

**Programa e manual
de intervención
con drogodependentes en
situación de emerxencia social
(SISIFO)**

36

**PROGRAMA E MANUAL
DE INTERVENCIÓN CON
DROGODEPENDENTES EN
SITUACIÓN
DE EMERXENCIA SOCIAL**

Edita:

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade

Dirección:

Victor Pedreira Crespo
Subdirector Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias

Coordinación técnica:

Jesús Morán Iglesias
Xefe de Área de Prevención, Reinserción e Coordinación

Autor:

Víctor José Villanueva Blasco
Psicólogo

Asesoramento e colaboracións:

Manuel Araujo Gallego
Psicólogo
Indalecio Carrera Machado
Médico
Rubén Montesinos Torres
Psicólogo
Nel.lo Monfort Lázaro
Médico
Javier García Tell
ATS
Ángeles Penedo Pita
Traballadora social

Difux, S.L.

I.S.B.N.: 84-453-4247-9

Depósito Legal: C-1390-06

PRÓLOGO

No prólogo do Estudo sobre poboación drogodependente en situación de emerxencia social, que foi obxecto tamén de edición na Colección Drogodependencias co número 35, xa fixen referencia ao cambio substancial que vai promover o Goberno de Galicia, a través desta Consellería de Sanidade, na atención as drogodependencias. Así mesmo, describín as xustificacións legais e de planificación da pertinencia de afondar nas liñas de traballo de redución de riscos e diminución de danos no campo das drogodependencias. Por iso, non vou a repetir aquí a súa importancia, aínda que si me gustaría facer algunhas consideracións sobre esta publicación que complementa perfectamente o devandito estudo.

Unha vez coñecida a dimensión do problema da poboación drogodependente con problemática agravada pola exclusión social, fíxose necesario deseñar e elaborar unha guía de actuación teórica e metodolóxica para os servizos, profesionais e voluntarios que están a traballar nestes programas. Non esquecemos a dificultade dunha tarefa que implica acercarse aos lugares de consumo, facer unha boa acollida e intervir con criterios de diminuír danos e intentar unha captación da persoa para programas e servizos de tratamento máis continuados. Por iso, requírese dunha capacitación persoal e profesional moi específica que debe ter unhas pautas claras e ben establecidas.

Esta publicación do Manual e Programa SISIFO pretende cubrir esas necesidades a través da claridade na forma de programar as intervencións, así como no correcto seguimento de indicacións e formas de contacto coas persoas afectadas. Estou segura de que este programa e manual axudarán a mellorar as prácticas e contribuirán tamén a diminuír situacións de queime profesional tan presentes neste ámbito.

Quero reiterar o agradecemento a cantos fixeron posible esta publicación. E sobre todo, transmitir o apoio desta consellería e do Goberno galego ás persoas e familias afectadas pola problemática das drogodependencias.

María José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

PROGRAMA

1 INTRODUCCIÓN	15
2 SUBPROGRAMA DE CAPTACIÓN ACTIVA E INTERVENCIÓN EN MEDIO ABERTO (OUTREACH)	21
Xustificación	23
Obxectivos	24
Poboación destinataria	25
Metodoloxía	25
Protocolización	27
Avaliación	29
3 SUBPROGRAMA DE APOIO RESIDENCIAL	31
Xustificación	33
Obxectivos	34
Poboación destinataria	35
Situacións especiais	36
Metodoloxía	36
Protocolización	37
Avaliación	38

MANUAL

MANUAL DE INTERVENCIÓN DESDE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN CON DROGODEPENDENTES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL	41
1 A RELACIÓN CO USUARIO	41
1.1 Introducción	43
1.2 Habilidades de comunicación	43
1.3 Delimitación de funcións e límites respecto aos usuarios	47
2 A DOMINUCIÓN DO DANO	53
2.1 Introducción	55

2.2 Redución do dano con drogodependentes	
con consumo activo	56
• Obxectivos dos programas de redución do dano con drogodependentes con consumo activo.....	57
• Poboación á que se dirixen os programas de redución do dano.....	59
• O que non é un programa de redución do dano	59
• Programas de captación activa e intervención en medio aberto (outreach)	59
• Programas de apoio residencial	63
2.3 As substancias	63
• A metadona	63
• Heroína.....	71
• Cocaína	75
• Inhalables.....	81
• Psicofármacos.....	81
2.4 Condutas de risco en drogodependencias	84
• Drogodependencias e infección por VIH.....	85
• Condutas de risco asociadas ao consumo de drogas	85
• Sobredose.....	94
• Condutas de risco relacionadas coa sexualidade ..	97
• As reinfeccións.....	103
• Trastorno mental e condutas de risco	104
2.5 Embarazo e drogodependencias	105
• Muller e anticoncepción	105
• Consumo de drogas e embarazo	106
2.6 Bibliografía	107
3 PATOLOXÍA DUAL	113
3.1 A patoloxía dual	115
3.2 Avaliación do estado mental en drogodependentes	117
• A observación	117
• A conversa	119
• A exploración.....	121
3.3 Trastornos da personalidade e drogodependencias	132
3.4 Trastornos psicóticos e drogodependencias	146
3.5 Trastornos do estado de ánimo e drogodependencias	152
3.6 Trastornos de ansiedade e drogodependencias	154

4	PATOLOXÍAS ORGÁNICAS ASOCIADAS	
	ÁS DROGODEPENDENCIAS	159
	4.1	Introdución161
	4.2.	VIH/SIDA e drogodependencias163
		• Información xeral sobre a infección por VIH.....163
		• VIH/sida e consumo de substancias171
	4.3	Hepatite e drogodependencias171
	4.4	Outras patoloxías orgánicas asociadas á sida e ás drogodependencias173
		• Patoloxías das vías respiratorias.....173
		• Patoloxías cutáneas e das mucosas175
		• Febre.....179
		• Perda de peso180
		• Diarrea180
		• Patoloxías do sistema nervioso.....182
		• Patoloxías dos órganos xenitais femininos183
		• Problemas bucais.....185
		• Disfaxia.....186
		• Problemas de visión e cegueira186
		• Neoplasias187
	4.5	Bibliografía187
5	A ATENCIÓN E COIDADOS	
	DO DROGODEPENDENTE	189
	5.1	Introdución191
	5.2.	O coidado como parte do Subprograma de apoio residencial191
		• A hixiene do usuario como parte dos coidados ..193
		• A hixiene e protección do coidador.....194
		• Descoidos e accidentes199
		• Determinación de necesidades.....200
		• Consellos prácticos para o coidado205
	5.3	O acompañamento no proceso de integración do drogodependente211
	5.4	Bibliografía214
6	BURNOUT E DROGODEPENDENCIAS	219
	6.1	Burnout e drogodependencias219
	6.2	Etapas no fenómeno de Burnout220
	6.3	Factores protectores e de prevención do Burnout221
	6.4	Factores precipitadores da síndrome de Burnout224

**PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN PRECOZ CON
DROGODEPENDENTES EN SITUACIÓN
DE EMERXENCIA SOCIAL**

1. INTRODUCCIÓN

XUSTIFICACIÓN

A necesidade de establecer estratexias de detección e intervención precoz en relación coa problemática das drogodependencias, aparece recollida na Estratexia Nacional sobre Drogas: 2000-2008, aprobada mediante Real decreto 1991/1999, do 17 de decembro, onde no obxectivo primeiro da área de redución do dano se recollen toda unha serie de medidas para mellorar a accesibilidade da poboación drogo-dependente impulsando, entre outras, estratexias de captación activa e servizos de emerxencia que dean resposta ás necesidades básicas do colectivo drogodependente que non acode habitualmente á rede asistencial normalizada, colectivo ao que se denomina como “poboación oculta”. Así mesmo, o Plan de Acción 2005-2008, enmarcado dentro desta estratexia, mantén esta liña de actuación.

