicación aunque necesitarías mucha cantidad para llegar a tener una sbd mayor cantidad de heroína, mayor posibilidad de sbd no importa la forma de consumir, hay riesgo igual	menos arriesgado pero puede dar sbd	2		
			4		
			4		
			1		
			1		
			2		
	no te quedas antes dormido o tumbado que te de una sbd sigue pensando que no es posible por experiencia propia	sobredosis es solo para inyectada y esnifada, jamás fumada.	1		
			1		
			5		
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?			SI	NO	
12					
25					
¿Qué?	sí no es recomendable beber mas metadona de lo indicado que puede dar sbd pero hay menos riesgo el riesgo de la mtd y de esnifar heroína que es la forma más segura de consumo en relación a una sbd no sabía esto que me estás explicando necesitas mucha cantidad para que te de sbd que la función de las drogas es diferente según como se consume	que hay menos posibilidades fumando que inyectando	1		
			1		
			4		
			1		
			1		
			2		
			1		
			1		

Mito 8. El “mono” de quien se pincha es más fuerte de quien fuma

		SI	NO
¿Crees que sea verdad?		55.17%	44.82%
¿Lo habías escuchado antes?		82,75%	17.24%
¿Conoces otra versión?		6,89%	93,10%
Si es que sí ¿cuál?	que la plata engancha mucho también	2	
	el mono de fumar es más fuerte porqué necesitas más cantidad	1	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?		SI	NO
19			
11			
¿Por qué?	sí cuando fumaba necesitaba más cantidad de cuando me pinchaba no lo sabia pensaba que el mono era mayor si te inyectas creo que ahora tendré más cuidado cuando consumo	No sabía que el mono es igual, solo cambia por dosis no por la manera de consumir.	12
		2	
		2	
		1	
	no cree que es más fuerte el mono de quien fuma ya que necesita más cantidad la adicción a la aguja te hace estar más enfermo	no cree la explicación	2
		5	
		1	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?		SI	NO
6			
22			
¿Qué?	sí que el consumo por vía inyectada cubre por más horas no hay que abusar que es lo mismo inyectado que esnifado	si estas en tratamiento de mtd es mejor no usar heroína	2
		2	
		1	
		1	



Mito 9. Si reutilizas más veces tu propia jeringuilla puedes pillar el VHC.

		SI	NO
¿Crees que sea verdad?		43,10%	56,89%
¿Lo habías escuchado antes?		65,51%	34,48%
¿Conoces otra versión?		0	100%
Si es que sí ¿cuál?		0	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?		SI	NO
18			
7			
¿Por qué?	sí pensaba que si era posible que la jeringuilla se infectaba sola el pensaba que la propia sangre podía producir el virus puedes contagiarte con el tapón	pensaba que uno mismo podía generar el virus, pero no he aprendido que tiene que ser por contagio de una persona a otra	15
		1	
		1	
	no por el corte de la droga no sabe cómo ha pillado la hep, tiene que ser así estoy seguro de lo que digo	sigue pensando que si es posible, no me lo creo (la explicación)	2
		1	
		2	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?		SI	NO
15			
18			
¿Qué?	sí no sabía que la vha se contagia por vía orofecal al ser un virus solo se puede pasar de persona a persona las vías de contagio que por vía sexual solo se contagia vih y vhb si hay que limpiar la chuta hay que reutilizarla tu solo si tú no tienes nada no puedes coger algo que no tienes no hay que compartir las chutas	que se prende el vhc por vía sangre sangre	2
		2	
		2	
		4	
		1	
		1	
		1	
		2	

Mito 10. Si tienes VHC-VIH no pasa nada si intercambias jeringuillas con otros infectados porque ya que estás contagiado

		SI	NO
¿Crees que es verdad?		24,13%	75,86%
¿Lo habías escuchado antes?		56,89%	43,10%
¿Conoces otra versión?		3,44%	96,55%
Si es que sí ¿cuál? se puede contagiar otros tipos de enfermedad		1	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?		SI	NO
10			
4			
¿Por qué?	sí el compartió chutas pensando que no iba a pasar nada	no sabía que existen varios genotipos y tipos de vih	9
		1	
	no por mi propia experiencia no lo creo	ya estas infectado, no pasa nada	2
		2	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?		SI	NO
17			
27			
Qué?	sí sabía que se podía agravar la situación pero no sabía porque	No sabía que existen diferentes variantes del vih y genotipos vhc	16
		1	

Mito 11 El limón es mejor que el ácido cítrico.

		SI	NO
Crees que sea verdad?		20,68%	79,31%
Lo habías escuchado antes?		48,27%	51,72%
Conoces otra versión?		13,79%	86,20%
Si es que si ¿cuál? que da lo mismo		1	
	si no tengo limón le hecho vinagre	1	
	el limón corta el corte del caballo	1	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?		SI	NO
10			
2			
¿Por qué?	si no sabía del acido ascorbico pensaba que el limón siendo natural era mejor de una sustancia de laboratorio	no sabía que el limón puede tener un hongo	8
		1	
	no creo que es mejor lo natural	creo que corta las sustancia que lleva la heroína	1
		1	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?		SI	NO
24			
22			
Qué?	si no tenía ni idea que es el acido cítrico, ahora sé que es mejor que el limón, pero hay que poner una pequeña cantidad. el acido ascórbico es mas fácil de dosificar que el acido ascórbico es mejor que el limón	no sabía que el limón puede tener hongos y puede provocar infecciones	21
		1	
		1	
		1	

Mito 12. Mejor no usar el filtro en la cazoleta, ya que si me entra un pelo en la jeringuilla puede ser peligroso

.			SI	NO
Crees que sea verdad?			34,48%	65,51%
Lo habías escuchado antes?			41,37%	58,62%
Conoces otra versión?			6,89%	93,10%
Si es que si ¿cuál?		si te entra algo, hay que inyectar agua caliente	1	
		que se queda sustancia en el filtro	2	
		que da lo mismo	1	
Después de haber escuchado la explicación ¿te ha convencido de lo contrario?			SI	NO
15				
7				
¿Por qué?	sí	que no hay que inyectar agua caliente.	1	
	porqué desconocía que es preferible filtrar la dosis para depurar la droga		2	
	no sabía que se podían introducir cuerpos extraños si no utilizas filtros higiénicos		1	
	mejor usar algo estéril y de un solo uso		3	
	desconocía que es mejor filtrar la dosis para evitar introducir suciedad en la cazoleta		3	
	no sabía que existen los filtros higiénicos		2	
	me convenció la explicación		2	
	yo pensaba que era para evitar que me entran pelusas		1	
Después de haber escuchado la explicación ¿has aprendido algo que no conocías anteriormente?			SI	NO
10				
26				
¿Qué?	sí	no sabía que es mejor utilizar filtro	3	
	no sabía que cortas el filtro con los dientes puedes meter bacterias en el pico		2	
	que el filtro de los cigarros no es el más adecuado		1	
	mejor cortarlo con las manos limpias		2	
	que hay que usar filtros higiénicos correctamente		1	

FUENTES DE LAS INFORMACIONES

Cuando alguien (amigo, otro usuario) te dice algo que no sabías antes relacionado con el consumo, ¿qué haces?	
Compruebo preguntando a profesionales, consultando flyers etc.	87,93%
Lo pruebo yo	18,96%
Si preguntas antes, ¿a quién pides explicaciones?	
Amigo/otro usuario	58,62%
Profesionales de drogodependencias	79,31%
Internet/Folletos informativos	17,24%

ANEXO. EXPLICACIONES QUE LOS ENCUESTADORES UTILIZARON AL PASAR EL CUESTIONARIO

1. Con el Bombeo sube más.

Una vez que el émbolo haya sido empujado hasta el final prácticamente la totalidad de la sustancia está

ya en la sangre, así que la idea de limpiar la jeringuilla se refiere a la cantidad de sustancia que se encuentra en la aguja.

