

Low Threshold Journal

Sumario / Sumari / Summary

Editorial

¿Qué haces cuándo no estás conmigo?

Lorena Andreo, Jessica Camí, Patricia Díaz, Carla Nasarre, Igor Bacovich, Rosa Kistmacher, Montse Grífols, Jordi Delás, Margarita Águas, Olga Díaz, Dito Eningo.

Consumidores de largo recorrido.

Queralt Caballero, Ruth Martín Pujol, Núria Pijuan i Panadés, Margarita Aguas.

Síndrome post consumo agudo de cocaína.

Lorena Andreo

Uso y abuso de benzodiazepinas.

Igor Bacovich, Verónica González Hernández

Transexuales.

Jessica Camí

Consumidores de drogas italianas en Barcelona.

Tania Farci, Rosa Kistmacher

EDITORIAL

Presentamos **Low Threshold Journal** (Bajo Umbral Journal), una nueva publicación electrónica que pretende dar a conocer artículos, memorias y trabajos de autores o equipos que desarrollan su actividad en el campo social, educativo y sanitario.

Muchas de estas experiencias se piensan, se realizan, se escriben pero después no se publican. El objetivo de **Low Threshold Journal** es favorecer el conocimiento de estos trabajos para que estén al alcance de la comunidad científica internacional.

Ponemos a vuestra disposición esta plataforma en la que incluiremos los artículos enviados, de manera que puedan ser publicados en formato PDF y consultados en el idioma original del texto y en inglés. Los precios de difusión son muy asequibles.

Low Threshold Journal es una publicación trimestral e independiente, promovida por Ex AEquo, asociación sin ánimo de lucro fundada en Barcelona y centrada en iniciativas en zonas urbanas socialmente deprimidas.

Os invitamos a consultar el número uno de esta publicación en www.lowthreshold.org y a que nos enviéis vuestros artículos a lowthreshold@lowthresholdjournal.org con arreglo a las normas de publicación que encontraréis en la misma dirección.

Es fa necessari que els grups que treballen amb projectes de baix llindar tinguin l'oportuna difusió per intercanviar informació i experiències amb d'altres equips i persones interessades.

Lowthreshold Journal s'ofereix com a mitjà per a recollir les experiències d'aquests grups i posar-les a disposició de la comunitat científica i social mitjançant una plataforma comunicativa multilingüe: lowthresholdjournal.org, des d'on es plantejarà com dur a terme la comunicació i la difusió.

Groups working on low-threshold projects need the appropriate dissemination in order to obtain a suitable information exchange with another concerned persons and teams.

Lowthreshold Journal is ready to collect experiences of these groups and make them available to the scientific and social community through a multilingual communication platform: lowthresholdjournal.org, from where it will be considered how to promote and disseminate this information.

¿Qué haces cuándo no estás conmigo?

Què fas quan no ets amb mi?

What do you do when you are not with me?

Lorena Andreo, Jessica Camí, Patricia Díaz, Carla Nasarre, Igor Bacovich, Rosa Kistmacher, Montse Grífols, Jordi Delás, Margarita Águas, Olga Díaz, Dito Eningo.

SAPS. CREU ROJA. *Avenida Drassanes 13-15 08001 – BARCELONA,*

INTRODUCCIÓN

Este estudio se ha realizado con el objetivo de conocer cómo es el consumo de drogas por vía intravenosa cuando no tiene lugar en la sala de venopunción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos encuestado a todas las personas que acudieron a la sala de consumo y quisieron responder a las preguntas entre los meses de noviembre de 2011 a febrero 2012 y que supone el 20% del total de usuarios al año. Las entrevistas no fueron remuneradas y fueron realizadas por personal interno del propio servicio y estudiantes de medicina de la Universidad de Barcelona.

RESULTADOS

Hemos encuestado a 60 personas que acudieron a nuestra sala de consumo y que suponen el 20% del total de los usuarios diferentes al año (Tabla 1). Consumieron heroína mayoritariamente (41,7%) cocaína y speedball (33,3% y 25% de los consumos respectivamente). 46 (76,7%) fueron hombres y 14 (23,3%) mujeres.

El perfil de edad se situó entre los 22 y 60 años, siendo la edad media de 37,3 años. En el caso de los hombres la edad media fue de 37,39 años y en el caso de las mujeres fue de 37,14 años. Así pues se observa una distribución bastante similar entre los dos sexos. El grupo de edad más numeroso fue el de 40-44 años, seguido de cerca del 25-29 años.

En lo referente a la zona geográfica de procedencias, las personas que visitaron la sala de consumo supervisado durante el periodo analizado provenían fundamentalmente del extranjero (63,3%), siendo el estado español el origen del 36,67% de los usuarios.

Del 63,3% restante de sujetos extranjeros, el

país predominante es Rumanía (11,7%) seguido de Marruecos (10%). Macedonia con un 6,67% es el tercer país con una ligera diferencia sobre Italia (6,6%). Otros países de procedencia referidos, en menor porcentaje, son Sudáfrica, Portugal, Ucrania, Colombia, Argelia, Armenia, Macedonia y Georgia.

Un 60,5% de las personas extranjeras son europeas (de las cuales 60,8% proceden de la Europa Comunitaria), el 29% son originarias de África y el 10% restante se encuentran repartido entre Asia y América del Sur.

El 85% de los encuestados sigue consumiendo fuera de la sala frente al 15% que lo hace sólo en la sala. De los que consumen fuera, la calle o la casa (propia o de conocidos) son los lugares donde más inyecciones ocurren.

El 78,3% se inyecta al menos una ocasión sin un acompañante que le pueda ayudar en caso de reacción adversa.

El 40% de los encuestados afirma no compartir material de inyección. Del 60% restante, cazuelitas y filtros son los elementos que comparten con más frecuencia. Pero únicamente el 1,7% (1 usuario de 60 encuestados) comparte jeringuillas.

En cuanto a la comparación con las actitudes previas a la asistencia al SAPS, vemos que el 60% sigue compartiendo material a pesar de las medidas educativas, mientras que el 25,8% antes lo hacía y actualmente ha abandonado la práctica. El 12,9% nunca ha llegado a compartir material. Un grupo minoritario (3,1%) previamente no compartía material y ahora sí lo hace.

El 80% son independientes para la punción y sólo el 10% (6 individuos) requieren de otras personas para ello. Cabe destacar que el 10% generalmente pueden hacerlo por ellos mismos pero que en alguna ocasión necesitan de otra

persona para que los pinche.

CONCLUSIONES

Como datos positivos y de adecuación a la instrucción realizada aparece que el 40% de los usuarios no comparte material de venopunción en ninguna ocasión. El 25,8% de los casos que previamente compartían material de inyección, tras la asistencia al SAPS han comenzado a llevar a cabo una práctica más segura. Además, el 80% de los usuarios son independientes para la venopunción. Solo el 1,7% comparte jeringuillas contrastando con un estudio de la sala de venopunción de Vancouver de 2001, en el que el 27,6% continuaba compartiendo jeringuillas.

El consumo sigue dándose básicamente fuera de las salas de venopunción. Dato que podría analizarse más adecuadamente si hubiera

oferta de salas de consumo las 24 horas del día.

El 78,3% de los usuarios se inyecta sin estar acompañado en alguna ocasión. Éste dato es equiparable a estudios de años anteriores en otras salas, donde se ve que esta cifra es de 74,%. Nuestras medidas educativas sólo son aplicadas por el 21,7%. Dicha situación es potencialmente peligrosa para el usuario y debería ser una de las funciones principales educativas .

A su vez, debería insistirse en el peligro de compartir cualquier tipo de material; ya que aunque el porcentaje de personas que comparten jeringuillas es mínimo, aún se dan bastantes casos de compartir cazuelitas y filtros; mediante los que también se pueden transmitir otras enfermedades como las hepatitis.

Tabla 1.

Sustancia consumida heroína	Cocaína	SB
25 (41.7%)	20 (33.3%)	15 (25%)
Consume siempre en una sala	En la calle	Casa
9 (15%)	32 (53.3%)	43 (71.7%)
Bar	Lavabo de un bar	Otros
20 (33.3%)	21 (35%)	30 (50%)
Siempre solo	Siempre acompañado	Ambos
16 (26.7%)	13 (21.7%)	31 (51.6%)
No comparte material inyección	Comparte cazuelitas	Comparte pipas
24 (40%)	25 (41.7%)	6 (10%)
Comparte filtros	Comparte jeringas	Carga otra jeringa
17 (28.3%)	1 (1.7%)	7 (11.7%)
Se pincha uno mismo	Le pinchan otros	Ambas posibilidades
48 (80%)	6 (10%)	6 (10%)

Consumidores de largo recorrido.

Consumidors de llarg recorregut.

Long-term users

Jessica Camí^a, Lorena Andreo^a, Queralt Caballero^b, Ruth Martín Pujol^b, Núria Pijuan i Panadés^b, Margarita Aguas^c

^a SAPS. Creu Roja

^b Facultat de Medicina Universitat de Barcelona

^c Servicio de Farmacia. Hospital Universari Sagrat Cor. Facultat de Farmacia. Universitat de Barcelona

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Iniciado octubre/2011
Presentado abril/2012
Enviado abril/2013

Palabras clave

UDVP
Hepatitis C
Hepatitis B
VIH

Keywords

IDUs
Hepatitis C
Hepatitis B
HIV

RESUMEN

Introducción. Actualmente se considera que el consumo de drogas por vía parenteral es el principal factor de riesgo para la infección del VHB, VHC y del VIH. Por ello, son justamente estas infecciones las mayores causas de morbilidad y mortalidad asociadas a los UDVP, viéndose influenciadas según hábitos de consumo y prácticas sexuales.

Sujetos y métodos. Se ha obtenido la información sociodemográfica, serológica y de consumo de un total de 92 usuarios del centro SAPS Creu Roja. Se han clasificado en dos grupos: a) Consumidores de largo recorrido (> 35años de edad, >15 años de consumo) y b) Usuarios que no cumplen dichos criterios. Consideramos consumidores de élite a los consumidores de largo recorrido no infectados por VIH, VHB y VHC.

Discusión. El perfil del consumidor de largo recorrido es un varón de nacionalidad española y consumidor de heroína. En su mayoría están infectados por VHC o VIH + VHC + VHB.

ABSTRACT

Introduction. Nowadays intravenous drug use is considered the highest risk factor in Hepatitis B, Hepatitis C and HIV infection. These infections are responsible for the largest number of morbidity and mortality cases associated with IDUs, depending on sexual and drug consumption habits.

Subjects and methodology. We have recorded socio-demographic, serologic and consumption habit information from 92 subjects, all of them users of SAPS CreuRoja. These subjects have been classified into two different groups: a) long-term users (>35 year-olds, >15 years of drug use), and b) subjects who do not fulfil these criteria. We define as elite users those long-term drug users who have not been infected with Hepatitis B, Hepatitis C or HIV.

Discussion. The profile of the long-term drug user is a Spanish male who uses heroin. Most of them are infected with Hepatitis C or Hepatitis B + Hepatitis C + HIV.

Introducción

Las infecciones por el virus de la hepatitis B, de la hepatitis C y de la inmunodeficiencia humana son las mayores causas de morbilidad y mortalidad asociadas a los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)^[1].

La infección crónica del VHB y del VHC puede llevar a cirrosis, insuficiencia hepática y además es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de hepatocarcinoma. Por otro lado, la infección por VIH, al deprimir el sistema inmunitario, deja la puerta abierta a un gran número de infecciones conocidas como oportunistas.

La magnitud del problema no sólo afecta en este caso a los consumidores de drogas intravenosas, sino que estas infecciones pueden transmitirse desde estos consumidores a través de fluidos sexuales a sus diferentes parejas, a neonatos por exposición durante el parto (vía vertical) o la lactancia, y en el caso del VHB también a las personas con las que conviven diariamente.

Por lo tanto, no hablamos de un problema asociado tan solo a consumidores sino que se extiende más allá. Es importante comentar también que si miramos la situación social de la gente que consume (refiriéndonos sobre todo a los que acuden a este tipo de centros) se puede definir un perfil bastante exacto en el que destacan individuos con muy pocos recursos, ya sean tanto educativos como económicos, gente que vive en la calle y que en muchos casos realizan prácticas de riesgo sexual y de consumo. Dichos hábitos aumentan exponencialmente las probabilidades de contraer una enfermedad de transmisión sanguínea o sexual.

Según los datos obtenidos por la OMS en el 2011, en la actualidad, existen 400 millones de personas que tienen una hepatitis B crónica. La infección por VHB causa entre 500.000 y un millón de muertes al año. La prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B varía en forma importante en diferentes partes del mundo. Las tasas más altas de infección se encuentran en el sudeste asiático, China y el sur de África.

Si nos referimos al VHC, se calcula que cada año se infectan de 3 a 4 millones de personas. Hay unos 130-170 millones de personas con infección crónica por el VHC y en riesgo de contraer cirrosis y/o cáncer hepático. Anualmente mueren más de 350 000 personas por enfermedades hepáticas relacionadas con el VHC. La infección por el VHC tiene una distribución mundial. Los países con mayores tasas de infección crónica son Egipto (22%), Pakistán (4,8%) y China (3,2%).