O Plan de Galicia sobre Drogas, en consonancia coa Estratexia Nacional, xa propón esta mesma cuestión no documento programático “Plan de Galicia sobre Drogas: 2005-2008”, documento onde se definen as estratexias de intervención ante a problemática das drogodependencias da nosa Comunidade. Así, entre os obxectivos establecidos para a área de asistencia, figura o de “apoiar técnica e financeiramente a posta en marcha de centros de emerxencia social para drogodependentes”.

Nesta liña de intervención recóllese a implementación de estratexias que doten a rede do PGD de novos mecanismos de detección destas “poboacións ocultas”, atendendo particularmente á detección precoz de poboacións novas que comezan a integrarse dentro deste circuito de exclusión social; promovendo, ao mesmo tempo, accións que logren acercar e integrar na rede de tratamento o maior número posible de drogodependentes, diminuindo deste modo os factores de risco e mellorando o seu pronóstico.

O proceso de exclusión social que afecta a unha porcentaxe considerable da poboación drogodependente converte estas persoas en membros de “poboacións ocultas”, á que parte da rede asistencial e

organismos de vixilancia e análise da evolución do consumo de drogas non accede. Desta maneira, os informes sobre poboación usuaria de drogas adoitan basearse en rexistros de casos atendidos nos distintos recursos da rede asistencial, ou a través de enquisas de consumo en poboación xeral. Por tanto, a non inclusión desta “poboación oculta” de usuarios de drogas con perfís de exclusión social, implicaría un nesgo sobre os perfís oficiais de consumidores de substancias.

Ademais, este colectivo de drogodependentes que non acoden aos dispositivos de atención e ao que a rede asistencial non logra acceder e incorporar, son os máis necesitados dos seus servizos aínda que tamén os máis complicados de abordar, dadas as dificultades para chegar ata eles e desenvolver un traballo previo que derive nun posterior contacto cos recursos asistenciais.

De maneira inevitable, as dificultades de acceso e integración destas persoas na rede asistencial van repercutir en grao variable sobre a súa calidade de vida, e por tanto sobre o estado de saúde xeral, tanto a nivel físico como psicolóxico. A non dispoñibilidade ou adaptación de recursos ás particularidades deste colectivo dificulta o acceso destas persoas a medidas hixiénicas, alimenticias e de descanso básicas, aumentando as posibilidades de transmisión ou reinfección dalgunha das enfermidades de maior prevalencia nesta poboación, co conseguinte aumento das complicacións biopsicosociais destas persoas, cronificándose e/ou empeorando o seu pronóstico.

Esta desconexión do drogodependente con respecto á rede asistencial do PGD ou doutros recursos específicos, implica a non abordaxe da súa problemática global, que vai máis alá do consumo en si mesmo, como podemos comprobar, incluíndo outras cuestións como o acceso a unha vivenda, a medidas de carácter hixiénico e a unha alimentación máis adecuada. Necesidades básicas estas que deben ser atendidas desde os organismos correspondentes de maneira coordinada.

Por todo isto, o PGD ve a conveniencia de articular estratexias que dean resposta a estas necesidades, para o cal deseñou este “Programa de intervención precoz con drogodependentes en situación de emerxencia social” que se estruturará sobre a base de dous subprogramas coordinados e complementarios: 1) o Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach); e 2) o Subprograma de apoio residencial. Desta maneira, o programa establece mecanismos de acceso a “poboacións ocultas” a través da busca activa de casos, permitindo desta maneira a detección precoz de poboación nova en

situación de risco; e ao mesmo tempo atende e desenvolve de maneira integral os aspectos biopsicosociais da poboación drogodependente con perfís de exclusión social, que integraría a parte da referida poboación nova.

Deste modo preténdese ofrecer unha óptima atención e familiarizar estes drogodependentes coa rede asistencial de tratamento do PGD, ou con outros servizos sociosanitarios xerais e especializados a modo de porta de entrada, iniciando así a súa normalización biopsicosocial. Esta “normalización” debería progresar mediante outras actuacións de carácter máis específico, englobadas dentro dos programas POA (Programa de información, orientación e acollida) e/ou PIP (Programa de incorporación personalizado), encamiñadas a reducir de maneira individualizada as patoloxías médicas, psicolóxicas e sociais que presente cada suxeito, prioritariamente as enfermidades transmisibles, coa conseguinte diminución de risco, individual e comunitario que estas supoñen.

**2. SUBPROGRAMA DE CAPTACIÓN
ACTIVA E INTERVENCIÓN EN MEDIO
ABERTO (OUTREACH)**

Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach)

XUSTIFICACIÓN

O consumo de drogas é un fenómeno complexo para o que non existe un perfil tipo de usuario, senón máis ben unha diversidade de perfís entre os cales o de maior vulnerabilidade é o daqueles usuarios de drogas non adscritos a tratamento que manifestan dificultades para acceder á rede asistencial. Xeralmente estas persoas presentan un notable grao de exclusión social, así como unha variable deterioración biopsicosocial derivada de e en función do dito grao de exclusión.

A este colectivo de usuarios é ao que se lle veu chamando “poboación oculta”, dado que os seus índices de exclusión social dificultan o labor da rede asistencial para a súa detección e toma de contacto. Como consecuencia, estas poboacións manifestan un complicado acceso e integración na rede sociosanitaria, dificultándose así a posibilidade de realizar un traballo ulterior de carácter integral que mellore a súa situación biopsicosocial.

Os programas de captación activa e intervención en medio aberto forman parte do repertorio de programas de redución do dano existentes, coa particularidade de que este tipo de programas facilitan un achegamento aos usuarios de drogas (UDVP e non UDVP) que forman parte destas “poboacións ocultas” e que, por tanto, están fóra da rede asistencial de tratamento do PGD.

O propósito dun programa de captación activa e intervención en medio aberto é atender as necesidades básicas desta poboación drogodependente dentro das posibilidades do programa, ben facilitando os recursos necesarios “in situ”, ben informando, orientando e derivando á UAD de referencia ou a outros servizos onde se lles poida facilitar a resolución ás súas necesidades.

OBXECTIVOS

OBXECTIVOS XERAIS

- 1 A detección e avaliación destas “poboacións ocultas” que permitan un coñecemento próximo á realidade da rúa e ás condicións biopsicosociais en que viven estas persoas.
- 2 Determinar as necesidades de carácter psicolóxico, sanitario e social desta poboación, co obxecto de orientar as intervencións que hai que realizar.
- 3 Detección precoz de poboación nova drogodependente.
- 4 Contactar con drogodependentes que non solicitan axuda e que se encontran en situacións de emerxencia psicolóxica, física e/ou social.
- 5 Facilitar o acceso destes drogodependentes á rede asistencial de tratamento do PGD a través do traballo individualizado de motivación e derivación.
- 6 Avaliación da demanda de tratamento e seguimento posterior.
- 7 Función investigadora, accedendo a un mellor coñecemento deste tipo de poboacións drogodependentes “ocultas”, tanto na súa vertente científica como para a intervención terapéutica.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Mellorar a calidade de vida dos consumidores.
- 2 Reducir os riscos derivados do consumo de drogas, tanto os que son consecuencia do consumo crónico, como das condicións e circunstancias en que se leva a cabo.
- 3 Diminuír as posibles barreiras para o acceso aos servizos socio-sanitarios (por tanto, non dirixir as intervencións exclusivamente cara á desintoxicación), e propiciar que poidan acceder a eles o maior número de drogodependentes.
- 4 Detección de poboación nova drogodependente con perfil de exclusión social ou integrada no circuíto de rúa.
- 5 Detección de drogodependentes en situación de crise (grao considerable de deterioración física ou psíquica), articulando mecanismos de resposta áxil a estas situacións (afastamento, ingreso en hospital, etc).