Si es a esto que nos referimos, con un mínimo movimiento del émbolo nos aseguraremos de haber introducido la totalidad de la sustancia en la sangre. No hay ninguna prueba racional ni científica para demostrar que esto sea cierto.

Lo único que hacemos a la hora de bombear es llenar y vaciar la jeringuilla de sangre. De hecho es una práctica que ningún médico o enfermero utiliza para que un medicamento haga más efecto ni para que suba más rápido.

Un efecto típico de la COCA es el de notar placer tras el "flash" en el repetir de forma compulsiva una acción, sea esto buscar cosas, hablar...

Ya que la última acción que hacemos justo antes de notar el "flash" es ver si estamos en la vena (viendo la sangre que entra en la jeringuilla) y luego empujar el émbolo (viendo la sangre que sale de la jeringuilla)

creemos que muchas personas sacan placer de esta acción por el efecto de la COCA, y no por el efecto del bombeo mismo.

Lo que hacemos bombeando es mantener la jeringuilla en la vena más tiempo de lo debido irritando la vena.

Hay también que considerar que es casi imposible mantener la jeringuilla sin mover, así que tras el movimiento lo que haremos será dañar la vena.

No creemos que el bombeo afecte negativamente al corazón, no creemos que sea causa de arritmias

2. Si me pincho en el cuello, me sube antes.

NO!

Si nos pinchamos en el cuello, la sangre hace el siguiente recorrido: Va hasta el corazón, de ahí a los pulmones, vuelve al corazón y de ahí al cerebro (que es cuando sentimos el efecto).

Así que: inyectarnos en el cuello no significa que la sustancia vaya directamente al cerebro.

La diferencia de tiempo de la sustancia en llegar hasta el cerebro es prácticamente la misma desde una vena en el cuello o una vena en el brazo.

Peligros al inyectarse en el cuello:

- Absceso en esta zona comportan riesgo de: Asfixia, Accidente cerebral con parálisis o muerte, Hemorragia mortal.
- Pinchar un nervio en la zona comporta riesgo de: Intenso dolor, Parálisis.
- Pinchar la arteria carótida: riesgo de infarto cerebral, riesgo de desangrarse muy rápidamente.

3. Se puede remontar una sobredosis con un chute de agua y sal o con golpes

Una sobredosis de heroína provoca una parada respiratoria. Las formas de remontar una sobredosis son: utilizando la Naloxona, que es el antídoto de la heroína. La Naloxona actúa en el cerebro poniéndose en el sitio de la heroína durante una hora dejando pasar el mensaje de respirar desde el cerebro hacia los pulmones. Otra forma de mantener con vida a una persona en sobredosis es con un tubo de ambú o con el boca a boca o sea le damos nosotros el aire de forma mecánica.

La mezcla de agua con sal no tiene ningún efecto en el cerebro que se parezca al de la Naloxona.

Algunos usuarios refieren haber remontado sobredosis con golpes. Probablemente se refieren a situaciones donde la persona que había consumido heroína tenía unos efectos tan fuertes que parecía

estar en sobredosis pero sin haber llegado a dejar de respirar totalmente. En estos si no tenemos naloxona, aconsejaríamos intentar que la persona no se “duerma”, manteniendo su atención, intentando mantenerle despierto con agua fría en el cuello y frente.

4. Se puede limpiar una jeringuilla usada con lejía.

Lo mejor sería nunca reutilizar una jeringuilla. Llévate siempre suficiente material para pasar la noche, el fin de semana etc. No compartas.

Si hay que reutilizar una jeringuilla sería mejor limpiar tu propia jeringuilla para que la reuses tu y no para compartirla con los demás. Por último queremos recordar que si no tienes material limpio y estéril la única manera que te asegura no contraer o transmitir ningún virus o enfermedad es no consumir. No se puede comparar el estrés o el mono de unas horas con una enfermedad de por vida.

5. Si he tomado metadona luego no noto la heroína.

Todo lo contrario. La metadona es un opiáceo sintético que activa los mismos receptores opioides en el cerebro que la heroína. Si tomas metadona, te estás metiendo opiáceos en el cuerpo, aunque sean sintéticos. Si añades heroína a esto, notarás incluso más efecto, por ya haber tomado una sustancia parecida antes. Pero hay un medicamento llamado Naltrexona, que sí inhibe el efecto de la heroína. Si estás en tratamiento con Naltrexona y consumes heroína, no notarás los efectos.

Lo que pasa es que los opiáceos causan tolerancia, así que a cuanto más sustancia se acostumbra tu cuerpo cuanto más difícil será notar un “subidón”. La mejor manera para seguir notando el “subidón” es espaciar los consumos y no un consumo tras otro.

Hay que recordar que el consumo de heroína durante un tratamiento de metadona no es recomendable ya que:

- aumenta el riesgo de sobredosis no te permite seguir el tratamiento con el fin de desintoxicarte
- tu tolerancia subirá cada vez más por lo cual la metadona ya no te cubrirá y lo más probable sea que te tocará aumentar la dosis de metadona para no tener mono.

6. Cuantos más años consumo menos riesgo de sobredosis tengo.

No. Una cosa no tiene nada que ver con la otra. El riesgo de tener una sobredosis está relacionado a otros factores como:

- La cantidad y la calidad de la sustancia que consumimos.
- La vía de consumo (oral, inyectada, esnifada, fumada...)
- La tolerancia de cada uno en cada momento de su vida.
- Enfermedades asociadas
- Periodos de abstinencia
- Mezcla con otras sustancias.

7. Fumar heroína no puede dar sobredosis

No es verdad. También fumando hay riesgo de sufrir una sobredosis aunque hay muchas menos posibilidades que esto pase en comparación con las demás vías de consumo como inyectado, oral o esnifado.

Fumar la heroína es la forma de consumo de más segura ya que no es tan fácil consumir tanta cantidad de golpe para que pueda ocurrir una sobredosis.

Inyectarse heroína es la vía de consumo más peligrosa y una de las razones de muertes más frecuentes entre consumidores de heroína.

Pero tampoco hay que infravalorar los riesgos del consumo oral (como beber más metadona de lo debido) o el esnifado.