El VIH es uno de los agentes infecciosos más mortíferos del mundo, que en los tres últimos decenios se ha cobrado más de 25 millones de vidas. En 2011 había aproximadamente 34 millones de personas que vivían infectadas con el VIH.

Sujetos y Métodos

Sujetos

Durante el período de dos meses, comprendido entre el 13 de octubre de 2011 y el 13 de diciembre de 2011, se registró a todos los usuarios que acudieron al servicio y se estudió a los que contaban con un registro mínimo de datos: fecha de nacimiento, año de inicio de consumo, droga consumida, serología VIH y VHC. Como otros datos a estudiar se recogió la nacionalidad y serología para hepatitis B, aunque estos datos no aparecieran en todos los historiales.

Grupos comparados

Se consideran consumidores de largo recorrido a aquellas personas de más de 35 años de edad y con más de 15 años de consumo (grupo 1).

Consumidores de élite

Se consideran *consumidores de élite* a los consumidores de largo recorrido que no están infectados por hepatitis ni VIH.

Laboratorio

La obtención de los datos de serología se han obtenido a partir del interrogatorio de los antecedentes y las extracciones realizadas en el servicio. Se han considerado como válidos los resultados positivos o negativos, obtenidos con una antelación máxima de 6 meses previos a la realización del estudio.

Aspectos éticos

Se obtuvo la autorización para el procesamiento de los datos y la aprobación del estudio por parte del SAPS Creu Roja. Los usuarios dieron consentimiento oral para la extracción de sangre. El personal médico del centro se encargó de realizar las extracciones y recoger las variables sociodemográficas y perfil de consumo. Para proteger la privacidad de todos los usuarios del centro se ha trabajado en todo momento con el código SAPS en lugar de con el nombre del usuario.

Resultados¹

En el periodo comprendido entre el 13 de octubre de 2011 al 13 de diciembre de 2011, se atendieron a 235 sujetos, de los que se seleccionaron 92 en los que se conocían los registros mínimos de edad, año de inicio de

¹ [La información sociodemográfica, serológica y perfil de consumo quedan recogidas de forma completa en el anexo 1

consumo de drogas, sustancia consumida, serología de VIH y hepatitis C.

1. Información general

De estos 92 sujetos de la muestra total escogida, no se disponía de la serología para VHB de 21, de información sobre la nacionalidad de 3, de información sobre vacunación antihepatitis A de 41, ni de información antihepatitis B de 24 de ellos. Para trabajar con estos indicadores se prescindió de las personas de las cuales no se disponía de dicha información.

TABLA 1. Características del total de los usuarios

Población total	
Sexo	Hombres: 75 (81,5%) Mujeres: 17 (18,5%)
Edad	38,40 (+/- 7,57) años (Rango: 22-56 años)
Nacionalidad	España: 41 (44,6%) Comunitarios: 20 (21,7%) No comunitarios: 28 (30,4%)
Sustancia consumida	Heroína: 46 (50,0%) Cocaína: 21 (22,8%) Heroína+ Cocaína: 25 (27,2%)
Años consumo	15,65 (+/- 8,697) años (Rango: 2-40 años)
Serologías	Prevalencia VHB 39,4% Prevalencia VHC 73,9% Prevalencia VIH 29,3%

Se cruzaron datos sobre serologías y sexo, serologías y nacionalidad, serologías y consumo, sexo y sustancia consumida, sexo y nacionalidad, vacunación y serologías y vacunación y nacionalidad.

Se obtuvieron diferencias significativas ($P=0,022$) relativas a la prevalencia de VHB en función de la nacionalidad (comunitarios/no comunitarios), cuando se descartaban los datos de aquellos individuos de los que no se disponía de serología de VHB ni nacionalidad:

TABLA 2. VHB y nacionalidad

Nacionalidad	Comunit.	No com.	Total
VHB +	13 28,9%	13 57,5%	26 45,2%
VHB -	32 71,1%	10 43,5%	42 61,8%
Total	45 100%	23 100%	68 100%

La prevalencia de VHB entre comunitarios es del 28,9%, mientras la prevalencia entre no

comunitarios es del 57,5%. En la discusión se comentará un poco más este aspecto.

También se observaron diferencias significativas entre infección por VHB y vacunación para VHA ($p=0,036$) y entre infección por VHB y vacunación para VHB (p -valor=0,009).

TABLA 3. Serología VHB y vacunación VHB

Vacuna anti-VHB	Si (38)	No (16)	¿ (17)	Total (71)
Prevalencia VHB	18,4%	56,3%	70,6%	39,4%

Encontramos evidencias significativas de que la vacunación antihepatitis B es un factor protector contra la infección VHB.

TABLA 4. Serología VHB y vacunación VHA

Vacuna anti-VHA	Si (24)	No(17)	¿ (30)	Total (71)
Prevalencia VHB	16,7%	52,9%	50,0%	39,4%

El estado de vacunación es desconocido en 41 de los usuarios para VHA y en 24 de ellos para VHB. En todos los casos, excepto en uno, cuando no se conoce el estado de vacunación para VHB tampoco se conoce el de VHA. Dado que la vacuna para el VHA suele administrarse de forma combinada junto a la del VHB en muchos casos, todos los vacunados para VHA excepto uno, lo están para el VHB. De estos hechos se deduce que la protección contra el VHB viene dada por la vacuna antihepatitis b, observándose una relación secundaria con la vacuna antihepatitis a.

Por último, comparando nacionalidad y sexo también se observaron diferencias significativas ($p=0,001$).

TABLA 5. Sexo y nacionalidad

Nacionalidad	Comunit.	No com.	Total
Mujeres	17 27,9%	0 0%	17 19,1%
Hombres	44 72,1%	28 31,5%	72 80,9%
Total	61 100%	28 100%	89 100%

En el grupo de los no comunitarios todas las personas son hombres, no hay ninguna usuaria mujer de nacionalidad extracomunitaria. En el grupo de comunitarios, en cambio, el 27,9% de las personas son mujeres.

2. Grupos de estudio

Para identificar, describir y comparar el grupo de consumidores de largo recorrido, se dividió la muestra obtenida en cuatro grupos.

Grupos	Personas
GRUPO 1: >35 años, >15 años de consumo	42
GRUPO 2: >35 años, <15 años de consumo	22
GRUPO 3: <35 años, >15 años de consumo	6
GRUPO 4: <35 años, <15 años de consumo	22
	92

Los resultados obtenidos por grupos se recogen en la siguiente tabla:

Grupo	1	2	3	4
Edad	42,9 +/-5,3	41,3 +/-4,7	32,3 +/-2,1	28,7 +/-3,7
Sexo				
H	14,3%	18,2%	50,0%	18,2%
M	85,3%	81,8%	50,0%	81,8%
Nacionali.				
España	46,3%	42,8%	33,3%	45,2%
Comunita.	24,4%	4,8%	66,7%	23,8%
No comu.	29,3%	52,4%	0,0%	23,8%
Años consumo	23,1 +/-6,4	8,6 +/-3,6	16,5 +/- 1,6	8,4 +/-4,1
Sustancia				
Cocaína	16,7%	22,7%	16,7%	36,4%
Heroína	57,1%	45,5%	66,7%	36,4%
mbas	26,2%	31,8%	16,7%	27,3%
Prev. VHB	45,2%	50%	0%	25%
Prev. VHC	83,3%	95,5%	50%	40,9%
Prev. VIH	38,1%	27,3%	18,2%	16,7%

Comparando los resultados de los cuatro grupos se encontraron diferencias significativas en las nacionalidades y serología de VHC.

Se observó que en el grupo 1 un 46,4% de los usuarios eran de España, un 24,4% eran comunitarios y un 29,3% eran de países extracomunitarios. En el grupo 2 (usuarios de más de 35 años y menos de 15 años de consumo), mientras los usuarios españoles representaban un porcentaje similar (42,8%), aumentaba considerablemente el número de usuarios de países extracomunitarios (52,4%), y disminuía el número de comunitarios (4,8%). En el grupo 3 (menos de 35 años y más de 15 años de consumo) un 33,3% de los usuarios eran de

España y un 66,7 % de países comunitarios, sin que hubiera ningún usuario de países extracomunitarios. En el grupo 4 (usuarios de menos de 35 años y menos de 15 años de consumo) un 52,4% de los usuarios eran de España, un 23,8% de países comunitarios y un 23,8% de países extracomunitarios, unos porcentajes muy parecidos a los del grupo 1. Cabe destacar, pues, que los porcentajes del grupo 1 y el grupo 4 son parecidos, siendo mayoritarios los usuarios españoles, mientras en el grupo 2 aumentan mucho los usuarios extracomunitarios y disminuyen los comunitarios, y en el grupo 3 aumentan los usuarios comunitarios y no hay ningún usuario extracomunitario.

La prevalencia de VHC varía en función del grupo de la siguiente manera: se dieron serologías positivas en un 83,3% de los usuarios del grupo 1, un 95,5% de los del grupo 2, un 50% de los del grupo 3 y un 40,9% de los del grupo 4. Se puede observar una gran diferencia entre la prevalencia en los mayores de 35 años (grupos 1 y 2), con prevalencias superiores al 83,3%, y los menores de 35 años (grupos 3 y 4), en los que la prevalencia es del 50% o inferior. Es remarcable el hecho que la prevalencia del grupo 2 sea superior a la del grupo 1, ya que no es el resultado esperable dado que los años de consumo del grupo 1 son más.

3. Consumidores de largo recorrido

Se comparó el grupo 1, que se ha descrito como el grupo de consumidores de largo recorrido (grupo a), con el resto de grupos, el de los consumidores que no son de largo recorrido (grupo b)

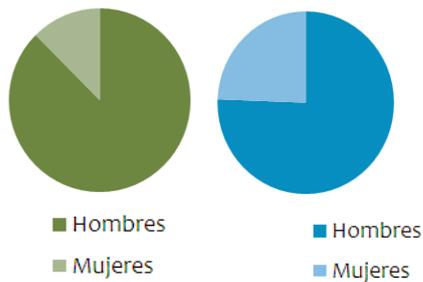
a. Perfil sociodemográfico

TABLA 1. Perfil sociodemográfico del grupo a (consumidores de largo recorrido).

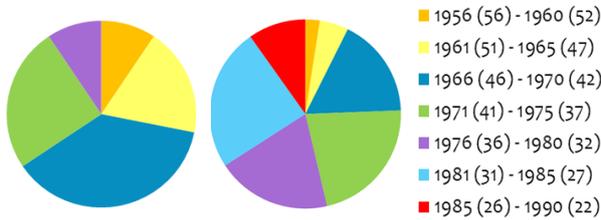
Sexo	Hombres: 36	Mujeres: 6
Edad	de 35 años (1977) a 56 (1956)	
País	España	19 46,3%
	P. Comunitario	10 50,0%
	P. Extracomunitario	12 42,9%
	No datos	1 2,4%

TABLA 2. Perfil sociodemográfico del grupo b.

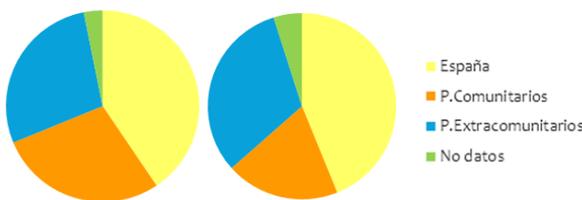
Sexo	Hombres: 39	Mujeres: 11
Edad	de 22 años (1990) a 56 (1956)	
País	España	22 44,0%
	P. Comunitario	10 20,0%
	P. Extracomunitario	16 32,0%
	No datos	2 4,0%



Edad. La variable edad es uno de los criterios usados para la clasificación de los grupos. Por ello la distribución de la edad entre los grupos carece de valor significativo. Grupo a izquierda, grupo b derecha.



Nacionalidad. Un 46,3%, 24,4% y 29,3% de los usuarios del grupo a son de nacionalidad española, de países comunitarios y de países extracomunitarios respectivamente. Un 44,0%, 10,0% y 32,0% de los usuarios del grupo b son de nacionalidad española, de países comunitarios y de países extracomunitarios respectivamente. No se dispone de dicha información en un 2,4% de los usuarios del grupo a y en un 4% del grupo b. Grupo a izquierda, grupo b derecha.



b. Serología

TABLA 3. Serología de los grupos a y b

Positivo	38,1%	36,1%	50,0%
Negativo	61,9%	63,9%	50,%
No datos	0%	0%	0%

Resultados	VHC (%)	H	M
Positivo	83,3%	75%	100%
Negativo	16,7%	25%	0%
No datos	0%	0%	0%

Resultados	VHB (%)	H	M
Positivo	45,2%	43%	50%
Negativo	54,8%	54%	50%
No datos	3%	3%	0%

TABLA 4. Serología del grupo b.