- 6 Reducir o número de consumidores.
- 7 Favorecer medidas que eviten a marxinação social e sanitaria de persoas con problemas de consumo de drogas.
- 8 Determinar o grao de sufrimento psicolóxico e indicadores de patoloxía dual, co obxecto de orientar as intervencións encamiñadas a paliar ou diminuír as súas causas e consecuencias.

POBOACIÓN DESTINATARIA

- A poboación destinataria abrangue:
- Poboación nova drogodependente con perfil de exclusión social ou integrada no “circuíto de rúa”.
- Poboación de drogodependentes con perfil de exclusión social non adscritos a tratamento.
- Drogodependentes reclusos que no momento da súa excarceración se encontran en situación de desprotección social, sen rede social de apoio, e que están en risco de entrar no “circuíto de rúa”, integrándose nestas poboacións ocultas e situándose en posición de exclusión social, co conseguinte risco de recaída e/ou inicio de novos consumos.
- Poboación drogodependente con consumos en activo, independentemente de estar ou non adscritos a tratamento.

METODOLOXÍA

Desde o Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach) priorizaranse as seguintes intervencións:

- 1 Detectar as posibles “poboacións ocultas” presentes na localidade ou zonas limítrofes.
- 2 Demandar información que oriente sobre a magnitude desta poboación e sobre as intervencións que hai que realizar con ela.
- 3 Determinar as necesidades de carácter psicolóxico, sanitario e social desta poboación.

- 4 Analizar a tipoloxía de consumo presente nesta poboación para orientar as posibles intervencións.
- 5 Intervir en redución do dano en relación co consumo e coa sexualidade:
 - Intercambio de material de inxección.
 - Dispensación de material para fumar en prata ou pipa.
 - Información relativa a consumos de menos risco.
 - Información sobre venopunción segura.
 - Información sobre prevención de sobredose.
 - Dispensación de preservativos.
 - Información sobre sexo seguro.
 - Información sobre vías de infección e reinfección das enfermidades de maior prevalencia (VIH, hepatite, tuberculose, cándida, etc).
 - Información sobre hábitos de hixiene e alimentación básicos en relación coa tipoloxía e coa vía de consumo, enfermidades que manifesta o usuario, e época do ano.
- 6 Detección de usuarios de drogas non adscritos a tratamento e de poboación nova consumidora, co obxecto de realizar un traballo de motivación orientado cara ao tratamento.
- 7 Favorecer a demanda de necesidades dos usuarios a través dunha relación empática, aberta e fluída.
- 8 Informar, orientar e derivar atendendo ás necesidades e particularidades de cada caso.
- 9 Detectar as posibles barreiras de acceso á rede asistencial que manifesta esta poboación, e propoñer solucións para a súa erradicación.
- 10 Demandar información ao longo do tempo sobre as áreas de: 1) consumo; 2) sexualidade; 3) social; 4) sanitaria; e 5) psicolóxica. Esta información facilitará un labor de análise da situación real en cada momento, o alcance e efectividade das intervencións realizadas e, finalmente, a detección de posibles cambios que aconsellen reorientar as intervencións para adaptalas á situación presente en cada momento, dando resposta ás necesidades concretas desta poboación.

As medidas de intervención deste Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach) priorizarán sempre aquelas encamiñadas a previr ou reducir a deterioración biopsicosocial do usuario, especialmente aquelas relacionadas coa infección e reinfección de enfermidades que poidan agravar e/ou cronificar o estado de saúde xeral do individuo.

A inclusión no Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach) realizarase de maneira automática ao establecer contacto cos equipos que o levan a cabo, e permanecerá nel mentres o contacto sexa mantido no tempo e o caso non sexa derivado á UAD correspondente, para inicio a tratamento ou outras intervencións máis específicas.

O propósito deste subprograma é atender as necesidades básicas desta poboación (na medida en que as condicións en que se desenvolve o programa en situación de rúa o permitan), e informar, orientar e derivar atendendo ás necesidades particulares de cada caso, convertendo así este subprograma nunha porta de entrada á rede asistencial, de maneira que os usuarios se poidan familiarizar e acceder a ela optando aos seus servizos.

PROTOCOLIZACIÓN

En principio, aínda que todas as intervencións tenden a ser conceptualizadas nun marco xeral de actuación, recoméndase que estas atendan á especificidade de cada caso. É dicir, así como as intervencións de carácter grupal poden ser máis facilmente executables nun medio controlado e normalizado como o das instalacións das UAD, valoramos como máis operativo e adecuado ás posibilidades do traballo na rúa, a abordaxe individual dos casos, así como das accións que se levan a cabo en relación coas necesidades demandadas polo usuario e/ou valoradas polo equipo técnico. Para isto recoméndase seguir o seguinte protocolo de intervención:

A. Fase de acollida.

- 1 Acollida do usuario por parte dun profesional do equipo.
- 2 Información sobre os servizos e horarios que ofrece o programa.
- 3 Ofrecemento para atender as demandas e necesidades do usuario, de acordo cos obxectivos e posibilidades do programa.

B. Fase de avaliación.

- 4 Recollida de información sobre a situación biopsicosocial, de consumo e prácticas de risco do usuario.
- 5 Avaliación das necesidades primarias e secundarias do usuario.
- 6 Detección precoz de poboación nova consumidora.
- 7 Detección de drogodependentes en situación de crise ou notable deterioración biopsicosocial.

C. Fase de intervención.

- 8 Reducir os riscos derivados do consumo, tanto os que son consecuencia do consumo crónico, como das condicións e circunstancias en que se leva a cabo.
- 9 Información, orientación e derivación (se procede) en relación coas necesidades primarias detectadas (condutas de risco, analíticas, infección-reinfección de enfermidades, acceso á rede de tratamento ou outros recursos específicos: empadramento, médico de atención primaria, servizos sociais, albergues, etc).
- 10 Traballo de motivación cara ao tratamento.
- 11 Avaliación continúa do estado biopsicosocial do usuario, especialmente enfermidades infecciosas e de declaración obrigatoria, crises psicolóxicas e déficit de vivenda.

D. Fase de seguimento.

- 12 Seguimento dos casos.
- 13 Función investigadora en relación coas áreas de: 1) consumo; 2) sexualidade; 3) social; 4) sanitaria; e 5) psicolóxica. Esta información facilitará un labor de análise da situación real en cada momento, a prevalencia de patoloxías médicas e indicadores

de patoloxía dual, así como o alcance e efectividade das intervencións realizadas.

A inclusión no Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach) realizarase de maneira automática ao establecer contacto cos “equipos de rúa” que o levan a cabo, e permanecerá nel mentres o contacto sexa mantido no tempo e o caso non sexa derivado á UAD correspondente, para inicio a tratamento ou outras intervencións máis específicas.

O propósito deste subprograma é atender as necesidades básicas desta poboación (na medida en que as condicións en que se desenvolve o programa en situación de rúa o permitan), e informar, orientar e derivar atendendo ás necesidades particulares de cada caso, convertendo así este subprograma nunha porta de entrada á rede asistencial, de maneira que os usuarios se poidan familiarizar e acceder a ela optando aos seus servizos.