8. El mono de quién se pincha es más fuerte de quien fuma.

No. El mono (o síndrome de abstinencia) que notamos al estar abstinentes está relacionado con la cantidad de heroína que consumimos y no con la vía de consumo.

Lo que sí podemos decir es que el consumo por vía inyectada generalmente cubre durante más tiempo que el consumo por vía fumada.

Para disminuir el mono aconsejamos reducir el consumo en general y no consumir cuando no lo necesitamos o por ejemplo no consumir cuando estamos siguiendo un tratamiento con metadona.

9. Si reutilizas varias veces tu propia jeringuilla puedes pillar la hepatitis.

No. La hepatitis es un virus. Los virus no aparecen en el cuerpo humano por sí solos, la única forma de contraer la hepatitis es que ésta se transmita de una persona a otra.

Por esta razón no es posible que una persona que no tenga hepatitis pueda contraerla solo por el hecho

de reutilizar una jeringuilla que no haya sido utilizado por nadie más.

Solo un repaso rápido:

- la hepatitis C se contagia por vía sanguínea*.
- la hepatitis B se contagia por vía sanguínea*, fluidos vaginales y semen.
- La hepatitis A se contagia por vía oro fecal (mala higiene a la hora de manipular alimentos, no lavarse las manos después de haber ido al baño a defecar).
- El VIH se contagia por vía sanguínea*, semen, fluido pre-eyaculatorio (pre-semen), secreciones vaginales y de la madre al bebé a través de la leche materna.

*Jeringuillas, maquinillas de afeitar, agujas para tatuos, cepillos de dientes, transfusiones de sangre, contacto entre dos heridas con sangre...

10. No pasa nada intercambiar jeringuillas con otros ya infectados del mismo virus que tu.

¡Es un error! Aunque tengas la hepatitis C o el VIH puedes reinyectarte con otra variante del virus que puede agravar tu enfermedad.

En el caso que te reinyectaras con otra variante del virus, podría ser mucho más complicado encontrar un tratamiento que se adapte a tu caso.

Esto mismo vale para todas las demás vías de contagio (sexual, sanguínea...)

11. El limón es mejor que el ácido cítrico.

¡No! El uso del limón puede ser perjudicial para tu salud.

El limón puede tener un hongo que al introducirse en el cuerpo vía intravenosa puede causar una reacción séptica (infección). El ácido ascórbico (cris-tales) también es mucho más fácil de dosificar que el limón.

Queremos recordar que (dependiendo del tipo de heroína que tengamos) si podemos evitar el uso del ácido ascórbico es mucho mejor para las venas y para tu salud.

En caso que tengas que utilizarlo haz mucha atención en dosificarlo con cautela.

Un abuso de ácido cítrico no solo es doloroso a la hora de inyectarse si no que también puede dañar las venas.

12. Mejor no usar el filtro en la cazoleta, ya que si me entra un pelo en la jeringuilla puede ser peligroso.

¡No! Justamente es mejor utilizar un filtro para evitar que se introduzca un cuerpo extraño en la sangre.

Esto podría causar varias reacciones potencialmente peligrosas como fiebre o infecciones (abscesos).

Por esta razón es aconsejable el uso de filtros, para que no se introduzca ninguna suciedad en la jeringuilla.

Para filtrar no sirve cualquier cosa, tiene que ser algo estéril y de un solo uso.

Para ello existen unos filtros higiénicos que se

pueden encontrar en las salas de venopunción asistida.

Los filtros de los cigarros no son la mejor opción, aunque es mejor usar estos que ninguno.

Además hay que considerar que los filtros de los cigarros es mejor cortarlos con las manos limpias y unas tijeras y no arrancar un trocito con los dientes, ya que en la boca hay muchas bacterias y gérmenes.

Myths and legends in drug use. Barcelona 2013

Rosa Kistmacher, Igor Bacovich

Consumer experts

INTRODUCTION

We plan to investigate through a workshop with a focus group the most common myths we know about drug use (Table 1). This would include use habits, injection areas, mix of drugs, etc. as well as myths about addiction treatments, such as methadone. The study was carried out in Barcelona between September and October 2013. The methodology used has been the "snowball". We previously selected 10 drug users in socially depressed situation with experience and specific drug scene knowledge.

METHOD

We collected social-demographic information, epidemiological characteristics and consumption data. Finally 5 users participated in the workshop (3 men and 2 women). They were commissioned to find people consuming non legal drugs -heroin and cocaine- for conducting 10 interviews to collect information. Those 5 users finally constituted the focus group, where we developed a work about myths and legends about drug use, the figure of the interviewer, the ability to gather information and consumption patterns.

RESULTS

Predominant profile between interviewed are male (81.03%), aged between 20 and 64 years, with a clear predominance of Spanish and Italian nationality. Most respondents have documentation, registration and access to medical care. The most consumed drugs among those interviewed are: heroin, cocaine, alcohol and benzodiazepines, on a daily basis in most cases.

Table 1. Myths and legends know about drug use

With pumping (blood wash) the flash hits stronger
If I shoot up in the neck, the flash hits faster (or stronger)
You can revert an overdose with an injection of water and salt or slapping
You can clean a used syringe with bleach
If I have taken Methadone I will no longer notice heroin afterwards
The longer I take drugs, the lesser the risk to suffer an overdose
Smoking the heroin doesn't cause overdose
The " cold turkey " of a heroin injector is heavier than the one of a heroin smoker
If you re-use more times your own syringe you can get Hepatitis C
If you have HIV - HVC nothing happens if you exchange infected syringes to other virus carriers as you are already infected
Lemon is better than ascorbic acid
Better not use the filter while preparing the dose, because if I get a hair in the syringe it can be dangerous.

By observing the results it's noteworthy that:

The percentage of users considered that some of the 12 myths (that we consider erroneous) are true exceeds 50% in only 4 cases, which are: - With pumping (blood wash) the flash hits stronger - If I shoot up in the neck, the flash hits faster (or stronger) - The "cold turkey" of who shoots is stronger than who smokes - If you re-use more times your own syringe you can get Hepatitis C.

The percentage of users who, having heard the explanation, have not been convinced otherwise exceeds 40% only on 2 occasions, which are: - You can clean a used syringe with bleach - The longer I take drugs, the lesser the risk to suffer an overdose.

The percentage of users who, having heard the explanation, did not learn something not previously known only exceeds 40% on 4 occasions: - You can clean a used syringe with bleach - If I have taken Methadone I will no longer notice heroin afterwards -If you re-use more times your own syringe you can get Hepatitis C - lemon is better than ascorbic acid.

CONCLUSIONS

Through this workshop / study we have identified the myths that are the most widespread among our target group nowadays. Identifying these helps us to focus and optimize the efforts devoted to primary and secondary prevention. (Table 2)

Table 2. Myths assessment

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
With pumping (blood wash) the flash hits stronger	If I shoot up in the neck, the flash hits faster (or stronger)	You can revert an overdose with an injection of water and salt or slapping	You can clean a used syringe with bleach	If I have taken Methadone I will no longer notice heroin afterwards	The longer I take drugs, the lesser the risk to suffer an overdose	Smoking the heroin doesn't cause overdose	The "cold turkey" of a heroin injector is heavier than the one of a heroin smoker	If you re-use more times your own syringe you can get Hepatitis C	If you have HIV - HVC nothing happens if you exchange infected syringes to other virus carriers as you are already infected	Lemon is better than ascorbic acid	Better not use the filter while preparing the dose, because if I get a hair in the syringe it can be dangerous

Percentage of users who believe this myth is true.