Resultados	VIH (%)	H	M
Positivo	22,0%	19%	20%
Negativo	78,0%	81%	80%
No datos	0%	0%	0%

Resultados	VHC (%)	H	M
Positivo	66,0%	65%	80%
Negativo	34,0%	35%	20%
No datos	0%	0%	0%

Resultados	VHB (%)	H	M
Positivo	35,0%	42%	10%
Negativo	65,0%	56%	90%
No datos	2%	2%	0%

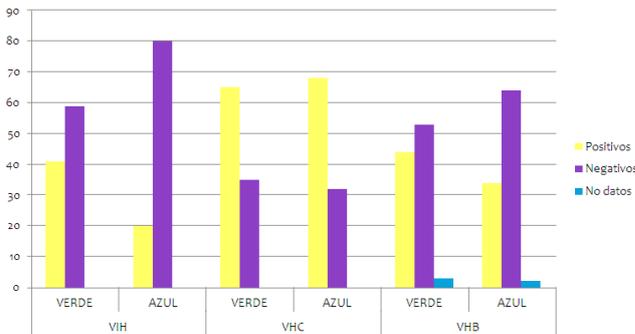
Taula alternativa

	Grup a			Grup b		
	total	H	M	tota l	H	M
VIH	38,1 %	36, 1%	50, 0%	22, 0%	23, 1%	18, 2%
VHC	83,3 %	80, 6%	100, 0%	66, 0%	61, 5%	81, 8%
VHB	45,2 %	44, 4%	50, 0%	35, 0%	43, 3%	10, 0%

En el grupo a observamos un 38,1%, un 83,3% y un 45,2% de positivos (infectados) del VIH, del VHC y del VHB respectivamente. Los resultados negativos se dieron en un 59%, en un 35% y en 53% de los virus comentados (no cal, no?). Del VHB no pudo recogerse la información de un 26,2% de los usuarios, los cuales no se tienen en cuenta al realizar los cálculos de prevalencia de VHB. En el grupo b los porcentajes son un 22,0%, 66,0% y 35,0% de positivos para VIH, VHC y VHB respectivamente; siendo los negativos de un 80%, 32% y 64%. No se conocen los datos de serología para el VHB en un 20,0% de los usuarios de este grupo.

Si diferenciamos los resultados según el sexo observamos que en el grupo a existen un 36,1% de varones infectados por el VIH y un 50,0% de mujeres. Para el VHC los porcentajes de

positivos son 80,6% hombres y 100% mujeres. Por último, en el VHB se observan un 44,4% de hombres infectados y un 50% de mujeres. En el grupo b existen un 23,1% de varones infectados por el VIH y un 18,2% de mujeres. Para el VHC los porcentajes de positivos son 61,5% hombre y 81,8% mujeres. Por último, en el VHB se observan un 43,3% de hombres infectados y un 10% de mujeres.



Combinaciones. Si estudiamos los usuarios de los que disponemos de información para las tres serologías (71 usuarios) de forma individual podemos determinar que no existe ninguno de ellos que solo este infectado por el VIH, en cambio un 26,8% sí que lo estarían solo del VHC y un 5,6% del VHB. Un 19,7% de los pacientes presentan resultados positivos para ambas hepatitis. Si combinamos la infección del VIH con la del VHC el tanto por ciento de infectados es un 12,7%, si combinamos VIH y VHB este resultado disminuye y es de un 1,4%. Por último, si buscamos aquellos usuarios con serología positiva para VIH, VHB y VHC obtendremos un 12,7%. Comentar que un 21,1% de los usuarios no están infectados por ninguno de los virus estudiados

Combinaciones de serologías

	Total	Grupo a	Grupo b
VHB	5,8%	3,2%	7,5%
VHC	26,8%	29,0%	25%
VIH	0%	0%	0%
VHB y VHC	23,9%	12,9%	25%
VHB y VIH	1,4%	3,2%	0%
VHC y VIH	12,7%	9,7%	15%
VHB, VHC y VIH	12,7%	25,8%	2,5%
Triple negativo	21,1%	16,1%	25%
Total usuarios	71	31	40

En el grupo a, el de los consumidores de largo recorrido (31 usuarios) observamos igualmente que no existe ningún consumidor infectado solo por el VIH. Un 3,2% y un 29,0% están infectados por VHB y VHC respectivamente. Los resultados son positivos en un 12,9% para ambas hepatitis, un 9,7% para VHC y VIH y un 3,2 para VHB y VIH. El porcentaje de usuarios positivos para las tres enfermedades aumenta hasta un 25,8% en este grupo y el de triple negativos (consumidores de élite) disminuye hasta un 16,1% (5 consumidores).

Los resultados para los usuarios del grupo b, el resto de los usuarios (40 usuarios) pueden valorarse en la tabla. Cabe destacar que, igual que en los usuarios de largo recorrido, no existe ningún caso que solo esté infectado por el VIH. El porcentaje de triples positivos disminuye hasta un 2,5%, mientras el porcentaje de usuarios no infectados por ningún virus asciende hasta el 25'0%.

No conocemos la serología del VHB en 21 de los usuarios. De estos un 47,6% y un 4,8% están infectados por el VHC y el VIH respectivamente, un 33,3% está infectado por ambos y un 14,3% no está infectado por ninguno de los dos.

Combinaciones de serologías con serología VHB desconocida

	Total	Grup a	Grup b
VHC	47,6%	63,6%	30,0%
VIH	4,8%	0%	10,0%
VHC y VIH	33,3%	36,4%	30,0%
Doble negativo	14,3%	0%	30,0%
Total usuarios	21	11	10

Vacunación. En el grupo a 21 de los 42 usuarios están vacunados para el VHB, 11 de ellos no lo están, y nos falta información de los 10 restantes. Dentro del grupo vacunado (21 individuos) 3 personas están infectadas, 14 dan negativo y no se dispone de serología de VHB en 4 de ellos. De los no vacunados (11) 6 muestran serología positiva, 3 negativa y 2 desconocida. En el grupo b, de los 50 usuarios 28 están vacunados, 8 no lo están y de 14 se desconoce dicha información. Dentro de los vacunados (28) tienen serología positiva 4

individuos, negativa 17 y desconocida 7. Del grupo sin vacunar (8) 3 están infectados, 4 no lo están y de uno no se conoce la serología.

TABLA 5. Vacunación del grupo a.

Vacuna antiVH B	VHB +	VHB -	VHB ?	Tota l
Si	3	14	4	21
No	6	3	2	11
?	5	0	5	10

TABLA 6. Vacunación del grupo b.

Vacuna antiVHB	VHB+	VHB-	VHB?	Total
Si	4	17	7	28
No	3	4	1	8
?	7	5	2	14

Excluyendo los usuarios con serología VHB desconocida, la prevalencia de VHB en cada grupo, según el estado de vacunación se recoge en la tabla siguiente:

Vacuna anti-VHB	Si	No	¿	Total
Grupo a Prevalencia VHB	17,6%	66,7%	100%	45,2%
Grupo b Prevalencia VHB	19,0%	42,9%	58,3%	35,0%

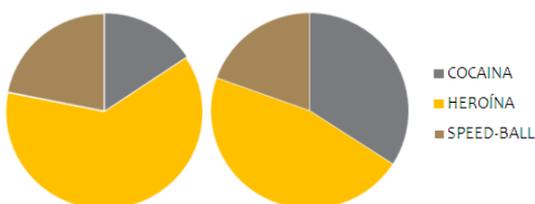
Observamos que en el grupo a la prevalencia de VHB es mas elevada entre los que no están vacunados respecto los del grupo b no vacunados.

c. Perfil de consumo

TABLA 7. Consumo de sustancias del grupo a y b.

Grupo	Cocaína	Heroína	Speed-Ball
a	7 (16,7%)	24 (57,1%)	11 (26,2%)
b	14 (28,0%)	22 (44,0%)	14 (28,0%)

En el grupo a un 16,7% consume cocaína, un 57,1% heroína y un 26,2% speedball. En el grupo b los resultados varían ligeramente y tenemos un 28,0%, un 44,0% y un 28,0% de cocaína, heroína y speedball respectivamente. Grupo a izquierda, grupo b derecha.



4. Consumidores de elite

Definimos los consumidores de élite como aquellos consumidores de largo recorrido (>35 años de edad y >15 años de consumo) que no están infectados por el VHB, el VHC ni el VIH.

Como ya hemos apuntado anteriormente el grupo de consumidores de elite consta de 5 usuarios. A continuación se compara la información sociodemográfica y de consumo entre los consumidores de élite (5 usuarios) y el resto del grupo de consumidores de largo recorrido, los consumidores de largo recorrido que dan positivo en, al menos, una serología (37 usuarios).

	Élite	No élite
Edad	42,2+/-3,11	42,9+/-5,51
Sexo		
H	5(100%)	31(83,8%)
M	0(0%)	6(16,2%)
Nacional.		
España	2(40%)	17(45,9%)
Comunit.	0(0%)	10(27,0%)
No comu.	3(60%)	9(24,3%)
Años de consumo	25,6+/-4,83	22,7+/-6,58
Consumo		
Heroína	2(40,0%)	22(59,5%)
Cocaína	3(60,0%)	4(10,8%)
speed-ball	0(0%)	11(29,7%)

Describimos a los consumidores de élite como hombres, de una media de edad de 42 años, de nacionalidad de países extracomunitarios o española, con una media de consumo de 26 años y consumidores preferentemente de cocaína o heroína.

Se han detectado diferencias significativas entre los consumidores de elite y el resto del grupo de los consumidores de largo recorrido (p -valor= 0,017). A partir de los datos se puede concluir que los consumidores de elite, a diferencia del resto, no consumen speed-ball.

Discusión

Los objetivos fundamentales del presente trabajo quedan resumidos en los tres siguientes puntos:

1. Elaborar un perfil descriptivo de los usuarios de largo recorrido (consumidores mayores de 35 años con más de 15 años de consumo).
2. Comparar este grupo con los consumidores que sólo cumplen el primer (mayores de 35 años) o el segundo de ellos (más de 15 años de consumo) o ninguno de los comentados.

3. Identificar los llamados “consumidores de élite”, pacientes que cumplen los criterios anteriores y no están infectados por VHB, VHC ni VIH.

1. *Elaborar un perfil descriptivo de los usuarios de largo recorrido (consumidores mayores de 35 años con más de 15 años de consumo).*

El perfil descriptivo de los consumidores de largo recorrido que forman parte de estudio consiste en sujetos del sexo masculino, de nacionalidad española, infectados por VHC o VIH + VHC + VHB; y consumidores mayoritariamente de heroína.

2. *Comparar este grupo con los consumidores que sólo cumplen el primer o el segundo de ellos o ninguno de los comentados.*

Perfil sociodemográfico. En ambos grupos el sexo predominante es el masculino. Según estudios psicológicos realizados se corrobora este dato, ya que el perfil que más destaca en los consumidores de drogas es de predominancia masculina (91%), de 15 a 30 años de edad (68%), soltero (74%), con un nivel educativo de secundaria incompleta (65%), desempleado o desocupado (56%)^{[2][9]}.

La mayor parte de los consumidores, también en ambos grupos, son de nacionalidad española.

Serología. En los ADVP las epidemias de malaria, tétanos y otras enfermedades infecciosas así como infecciones virales (VHB, VHC y VIH) han sido reportadas^[4].

La transmisión del VHB se produce fundamentalmente por vía parenteral y por vía sexual. Su frecuencia ha disminuido mucho en los países con programas de vacunación universal. Es importante comentar también que más del 90% de los recién nacidos de mujeres con infección activa por el VHB se infectan en el momento del nacimiento si no son protegidos adecuadamente. Por lo tanto, las personas más expuestas a contraer una hepatitis B son aquellas que presentan mayores oportunidades de inoculación percutánea con material contaminado, como los ADVP, personal sanitario y los pacientes hemodializados, así como las personas con vida sexual promiscua, prostitutas y homosexuales masculinos, y los que combinen con personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B.

La infección por el virus C se transmite fundamentalmente por vía parenteral. La transmisión sexual es posible pero excepcional.

La transmisión vertical es muy poco frecuente (inferior al 5%), aunque es más probable si la madre está infectada por el virus del SIDA. Los ADVP son el grupo de personas con mayor infección por el virus de la hepatitis C en Estados Unidos y Europa, con una prevalencia del 40 al 90%.^{[4][8]}

En conclusión, los ADVP son un grupo diana para las infecciones del VHC y del VHB, así como del VIH.

En este estudio, ambos grupos, a y b, el número de usuarios no infectados por el VIH y VHB es superior al grupo de los infectados, sin embargo, dicha regla no se cumple en el grupo infectado por el VHC, donde el número de infectados es superior al de serología negativa. Estos datos son un reflejo del hecho de que la hepatitis B tan solo cronifica en menos de un 5% de los casos (con una frecuencia relativa del 5-10% de las hepatitis crónicas) y el VHC cronifica en más de un 70% (con una frecuencia relativa del 80% de las hepatitis crónicas). Obviamente, a este dato se suma el hecho de disponer de programas de vacunación sistemáticas para el VHB^{[1][3]}. También se debe comentar que los programas de intercambio de jeringuillas, con un buen resultado en el descenso de la infección por el VHB i VIH, no parece ser igual de efectivo para el VHC. Ello es debido a que el VHC, a diferencia del VIH, es detectable en altas concentraciones en otros utensilios para la inyección, tales como los filtros y las cucharillas^[4]. Por lo tanto, no sólo el intercambio de agujas y jeringuillas, sino también la puesta en común de otros utensilios parece ser un factor de riesgo importante para la infección del VHC^[5].