Aínda que se considera como obxectivo desexable a inclusión en programas de tratamento do maior número posible de usuarios, baseándonos en que as condicións biopsicosociais deste colectivo melloran considerablemente estando adscritos a calquera das súas modalidades, as intervencións que se realizarán non se deben limitar nin coaccionar o usuario neste sentido. Este traballo de motivación a tratamento ten que establecerse de maneira gradual, adaptándose ao ritmo do usuario conforme se vai dando resposta a algunhas das súas demandas e necesidades. Con isto conseguimos prolongar e intensificar ao máximo o contacto do usuario co equipo de profesionais dos equipos de rúa e, por tanto, as posibilidades de que o usuario chegue a contactar e a se integrar na rede asistencial normalizada.

AVALIACIÓN

A función de coordinación do Programa de intervención precoz con drogodependentes en situación de emerxencia social inclúe a avaliación deste subprograma atendendo ao obxectivo xeral que pretende establecer e desenvolver unha función investigadora, co propósito de lograr acceder a un mellor coñecemento deste tipo de poboacións ocultas, tanto na súa vertente científica, como para a intervención terapéutica.

Os indicadores para a avaliación do Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach) serán os seguintes:

A. Ficha do proceso:

- 1 Número de usuarios contactados.
- 2 Porcentaxe destes usuarios que foron postos en contacto e/ou integrados na rede asistencial normalizada.
- 3 Análise das intervencións realizadas (número de xiringas intercambiadas, número de preservativos dispensados, número de derivacións a: 1) UAD; 2) outros centros sanitarios; 3) centros de tipo social; e 4) outros centros).

B. Replicación do estudo cun carácter bianual.

3. SUBPROGRAMA DE APOIO RESIDENCIAL

XUSTIFICACIÓN

Existe unha porcentaxe de drogodependentes que, independentemente de estar adscritos ou non adscritos a tratamento, manteñen perfís de exclusión social con notables dificultades de acceso a unha vivenda; é dicir, están vivindo na rúa, en casas abandonadas, en chabolas, ou na mesma vía pública.

Desde as unidades de atención ao drogodependente, a través da figura do traballador social, perséguese reducir o grao de exclusión social destas persoas como parte do programa terapéutico de tipo integral que engloba aspectos biopsicosociais da persoa. Esta diminución do grao de exclusión social debería resolver en certa medida a súa problemática de vivenda, aínda que non en todos os casos se consegue. Aínda así, o feito de se encontrar a tratamento favorece considerablemente as posibilidades de resolución deste déficit de vivenda.

Non obstante, a poboación drogodependente non adscrita a tratamento que presenta perfís de exclusión social, ve dificultada esta tarefa de resolución do dito déficit, xa que o seu caso non está sendo atendido polo equipo de profesionais que conforman as UAD, ou por profesionais doutros recursos, como servizos sociais.

Esta desconexión do drogodependente con respecto á rede asistencial do PGD ou doutros recursos específicos, implica a non abordaxe da súa problemática global, que vai máis alá do consumo en si mesmo, como podemos comprobar, incluíndo outras cuestións como o acceso a unha vivenda, a medidas de carácter hixiénico e a unha alimentación máis adecuada. Necesidades básicas estas que deben ser atendidas desde os organismos correspondentes de maneira coordinada.

De maneira inevitable, as dificultades de acceso e integración destas persoas na rede asistencial van repercutir en grao variable sobre a súa calidade de vida, e por tanto sobre o estado de saúde xeral, tanto a nivel físico como psicolóxico. A non dispoñibilidade ou adapta-

ción de recursos ás particularidades deste colectivo dificulta o acceso destas persoas a medidas hixiénicas, alimenticias e de descanso básicas, aumentando as posibilidades de transmisión ou reinfección dalgunha das enfermidades de maior prevalencia nesta poboación, co conseguinte aumento das complicacións biopsicosociais destas persoas, cronificándose e/ou empeorando o seu pronóstico.

Por este motivo, dentro dos programas de redución do dano, o PGD considera prioritario establecer mecanismos de detección das chamadas “poboacións ocultas” (das que formarían parte os usuarios de drogas que manifestan perfís de exclusión social), dando resposta a este tipo de necesidades de maneira coordinada con outros organismos aos que tamén lles compete a súa atención.

A necesidade de realizar con eles un traballo coordinado de redución do dano e motivación a tratamento, debe establecer medidas de apoio residencial como complemento naqueles casos en que así sexa valorado polos profesionais dos programas de captación activa e intervención en medio aberto (outreach) ou da UAD correspondente, sendo esta unha medida para situacións de emerxencia para aqueles casos en que a persoa se encontre en situación de crise ou manifeste unha notable deterioración física e/ou mental.

OBXECTIVOS

OBXECTIVOS XERAIS

O obxectivo xeral deste subprograma consiste en ofrecer un recurso de apoio residencial para o grupo de drogodependentes máis desprotexido a nivel social, que dea resposta inmediata aos casos de emerxencia derivados de: 1) situacións de ex-reclusión; 2) poboación nova drogodependente sen rede social de apoio e con déficit de vivenda; e 3) unha notable deterioración física e/ou mental. Deste modo a persoa quedaría cuberta durante o tempo necesario para a súa melloría, a resolución da súa situación ou a súa derivación a outro tipo de recurso residencial máis acorde co seu plan terapéutico, diminuíndo os factores de risco que comportarían un empeoramento da súa situación biopsicosocial.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Favorecer medidas que eviten ou palién a exclusión social e sanitaria a persoas con problemas de consumo de drogas.
- Adecuar as intervencións ás necesidades deste colectivo, ofrecendo unha resposta áxil e eficaz para casos de emerxencia.
- Facilitar o contacto e acceso á rede asistencial do PGD, sendo este subprograma unha porta de entrada que motive o drogo-dependente a realizar unha demanda de tratamento.
- Previr un empeoramento da situación e prognóstico biopsicosocial do usuario.
- Reducir o grao de afectación de patoloxías mentais e/ou médicas.
- Mellorar a calidade de vida dos usuarios e reducir así o risco de morbi-mortalidade.

POBOACIÓN DESTINATARIA

A poboación destinataria abrangue:

- Poboación nova drogodependente que manifesta perfís de exclusión social con déficit de vivenda.
- Drogodependentes (UDVP e non UDVP) non adscritos a tratamento que manifestan perfís de exclusión social con déficit de vivenda.
- Drogodependentes adscritos a tratamento que manifestan perfís de exclusión social con déficit de vivenda, á espera dunha prestación social que lles permita optar a ela.
- Drogodependentes con alta médica do hospital que manifestan perfís de exclusión social con déficit de vivenda, e que a precariedade do seu estado de saúde aconsella facilitarlles apoio residencial ata unha óptima recuperación.
- Ex-reclusos que no momento da excarceración se encontran sen rede social de apoio nin vivenda e están pendentes de obter o subsidio de excarceración.
- Terán preferencia aqueles casos que presenten unha maior deterioración física ou que se encontren en situación de crise psicolóxica.

SITUACIÓNS ESPECIAIS

Débase avaliar devagar a inclusión de cada candidato, co fin de non incluír aquí un paciente cuxo caso non presenta déficit de vivenda, ou posibilidade de sufragala mediante a percepción dunha prestación social cuantiosa.

Igualmente, o Subprograma de apoio residencial non está concibido como unha alternativa residencial a longo prazo, senón como un “apoio” para aqueles casos que precisen desta cobertura por tempo limitado ata a resolución dunha prestación social, a superación da situación de crise ou a mellora do estado de saúde xeral.

Por tanto, este Subprograma de apoio residencial está orientado a ser un recurso útil que facilite unha resposta áxil e eficaz para casos de emerxencia, e como recurso ponte que incremente a motivación a tratamento ou a adhesión a este, ás veces condicionada esta última á falta de vivenda para a “normalización” do paciente, mentres se encontra en espera de obter unha prestación social ou o seu ingreso nalgún recurso terapéutico de tipo residencial. Deberase valorar individualmente cada caso para evitar o risco de “cronificación” na utilización deste recurso por parte dalgúns pacientes.