Myth	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Yes	41.37%	48.28%	15.52%	62.06%	34.48%	13.79%	36.21%	55.17%	43.10%	24.13%	20.68%	34.48%
No	58.62%	51.72%	84.48%	37.93%	65.51%	86.20%	63.79%	44.82%	56.89%	75.86%	79.31%	65.51%

Percentage of users who, having heard the explanation, have been convinced otherwise.

Myth	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Yes	75.00%	75.00%	88.88%	51.14%	70.00%	50.00%	66.66%	63.33%	72.00%	71.42%	83.33%	68.18%
No	25.00%	25.00%	11.11%	48.57%	30.00%	50.00%	33.33%	36.66%	28.00%	28.57%	16.66%	31.81%

Percentage of users who, having heard the explanation, have learned something not previously known.

Myth	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Yes	41.17%	36.66%	28.57%	60.86%	50.00%	20.00%	32.43%	21.42%	45.45%	38.63%	52.17%	27.77%
No	58.82%	63.33%	71.42%	39.13%	50.00%	80.00%	67.56%	78.57%	54.54%	61.36%	47.82%	72.22%

1. The results we consider as positive are highlighted in blue, the ones we understand as negative, in red.



Reaccions agudes al consum de substàncies no prescrites. Metamfetamina. Barcelona 2020-21

Sofia Moreira Lino, Nacho Rosselló García

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

METANFETAMINA

El consum de metamfetamina, un derivat amfetamínic obtingut de la planta efedra i sintetitzat a principis del segle XX, ha augmentat progressivament en els darrers anys a diferents parts del món. Encara que el seu ús fou autoritzat en les dècades successives al seu descobriment, la dependència i els efectes adversos a curt i llarg termini) van provocar la seva restricció legal.

Com en totes les substàncies no prescrites no és fàcil el coneixement de les circumstàncies que envolten el seu consum, més enllà dels testimonis de persones que acudeixen als centres d'urgències o de les persones que consulten per cessació.

Per a tal de conèixer aspectes de consum habitual es va fer l'estudi Reaccions agudes al consum de substàncies no prescrites, Barcelona 2020-21.

REACCIONS AGUDES AL CONSUM DE SUBSTÀNCIES NO PRESCRITES, BARCELONA 2020-21

Es varen fer 50 entrevistes a consumidors, al districte de Ciutat Vella de Barcelona sobre les substàncies consumides i efectes secundaris. No va ser objecte d'interès el consum d'heroïna i cocaïna considerat a d'anteriors estudi.

Com es va fer un registre per cada substància consumida es varen obtenir 94 registres, on va predominar el consum de metamfetamina amb un 30,9% del total de casos (Taula 1).

L'edat mitjana dels entrevistats va ser de 38,1 anys, amb predomini d'homes entre els participants (80%) i la proporció d'enquestats d'origen estranger va ser del 60%.

58% va referir el consum d'una sola substància. La resta, policonsum.

Les reaccions agudes més freqüents al consum de metamfetamina van ser l'agitació psicomotora (86,2%), la paranoia persecutòria (72,4%), les al·lucinacions auditives (69%) i visuals (55,2%), verborrea (62, 1%), idees delirants ben estructurades (69%), comportaments obsessivo-compulsius en relació amb l'ordre i la neteja (58,6%), la recerca incessant

d'objectes sense raó aparent (58,6%), palpitations (55,2%), diaforesis (55,2%) i sensació de augment de la temperatura corporal (55,2%).

En comparació amb els efectes aguts d'altres substàncies descrites –cànnabis, amfetamina, èxtasi, entre d'altres–, destaca l'alteració conductual produïda per la metamfetamina. Excepte per al cànnabis, el consum esdevé generalment en companyia i amb fins recreatius.

En conclusió, els resultats reflecteixen l'existència d'uns signes i símptomes associats al consum de metamfetamina, entre els quals destaquen l'agitació psicomotora, la paranoia persecutòria i al·lucinacions auditives. Predominantment, esdevé en un context recreatiu i grupal. En comparació amb les altres substàncies estudiades, causa més sovint alternacions de la conducta.

Reacciones agudas al consumo de sustancias no prescritas. Metanfetamina. Barcelona 2020-21

Sofia Moreira Lino, Nacho Rosselló García

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

METANFETAMINA

El consumo de metanfetamina (N, α -dimetilbenzenoetanamina), también conocida como desoxiefedrina, es un fenómeno creciente a escala mundial.

Los estimulantes de tipo anfetamínico, categoría en la que se incluye la metanfetamina, son las drogas ilícitas más utilizadas en el mundo después del cannabis, con 51 millones de usuarios globales de 15 a 64 años.¹ En España, un 0,9% de la población entre 15 y 64 años reconoce en encuestas de 2019-2020 el uso de metanfetamina alguna vez en su vida, frente al 0,6% registrado en 2015.^{2,3}

Se presenta generalmente como un polvo blanquecino, cristalino, inodoro y de sabor amargo, aunque también se puede encontrar en forma de pasti-

llas, cápsulas o cristales grandes. Su consumo oral, esnifado, fumado o inyectada.⁴

La metanfetamina pertenece a la familia de las fenetilaminas, la cual agrupa diversas sustancias que actúan como agonistas selectivos de los receptores 5-HT_{2A/2C}^{4,5} y desde hace décadas se correlacionan con efectos psicodélicos o alucinógenos.^{6,7} Se diferencia de la anfetamina por la adición de un grupo N-metilo que le confiere una mayor rapidez en atravesar la barrera hematoencefálica después de ser consumida.^{5,6,7,8}

A nivel del sistema nervioso estimula la liberación de neurotransmisores monoamina como la dopamina, la serotonina y la norepinefrina en el sistema nervioso central causando también efectos simpaticomiméticos en el sistema nervioso periférico.

Su uso crónico produce toxicidad en las neuronas y muerte.

ORIGEN DE LA METANFETAMINA

Su aparición se remonta a principios del siglo XX, donde la búsqueda de sustitutos sintéticos para la efedra, un extracto vegetal utilizado en la medicina tradicional china con diversas aplicaciones, dio como resultado el desarrollo de los estimulantes de tipo anfetamínico.

Fue sintetizada por primera vez en Japón en 1919 a partir de la efedrina, el alcaloide activo de la efedra. En la década de 1940 se comercializaba legal y ampliamente para el tratamiento de asma bronquial, narcolepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), depresión, obesidad, migraña, alcoholismo y esquizofrenia, entre otras. Se destaca la prescripción médica y el aprovisionamiento de anfetamina y metanfetamina a las tropas militares alemanas y japonesas durante la Segunda Guerra Mundial para tratar la fatiga de los soldados e incrementar su estado de alerta.