Si consideramos como usuario infectado aquél que presenta 1, 2 o las 3 infecciones, este número es muy superior al de los no infectados (en ambos grupos).

Comparando los dos grupos se observa que la incidencia de casos infectados de VIH y VHB en el grupo de largo recorrido es superior a la del otro grupo. Y sin embargo, la incidencia de casos infectados de VHC en ambos grupos es prácticamente igual.

La literatura demuestra que la infección por el VHC en adictos a las drogas por vía parenteral se produce durante el primer año de consumo^[4]. En nuestro estudio ello queda reflejado con una incidencia de infección por el VHC en un 65% y un 68% en el grupo a (consumidores de largo recorrido) i b respectivamente. Debido a que la mayor transmisión de hepatitis C es por vía

parenteral^{[4][9]} las principales formas de contagio son la nosocomial y los ADVP. Actualmente, en España debido a la rigurosidad de la sanidad, el número de infectados en el ámbito hospitalario (anteriormente producida mayoritariamente por vía transfusional) se ha reducido drásticamente. Dejamos así el primer puesto para los presos y drogadictos, que son quienes presentan las tasas más elevadas de infección, entre un 40 y un 98%^[6].

El orden de incidencia es VHC > VHB > VIH.

Consumo de sustancias. Aunque en ambos grupos la heroína es la principal sustancia consumida, el consumo de cocaína es mayoritaria en el grupo que no cumple los criterios respecto al que si los cumple. No existen diferencias significativas en el consumo de Speed-Ball. La incidencia estimada de consumo de heroína en Barcelona disminuyó progresivamente desde 1982. En cambio, para la cocaína aumentó rápidamente hasta 1998, y fue irregular posteriormente^[7].

3. Identificar los llamados "consumidores de élite", pacientes que cumplen los criterios anteriores y no están infectados por VHB, VHC ni VIH.

Los consumidores de élite, con una prevalencia de 5/32 (16%) en el grupo de largo recorrido (grupo a) presentan un perfil ligeramente diferente respecto a los consumidores de largo recorrido. Son personas del sexo masculino, mayoritariamente provienen de países extracomunitarios (60%), el 80% están vacunados y son consumidores de cocaína (60%).

Limitaciones del estudio

La gran limitación de nuestro estudio se debe a la *n* obtenida, tanto porqué consideramos que la muestra registrada es pequeña debido a las dificultades de obtención de una información completa y veraz, así como su distribución no equitativa en los diferentes grupos.

Otro factor a tener en cuenta es que el punto de corte para diferenciar los grupos se ha escogido de forma arbitraria (más de 35 años y más de 15 de consumo). Sería recomendable estudiar estadísticamente si existe otro punto de corte más adecuado para el estudio.

Además en muchos casos no nos ha sido posible conocer la vía de administración de la sustancia de consumo, motivo que no ha permitido su valoración como variable en el

trabajo ni su estudio en relación con la serología positiva.

Así mismo, una vez ya iniciado el estudio se pensó que sería interesante relacionar los datos obtenidos con otras conductas como (a) estancia en prisión si/no, (b) tipo de prácticas sexuales, (c) hábitos de consumo (compartir jeringuillas) y (d) situación social (escolarización, empleo, estado - soltero/a / casado/a / divorciado/a -).

Por último, otro punto en el que se podría incidir sería valorar otros efectos secundarios de las drogas además de las infecciones en los consumidores.

Bibliografía

[1] Burt RD, Hagan H, Garfein R, Sabin K, Weinbaum C, Thiede H. *Trends in hepatitis b virus, hepatitis c virus and human immunodeficiency virus prevalence, risk behaviors and preventive measures among Seattle injection drug users aged 18–30 years, 1994–2004.* J Urban Health 2007;84: 436-54.

[2] Esqueda Torres L, Angeles F. *Perfil pisisocial del drogadicto (El caso CAIM-Mérida).* Psicología-online.com

[3] Bruguera M. *Hepatitis vírica aguda.* En: Farreras Rozman. *Medicina Interna.* Barcelona: Elsevier, 2008. p 342-348.

[4] Backmund M, Reimer J, Meyer K, Gerlach JT, Zachoval R. *Hepatitis C Virus Infection and injection drug users: prevention, risk factors, and treatment.* Clin Infect Dis 2005; 40:S330–5.

[5] Thorpe LE, Oudellet LJ, Hershov R. *Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment.* Am J Epidemiol 2002; 155:645–53.

[6] Bruguera M, Forn X. *Hepatitis C in Spain.* Med Clin (Barc). 2006;127:113-7.

[7] Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Gómez Melis G, Brugal MT, Scalia-Tomba G. *Dos métodos para analizar la evolución de la incidencia de consumo de heroína y cocaína en Barcelona.* Gac Sanit. 2007;21(5):397-40.

[8] Lorrivick J, Kral AH, Seal K, Gee L, Edlin BR. *Prevalence and duration of hepatitis C among injection drug users in San Francisco, California.* Am J Public Health 2001; 91:46–7.

[9] March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. *Factors associated with reported hepatitis C and HIV among injecting drug users in ten European cities.* Enferm Infecc Microbiol Clin 2007;25:91-7.

Síndrome postconsumo en consumidores de cocaína inyectada a partir de las observaciones realizadas en salas de consumo de diferentes ciudades españolas

Síndrome post-consum en usuaris de cocaína inyectada a partir de les observacions realitzades a sales de consum de diferents ciutats espanyoles.

Post-injection syndrome in cocaine injecting users from observations made in drug consumption rooms in different Spanish cities.

Lorena Andreo, coordinadora del estudio^a, Judit Rogés^b, Chema Marco^c, Alessandro Bua^c, María Segador^c, Sara Gómez Heredia^d, Esther Henar^e, Marcela Coromina^e, Jessica Camí^a, Jordi Delás^a, Olga Díaz^a, Margarita Aguas^f.

^a SAPS. Creu Roja Barcelona

^b Arrels RD de Lleida

^c Munduko Medikak / Médicos del Mundo País Vasco

^d CARD las Barranquillas de Madrid

^e CAS Baluard, Unidad Móvil Zona Franca

^f Servicio de Farmacia. Hospital Universari Sagrat Cor. Facultat de Farmacia. Universitat de Barcelona

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO	RESUMEN
Enviado abril/2013	
<p><i>Palabras clave</i> Cocaína Salas de consumo supervisado de drogas</p>	<p>Introducción. Estudio realizado con el objetivo de determinar de forma sistematizada los efectos inmediatos tras el consumo de cocaína inyectada, con fines asistenciales y docentes.</p> <p>Método. Estudio multicéntrico de salas de consumo españolas. El estudio se realizó durante 15 días sucesivos de trabajo a partir de un inicial estudio piloto realizado en el SAPS en al año 2008, el DSM-IV y aportaciones de los profesionales participantes.</p> <p>Resultados. El 83,5% de los consumidores fueron hombres y la media de edad registrada ha sido de 37,31 años (DE 8,1), con edades extremas de 14 y 59 años. El 47,3% de los consumidores acudió a la sala de venopunción en una 1 sola ocasión y el 68,7% entre 1 y 2. La media del número de consumos por cada persona ha sido de 2,97 (DE 3,6) con un rango de 1 a 27.</p> <p>En nuestro estudio los efectos más frecuentes son de tipo vegetativo, taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, taquicardia, sialorrea. En general son reacciones no peligrosas, que implican saber de su existencia. Uno de los efectos llamativos que conviene conocer es la búsqueda de objetos inexistentes o limpieza compulsiva. Reacciones</p> <p>Mientras que los efectos de heroína son concretos y bien conocidos, centrados en depresión del centro respiratorio y miosis, los efectos de cocaína nos parecen más variados y probablemente menos discutidos.</p> <p>Hemos realizado un estudio en 6 centros de atención a usuarios de drogas que cuentan todos ellos con sala de venopunción, con el</p> <p>objetivo de determinar de forma objetiva y sistematizada los efectos inmediatos después del consumo de cocaína inyectada, con fines asistenciales y también docentes.</p> <p>Ha sido un estudio multicéntrico observacional, prospectivo, de las reacciones al consumo inmediato de cocaína inyectada en 3 salas de consumo de Barcelona CAS Baluard, SAPS,</p>

Unidad Móvil Zona Franca, Arrels RD de Lleida, CARD las Barranquillas de Madrid y Médicos del Mundo de Bilbao. Las dos restantes salas españolas por distintos motivos no han podido participar.

El estudio se realizó durante 15 días sucesivos de trabajo (descontando fines de semana y festivos en los centros que trabajan de lunes a viernes) entre 6 de junio de 2011 y 27 de julio de 2011; utilizando un listado de signos y síntomas a partir de un inicial estudio piloto realizado en el SAPS en el año 2008, el DSM-IV y aportaciones de los profesionales participantes. (Tabla 1)

Realizamos la observación en la sala de consumo de usuarios que manifestaron ir a consumir únicamente cocaína por vía inyectada, sin limitación de edad, ni excluir a nadie en función del consumo previo de otras sustancias.

Se registraron diferentes consumos de un mismo consumidor.

Se preguntó a los usuarios si habían tenido un episodio de angina de pecho o infarto de miocardio previo.

En todos los centros, los usuarios que entraron en el estudio, firmaron un consentimiento informado, en el que aceptaban la utilización de datos clínicos y epidemiológicos con finalidad únicamente de estudio científico.

En el estudio participaron un total de 182 usuarios diferentes y 4 usuarios que entraron en la sala a inyectarse cocaína no aceptaron participar.

El 83,5% de los consumidores fueron hombres y la media de edad registrada ha sido de 37,31 años (DE 8,1), con edades extremas de 14 y 59 años. El 47,3% de los consumidores acudió a la sala de venopunción en una 1 sola ocasión y el 68,7% entre 1 y 2. La media del número de consumos por cada persona ha sido de 2,97 (DE 3,6) con un rango de 1 a 27. (Tabla 1).

Entre los 182 usuarios realizaron un total de 540 consumos y ocasionando 1886 efectos secundarios. En 2 consumos hubo 10 efectos (número máximo). La media de efectos por consumo fue de 3,49 (DE 1,7). En el 78,5% de los consumos el número de efectos va de 2 a 5. En uno de los centros (Bilbao), con 101 consumos fue posible también tomar la tensión arterial post consumo. Se hallaron cifras tensionales superiores a 140/90 en 53 determinaciones (52,5%)

En 4 salas (Bilbao y Barcelona) el número de consumos fue superior a la media de 90,6, entre 93 y 171. 5 personas (2,7%) manifestaron antecedentes de angina de pecho o infarto de miocardio.

TABLA 1. EFECTOS POSTCONSUMO DETECTADOS. Estudio piloto, 2008

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

TABLA 2. EFECTOS ESTUDIO MULTICENTRICO EN LAS 6 SALAS, comparado con DSM-IV y estudio SAPS 2008

Efectos	N	%	DSM-IV	2008 %
Midriasis o dilatación pupilar	399	73,9	x	
Hipertensión arterial sistólica superior a 160 mmHg	53*	52,5	x	
Diáforesis o sudoración	196	36,3	x	
Taquicardia o frecuencia superior a 80 latidos por minuto	153	28,3	x	8,3
Enlentecimiento psíquico o físico	146	27	x	
Verborrea o habla desbordante	141	26,1		49,4
Búsqueda de objetos presumiblemente inexistentes	114	21,1		14,9
Discinesias o movimientos repetidos de la cara	93	17,2	x	
Sialorrea o aumento de saliva	89	16,5		
Alucinaciones visuales	79	14,6		13,7
Sensación de ser perseguido que antes del consumo no	64	11,9		3,6
Delirio o formulación de ideas irreales	63	11,7		7,1
Orden y limpieza compulsiva que antes del consumo no	48	8,9		1,8
Agitación psíquica o física	42	7,8	x	9,5
Náuseas o vómitos	38	7	x	
Crisis comiciales o movimientos repetitivos involuntarios	25	4	x	9,5
Escalofríos o tiritonas	19	3,5		
Hurgarse en las heridas	20	3		3,0
Alucinaciones táctiles	12	2,2		
Parálisis repentina	12	2,2		5,4
Hipotensión arterial sistólica inferior a 100mmHg	10	1,1	x	
Pulso no rítmico por palpación o auscultación	6	1,1	x	
Alucinaciones auditivas	6	1,1		8,9
Cefalea o dolor de cabeza	5	0,9		
Bradycardia o frecuencia cardiaca inferior a 60 latidos por	5	0,9	x	
Dolor en tórax anterior	2	0,4	x	
Debilidad muscular manifestada por imposibilidad de mantenerse en pie	2	0,4	x	
Taquipnea o frecuencia respiratoria superior a 15	44	0,1		1,8
Bradipnea inferior a 10 respiraciones por minuto	0	0	x	
Coma o disminución del nivel de conciencia	0	0	x	
	1886			

La información que dan los usuarios en relación a lo que van a consumir es un dato de enorme inexactitud, porque hay numerosos contaminantes y la misma pureza varía enormemente.