METODOLOXÍA

A inclusión dun usuario neste Subprograma de apoio residencial realízase desde os equipos que levan a cabo o Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach) e a través das UAD.

Os criterios de inclusión serán os seguintes:

- 1 Poboación nova drogodependente que manifesta perfís de exclusión social con déficit de vivenda.
- 2 Drogodependentes non adscritos a tratamento que manifestan perfil de exclusión social con déficit de vivenda.
- 3 Terán preferencia aqueles que, cumprindo o criterio 1 ou 2, presenten unha maior deterioración biopsicosocial.
- 4 Drogodependentes adscritos a tratamento que manifestan perfís de exclusión social con déficit de vivenda, á espera dunha prestación social que lles permita optar a ela.

- 5 Reclusos que no momento da excarceración se encontran sen rede social de apoio nin vivenda, e están pendentes de obter o subsidio de excarceración que lles permita optar a ela.
- 6 Dos casos identificados segundo os criterios 4 e 5, terán igualmente preferencia aqueles que presenten unha maior deterioración biopsicosocial.
- 7 O tempo de permanencia neste subprograma poderá oscilar desde un día a un tempo máximo de 45 días, estando suxeito ás necesidades e obxectivos terapéuticos establecidos para cada caso.

A avaliación para determinar a inclusión dun usuario neste subprograma realizaraa o equipo, ou ben segundo criterio profesional do médico ou psicólogo que determine a imperiosa necesidade da súa inclusión por razóns de emerxencia. Así mesmo, o tempo de permanencia neste subprograma estará condicionado á superación da situación de emerxencia ou á súa derivación a outro recurso residencial máis acorde co seu plan terapéutico. En ningún caso se debe concibir a utilización deste servizo como recurso de longa estadía. Para aqueles casos que demanden unha prolongación temporal máis alá dos 45 días, o equipo das UAD deberá buscar unha alternativa residencial ao usuario.

PROTOCOLIZACIÓN

- 1 Acollida do usuario por parte dun profesional dos “equipos de rúa” que levan a cabo o Subprograma de captación activa e intervención en medio aberto (outreach) ou das unidades de atención ao drogodependente (UAD).
- 2 Avaliación da situación e prognóstico biopsicosocial do usuario, tendo maior peso os criterios biolóxico e psicolóxico.
- 3 Determinar se o caso é susceptible de admisión no dito subprograma, de ser derivado a un centro sanitario como consecuencia dunha deterioración física ou psicolóxica que require coidados específicos, ou se polo contrario non precisa de ningunha intervención neste sentido.
- 4 Coordinación entre os dous equipos (equipo de rúa e UAD) para determinar as prazas libres e a emerxencia de cada un dos casos que ambos están tramitando.

- 5 Información ao usuario da posibilidade de entrar neste subprograma por un período limitado, e das condicións de permanencia.
- 6 Derivación, ou acompañamento se fose preciso, ata o lugar de acollida.
- 7 Cita cun profesional da UAD correspondente ao día seguinte do seu ingreso no subprograma e pernoita no lugar de acollida. Apertura dun expediente de caso e valoración das intervencións que se realizarán a curto prazo para a superación desta situación de emerxencia. Ao mesmo tempo, motivarase o usuario cara ao tratamento.

AVALIACIÓN

A función de coordinación do Programa de intervención precoz con drogodependentes en situación de emerxencia social inclúe a avaliación deste subprograma atendendo ao obxectivo xeral e aos específicos que anteriormente foron referidos.

Os indicadores para a avaliación do Subprograma de apoio residencial serán os seguintes:

- 1 Número de usuarios incorporados a este subprograma.
- 2 Número de días de espera para acceder ao subprograma.
- 3 Tempo medio de estadía.
- 4 Intervencións realizadas.
- 5 Motivo de saída.

MANUAL
DE INTERVENCIÓN PRECOZ CON
DROGODEPENDENTES EN SITUACIÓN
DE EMERGENCIA SOCIAL

A RELACIÓN CO USUARIO

A relación co usuario

1. INTRODUCCIÓN

Na relación asistencial que imos establecer cos usuarios drogodependentes que accedan a un programa, a habilidade que mostre o equipo para achegarse e establecer contacto con eles vai ser determinante na continuidade da relación.

Por este motivo, o desenvolvemento e a aprendizaxe de habilidades de comunicación que faciliten a atención puntual ou continuada cos usuarios, é de suma importancia para a obtención da maior parte da información que adecuará as nosas intervencións ás necesidades específicas do grupo, e particularmente de cada usuario. Só así, conseguiremos ofrecer unha asistencia eficaz e de calidade.

Por outra parte, posto que en drogodependencias traballamos con persoas que presentan desinhibición comportamental e diminución do nivel de consciencia como consecuencia do consumo de determinadas substancias, e en moitos deles obsérvase sintomatoloxía psiquiátrica; é moi posible que teñamos que nos enfrontar en máis dunha ocasión a situacións difíciles de conflito e agresividade. Tamén aquí se evidencia a necesidade e importancia de que todos os membros do equipo dispoñan de información e formación suficiente para desenvolver estratexias adecuadas de comunicación e relación cos usuarios, de modo que lles permitan detectar e anticiparse a estas situacións, ou polo menos como modulalas ou evitalas cando se fan manifestas.

2. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

A maneira en como establezamos a comunicación cos usuarios é o eixe central de como se vai desenvolver a nosa relación con eles.

As mensaxes educativas que lles lancemos aos usuarios deben evitar actitudes moralistas ou censoras, pois non van producir efec-

tos prácticos pero poden deteriorar a relación, chegando incluso a situacións de desvinculación co programa ou de conflictividade por parte do usuario.

Por iso, evidénciase a necesidade de que todo profesional teña moi claro o que vai dicir, e o que é máis importante: “como o vai dicir”.

Claves que facilitan a comunicación cos usuarios

Facendo referencia á importancia do “como o imos dicir”, existen determinadas claves que facilitan que a comunicación sexa cuestión de dous (bidireccional) e non un monólogo, favorecendo a comprensión da mensaxe e a adquisición das condutas pautadas en relación a este. Ademais, estas claves vannos axudar a obter gran parte da información necesaria que orientará as nosas intervencións.

As claves son:

- **Preguntar**

- Para obter información; é dicir, coñecer as necesidades, expectativas, demandas, dúbidas, medos, costumes e crenzas do usuario.
- Para coñecer as súas preocupacións.
- Para coñecer a súa situación.
- Para coñecer as condutas de risco que realiza en relación co consumo e coa sexualidade.
- Para comprobar o que coñece, o que ignora e o que entendeu, facilitando así a resolución das súas dúbidas.
- Para poder axudalo a tomar as súas propias decisións.
- Para conseguir unha boa comunicación.
- Para facilitarlle que el pregunte.
- Para incrementar a súa motivación.

A maneira en como preguntemos pode condicionar a resposta que nos dea o usuario e, por tanto, a cantidade e a calidade da información. En función do que pretendamos coñecer, ou desexemos que se estenda na resposta o usuario, utilizaremos:

- **Preguntas abertas:** vannos proporcionar gran cantidade de información, xa que non condicionan unha resposta senón

que facilitan moitas, de maneira que podemos comprobar o que realmente sabe, o que ignora e o que comprende.