A medida que se fue observando cómo crecía la dependencia y la tolerancia se implementaron restricciones más estrictas en su manufacturación, distribución, prescripción y venta. Mientras que paralelamente, se expandía su producción clandestina y comercialización ilegal. Desde entonces, los derivados anfetamínicos han seguido utilizándose para propósitos muy variados, que van más allá del consumo recreacional.^{2,10}

SITUACIÓN ACTUAL DE LA METANFETAMINA

Entre 2011 y 2017, González-Mariño et al. llevaron a cabo un estudio internacional para el cual se monitorizó el consumo de drogas (anfetamina, metanfetamina, éxtasis y cocaína) en 37 países mediante el análisis de las aguas residuales generadas por 60 millones de personas de 120 ciudades. Entre las ciudades españolas estudiadas en 2017 (Barcelona, Castellón, Santiago de Compostela y Valencia), Barcelona fue la que mostró un mayor consumo de las cuatro sustancias. En concreto, en el barrio del Raval (distrito de Ciutat Vella).^{12,13,14} La comunidad filipina del Raval ha manifestado públicamente en los últimos años el gran impacto del consumo de me-

tanfetamina entre sus integrantes y las circunstancias que lo rodean.¹²

Profesionales sanitarios de la zona, principalmente de Atención Primaria y servicios de Urgencias, alertan sobre el aumento de casos relacionados con dicho consumo, pues conlleva afectación multiorgánica potencialmente grave, destacando cuadros psiquiátricos, neurológicos y cardiovasculares a corto y largo plazo.^{15,16,17} También colectivos como

Hay diversos estudios de los efectos posconsumo de heroína y la cocaína.¹⁸ En la metanfetamina se describen xerostomía, hipertermia, midriasis, taquipnea, con aumento del estado de alerta y energía, dolor torácico y palpitaciones. Alteración del estado mental, hiperactividad, agitación, confusión y psicosis grave con paranoia que requiere contención física y/o química. Aumentos en la presión arterial, taquicardia, arritmias e incluso ictus.^{8,15,16}

Estudio de personas consumidoras de sustancias no prescritas, destinado a conocer efectos indeseables, a partir de 50 entrevistas realizadas desde septiembre de 2021 a mayo de 2022, en Barcelona, en una zona de amplio consumo marginal. Aprobado por Comité Ético de Investigación Quirón Salud (Código Interno 2022/44-MIN-HUSC).

Por cada consumo de sustancia se hizo un registro diferente, de manera que se obtuvieron 94 registros de 50 personas diferentes. 29 (58%) declararon consumir una única sustancia.

Tabla 1. Frequency of registered substances, Freqüència de les substàncies registrades Frecuencia de las sustancias registradas

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje (%) acumulado
Speed	10	10,6	10,6
Cannabis	16	17	27,7
Ketamina	7	7,4	35,1
LSD	7	7,4	42,6
Éxtasis	14	14,9	57,4
Metanfetamina	29	30,9	88,3
Hongos	3	3,2	91,5
Otros	8	8,5	100,0
Total	94	100,0	100,0

La edad media de los entrevistados fue de 38,1 años, con predominio de varones (80%), de nacionalidad no española (60%). Los resultados en las dos horas posteriores al consumo se muestran en la tabla 1. No se registraron datos de consumo de heroína y cocaína,

Tabla 2. Reacciones agudas al consumo de diferentes sustancias ilícitas registradas Frecuencia seguida de porcentaje

	Metanf.	Anfet.	Cannabis	Éxtasis	LSD	Ketamina	Hongos	Tusibí
Efecto < 2h	20 (69)	8 (80)	16 (100)	14 (100)	4 (57,1)	7 (100)	3 (100)	1 (100)
Verborrea	18 (62,1)	8 (80)	4 (25)	12 (85,7)	6 (85,7)	2 (28,6)	0 (0)	1(100)
Diaforesis	16 (55,2)	6 (60)	2 (12,5)	11 (78,6)	4 (57,1)	5 (71,4)	0 (0)	1 (100)
Sensación aumento de la Temperatura corporal	16 (55,2)	7 (70)	2 (12,5)	10 (71,4)	5 (71,4)	6 (85,7)	1(33,3)	1(100)
Escalofríos	5 (17,2)	4 (40)	4 (25)	4 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	0 (0)	1(100)
Midriasis	20 (69)	9 (90)	7 (43,8)	12 (85,7)	7 (100)	5 (71,4)	1(33,3)	1(100)
Náuseas o vómitos	13 (44,8)	5 (50)	3 (18,8)	6 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)	1(33,3)	1(100)
Diarrea	4 (13,8)	3 (30)	0 (0)	2 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	1(33,3)	1(100)
Sialorrea	8 (27,6)	5 (50)	0 (0)	2 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)
Búsqueda de objetos espontánea y sin motivo	17 (58,6)	5 (50)	3 (18,8)	5 (35,7)	3 (42,9)	5 (71,4)	1(33,3)	0 (0)
Alucinaciones visuales	16 (55,2)	4 (40)	3 (18,8)	7 (50)	5 (71,4)	6 (85,7)	3 (100)	0 (0)
Alucinaciones auditivas	20 (69)	4 (40)	2 (12,5)	4 (28,6)	6 (85,7)	5 (71,4)	1(33,3)	0 (0)
Alucinaciones táctiles	5 (17,2)	1 (10)	1 (6,3)	6 (42,9)	4 (57,1)	1 (14,3)	2(66,7)	0 (0)
Agitación psicomotora	25 (86,2)	9 (90)	2 (12,5)	11 (78,6)	5 (71,4)	5 (71,4)	1(33,3)	1(100)
Enlentecimiento psíquico/físico	11 (37,9)	1 (10)	15 (93,8)	3 (21,4)	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0)	0 (0)
Discinesias	6 (20,7)	2 (20)	1 (6,3)	5 (35,7)	3 (42,9)	3 (42,9)	1(33,3)	0 (0)
Palpitaciones	16 (55,2)	10 (100)	5 (31,3)	12 (85,7)	3 (42,9)	5 (71,4)	1(33,3)	1(100)
Parálisis repentina	5 (17,2)	0 (0)	4 (25)	2 (14,3)	0 (0)	6 (85,7)	0 (0)	0 (0)
Sensación de ser perseguido	21 (72,4)	2 (20)	4 (25)	3 (21,4)	2 (28,6)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Hurgarse en las heridas	7 (24,1)	1 (10)	1 (6,3)	2 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Hiperventilación	12 (41,4)	7 (70)	3 (18,8)	7 (50)	2 (28,6)	3 (42,9)	0 (0)	1(100)
Hipoventilación	2 (6,9)	0 (0)	6 (37,5)	0 (0)	0 (0)	3 (42,9)	0 (0)	0 (0)
Orden y limpieza compulsiva	17 (58,6)	6 (60)	1 (6,3)	1 (7,1)	2 (28,6)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Ideas irreales sin coherencia interna	16 (55,2)	2 (20)	6 (37,5)	8 (57,1)	5 (71,4)	7 (100)	0 (0)	1(100)
Ideas irreales a partir de hecho verdadero	20 (69)	7 (70)	6 (37,5)	10 (71,4)	4 (57,1)	6 (85,7)	0 (0)	1(100)
Debilidad muscular (imposibilidad de tenerse en pie)	9 (31)	2 (20)	11 (68,8)	2 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	0 (0)	0 (0)
Crisis comiciales	11 (37,9)	1 (10)	2 (12,5)	2 (14,3)	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0)	0 (0)
Dolor torácico anterior	6 (20,7)	3 (30)	1 (6,3)	2 (14,3)	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)
Cefalea	13 (44,8)	4 (40)	4 (25)	6 (42,9)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)
Disminución del nivel de conciencia	3 (10,3)	0 (0)	8 (50)	1 (7,1)	0 (0)	4 (57,1)	0 (0)	0 (0)
Desinhibición sexual	13 (44,8)	3 (30)	8 (50)	5 (35,7)	2 (28,6)	3 (42,9)	1 (33,3)	0 (0)
Pánico	13 (44,8)	2 (20)	5 (31,3)	8 (57,1)	3 (42,9)	4 (57,1)	0 (0)	1(100)
Espasmo laríngeo	5 (17,2)	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)