En curso subestudios por ciudades e incluso salas para evaluar hay diferentes efectos según áreas geográficas que pudieran responder a la variabilidad cualitativa y cuantitativa de la coca a consumir.

En dos consumos ha habido 10 efectos colaterales, lo que incide en la percepción de que el consumo de la cocaína produce numerosos efectos, si bien en algo más del 75% de las veces el número de efectos va de 2 a 5.

En nuestro estudio los efectos más frecuentes son de tipo vegetativo, taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, taquicardia, sialorrea. En general son reacciones no peligrosas, que implican saber de su existencia. Uno de los efectos llamativos que conviene conocer es la búsqueda de objetos inexistentes o limpieza compulsiva. Reacciones inquietantes como convulsiones o movimientos repetitivos voluntarios se dan en un 4%.

Tenemos datos de que hay consumos en menores de edad. Puede introducir a un debate moral sobre la actitud ante estos jóvenes consumidores. Pero en general creemos que hay la total certeza que a pesar de las recomendaciones del personal a cargo de las salas, los menores van acabar consumiendo, Conveniencia de documentos profesionales, rigurosos y científicos frente a opiniones no fundamentadas que pueden llevar a situaciones catastróficas como en los años 90 cuando España alcanzó tristemente la cabeza de las infecciones por VIH en el sur de Europa.

Resulta llamativo que en las veces en que ha sido posible determinar la tensión arterial después del consumo de cocaína, se ha registrado en un 52,5% cifras superiores a 140/90. Como no tenemos datos previos al

consumo, ha de quedar en una observación interesante que podría llevar a un estudio dirigido a comprobar este aspecto de determinación de la tensión arterial pre o post consumo.

Quizás sea de interés más práctico tener datos habituales de la tensión arterial en consumidores de coca. Podría contribuir a detectar una hipertensión establecida, más allá del momento posterior inmediato al consumo.

Se ha descrito con frecuencia síndrome coronario agudo (cardiopatía isquémica) en consumidores de cocaína. Nosotros no tenemos similar percepción. Por este motivo hemos introducido la pregunta de si habían presentado afecciones de isquemia miocárdica a los participantes en este estudio. Hemos encontrado antecedentes en el 2,3%, dato que asimismo será objeto de un estudio más concreto de los historiales de estos pacientes.

Nuestra impresión es que el consumo de coca es un factor de riesgo cardiovascular, pero que en población marginal como la que habitualmente atendemos no aparecen factores como sobrepeso, sedentarismo, estrés laboral, diabetes y que el riesgo fundamental sería en cuanto a la asociación con tabaco. Queda pendiente, sin embargo, analizar la prevalencia de hipertensión en nuestra población, dentro de un contexto más amplio de estudio de factores de riesgo cardiovascular. Es interesante la posibilidad que se abre de realizar estudios multicéntricos que vienen a manifestar la posibilidad de las salas no sólo en la prevención de muertes, transmisión de infecciones, consumo más higiénico, sino también en estudios sobre los efectos de las drogas sobre los consumidores directamente observados

Estudios como éste ratifican el papel de las salas de consumo como indudables dispositivos sanitarios, con funciones de asistencia, docencia y de investigación (estudios multicéntrico

Uso y abuso de benzodiazepinas

Ús i abús de benzodiazepines

Use and abuse of benzodiazepines

Igor Bacovich, Verónica González Hernández

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, hemos observado cómo entre usuarios de drogas ilegales las benzodiazepinas son consideradas como una droga más, de la cual se hace un gran consumo. En el prospecto de estos medicamentos se mencionan las siguientes como efectos secundarios: torpeza o inestabilidad; mareos o delirios; sueño; balbuceo.

Efectos menos comunes: ansiedad; confusión (puede ser más común en ancianos); ritmo cardíaco acelerado, irregular y con martilleo; problemas de memoria (más comunes con triazolam); depresión mental.

Efectos raros: pensamiento anormal incluyendo desorientación, delirios (mantener falsas creencias que no pueden ser cambiadas por los hechos), o pérdida del sentido de la realidad; agitación; cambios en el comportamiento, incluyendo comportamiento agresivo o bizarro, inhibición mermada, ataques de cólera; convulsiones; fiebre, escalofríos, o garganta irritada; alucinaciones, debilidad muscular; salpullido o picazón en la piel; dificultad para dormir; úlceras o placas en la boca o garganta (continuas); movimientos incontrolables del cuerpo incluyendo los ojos; sangrado y moretones inusuales; excitación inusual, nerviosismo o irritabilidad; cansancio o debilidad inusuales; ojos o piel amarillos.

Basándonos en los efectos secundarios (comunes, menos comunes, y raros) mencionados con anterioridad, dimos paso a la elaboración de una encuesta que tenía en parte como finalidad revisar cuáles de ellos aparecían con más frecuencia, y analizar qué tipo de benzodiazepinas los producen con mayor iteración.

METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado en el centro SAPS Creu Roja entre agosto y octubre de 2012. Se ha seguido la metodología "bola de nieve", mediante la cual, se hizo una selección previa

de 10 usuarios-perfil, de los cuales finalmente participaron 5 usuarios (3 hombres y 2 mujeres). Estos usuarios deben buscar a personas consumidoras de drogas no legales – heroína y cocaína- que a la vez han consumido benzodiazepinas, debiendo realizar cada uno de ellos un total de 10 entrevistas.

Con estos 5 usuarios se constituyó el grupo focal, donde se desarrolló un trabajo sobre la figura del entrevistador, la capacidad de recopilar información, las reacciones adversas a los medicamentos y los patrones de consumo.

RESULTADOS

Se realizan un total de 52 entrevistas.

Datos sociodemográficos

El perfil predominante entre las personas encuestadas es sexo masculino -65.4%- con edades comprendidas entre los 26 y los 45 años, con un claro predominio de nacionalidad española e italiana, sumando entre ambas un total del 76,90%.

Sobredosis

El mayor volumen de encuestados se encuentra entre aquellos que han tenido entre una y cinco sobredosis, con un 44,20%, seguido por aquellos que no han tenido ninguna, con un 34,60%. Del 66,40% que han sufrido por lo menos una sobredosis, un 73,40% refiere haber mezclado con benzodiazepinas en alguna de las padecidas. La mayoría de los participantes han seguido en algún momento algún tratamiento de deshabitación, y un 65,40% lo siguen en el momento de realización de la encuesta.

1.1. Benzodiazepinas consumidas

Las benzodiazepinas más consumidas por los participantes en la encuesta son Rivotril y Tranquimazin, obteniendo ambos un porcentaje del 73.10%.

En la categoría de “otras” nos encontramos con Diazepam (15.4%), Tranxilium (11.50%) y Zolpidem (1.90%).

Casi la totalidad de los encuestados refieren comprar benzodicepinas en el mercado negro (97,40%), seguida esta forma de obtención por la de recetas del médico del Centro de Atención y Seguimiento (36.80%).

El precio en la calle oscila entre 50 céntimos y 1 euro el comprimido o pastilla.

1.2. Reacciones adversas por consumo

Encontramos los mayores porcentajes de reacciones adversas en Rivotril y Tranquimazin, debido a que son las benzodiazepinas más consumidas entre los encuestados, tal y como hemos visto anteriormente.

Los resultados se mantienen más o menos constantes entre todas las pastillas, las reacciones adversas que han recibido más puntuación entre Rivotril y Tranquimazin han sido también las del resto de benzodiazepinas.

Los efectos que han superado el 90% de los resultados han sido: convulsiones con 95,8% en Rivotril y 92,1% en Tranquimazin.

Los efectos secundarios que han recibido más puntuación entre todas las benzodiazepinas consumidas por los encuestados son: confusión, problemas de memoria, cambios en el comportamiento e inhibición mermada.

Todos los efectos secundarios mencionados han recibido al menos una respuesta afirmativa tanto en Rivotril como en Tranquimazin. La benzodiazepina que menos efectos secundarios ha obtenido es el Midazolán.

Destaca que la mayoría de los efectos que por lógica serían antagónicos a los producidos normalmente por este tipo de medicación (que busca un efecto sedante), como lo son: ansiedad, ritmo cardíaco acelerado, agitación, agresividad, movimientos incontrolables del cuerpo, nerviosismo e irritabilidad, obtienen porcentajes muy altos de haber sido experimentados.

1.3. Reacciones adversas por abstinencia

Los resultados se mantienen más o menos constantes en todas las pastillas, las reacciones adversas que han recibido más porcentaje en Rivotril y Tranquimazin han sido también las

que aparecen entre el resto de benzodiazepinas.

Las reacciones adversas que han recibido más puntuación entre las benzodiazepinas analizadas son: confusión, agitación, debilidad muscular, movimientos incontrolados del cuerpo y nerviosismo.

Todas las reacciones adversas han recibido al menos una respuesta positiva tanto en Rivotril como en Tranquimazin. La benzodiazepina que menos reacciones adversas ha obtenido es el Midazolán.

1.4. Problemas tras el abuso de benzodiazepinas

La totalidad de los participantes en el estudio refiere haber tenido alguna vez alguno de los problemas enumerados en la encuesta debido al abuso de benzodiazepinas, siendo el “No recordar nada de lo que he hecho” -86.7%-, “Ser expulsado de un centro socio-sanitario” -77.8%-, y “Cambio de personalidad” -73.3%-, los resultados más destacados, aunque cabe incidir en el hecho de que ninguna de las respuestas ha obtenido un porcentaje más bajo del 60%, por lo que podríamos afirmar que todos los problemas mencionados son frecuentes tras el abuso de estas sustancias.

CONCLUSIONES

Un elemento recurrente durante la realización de este estudio, es el hecho que en muchos casos las benzodiazepinas son las “medicinas” que les recetan los médicos que les hacen el seguimiento en los diferentes CAS. En muchas ocasiones, se extiende el uso de éstas durante periodos de tiempo mucho más extensos de lo que sería recomendable -3 semanas de uso continuado-.

Algunos usuarios se encuentran consumiendo benzodiazepinas desde hace años casi sin interrupciones. Esto crearía confusión en la visión que los pacientes tienen sobre el consumo de estas sustancias, creyendo que como éstas les son recetadas con un fin terapéutico, no encierran efectos perjudiciales para su salud (tanto mental como física), y dejando de tener en cuenta la rápida adicción que generan.

El consumo de benzodiazepinas entre nuestros usuarios se encuentra relacionado muy a menudo

con el tipo de vida que tienen. Las benzodiazepinas son una droga depresora y tienen efectos sedantes e inhibidores entre otros. Esto hace de ellas un recurso a la hora de enfrentarse con algunas de las dificultades que la vida de calle conlleva.

Bajo un consumo reiterado o de altas cantidades de benzodiazepinas los usuarios tienden a no comunicarse con los demás de forma sociable y organizada, sus actitudes son a menudo irritables y no coherentes.

A lo largo de los últimos años, se ha ido arraigando la idea de que “Aquellos que abusan de estas drogas y los pacientes con terapias de altas dosis pueden tener un mayor riesgo de reacciones paradójicas a las benzodiazepinas²”.

En este sentido, tras el análisis de las respuestas obtenidas de los participantes en el estudio debemos concluir que los usuarios que mantienen un uso continuado y/o de altas dosis de éstas padecen una mayor incidencia de efectos antagonistas.

Low Threshold Journal

Powered by Ex.AEquo



Home Exemplar actual/Ejemplar actual/Current issue La factoría / The Factory Lowthreshold Journal

Manual para la asistencia en zonas urbanas socialmente deprimidas

Lowthreshold Journal

Lowthreshold Journal (Periódico de Bajo Umbral) es una plataforma de comunicación, dirigida a la comunidad científica internacional. Su objetivo es dar a conocer trabajos de equipos dedicados a la educación y a la atención sanitaria y social en zonas urbanas socialmente deprimidas. En el convencimiento de que hay intervenciones muy interesantes y a la vez desconocidas que podrían ser de gran utilidad para otros grupos en similares condiciones.

² «Benzodiazepines — Effects on Human Performance and Behavior». Forensic Science Review (2002).

Nuestras transexuales

Jessica Camí

En 1993 SAPS abrió sus puertas con el objetivo y finalidad de atender a personas usuarias de drogas no legales y en situación de exclusión, otro grupo de usuarios que desde el inicio atendemos es el de los/las trabajadoras/es del sexo puesto que que el servicio ofrece el programa PIX en el que incluye también la dispensación de preservativos y lubricantes hidrosolubles, en menor número atendemos a personas transexuales que acuden por diversos motivos de consulta, entre ellos: solicitud de preservativos, análisis de sangre (ACHBc, AcHC, serología luética, AcVIH), vacunación frente al tétanos, hepatitis B, hepatitis A, neumonía, gripe, la autotoma anal dirigida a detectar el virus del papiloma humano y la administración intramuscular de hormonas. Cuestión importante a considerar de acuerdo a estudios que vinculan la hormonoterapia en transexuales con notables efectos positivos en su calidad de vida.