- **Preguntas cerradas:** son preguntas dicotómicas, con dúas únicas posibles respostas. Polo tanto, non son recomendables para obter información, non obstante poden ser utilizadas para intentar chegar a unha conclusión.
- **Escoitar “activamente”**
 - **Escoitar** é prestar atención ao contido da información que se nos está facilitando nun momento determinado.
 - **Activamente** é facerlle notar á outra persoa que a estamos escoitando. Para que así sexa, teremos que demostralo tanto a nivel verbal como non verbal.
- **Empatizar “activamente”:** é escoitar os sentimentos do usuario e tratar de entender os motivos que orixinan estes sentimentos. É dicir, empatizar consiste en tratar de situarse na posición da outra persoa, poñernos no seu lugar.

¿Que conseguimos ao empatizar?

- Poder comprender mellor a súa situación e así poder abordala da maneira máis adecuada.
- Poder facilitar alternativas adecuadas.
- Aumentar a súa receptividade e motivación.
- Aumentar a confianza do usuario.
- **Reforzar:** para que unha conduta se manteña no tempo ou teña máis probabilidade de repetirse, é conveniente utilizar o reforzo. Por conseguinte, sempre que detectemos un comportamento, actitude positiva (p.e. pedir preservativos, pór a vacina da hepatite B, etc.), é conveniente que a reforcemos. Con toda seguridade, terémonos convertido en persoas significativas para os usuarios, polo que o noso reforzo ten un valor importante.

Consellos que facilitan a comunicación co usuario.

- Non interrompelo.
- Conter os silencios, choros, alteracións emocionais, etc.
- Dar a túa opinión, pero de forma discreta, sutil e sempre que nola pidan.

- Sinais auditivos de escoita (ummm, si, xa...).
- Non anticiparse ao que pensamos que vai dicir.
- Adecuar a nosa expresión facial, a postura e os xestos de acordo coa situación.
- Manter un contacto visual máis ou menos estable, pero non sos-tido.
- Elixir o lugar e momento adecuado para facer unha interven-ción.
- Observar o estado emocional da persoa antes de achegarnos ou establecer unha conversa.
- Facelo partícipe das intervencións pedíndolle o seu parecer (cando isto sexa pertinente).
- Falar non só do negativo ou do que fai mal, tamén de cuestións agradables.
- Utilizar unha linguaxe que entenda.

Elixir o lugar e momento adecuado para facer unha intervención.

Esta é unha das premisas esenciais á hora de comezar unha intervención. Se buscamos un lugar no que se poida establecer unha boa comunicación, sen interrupcións nin ruídos e ademais é un momento adecuado, a nosa comunicación terá máis probabilidades de éxito que se comezamos a intervir sen nos fixar nesta cuestión.

Estados emocionais facilitadores.

Os estados emocionais facilitadores son aqueles que favorecen, nunha determinada situación, que a nosa comunicación sexa máis efectiva. Está claro que se a persoa está nerviosa, preocupada por outros temas ou moi "pasada", non porá atención ás nosas mensaxes.

Petición de parecer.

É moi importante, xa que debemos ter en conta a opinión do usuario ao xerar alternativas para a intervención e resolución da súa situación.

A pregunta “¿Que se che ocorre que podemos facer para mellorar esta situación?”, é ideal. Ademais, non só contamos coa súa opinión, senón que o involucramos de maneira activa no problema e facilitamos un incremento da súa confianza en si mesmo e en nós, o cal reverte en maiores probabilidades de éxito.

Información positiva.

É importante que deamos en gran medida información positiva, xa que a tendencia é a falar daquilo que nos desgusta ou que non queremos que o outro faga ou diga, e isto vívese como un reproche. Non se trata de que obviemos a información negativa, pero si que a deamos na súa xusta medida ou en igual proporción.

Utilizar unha linguaxe clara.

Debemos utilizar unha linguaxe clara e axustada á da outra persoa, describindo moi ben que é o que desexamos que a outra persoa faga ou cambie, e sempre facilitando o maior número de operantes posibles para facilitarlle a tarefa ao máximo.

3. DELIMITACIÓN DE FUNCIÓNS E LÍMITES RESPECTO AOS USUARIOS

Os usuarios consumidores de drogas en activo que fan uso de calquera servizo asistencial, son persoas que con frecuencia presentan desinhibición comportamental debido ao consumo de substancias. Isto provoca, en ocasións, situacións de tensión e emerxencia nas que é imperativo que o equipo actúe coordinadamente poñendo límites, evitando unha escalada do ton e do comportamento hostil cara a outro abertamente violento e agresivo, facendo cumprir a normativa ou determinando a expulsión dun usuario ou o cerre temporal do recurso.

A relación cos usuarios débese establecer sempre deixando moi claros cales son os servizos que presta o programa, e cales as funcións que corresponden a cada membro do equipo. Cando a delimitación de funcións non está definida, e todos os membros do equipo se dedican a realizar intervencións de calquera nivel, tanto a falta de coñe-

cementos específicos e de preparación adecuada, como a posible diversidade de criterios, facilita que os usuarios vaian probando con cada un dos compoñentes do equipo ata conseguir que algún acceda aos seus intereses. Nese momento, o usuario exporá o trato comparativo que lle deron os distintos membros do programa, manifestando “bo rolo” con aquel/es que accederon aos seus intereses, e sentíndose “agraviado” polos que non. Isto fomenta a aparición de tensión e conflito nas relacións posteriores cos usuarios, e entre os mesmos membros do equipo, o cal redonda nunha deterioración do ambiente laboral e nunha peor calidade do servizo.

Para evitar isto, é importante lograr esta unificación de criterios e favorecer a coordinación e apoio dentro do equipo. Así pois, é conveniente:

- 1) pór en común e adecuar as expectativas de todos os membros do equipo respecto ao programa;
- 2) delimitar as funcións de cada membro do equipo;
- 3) relacionar as funcións cos obxectivos;
- 4) establecer e dar a coñecer as normas e a metodoloxía de traballo;
- 5) establecer mecanismos de comunicación e coordinación entre os distintos membros do equipo;
- 6) desenvolver dinámicas e supostos prácticos que favorezan a adquisición de estratexias de cohesión e coordinación do grupo ante diversas situacións (p.e. derivar a un compañeiro á demanda dun usuario; como detectar situacións de estrés dun compañeiro para apoiálo na súa tarefa; como afrontar situacións de conflito, etc).

Obviamente, é incuestionable a conveniencia de traballar estes aspectos previamente á posta en marcha do recurso, e ir revisándoos e adaptándoos ás novas situacións que se vaian suscitando ao longo do tempo.

Se o equipo se encontra cohesionado ante calquera situación de diferenzas ou conflitividade cun usuario, a mensaxe que se lle manda farase na mesma liña por parte de todos os membros do equipo. Desta maneira, a percepción de equipo cohesionado non só a percibe o propio equipo, senón tamén o usuario cuxo nivel de enfrontamento ou resistencia será menor ao comprobar que as mensaxes son claras e consensuadas. Isto evitará que se aproveite da diversidade de criterios e mensaxes para exceder os límites, as normas ou extralimitarse no

trato con algún membro do equipo. Ademais, a responsabilidade ou imposición destes límites e normas repártese entre todos os membros do equipo, conseguindo con isto que o usuario non focalice cunha determinada persoa como único responsable, a risco de que a súa relación con el se faga cada vez máis tensa.

Por exemplo, algunhas persoas teñen gran habilidade para manipular e tendencia a infrinxir as normas (moi común en usuarios con psicopatía, trastorno antisocial da personalidade, trastornos histriónico da personalidade e trastorno narcisista da personalidade). Normalmente o usuario proba e tentea a cada membro do equipo, observando e valorando a súa tolerancia, a súa flexibilidade e a súa forma de ser. É dicir, mide ata onde pode chegar con cada un deles. Cando o usuario percibe inseguridade ou indecisión nalgún membro do equipo, dáse conta que ten certo dominio ou pode chegar a telo sobre a situación, entón intenta aproveitarse diso e continúa presionando ou intimidando aínda máis, co obxecto de conseguir que esa indecisión ou inseguridade do membro do equipo sexa maior e ao final acabe cedendo aos seus propósitos.