por considerar sus efectos más conocidos.^{1,2} Manifestaron consumir metanfetamina un 30,9% de los casos. 58% refirió consumo de una sola sustancia.

En la tabla 1 se cita la frecuencia de sustancias consumida y, en conjunto, puede dar una idea de las principales reacciones post consumo y qué sustancias las producen con más frecuencia y cómo prepararse al respecto.

Lo hemos comparado con otra realidad, los datos que aportan servicios de urgencias hospitalarios.^{3,4,5} La mayoría de reacciones no entrañan riesgos im-

portantes para la salud. La combinación con la información de servicios de urgencias³ destaca que la agitación persistente puede introducir a una reacción psicótica y la persistencia de taquicardia, hipertermia, cefalea, dolor torácico, convulsiones son indicaciones para valorar el traslado a un centro sanitario, porque pueden ser el inicio de afectaciones cardíacas, cardiovasculares o neurológicas graves.

En general, los pacientes remitidos a centros hospitalarios suelen ser dados de alta a las pocas horas.³ Esto no ha de suponer un desencuentro entre niveles

asistenciales, sino la posibilidad de que en los momentos más intensos de la sintomatología los consumidores puedan requerir estar más controlados en el hospital.

La existencia de un listado de síntomas de este tipo (Tabla 1) puede facilitar las guías de actuación entre personal de primera línea y los centros sanitarios. Es muy importante que esta información y alertas lleguen a las personas que se plantean consumir sustancias de efectos inciertos, por vías peligrosas y con dosis que pueden ser letales. Basta recordar efectos indeseables de colirios midriáticos administrados por profesionales⁶ y que algunos consumidores de forma peligrosa usan a mayores dosis y por vía intravenosa.

Al tratarse de sustancias prescritas con otras indicaciones, no son válidas las recomendaciones de las fichas técnicas y es improbable que un profesional sanitario haga comentarios distintos a la no utilización de estas sustancias no prescritas

Se hace, pues, necesaria la divulgación científica, asequible, no punitiva, frente a la mera información de otros consumidores, directamente o a través de foros no siempre rigurosos.

RESULTADOS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS

Las alucinaciones auditivas se asociaron más al consumo de metanfetamina que a todas las demás juntas con 31% (IC 0,18-0,71) más de probabilidades ($X^2 = 10$; $p=0,03$); la sensación de ser perseguido o paranoia persecutoria que no existía antes del consumo se asoció más al consumo de metanfetamina que a todas las demás juntas con 53,9% (IC 0,1-0,4) más de posibilidades ($X^2 = 25,62$; $p=0,000$); los comportamientos obsesivo-compulsivos en el orden y la limpieza tuvieron 41,7% (IC 0,16-0,54) más posibilidades de ocurrir con la metanfetamina que con el conjunto de las otras sustancias ($X^2 = 16,67$; $p=0,000$); la disminución del nivel de conciencia se presentó con 9,7% más probabilidades con el conjunto de las otras sustancias que con la metanfetamina ($X^2 = 6,65$; $p=0,04$).

COMENTARIOS A LOS RESULTADOS

Cada vez con más frecuencia, se describe un aumento en la prevalencia del consumo de metanfetamina, tanto a nivel local^{12,15} como a nivel global, mientras la prevalencia de consumo de otras sustancias como el

GHB (éxtasis líquido), la ketamina o incluso la cocaína se mantienen o disminuyen.^{2,4,9}

El análisis de las variables sociodemográficas para los registros de metanfetamina arrojó resultados similares a los obtenidos en otros estudios en cuanto a la proporción de personas de origen español y extranjero¹⁶ y predominio masculino.^{15,16,19,20} No se contactó con personas consumidoras de origen asiáticos, a diferencia de otros estudios.

En cuanto a los efectos agudos de la metanfetamina, varios estudios^{16,22,23} sobre la atención en servicios de urgencias a intoxicaciones por anfetamina y otros derivados anfetamínicos como la metanfetamina señalan a las alteraciones agudas del comportamiento (agitación, episodios psicóticos inducidos por tóxicos), como el principal motivo de admisión en urgencias. Acorde a ello, la agitación (86,2%) y la paranoia persecutoria (72,4%) fueron los síntomas referidos con mayor frecuencia por los consumidores de metanfetamina, seguidos de alucinaciones auditivas (69%) y visuales (55,2%), delirios bien estructurados (69%, ideas irreales a partir de hecho verdadero), verborrea (62,1%), comportamientos obsesivo-compulsivos (58,6%), y búsqueda incesante de objetos sin razón aparente (58,6%).

Otro motivo de admisión en urgencias frecuentemente asociado a metanfetamina son palpitations, descrito por el 55,2% de los entrevistados para esta sustancia; no obstante, el dolor torácico anterior fue referido por el 20,7% de ellos. También un 55,2% de los consumidores de metanfetamina indicó sensación de aumento de la temperatura corporal y sudoración profusa o diaforesis.

Todo esto en conjunto es coherente con la manifestación de un síndrome simpaticomimético (agitación psicomotora, ideas delirantes, taquicardia y posibles arritmias, hipertermia, diaforesis) y con algunas características de un síndrome serotoninérgico (agitación, alucinaciones e ideas delirantes, hipertermia, diaforesis, midriasis, alteración de conductas afectivo-sexuales).²⁵

Un dato que nos aportaron varios usuarios sobre la alteración en el hábito miccional concuerda con los hallazgos de Isoardi KZ et al.²² sobre pacientes que acudieron a servicios de urgencias con signos de daño renal agudo en contexto del consumo de metanfetamina, posiblemente exacerbado por la inapetencia de beber agua que también refieren con posible deshidratación. Tanto la metanfetamina como sus metabolitos han mostrado ser causantes directos de daño tubular renal.²⁵

Se destacan algunos efectos no interrogados, como el insomnio y aumento de productividad aso-

ciado al consumo de metanfetamina, speed y LSD, y contrariamente a esto, la mejor conciliación del sueño referido por la mitad de los encuestados sobre el cannabis; en adición a estas, la pérdida de noción espacio-temporal en los consumos de ketamina y LSD.