En el grupo que hemos atendido ha sido muy escasa la consulta a equipos especializados, con amplio desconocimiento sobre los pormenores del tratamiento con medicamentos feminizantes y frecuentes conceptos erróneos. Las recomendaciones pasan boca a oreja entre ellas/ellos y son muy pocos los medicamentos utilizados.

No han realizado tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo del tipo de vaginoplastia. La mayoría de las veces el tratamiento hormonal es automedicación y por vía intramuscular. A menudo ha sido importante recomendar el uso seguro de estos fármacos a fin de evitar infecciones por vía parenteral. En los casos conocidos en el servicio, no hemos registrado o al menos tenido noticia de complicaciones médicas vinculables a la hormonoterapia.

Muchas veces nos planteamos si los profesionales estamos preparados para poder dar respuesta y calidad asistencial a este colectivo, ya que no tenemos una formación específica para ello, pues los tratamientos y los procesos son complejos y poder responder a algunas de sus preguntas no es nada fácil. Así pues para poder seguir dando excelencia en la calidad asistencial día tras día intentamos saber más sobre "transexualidad" sea haciendo búsqueda bibliográfica, contactando con otros profesionales, especialistas, etc y lo más

importante acercándonos más a ellos/os a partir de entrevistas cualitativas y biográficas. Entre el 2010 al 2013 hemos atendido a 17 transexuales, entre ellos 16 THM y 1 TMH, 10 realizan tto de hormonoterapia en nuestro servicio (las más utilizadas depro-progevera y topasel) en algunos casos no queda claro si el tto ha sido prescrito por su endocrino o bien comprado en el mercado negro, muchas veces se hace difícil reclutar datos de su biografía o de su historia sanitaria ya que son usuarias/os que no permanecen mucho tiempo en el Servicio, vienen y normalmente hacen demanada de una atención rápida, sea por cuestiones de tiempo, o por evitar mezclarse con el resto de usuarios, podemos llegar a estas conclusiones por lo que ellas/os comentan, por estudios de otros años y por lo que nosotros podemos percibir.

Algunos datos:

VIH→ 5

VHC→3

VHB→ 2

SIFILIS→ 2 que fueron tratados en el momento del diagnóstico.

COINFECCIÓN VIH/VHC→3

COINFECCIÓN VIH/VHB→ 2

COINFECCIÓN VIH+VHB+VHC→ 1

- De dos usuarias no tenemos historia sanitaria.

- 3 usuarias presentan resultados NEGATIVOS frente a estas patologías.

GLOSARIO:

Trasvesti es la persona que se viste con ropas del sexo contrario.

Transgenero Es la persona que hace modificaciones a su cuerpo sin llegar a la reasignación de sexo. El transgénero suele interpretarse como una forma de expresión de la sexualidad de una persona que difiere de su género biológico y lo que la sociedad le ha asignado a este.

Transexual es la persona que siente que pertenece al género contrario y no es necesario haber iniciado el proceso de modificación corporal.

Profilo degli utenti italiani nel centro di riduzioni del danno SAPS Creu Roja di Barcellona

El perfil de los usuarios italianos en el servicio de reducción de daño SAPS Creu Roja de Barcelona

El perfil dels usuaris italians al servei de reducció de danys SAPS Creu Roja de Barcelona

Italian users profile from the harm reduction service SAPS Creu Roja of Barcelona.

Tania Farci, Rosa Kistmacher

Resume

Obiettivi

L'obiettivo è quello di ricostruire il profilo degli utenti italiani, anche da una prospettiva di genere, del Servei de Atenció i Prevenció Socio – Sanitaria della Creu Roja, servizio di riduzione del danno destinato a persone che vivono situazioni di marginalità, disagio, senza fissa dimora e tossicodipendenti. Inoltre, si è cercato di capire quali differenze riscontrassero gli utenti italiani tra i servizi offerti ai tossicodipendenti nella città di Barcellona e quelli italiani, in particolare affrontando il tema delle sale di consumo, vietate in Italia.

Metodo

L'indagine, di tipo quantitativo e qualitativo, è stata realizzata in un periodo tra ottobre e dicembre 2012, attraverso un'analisi dei dati raccolti durante le interviste filtro effettuate da utenti italiani nel periodo che va dal 2010 al 2012. È stato svolto, inoltre, un lavoro di osservazione partecipativa e sono state raccolte 15 interviste di utenti italiani che usufruivano del servizio. Le interviste, semi-strutturate, sono servite a meglio interpretare i dati raccolti dalle interviste filtro e ad approfondire alcuni aspetti: capire come mai gli italiani scegliessero la Spagna come "approdo", che differenze riscontravano tra i servizi conosciuti in Italia e quelli della città di Barcellona e il loro giudizio sulle sale di consumo.

Risultati

57 italiani hanno effettuato l'intervista filtro per accedere al Club del Saps tra in un periodo di tre anni, tra il 2010-2012. Di questi troviamo 15 donne e 42 uomini, che rappresentano rispettivamente il 26% e il 74%. La provenienza è variegata ma maggiore dal nord Italia :

Lombardia: 7 Toscana:7 Veneto:5 Sardegna: 5 Lazio: 5 Piemonte: 4 Campania: 4 Liguria: 3 Sicilia: 2 Marche: 2 Puglia: 1 Emilia Romagna: 1 Abruzzo:1

11: non dichiarano la provenienza

La maggior parte ha tenuto l'intervista filtro lo stesso anno di arrivo.

L'età media in cui hanno effettuato l'intervista è 30 anni, 27 per le donne e 31 per gli uomini.

L'età media di inizio del consumo è 19 anni, mentre da una prospettiva di genere si abbassa a 16 anni per gli uomini e 19 anni per le donne.

Dividendo il gruppo delle interviste filtro in 3 gruppi in base all'età, emerge che:

la fascia d'età inferiore ai 29 anni è il gruppo più numeroso, sono in tutto 34 e rappresentano il 60% di tutto il gruppo.

Totale di utenti del gruppo che consumano per via endovenosa sono 46/57, cioè l'81% degli utenti italiani che hanno realizzato l'intervista filtro

Obiettivi immediati: si ripetono prevalentemente doccia, lavatrice, cambio vestiti, mangiare, cure sanitarie e assistenza sociale;

Obiettivi a lungo termine: iniziare una nuova vita, disintossicarsi, trovare lavoro, una casa e iniziare un trattamento di metadone.

Dove vivono:

30/57 strada;

25/57 case occupate (okupa);

1/57 stanza in affitto;

1/57 residenza sociale.

Hanno avuto un overdose almeno una volta prima dell'intervista filtro 16 utenti del gruppo:

9 hanno avuto 2 overdose;

3 hanno avuto 1 overdose;

4 più di 2 overdose.

Alta è la percentuale di coloro che hanno avuto problemi giudiziari, 38/57 cioè il 67% del gruppo, dei quali:

30/38 gli hanno avuti in Italia;

6/38 all'estero;

2/38 non dichiarano dove.

Trattamento:

40/57 ha iniziato un trattamento

28/40 ha iniziato un trattamento di metadone in Italia

7/40 l'ha iniziato in Spagna o in altri Paesi all'estero

5/40 l'ha iniziato ma non dice dove

17/57 non ha mai iniziato un trattamento di metadone. Questo gruppo è abbastanza variegato per quanto riguarda l'età.

Il gruppo delle interviste semi – strutturate è composto da 15 utenti, di cui 11 uomini e 4 donne.

La prima motivazione di scelta della Spagna è il basso costo della droga, seguito dal clima e la vicinanza culturale con l'Italia. Per altri è una meta casuale di un viaggio iniziato in altre zone dell'Europa.

Tra questi 11 su 15 raccontano di avere avuto problemi giudiziari in Italia, e 5 di questi sono arrivati in Spagna proprio per scappare da residuo pena da scontare.

L'informazione sui servizi, in particolare sul Saps, gli viene fornita soprattutto da altri italiani, incontrati spesso per strada o in altri servizi.

Tra i servizi presenti nella città di Barcellona usufruiscono tutti dei centri di riduzione del danno, dove si trovano sale di consumo, mentre solo 4 si rivolgono anche alle mense sociali.

Tredici di loro hanno seguito il corso sulla prevenzione dall'overdose e sull'utilizzo della Naloxona, antidoto agli oppiacei.

Le differenze riscontrate con i servizi italiani riguardano prevalentemente il modo in cui lavorano gli operatori, considerato più "umano" e l'avanguardia dei servizi offerti, tra cui le sale di consumo e il corso sull'overdose.

Solo un intervistato su 15 dice che la presenza delle sale di consumo ha influenzato la propria scelta, mentre molti di loro non ne conoscevano neanche l'esistenza.

Sulle sale di consumo tutti hanno un giudizio positivo per il loro ruolo sulla prevenzione soprattutto dalla morte per overdose e nessuno fa risalire il consumo di droga alla loro presenza.

Conclusioni

Dall'indagine emerge che esistono delle differenze tra le generazioni più giovani e quelle più adulte, legate spesso ad ambienti culturali differenti che caratterizzano, non solo le motivazioni che li portano a lasciare l'Italia, ma anche il tipo di consumo. I più adulti ricercano in un altro Paese la possibilità di cambiare vita, di sistemarsi e ricominciare, mentre per i più giovani si tratta di una situazione di passaggio, spesso legata alla voglia di viaggiare e avventura.

Emerge che le generazioni più giovani hanno iniziato prima a consumare droga rispetto alle generazioni più adulte, inoltre, più della metà sono poli-consumatori, mentre le fasce d'età più alte consumano solo eroina e cocaina.

Quasi l'85% degli utenti italiani che accedono al Club del Saps consumano per via endovenosa, aumentando la possibilità di infezioni, danni alla salute e comportamenti rischiosi per la trasmissione di malattie.

Per quanto riguarda la comparazione tra i servizi italiani e quelli incontrati a Barcellona, gli utenti sono molto critici nei confronti dei servizi italiani, e mentre per chi è in consumo attivo i servizi di riduzione del danno come il Saps rappresentano un punto di riferimento, un luogo di accoglienza a cui si rivolgono quotidianamente, quando parlano dei servizi italiani i riferimenti sono sempre al Ser.T, spesso descritti come posti "freddi", i quali, essendo servizi ad alta soglia, richiedono ai propri utenti di non essere in consumo attivo, lasciando da parte coloro che non hanno intenzione di smettere.

Per quanto riguarda le sale di consumo, dalle interviste emerge che è chiara agli utenti italiani la loro funzione di prevenzione, soprattutto dalla morte per overdose, mentre nessuno di loro lega il consumo alla presenza di queste sale, come spesso viene fatto credere da chi è contrario ad una loro installazione in Italia.

Da una prospettiva di genere, le donne che si rivolgono al servizio sono meno rispetto agli uomini, infatti rappresentano solo il 26% del totale, e sono più giovani quando sostengono il colloquio di accesso al Club. L'iniziazione alle droghe avviene in media a 19 anni, quindi più tardi degli uomini che iniziano in media a 16 anni. All'interno del gruppo femminile rimane comunque alta al percentuale di chi consuma per via endovenosa, mentre si riscontra dalle interviste e dalla percezione degli operatori che esiste una mancanza di indipendenza delle donne italiane nel consumo della droga, infatti, spesso si fanno "bucare" dai loro partner,

rivolgendosi al servizio per ottenere aiuto in quanto non sono autonome in questo senso.

Introduzione

Nel quartiere multietnico Raval di Barcellona, esiste da vent'anni ormai un piccolo spazio, in termini di dimensione ma non di carico di lavoro, ubicato al lato di un ospedale con solo un piccolo cartello vicino alla porta d'ingresso che ne indica la presenza: SAPS CREU ROJA . Nonostante questo, il servizio è ben conosciuto da chi nel Raval si trova a vivere una vita di strada, ai margini della società e consuma sostanze stupefacenti. Infatti, il Saps (Servei de Atenció i Prevenció Socio-Sanitaria), è un servizio a bassa soglia che si occupa di riduzione del danno e al proprio interno offre assistenza sociale, sanitaria e legale, lavorando soprattutto sulla prevenzione, sulla cura e il reinserimento sociale. Il Saps offre differenti programmi con la finalità di ridurre il danno legato al consumo di sostanze stupefacenti e pratiche sessuali, soprattutto a persone che vivono in situazioni di marginalità sociale, senza fissa dimora e a rischio di esclusione sociale.

Il personale all'interno del servizio è composto da: due infermiere, un medico, un'assistente sociale, due educatori, una psicologa, un avvocato, un'amministrativa e la direttrice.