Así mesmo, ante situacións conflitivas e tensas nas cales todos os usuarios se unen para ir en contra de alguén ou dun aspecto da atención que ofrece o programa, a actitude máis eficaz é a de intentar disgregar o grupo falando por separado con algún dos que “máis se fai respectar”, xa que normalmente o que adoita ocorrer é que un usuario en particular propiciou a situación por interese ou beneficio propio. De feito, hai usuarios que se queixan da falta de autoridade e da permisividade ante determinadas situacións ou comportamentos. Por iso, deben tomarse as medidas oportunas cando haxa un usuario que fomenta unha situación tensa e conflitiva ou interfira no correcto funcionamento do programa.

En consecuencia, é conveniente que todos os membros do equipo estean capacitados para se enfrontaren a este tipo de situacións, sabendo como transmitir e marcar de maneira correcta (é dicir, evitando que derive nun conflito aberto co usuario) uns límites claros e definidos (previamente consensuados polo equipo) no referente ás súas funcións e aos servizos que oferta o programa. Non debe quedar ningunha dúbida respecto ao tipo de relación que se debe establecer entre o profesional e o usuario (evitando converterse en amigo, aliado, confidente ou encubridor, xa que entón a relación deixaría de ser terapéutica), ou en referencia ao nivel e tipo de asistencia que rexen os obxectivos do programa en resposta a unha demanda excesiva ou inadecuada por parte do usuario (non se pode nin debe ofrecer de

maneira excepcional unha asistencia non recollida polo programa, xa que iso crea un precedente ao que, ese mesmo usuario ou outros que estivesen presentes, se acollerán cando lles conveña, provocando a nosa negativa un conflito con eles).

Neste sentido, só queda destacar a importancia de que exista unha fluída e frecuente comunicación entre todos os membros do equipo a través de reunións periódicas, que servirán non soamente para consensuar os criterios e a liña de actuación que se desenvolverá, senón que ademais deben servir para analizar aquelas situacións de conflito que provocaron desconcerto ou inseguridade, favorecer e canalizar a expresión de emocións dos membros implicados para mitigar os sentimentos de frustración, rexeitamento ou ansiedade que puidese xerar, e propoñer alternativas de actuación para evitalas en próximas ocasións. Para conseguir isto, é necesario desenvolver unha actitude analítica crítica, mediante a cal o equipo saiba recoñecer tamén os propios fallos con obxecto de evitar reproducilos nun futuro.

En conclusión, co fin de evitar calquera tipo de malentendido que poida derivar en conflito e deteriorar a relación con algún usuario, cada membro do equipo debe ter claro o seu rol e as funcións que lle son propias, e saber transmitirilles aos usuarios cal é o seu papel e a relación que se pode establecer entre eles.

Estilos de comportamento do profesional na atención a drogodependentes.

Adóitanse observar dous estilos de comportamento: 1) o estilo ríxido; e 2) o estilo tolerante e transixente. En principio ambos os estilos son contrarios, pero poden chegar a ser complementarios se se utiliza cada un na situación adecuada.

- No **estilo ríxido** predomina o método, as normas e a uniformidade. A dificultade de afrontamento ante determinadas situacións resólvese sempre aplicando a norma. Ante a dúbida, a norma da seguridade.
- No **estilo tolerante e transixente**, prima a relativización das normas en función da valoración que se fai de cada situación.

Ser tolerante e transixente como pauta cotiá de actuación, pode levar a que ao usuario non lle quede claro o papel e obrigas de cada membro do equipo, orixinando situacións de perda de respecto ou cuestionamento dos seus labores. De modo que ser tolerante e transi-

xente cos usuarios dependerá sempre da situación do momento. Esa flexibilidade virá marcada pola valoración persoal do membro do equipo que se deba enfrontar a unha situación determinada, e decidir sobre se é conveniente ou contraproducente, pero sempre axustándose aos criterios de actuación consensuados previamente por todo o equipo.

Polo contrario, ser intransigente e severo como pauta cotiá de actuación, provocará conflitos constantes xa que a imposición de normas nesta poboación é moi difícil e débese limitar ás menos posibles pero indispensables, sendo inflexibles nelas. Desta maneira, se se trata dunha cuestión irrelevante, actuarase de maneira flexible, mesmo chegando a non facer nada e, pasado o momento crítico, cando o usuario estea máis calmado, ou a situación sexa máis propicia, dialogarase con el sobre o sucedido.

Non obstante, se se produce unha falta grave de respecto, unha infracción clara e premeditada dalgunha norma ou calquera actitude negativa que poida interferir no adecuado funcionamento do programa e/ou seguridade dos membros deste, a pauta de actuación debe ser rápida e enérxica, chegando se é preciso a negar a atención ao usuario. É preferible que tales decisións se poidan comentar e valorar en equipo, pero se isto non é posible, o membro do equipo que está sendo obxecto ou observador da falta grave, debe tomar a iniciativa só e a tempo, antes de que se empeore a situación creada.

É importante que destaquemos en relación a todo isto, que o uso frecuente de ameazas só contribúe a que o usuario non as tome en serio e acabe desautorizando aos membros do equipo. En cambio, unha advertencia seria no momento oportuno pode evitar consecuencias peores e ser máis efectiva que a ameaza.

En calquera caso, á marxe do estilo de comportamento que predomine nos diversos membros do equipo, é importante superar a diversidade de criterios de actuación, intensificar a coordinación e aumentar o carácter cohesionado e complementario de todas as intervencións.

Establecemento dunha adecuada relación cos usuarios.

A mellor maneira de establecer unha relación cordial e de respecto cos usuarios é a través da calidade da atención que se lles dispensa e mostrando, en todo momento, un respecto cara a eles como perso-

as. Este recoñecemento ao noso labor é o único que nos vai proporcionar autoridade para realizar as nosas intervencións e para evitar situacións de enfrontamento e conflito.

Ofrecendo unha atención adecuada ás necesidades e demandas dos usuarios, proporcionándolles a información que precisan, e orientándolos cara a outros recursos que lles ofrezan unha atención integral moito máis especializada; en definitiva, demostrándolles que estamos para axudalos, é o único medio de que dispoñemos para que eles valoren o noso traballo como indispensable e, en consecuencia, para que confíen en nós como profesionais e persoas de referencia ás que deben respectar en todo momento.

Unha vez gañado ese recoñecemento ao noso labor, o respecto das normas básicas que rexen o programa será a tónica habitual. Isto pódese observar ata o punto de que algúns usuarios saen en defensa do equipo, cando un usuario se enfronta ou increpa a algún membro deste.

E para finalizar, e froito da nosa experiencia, cremos que é un erro referirse constantemente á existencia dunhas "normas" como único argumento para conseguir que se cumpran, se non van acompañadas do recoñecemento dos usuarios ao labor que con eles realizamos, e por tanto, un respecto cara á nosa persoa e cara ao propio programa.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Barrutia, Arregi, I.; Beitia, L.; González, B.; Leza, N.; Sagasti, A.; Martínez, S.; Arcaute, A.; Calvo, J.; Bacete, R.; Garzia, N.; Toresano, M.; Gallardo, M.: Aportaciones metodológicas a la cohesión de equipos sometidos a desgaste emocional. En: Trastornos Adictivos. Vol. 5 – Nº 2, 2003. Edicións DOYMA, S.L.
- Houts, P.; Markowicz, M.: Guía para el cuidado a domicilio del paciente con VIH y Sida. Colegio Americano de Médicos. Fundación Wellcome. España, 1999.
- Martín, C.: Guía de Counselling para Formadores. 2ª Edición. Escuela de Sida, Salud y Convivencia Fundación Anti-Sida España (FASE). Ed. Harmony. Madrid, 1997.
- Oller, E.: El papel de la enfermera en una unidad de toxicomanías. Jornades d'infermeria sobre toxicomanies Hospital del Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.