Los efectos descritos en referencia a la actividad sexual fueron fundamentalmente desinhibición sexual (44,8%) en la segunda parte de la encuesta y el aumento de libido más la potenciación de la intensidad durante las relaciones (34,5%) en la tercera parte. Estas podrían ligarse al fenómeno del *chemsex*, que consiste en el uso intencionado de drogas psicoactivas con el fin de mantener relaciones sexuales de alta intensidad y por periodos de tiempos prolongados, principalmente entre hombres que tienen sexo con hombres. Una de las sustancias más empleadas para dicha práctica es la metanfetamina.^{26,27}

El cannabis fue la única sustancia para la cual se destacó el consumo en solitario, mientras que para el resto de las sustancias se refirió un consumo recreacional en compañía, o bien no se especificó.

En este trabajo también tiene la intención de dar visibilidad y voz a las personas usuarias de drogas. Por ese motivo se decidió realizar una recogida de datos a partir de sus testimonios. En general, todos mostraron una gran predisposición a relatar sus experiencias en relación con el consumo y mucho más allá de las preguntas que se les tenían preparadas. Diversas personas agradecieron al equipo investigador el permitirles participar y contar parte de su historia a través de las entrevistas, en las cuales se creó un ambiente no hostil donde no se sentían juzgados por su condición de consumidores y había interés por escucharlas, "como si fuéramos personas", concluyó uno de ellos.

Es un hecho que existe un fuerte estigma asociado al consumo de drogas, que impacta negativamente en el aspecto social, laboral y de salud física y mental de las personas. Se encasilla por parte del resto de la sociedad bajo un estereotipo de delincuencia, violencia, enfermedades mentales y otras como VIH y marginalidad. Tal y como explica la RIOD (Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones),²⁸ dicho

estigma puede facilitar la adquisición de conductas de riesgo y el agravamiento de los problemas sociosanitarios asociados al consumo de sustancias, ya que supone en sí mismo un obstáculo en la búsqueda de ayuda, tanto social como institucional, cuando se necesita. En el caso de las mujeres, se suma que están infrarrepresentadas en los datos.

Siguiendo esta línea, existen en Barcelona servicios y programas de reducción de daños, como parte de la Red asistencial de recursos de Atención a las Drogodependencias (XAD), en los que se ofrece atención sociosanitaria a las personas que consumen sustancias ilícitas con el fin de reducir el impacto negativo del consumo en distintas esferas (social, laboral, sanitaria, etc.) y mejorar sus vidas. Asimismo, están apareciendo cada vez más espacios específicos para las mujeres.

Se añade como dato que gran parte de los usuarios está en situación de alta vulnerabilidad y exclusión social.²⁹ Es en este punto donde resulta imperativo que el colectivo de profesionales sanitarios tenga (auto)consciencia de este estigma y contribuya a su eliminación, para poder ofrecer así una mejor atención a pacientes con esta circunstancia.^{29,30,31}

Los resultados reflejan una mayor prevalencia del consumo de metanfetamina en comparación con otras sustancias distintas de cocaína y heroína entre los usuarios de la XAD, acorde con lo descrito en otros estudios similares e informes.

Se puede deducir a partir del estudio la existencia de unos efectos asociados al consumo de metanfetamina, entre los que destacan la agitación psicomotora, la paranoia persecutoria y alucinaciones auditivas.

Predominantemente, el consumo de metanfetamina acontece en un contexto recreativo y grupal, ocasionalmente asociado a la actividad sexual.

En comparación con las otras sustancias estudiadas, causa con más frecuencia alternaciones de la conducta.

Es relevante que en los próximos años aparezcan iniciativas para reducir el estigma que sufre el colectivo de personas consumidoras sujetas a estudio para reducir su exclusión social y discriminación.

Acute reactions to the consumption of non-prescribed substances.

Methamphetamine. Barcelona 2020-21

Sofia Moreira Lino, Nacho Rosselló García

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

The use of methamphetamine, an amphetamine derivative obtained from the ephedra plant and synthesized at the beginning of the last century, has increased progressively in recent years in different parts of the world, including Barcelona. Although its use was authorized in the decades following its discovery, dependence and short and long-term adverse effects (especially nervous and cardiovascular) caused its legal restriction.

The objective of this work is to describe the acute reactions of methamphetamine that can be stigmatizing, the context of consumption, comparison with other substances other than heroin and cocaine and give visibility to this group. This is an observational and cross-sectional study in which the data of interest was obtained through the narration of people who consumed substances other than heroin and cocaine who met the requirements. Their responses were recorded on paper for later statistical analysis.

50 interviews were conducted, which gave rise to 94 records, where methamphetamine use predominated with 30.9% of the cases. The average age of the interviewees was 38.1 years, there was a predominance of men among the participants (80%) and the proportion of respondents of foreign origin was 60%, while those from Spain represented the other 40%. 58% reported consumption of a single substance. The most frequent acute reactions to methamphetamine use were psychomotor agitation (86.2%), persecutory paranoia (72.4%), auditory (69%) and visual hallucinations (55.2%), verbiage (62, 1%), well-structured delusions (69%), obsessive-compulsive behaviors in relation to order and cleanliness (58.6%), the incessant search for objects for no apparent reason (58.6%) and palpitations (55.2%).

Compared to the acute effects of other substances described -cannabis, amphetamine, among others-, the behavioral alteration produced by methamphetamine stands out. Except for cannabis, consumption generally occurs in company and for recreational purposes.

In conclusion, the results reflect the existence of signs and symptoms associated with methamphetamine use, among which psychomotor agitation, persecutory paranoia and auditory hallucinations stand out. Predominantly, it occurs in a recreational and group context. Compared to the other studied substances, it more frequently causes behavioral changes.

It is relevant that initiatives are carried out in the coming years to reduce the stigma suffered by the group, as well as the social exclusion and discrimination that it implies.