Le piccole dimensioni creano veri e propri luoghi di convivenza tra operatori e utenti, e ogni spazio è sfruttato il più possibile per il fine a cui è destinato, anche se non sempre la destinazione è una sola. Vi è uno spazio dedicato all'intercambio siringhe chiamato PIX (Programa Intercambio Jeringuillas) il quale, trovandosi nel punto di accesso al servizio, diviene anche la prima occasione per poter informare sulle prestazioni offerte e gli orari del servizio, in cui si svolge una funzione educativa di prevenzione, dando indicazioni su un consumo di droga meno rischioso e un comportamento sessuale più sicuro. Lo spazio Eva (Espai de Venopuncion Asistida), è la sala di consumo igienico e controllato di sostanze illegali, in questo caso cocaina ed eroina, consumate per via iniettata, con la supervisione di un professionista, nella norma le infermiere, ma in realtà tutti gli operatori possono supervisionare la sala di consumo, accertandosi che non avvengano comportamenti di rischio durante la preparazione e il consumo stesso, creando dei quasi dei "rituali" con la speranza che diventino buona abitudine. Ad esempio si accertano che non venga condiviso il materiale, che l'uso avvenga nel modo più igienico possibile, lavandosi le mani e disinfettandole,

che l'utente lasci pulito il proprio spazio utilizzato, gettando il materiale per il consumo negli appositi contenitori. Tutti gli operatori sono in grado di far fronte ad una overdose, a riconoscerla e ad utilizzare la Naloxona, antidoto agli oppiacei.

Sia al Pix che alla sala di consumo possono accedere tutti quelli che ne hanno bisogno, a parte alcune restrizioni che riguardano donne incinta, minori, consumatori non abituali, per i quali è previsto un protocollo d'azione differente.

Il Club, invece, è uno spazio all'interno del quale è possibile accedere solo dopo aver sostenuto un colloquio con gli operatori. Il profilo degli utenti richiesto per accedere al Club è quello di consumatori di droghe illecite in una situazione di deprivazione sociale e lavoratori del sesso con un alto grado di vulnerabilità, che abbiano compiuto i 18 anni. Questo colloquio, che viene chiamato Filtro, può essere tenuto da tutti gli operatori per valutare se esistono i presupposti per far accedere chi lo richiede al Club, rispondendo a delle domande precise contenute in un foglio standard chiamato *Hoja de Filtro Saps* (foglio di filtro). Le domande in questione riguardano i dati personali, tra cui il tempo di permanenza in Spagna e a Barcellona, la situazione di residenza, se si è in possesso della *tarjeta sanitaria*, le modalità del consumo di droga, quale sostanza, da quanto tempo e in quali dosi, se si ha avuto un overdose, se si è in trattamento di metadone o lo si è stati, se si ha assistito a un *taller de soredosis* (corso sull'overdose). Gli si chiede la situazione sociale, quali le fonti di ingresso, se si hanno contatti con la famiglia e dei figli. Gli si chiede la situazione giudiziaria, se ci sono dei giudizi pendenti, se si svolgono pratiche sessuali o di consumo a rischio trasmissione malattie, ad esempio condividendo il materiale. Gli si chiede, inoltre, lo stato di salute, come le malattie passate o quelle attuali, e le vaccinazioni effettuate. Infine, si chiede loro quali siano gli obiettivi immediati e quelli di più largo respiro che vorrebbero raggiungere rivolgendosi al Saps.

Il Club rappresenta un luogo di ristoro per gli utenti, all'interno del quale possono trovare un caffè o latte caldo, dei biscotti, del cibo freddo, una doccia e un bagno, utilizzare la lavatrice e l'asciugatrice per i vestiti, un guardaroba per il cambio indumenti, guardare la TV, leggere il giornale o qualche libro grazie ad una piccola libreria. Il Club non è solo il punto di incontro tra gli utenti ma soprattutto viene sfruttato

come occasione di incontro tra gli utenti e gli operatori, in quanto ne facilita il contatto.

Esiste anche un altro spazio, l'infermeria, il quale essendo un luogo polifunzionale alterna la sua destinazione sanitaria a quella di ufficio per la direzione e di "centralino" per le chiamate mensili che gli utenti possono fare ai loro familiari.

Il Saps rappresenta un punto di approdo per diverse nazionalità: Italia, Portogallo, Russia, Georgia, Romania, Marocco e Algeria. Tra queste, la più numerosa è quella italiana. L'indagine realizzata ha come obiettivo proprio quello di ricostruire il profilo degli utenti italiani assistiti nel servizio. Tale indagine, di tipo quantitativo e qualitativo, ha riguardato un lavoro di osservazione partecipativa di tre mesi, da Ottobre a Dicembre 2012, e un'analisi dei dati raccolti durante le interviste filtro effettuate da utenti italiani per poter accedere al Club in un periodo che va dal 2010 al 2012. Inoltre, sono state realizzate 15 interviste sempre ad utenti italiani che usufruivano del servizio. Le interviste, semi – strutturate, sono state utili a meglio interpretare i dati raccolti dalle interviste filtro, e ad approfondire alcuni aspetti: capire come mai gli italiani scegliessero la Spagna come "approdo", che differenze riscontravano tra i servizi conosciuti in Italia e quelli della città di Barcellona e il loro giudizio sulle sale di consumo, inesistenti nei servizi italiani.

Profilo degli utenti italiani

Tra il 2010 e il 2012 risulta che 57 italiani hanno tenuto l'intervista per poter accedere al Club. Questi dati, però, non rispecchiano tutta l'affluenza di italiani al servizio, in quanto non tengono conto di quelli che hanno utilizzato o utilizzano solo la sala di consumo.

Analizzando i dati di queste interviste risulta che il 76% degli utenti italiani sono uomini e il 26% donne, e loro provenienza è abbastanza variegata, anche se prevalgono le regioni del Nord, soprattutto la Lombardia e la Toscana da cui provengono 7 persone del gruppo analizzato, seguite dalla Sardegna, il Veneto e il Lazio con 5 persone ciascuna, la Campania e il Piemonte con 4 persone, la Liguria con 3 persone, le Marche con 2 persone e l'Emilia Romagna, l'Abruzzo e la Puglia con 1 persona ciascuna.

Solitamente l'intervista Filtro avviene lo stesso anno di arrivo a Barcellona, e dalle interviste effettuate a 15 utenti italiani durante il periodo ottobre e dicembre 2012, risulta che la rete d'appoggio per queste persone è praticamente

inesistente. Molti di loro arrivano soli o in coppia, hanno qualche amico, ma spesso si tratta di persone conosciute nel posto, soprattutto italiani con cui vivono e con cui spesso condividono il consumo di droga. Nessuno tra i 15 intervistati conosceva il Saps prima dell'arrivo, e si sono rivolti al servizio proprio grazie alle informazioni date da italiani conosciuti sulla strada. E' proprio lo stesso gruppo di italiani conosciuti per strada che rappresenta la prima fonte di informazione: si aiutano tra di loro consigliando i servizi a cui rivolgersi e nella ricerca di una sistemazione, spesso case occupate. Infatti, dai dati analizzati dai filtri emerge che almeno la metà di loro vive in case occupate chiamate appunto "Okupa", dove spesso vivono con solo italiani.

Quelli arrivati da poco non comprendono lo spagnolo o non lo parlano, ma la similarità della lingua li aiuta nella loro sopravvivenza. Tra i fattori che determinano la scelta della Spagna vi è anche la similitudine culturale, linguistica e di clima, ma prima tra tutte vi è il basso costo della droga.

Su questo tema Laura spiega *"In Italia con la stessa dose l'effetto dura meno perché dipende come è tagliata. Io non ho più vene, sono intasate perché spesso la tagliano male, con farmaci. Qui la droga è migliore, costa meno e ce ne vuole meno per coprirli. Ce n'è una che fa schifo, se ti infili l'ago e tiri su, appena la tiri su si raffredda e diventa dura, e ti rovina le vene, te le intasa"*, tesi confermata anche da Paolo *"In Italia prima era meglio, negli anni '60 vendevano quella pura, adesso costa troppo, però qui è meglio che in Italia."* La tesi sul costo minore mi è confermata anche da altri intervistati, infatti, Salvatore mi spiega che il costo *"era più alto in Sardegna. Qui si spendo meno, 10 euro al giorno, in Sardegna spendevo 40 o 50 euro al giorno per avere la stessa quantità. La qualità dipende"*. Anche Valentina dice che di essere venuta in Spagna *"perché la droga costa meno che in Italia, per la mentalità, il divertimento e perché è più facile spacciare"*. Ma anche Alessandro, che arrivò dall'Italia 20 anni fa, racconta che tra le motivazioni della scelta Spagna c'era il basso costo della droga. Dalle interviste risulta che gli altri servizi a cui si rivolgono sono sempre legati alla riduzione del danno, quindi servizi con al proprio interno delle sale di consumo mentre pochi sono quelli che si rivolgono alle mense sociali. Si *"buscano la vida"* (guadagnano da vivere) chiedendo denaro per la strada, spacciando, rubando e spesso si procurano il cibo riciclando, cioè

chiedendo cibo avanzato ai negozi, ristoranti e bancarelle *“Qui è più facile vivere per strada, trovare da mangiare. Io riciclo. Quando vado alla Boqueria ci sono delle ragazze che mi preparano una busta di cose che avanzano”* mi racconta Paolo.

Differenze generazionali

L'età media degli utenti che hanno sostenuto l'intervista filtro è di 30 anni circa, mentre l'età media di inizio al consumo è di 19 anni, la quale però si abbassa in base alla generazione di appartenenza. Se si divide il campione in tre gruppi, coloro che hanno un'età inferiore ai 29 anni, i quali rappresentano l'insieme più numeroso, infatti sono il 60% del totale, l'età media di inizio consumo di droghe cosiddette “pesanti” è 16 anni, mentre per coloro che rappresentano la fascia d'età dai 30 ai 39 anni, i quali costituiscono il 23% del gruppo di italiani in questione, e coloro che superano i 40 anni, che ne rappresentano il 17%, l'età media si alza a circa 21 anni.

Anche il consumo varia di generazione in generazione: i più giovani hanno un cosiddetto poli-consumo, cioè oltre ad essere consumatori di eroina e cocaina, il 65% di questo gruppo utilizzano anche ecstasy, MDMA, Lsd, OH, Ketamina e Benzodiazepine. La percentuale di poli-consumatori all'interno dei gruppi diminuisce man mano che l'età cresce. Nel caso degli utenti più adulti, quindi dai 40 anni in su, le sostanze consumate sono solo eroina, cocaina o speedball (mix di eroina e cocaina), con delle eccezioni per THC. Questo dato si può riscontrare anche nelle interviste realizzate, dove i consumatori più adulti tendono a differenziarsi dai più giovani proprio nel modo di vivere e nel consumo. Raffaele 37 anni, nell'intervista dà un'interpretazione di questo fenomeno: dice che la sua generazione non frequenta *“ambienti di rave e cose del genere”* legando il poli-consumo ad una subcultura a cui appartengono le generazioni più giovani. Secondo lui questi ragazzi iniziano con le pastiglie e poi per calmarsi, perché queste li agitano, finiscono a farsi di eroina *“Prima erano due mondi separati e adesso sono finiti insieme”*. Il poli-consumo e il legame con un particolare tipo di ambiente è riscontrabile anche in alcune interviste tra i più giovani. Giulia, di 23 anni, per esempio spiega *“Mi sono iniettata di tutto, compreso psicofarmaci. Adesso ho le vene distrutte”*, mentre racconta che la sua vita è peggiorata a Barcellona, perché *“A Roma vivevo in affitto con un sacco*

di soldi. Spacciavo ketamina infatti mi arrestarono”. Anche Claudio di 28 anni dice di essere scappato dall'Italia perché non voleva continuare a scontare la propria pena in una comunità terapeutica dopo aver avuto più condanne per spaccio di “pasticche” nei rave *“Mi piacciono i rave, le feste. Se ci sto dietro qui ci sono tutti i giorni delle feste, se ti lasci andare ti fai tutti i giorni. Ho fatto una settimana di feste di rave, ho fatto miscugli e ho avuto un attacco psicotico. Per fortuna adesso sto meglio ma stavo per impazzire. Adesso non mischio più”*.

Anche le motivazioni e gli obiettivi differenziano le generazioni più giovani da quelle più adulte. Quando nell'intervista filtro viene chiesto quali siano gli obiettivi immediati e quelli a lungo termine che si vogliono raggiungere con l'aiuto del Saps, i primi si ripetono in tutto il gruppo: l'utilizzo della doccia, della lavatrice, il cambio vestiti, mangiare, cure sanitarie e assistenza sociale. Mentre, gli obiettivi a lungo termine variano e non tutti riescono a trovarne qualcuno: c'è chi parla di cambiare vita, trovare lavoro e disintossicarsi, ma anche chi vuole continuare il proprio viaggio iniziato, magari comprandosi una furgone.

Dalle interviste, emerge che tanti scappano dall'Italia in quanto hanno problemi giudiziari e pene da scontare, sperando di potersi rifare una vita, ma questi sono soprattutto i consumatori più adulti. I più giovani, invece, spesso lasciano l'Italia per la motivazione stessa del viaggio, vivono tutto questo come un'esperienza, una situazione di passaggio che gli operatori del Saps definiscono “luna di miele”, in quanto è spesso vissuta con un grande entusiasmo iniziale che in breve tempo rivela le sue difficoltà: la necessità di ricercare continuamente denaro per “farsi”, le vicissitudini della vita in strada e i dissapori che nascono all'interno delle case Okupa. Jessica, una delle infermiere del servizio, dice *“All'inizio arrivano qui, belli, puliti e ordinati. Poi col tempo si vede un declino, si lasciano andare, si dimenticano di se stessi. A volte sembra che la droga venga prima di tutto....come se mettessero in una bilancia da una parte la droga e dall'altra la famiglia, la casa, e scegliessero la droga”*.

Dai dati analizzati sui filtri emerge che 38 su 57, cioè il 67% del gruppo di italiani ha avuto problemi giudiziari, nello specifico 30 di questi gli hanno avuti in Italia, 6 all'estero, 2 non hanno dichiarato dove. Anche tra i 15 utenti intervistati, 11 hanno avuto problemi

giudiziarie e 5 di questi scappano dall'Italia per non dover più scontare delle pene residue pendenti *"In Italia avevo problemi giudiziari. Dovevo finire la Casa Lavoro. Mi controllavano sempre. Qui questo programma non esiste, quindi non mi possono arrestare. Poi la Spagna è vicina all'Italia come cultura. E' bella. Non lo so. Voglio cambiare vita, sistemarmi. Voglio una vita tranquilla, con una bella donna spagnola...ma bella!"* spiega Mimmo, mentre Claudio racconta *"La mia vita dovrebbe essere migliorata perché adesso sono libero però sono lontano dalla famiglia, senza lavoro, in condizioni precarie, senza casa. Devo avere tanta pazienza prima di rivedere la mia famiglia, prima di poter iniziare a viaggiare."* Raffaele, arrivato in Spagna con Claudio dice *:"Stavo in comunità terapeutica e ho fatto un casino. Mi hanno trovato che facevo un intralazzo e ci hanno punito, invece di darmi 10 sigarette ce ne davano 7 e non ho resistito. In Italia quindi non posso più tornare, ho un bambino. Non posso più tornare perché mi rimangono 7-8 anni di carcere da fare. E' stata la decisione più stupida che ho preso in 35 anni"*.

L'84% del gruppo degli intervistati dei filtri consuma per via endovenosa e nel gruppo generazionale più adulto 9 su 10 consumano "bucandosi". Nel considerare questo dato bisogna però tenere in considerazione che lo spazio EVA del Saps è predisposto solo per un consumo per via endovenosa, mentre non ha uno spazio adibito per chi fuma. Questo probabilmente facilita maggiormente la presenza di persone che consumano per questa via rispetto a quella fumata. Consumare per via endovenosa significa esporsi maggiormente al rischio di infezioni, trasmissione di malattia, e spesso tra gli utenti è facile sentir parlare di "vene intasate" cioè difficili da trovare. Quando a Laura e Paolo viene chiesto il motivo per cui non assumono la droga per via inalata o fumata, dato che provocherebbe loro meno danni, Laura risponde *"Non è lo stesso, costa troppo. Poi io se mollo, mollo tutto, non voglio iniziare a fumare o cose del genere. Poi hai bisogno del Flash che ti dà alla testa."* Mentre Paolo dice *"Si a me piace, io lo faccio, ma costa troppo. Per darti lo stesso sbalzo hai bisogno di tre volte la dose che ti fai in vena"*.

Comparazione tra servizi italiani e servizi di Barcellona destinati ai tossicodipendenti

Quando nell'intervista semi-strutturata chiedo delle differenze che riscontrano tra i servizi per

i tossicodipendenti spagnoli e quelli italiani, le parole che si ripetono tra gli intervistati sono *"Qui sono all'avanguardia", "Qui sono più avanti"*. La loro percezione è che i servizi si prendono cura del tossicodipendente, si sentono più accettati e descrivono il rapporto con gli operatori *"più umano", "più easy"*, comparandolo spesso alle realtà dei Ser.T, descritti come *"posti freddi"* in cui l'unico aiuto fornito si limita alla somministrazione di metadone. Quando gli viene chiesto che tipo di servizi per tossicodipendenti hanno conosciuto in Italia i riferimenti sono sempre ai Ser.T e alle Comunità Terapeutiche, mentre i servizi di riduzione del danno per alcuni sono praticamente sconosciuti o in qualche grande città si limitano all'intercambio siringhe. Eugenio, di 36 anni proveniente da un piccolo paesino della Sardegna, dice *"Qui a Barcellona sono all'avanguardia, sia per i tossici che per le persone che vivono in strada. Qui ci sono posti come questo dove ti ospitano, dove puoi rilassarti, conoscere altra gente, trovare qualcuno che ti ascolta. Questi centri mi stanno aiutando. Esistono due tipi di tossici, quelli che stanno bene così, che vogliono solo farsi, e quello che non riescono ad uscire perché si sentono soli. In centri come questi ti confronti con persone normali che siete voi"*. *"Sono stato al Ser.T. Mai in una comunità terapeutica. Ho visto solo in Sardegna. Non ti danno niente, solo il metadone. Li vai e te lo danno subito, invece qui devi aspettare una settimana. Ti fanno delle analisi. Qui è molto meglio. Non ci sono servizi così in Sardegna, neanche a Cagliari. Per esempio non esistono servizi di intercambio siringhe. Io mi sono preso l'epatite C perché ho usato la stessa siringa, anche se ho usato un ago nuovo, di un tipo che aveva l'epatite. Qui te le danno nuove. In Italia no, questo è utile. Qui vengono, ti parlano, ti prendi un caffè. Anche solo parlare è un aiuto. In Sardegna non ti aiutano, ti danno solo pastiglie (rivotril) che ti rovinano di più. Qui non te ne danno"*, così descrive i servizi italiani Salvatore, 35enne sardo, al suo secondo tentativo di stabilizzarsi in Spagna e trovare lavoro.

Nelle interviste un elemento che si ripete è che il metadone porta dipendenza e la credenza che nei servizi tengano alto il dosaggio per far sì che gli utenti si aggancino garantendo lavoro al servizio. A proposito Raffaele dice *"Il Ser.T non mi piace. Tengono sempre il metadone alto così sei costretto a tornare lì e loro lavorano"*. Tra i 15 intervistati tutti si sono rivolti al Ser.T, e 8 di loro ha intrapreso almeno una volta il percorso all'interno delle Comunità Terapeutiche. Dei 57

italiani appartenenti al gruppo dei filtri, il più del 70% ha iniziato, almeno una volta, il trattamento di Metadone, e tra questi 28 su 40 in Italia, 7 all'estero e 5 non specificano dove.

Al momento dell'intervista filtro risulta che 16 su 57 hanno avuto un overdose: a 3 di questi è capitato una sola volta, 9 hanno avuto 2 overdose e 4 più di due overdose. Tra gli intervistati, il 90% ha seguito il corso retribuito tenuto dagli operatori del servizio per prevenire, riconoscere e agire in caso di overdose, utilizzando l'antidoto agli oppiacei: la Naloxona. Chi supera il corso oltre ad essere retribuito avrà anche un kit per operare nel caso in cui si trovasse davanti ad una overdose. Questo lavoro di prevenzione è ben visto dagli utenti *"Questi corsi ti danno maggiore consapevolezza"* dice Alessandro, mentre inevitabili sono i paragoni con i servizi italiani. Valentina racconta che *"Nessun Ser.t in Italia dà la Naloxona o ti insegnano cosa fare in caso di Overdose. Ho insistito un sacco di volte al Ser.T per farmi dare la Naloxona, l'hanno fatto solo 4 volte"* mentre Sara, in trattamento di metadone, non concepisce il fatto che gli utenti siano retribuiti per fare il corso *"Come gli viene di pagare gente che è in consumo attivo? Che se gli dai 20 euro sai che appena girano l'angolo vanno a farsi"*.

Rimanendo sul discorso delle differenze tra servizi italiani e servizi spagnoli, negativo è invece il giudizio di Simona nei confronti dei servizi che non siano di riduzione del danno di Barcellona *"Qui sono più amabili, il rapporto è più umano, ti accettano e anche l'assistente sociale ha un ruolo molto importante qui, più che in Italia. Però se vuoi uscirne non offrono grandi possibilità"* Anche il suo fidanzato Andrea conferma *"A volte sembra che aiutino più chi consuma che chi ne vuole uscire. Se vuoi farti ci sono tanti servizi, se vuoi smettere no, è più difficile. In Italia ti aiutano di più ad uscirne"*. Entrambi sono sotto trattamento di metadone e si rivolgono al Saps attraverso il Plan de Reconduccion (Piano di Riconduzione), dedicato alle persone che hanno smesso di consumare e hanno bisogno di aiuto per reintrodursi nella vita sociale e lavorativa. La loro storia è simile ad altri italiani, arrivati a Barcellona con la speranza di cambiare vita, spesso in fuga da problemi giudiziari pendenti, derubati dei propri documenti e dei soldi, si trovano a dover vivere in strada. Quando gli viene chiesto se secondo loro le sale di consumo inducono ad un aumento di consumo, mi dicono di no *"semplificano solo la vita del tossicodipendente. Contengono il problema ma*

non lo riducono". A questa domanda tutti rispondono che il consumo e la sua quantità dipende da altri fattori, più personali, non dipende dalla presenza delle sale di consumo, le quali, vengono viste invece come dei luoghi di prevenzione soprattutto dalla morte per overdose. *"Le sale di consumo sono una grande cosa. Non c'entra niente. Il consumo dipende da altro. Per me che non ho più vene nelle sale di consumo mi aiutano. Mi buco da due anni ma lo faccio fare alle infermiere. Non ho più vene e ho paura di infilarmi un ago nella vena"*, racconta Giulia di 23 anni. Più volte gli operatori del Saps sono dovuti intervenire per salvarla da overdose, dovuta soprattutto alla combinazione con altre sostanze come l'alcol e le benzodiazepine. Dalle interviste effettuate dai filtri è emerso che la maggior parte degli utenti utilizza questi psicofarmaci, spesso di facile reperibilità e a basso costo.

La quantità del consumo viene fatto risalire a delle circostanze della loro vita in alcuni, in altri al fatto che la droga in Spagna costa meno, ma mai alla presenza delle sale. Salvatore sulle sale di consumo dice *"I tossici sempre ci sono e sempre ci saranno. Il mercato della droga è troppo ampio e impossibile da combattere. Quindi visto che i tossici ci sono, il tossico, ogni volta che si vuole fare si fa. Questi servizi ci devono essere. Se ci fossero questi centri in Italia ne usufruirebbero, invece si fanno in strada. E' un buon servizio per un consumatore, per prevenzione, per il decoro della città, meno siringhe e tossici per la strada, perché non tutti buttano le loro cose"*. Solo una persona tra gli intervistati dice che la presenza delle sale di consumo ha influenzato la decisione di venire in Spagna, infatti la maggior parte di loro non ne conosceva neanche l'esistenza.

Prospettiva di genere

Analizzando i dati da una prospettiva di genere, l'età media delle donne che hanno effettuato l'intervista filtro si abbassa a 27 anni, mentre per gli uomini di 31. L'età di inizio al consumo di droghe delle donne è 19 anni mentre per gli uomini si abbassa a 16 anni. Il 75% circa delle donne consuma per via endovenosa, rispecchiando la media generale.

Per quanto riguarda le interviste semi-strutturate, sono state 4 le donne intervistate, e tutte hanno intrapreso il viaggio in Spagna con il loro compagno. Due di loro, le più giovani, Valentina e Giulia raccontano di aver iniziato a *"bucarsi"* con i loro rispettivi ragazzi. Gli piace consumare però non hanno il coraggio

di infilare l'ago nella vena, dicono di avere paura degli aghi. Entrambe si facevano con i loro fidanzati, e quando questi le hanno lasciate hanno deciso che non le avrebbero più "bucate". Giulia racconta *"Sono venuta in Spagna per andare ad un festival a Granada con 40 euro. Ho conosciuto un ragazzo con cui ho deciso di Buscarmi la vida, però poi lui mi ha lasciata sola. Io ho continuato sempre spicciolando e sono arrivata fino a Barcellona a passaggi. Quando mi sono lasciata col mio ragazzo sono tornata da lui per chiedergli se mi faceva, ma mi ha detto di no perché non ero più la sua ragazza, anche se siamo ancora in buoni rapporti"*. Anche Valentina si è trovata nella stessa condizione, e non riuscendo a farlo da

sole, si rivolgono al Saps proprio per farsi aiutare. Il coordinatore del Saps spiega che *"farsi bucare"* dal proprio fidanzato succede spesso tra le ragazze e in particolare con le ragazze italiane *"Farsi bucare è un'arma a doppio taglio, perché significa che se lui non c'è non ti può fare e quindi potresti non farti e non diventare dipendente, oppure dipendere sempre da qualcuno perché non potrai farlo sola, e per farti bucare dagli altri significa che devi dare qualcosa in cambio, che può essere una parte della droga o prestazioni sessuali. Per questo noi non permettiamo che si buchino tra di loro, perché devono essere autonomi"*.



Novembre / November 2013. Vol 1, n° 1

Low Threshold Journal

Coordinación

M^a José Sánchez

Director

Jordi Delás

Jefa de Redacción

M^a Eugenia de Andrés

Consejo de Redacción

Margarita Aguas

Jordi Delás

Nadia El Hilali

Gemma Martín

César Morcillo

María José Sánchez

Diseño

Sònia Poch

Maquetación

Sònia Poch

Edición

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org