1. Vearrier D, Greenberg MI, Miller SN, Okaneku JT, Haggerty DA. Methamphetamine: History, pathophysiology, adverse health effects, current trends and hazards associated with the clandestine manufacture of methamphetamine. *Dis Mon [Internet]*. 2012 [Consultado 1 Nov 2021]; 58(2):38-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2011.09.004>
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [Internet]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. [Consultado 2 Nov 2021]. Estadísticas 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
3. EDADES 2017: Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España 1995-2017. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2017. [Consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://www.pnsd.msrebs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
4. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Internet]. Lisboa: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2013 [Consultado 2 Nov 2021]. Methamphetamine drug profile; [aprox. 5 p.]. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine_en#
5. Fleckenstein AE, Volz TJ, Riddle EL, Gibb JW, Hanson GR. New insights into the mechanism of action of amphetamines. *Annu Rev Pharmacol Toxicol [Internet]*. 2007 [Consultado 4 Nov 2021]; 47:681-698. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.pharmtox.47.120505.105140>
6. O'Brien C. Trastornos del uso de drogas y adicción. En: Brunton L, Chabner BA, Knollmann B, et al, editores. *Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica*. 13a ed. Ciudad de México: McGraw Hill; 2019 [Consultado 2 Nov

- 2021]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2457§ionid=202811497>
7. Titeler M, Lyon RA, Glennon RA. Radioligand binding evidence implicates the brain 5-HT₂ receptor as a site of action for LSD and phenylisopropylamine hallucinogens. *Psychopharmacology* [Internet]. 1988 [Consultado 2 Nov 2021]; 94(2):213–6. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00176847>
 8. Kevil CG, Goeders NE, Woolard MD, Bhuiyan S, Dominic P, Kolluru GK, et al. Methamphetamine Use and Cardiovascular Disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* [Internet]. 2019 [Consultado 4 Nov 2021]; 39(9):1739–1746. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6709697/>
 9. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. U.S. Department of Health & Human Services. Methamphetamine Use and Risk for HIV/ AIDS. CDC HIV/AIDS Fact Sheet; 2007. [Consultado 21 Jul 2019]. Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11778/cdc_11778_DS1.pdf
 10. Prakash MD, Tangalakis K, Antonipillai J, Stojanovska L, Nurgali K, Apostolopoulos V. Methamphetamine: Effects on the brain, gut and immune system. *Pharmacol Res* [Internet]. 2017 [Consultado 1 Nov 2021]; 120:60–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.03.009>
 11. González-Mariño I, Baz-Lomba JA, Alygizakis NA, Andrés-Costa MJ, Bade R, Bannwarth A, et al. Spatio-temporal assessment of illicit drug use at large scale: evidence from 7 years of international wastewater monitoring. *Addiction* [Internet]. 2020 [Consultado 10 Nov 2021]; 115(1):109–120. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/add.14767>
 12. Rodríguez P. ‘Shabú’, una droga para aguantar en el trabajo que causa estragos en la comunidad filipina de Barcelona. *ElDiario.es* [Internet]. 2019 [Consultado 3 Dic 2021]. Disponible en: https://www.eldiario.es/catalunya/shabu-aguantar-estragos-comunidad-barcelona_1_1692858.html
 13. Antena 3 Noticias. Los vecinos de Raval de Barcelona denuncian el consumo de drogas a plena luz de día en parques infantiles [vídeo en Internet]. Antena 3. 25 de marzo de 2019 [Consultado 3 Dic 2021]. Recuperado a partir de: https://www.antena3.com/noticias/sociedad/vecinos-raval-barcelona-denuncian-consumo-drogas-plena-luz-dia-parques-infantiles_201903255c98a89f0cf20571949d9baf.html
 14. Cassany R. La metamfetamina que amenaza el Raval. *VilaWeb* [Internet]. 2018 [Consultado 3 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.vilaweb.cat/noticias/la-metamfetamina-que-amenaca-el-raval/>
 15. Santurí Sinfreu A, Buil Arasanz ME, Esparza Siegel L. Cardiovascular complications of methamphetamines: Study of 6 cases. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2019 [Consultado 10 Dic 2021]; 153(8):e41–e43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.01.006>
 16. Roset Ferrer C, Gomila Muñoz I, Elorza Guerrero MA, Puigurriguer Ferrando J, Leciñena Estean MA, Tuero León G, et al. Intoxicaciones por anfetamina y metanfetamina atendidas en los servicios de urgencias: características clínicas y utilidad de la confirmación analítica. *Emergencias* [Internet]. 2020
 17. Ribas Barquet N, García-Ribas C, Caldentey Adrover GR, Giralt Borrell T, Belarte Tornero LC, Supervia Caparrós A, et al. Consecuencias cardiovasculares del consumo no-recreativo de shabú (clorhidrato de metanfetamina): nueve casos de miocardiopatía dilatada. *Emergencias* [Internet]. 2020 [Consultado 11 Dic 2021]; 32(3):213–215. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/consecuencias-cardiovasculares-del-consumo-no-recreativo-de-shab-clorhidrato-de-metanfetamina-nueve-casos-de-miocardiopata-dilatada/>
 18. Delàs J, Priore AG, 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.
 19. Jones R, Woods C, Usher K. Rates and features of methamphetamine-related presentations to emergency departments: an integrative literature review. *J Clin Nurs*. 2018; 27: 2569–82.
 20. Richards JR, Bretz SW, Johnson EB, Turnipseed SD, Brofeldt BT, Derlet RW. Methamphetamine abuse and emergency department utilization. *West J Med*. 1999; 170:198–202.
 21. Manzano Varo C, López-Vílchez MÁ, Román Eyo L, García García J, Mur Sierra A. Exposición prenatal a metanfetamina «shabú». *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2017 [Consultado 13 Dic 2021]; 86(2):96–97. Disponible en: <https://www.anales-depediatria.org/es-exposicion-prenatal-metanfetamina-shabu-articulo-S169540331630203X>
 22. Isoardi KZ, Ayles SF, Harris K, Finch CJ, Page CB. Methamphetamine presentations to an emergency department: Management and complications. *Emerg Med Australas*. 2019; 31(4):593–599.
 23. Gray SD, Fatovich DM, McCoubrie DL, Daly FF. Amphetamine-related presentations to an inner-city tertiary emergency department: a prospective evaluation. *Med J Aust*. 2007; 186:336–9.
 24. Raj GM, Raveendran R. Introduction to Basics of Pharmacology and Toxicology: Volume 1: General and Molecular Pharmacology: Principles of Drug Action. Singapore: Springer Singapore Pte. Limited, 2019.
 25. Luciano RL, Perazella MA. Nephrotoxic effects of designer drugs: synthetic is not better! *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2014 [Consultado 6 Ene 2022]; 10:314–24. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrneph.2014.44>
 26. Gavín P, Arbelo N, Monràs M, Nuño L, Bruguera P, de la Mora L, et al. Uso de metanfetamina en el contexto chemsex y sus consecuencias en la salud mental: un estudio descriptivo. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2021 [Consultado 6 Ene 2022]; 95:e1–10. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/O_BREVES/RS95C_202108108.pdf
 27. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ* [Internet]. 2015 [Consultado 6 Ene 2022]; 351:h5790. Disponible en: <https://www-bmj-com.sire.ub.edu/content/351/bmj.h5790>
 28. Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones. Estigma, consumo de drogas y adicciones. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2019.
 29. Agència de Salut Pública Catalana. Informe d’activitat assistencial: serveis de reducció de danys [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública Catalana; 2021 [Consultado 7 Ene 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/6322>
 30. Van Boekel L, Brouwers E, Van Weeghel J, Garretsen H. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2013 [Consultado 4 Ene 2022]; 131, p.23–35. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
 31. Vazquez A, Stolkner A. Procesos de estigma y exclusión en salud: Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogodependencia. *Anu Investig*. 2009; 16: 295–303. [Consultado 5 Ene 2022]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945027.pdf>