REDUCCIÓN DO DANO

1. INTRODUCCIÓN

A principios dos anos 70 produciuse en Europa un aumento do número de usuarios de drogas, principalmente de heroína, que comezaron a utilizar a vía inxectada. O que podía ter sido un problema de saúde pública máis ou menos controlable, coa aparición do virus da inmunodeficiencia humana (VIH) a comezos dos anos 80, converteuse nunha epidemia de difícil abordaxe, xa que as dimensións do problema non se limitaron á suma de ambas as cuestións (consumo de drogas e VIH), senón que se multiplicaron pola presenza de diversos factores que, como consecuencia da súa interacción, converteron a poboación usuaria de drogas por vía intravenosa (UDI) no grupo máis afectado por este virus. En España, concretamente, as taxas de incidencia rexistradas de sida (segue habendo casos VIH+ e sida sen rexistrar) sitúannos desde 1990 á cabeza de Europa.

“A gran mortalidade foi pola sida, non pola droga mesma (...) coas reservas oportunas porque nos primeiros anos non existía o VIH e descoñecemos se estaban infectados ou non, se comparamos os que se infectaron, e cantos deles faleceron, e dos que non se infectaron cantos faleceron, vemos que practicamente a mortalidade dos VIH positivos é cinco veces superior á mortalidade dos VIH negativos. Por tanto, aí está a clave.” (Zulaika, 2003)

Os factores aos que aludíamos con anterioridade, que multiplicaron as dimensións, e por tanto a abordaxe do problema son: 1) a alta taxa de usuarios de drogas que comezaban a utilizar a vía inxectada; 2) o descoñecemento do VIH e das súas vías de infección nos primeiros momentos; 3) a tardía resposta das institucións para frear a epidemia do VIH en poboación drogodependente a través do consumo por vía parenteral; 4) o rexeitamento social que se produciu tanto cara aos heroinómanos como cara ás persoas con sida; o cal derivou 5) na exclusión social de moitas destas persoas e no seu afastamento da rede sociosanitaria, converténdose así en “poboacións ocultas” de difícil acceso; e 6) na escasa oferta asistencial (centrada en programas

libres de drogas) e de difícil acceso, o que deixaba fóra do nivel asistencial a unha elevada porcentaxe de usuarios de drogas, concretamente, á que maior necesidade de atención precisaba.

Deste modo, foron estes factores os que ocasionaron a situación que se viviu durante a década dos 80 e que, afortunadamente, foi cambiando conforme se aceptou a necesidade de establecer un novo marco conceptual e asistencial sobre a abordaxe multifactorial do fenómeno das drogodependencias. É neste contexto no que fan a súa aparición os programas de redución do dano.

2. REDUCIÓN DO DANO CON DROGODEPENDENTES CON CONSUMO ACTIVO

O concepto de redución do dano con drogodependentes con consumo activo refírese, basicamente, ás accións desenvolvidas co obxectivo de reducir ou previr consecuencias negativas e daniñas para a súa saúde asociadas ás actitudes e comportamentos de risco que manifestan.

Este labor realízase a través de medidas psicosociosanitarias orientadas a poboación drogodependente en xeral, e de maneira máis específica a aqueles que non poden superar a súa adicción (con recaídas e fracasos terapéuticos frecuentes) e que foron desenvolvendo un funcionamento á marxe da rede asistencial e social normalizada, situándose en condicións de exclusión social que van incidindo nunha progresiva deterioración física e psicolóxica da súa persoa.

A primeira medida a adoptar é a detección das condutas de risco asociadas ao consumo e á sexualidade. Posteriormente, inténtase desenvolver un labor educativo que motive a adquisición de condutas e hábitos de prevención e hixiene alternativos ás condutas de risco detectadas, así como facilitar o acceso á información e materiais necesarios para a súa consecución.

Obxectivos dos programas de redución do dano con drogodependentes con consumo activo.

As intervencións circunscritas aos programas de redución do dano con drogodependentes con consumo activo xorden ante a necesidade de expoñer que a abstinencia non é a única alternativa asistencial. Por iso, os obxectivos destes programas están encamiñados a mellorar a calidade de vida dos drogodependentes, reducindo os riscos e problemáticas asociadas derivados do consumo e a exclusión social consecuencia da súa cronicidade.

Obxectivos xerais:

- Atraer e vincular os usuarios cara ao programa cubrindo necesidades primarias, establecendo unha continuidade do vínculo como mecanismo de enganche para a súa atención e achegamento aos distintos recursos da rede asistencial.
- Ofertar unha atención psicosociosanitaria que mellore a calidade de vida do usuario de drogas, facilitando a adopción de medidas hixiénicas básicas.
- Ser un mecanismo de detección sobre o terreo dos problemas e das necesidades desta poboación, non esperando a que sexa o propio drogodependente o que acuda aos servizos en demanda de atención. Isto facilitará a adecuación dos recursos asistenciais e orientará sobre o establecemento de futuras actuacións.
- Traballar con obxectivos individualizados e adaptados ás necesidades e ás demandas dos usuarios.
- Orientar o usuario que acode cunha demanda diversificada, sendo unha canle de información e asesoramento adecuada ás necesidades e problemáticas da poboación drogodependente.
- Favorecer medidas que eviten a exclusión social e sanitaria deste colectivo.
- Reducir as condutas de risco asociadas ao consumo e á sexualidade, aumentando os coñecementos e a percepción de risco dos usuarios, así como o acceso a material de venopunción estéril e preservativos.
- Diminución de patoloxías relacionadas coas prácticas de risco e o modo de vida derivado da exclusión social.
- Coordinar as accións e intervencións dirixidas a esta poboación cos recursos da rede asistencial, para establecer vías de comunicación e derivación fluidas que faciliten a atención do drogodependente.

Obxectivos específicos:

- Contactar con drogodependentes que se encontren en situacións de emerxencia psicolóxica, física e/ou social, que non demandan asistencia.
- Atención e/ou intervención en situacións de crise (sobredose, deterioración física ou psicolóxica importante, síntomas graves de patoloxía psiquiátrica, situacións extremas de exclusión social, saídas de prisión, etc.), dando soporte emocional e derivación se procede.
- Informar sobre os recursos sociosanitarios existentes, os seus horarios de atención, etc.
- Motivar o drogodependente a achegarse cara á rede asistencial, e a demandar calquera tipo de atención psicossociosanitaria como mecanismo para a toma de contacto, e posible enganche, cara ao tratamento e a atención integral da súa problemática.
- Facilitar o acceso dos usuarios de drogas á rede asistencial, favorecendo un incremento do número de usuarios que entran en contacto cos recursos asistenciais e a tratamento, entendendo este último como factor de prevención dunha deterioración biopsicosocial maior.
- Facilitar o acceso a material de inxección estéril e preservativos, como medidas profilácticas para previr as infeccións e reinfeccións máis prevalentes nesta poboación.
- Reducir os riscos asociados ao consumo de drogas (tanto os derivados do consumo crónico, como das circunstancias e das condicións en que se leva a cabo) e minimizar as súas consecuencias.
- Diminuír as taxas de infección e reinfección por VIH, VHB e VHC.
- Diminución de mortes por sobredose.
- Diminuír os índices de exclusión social.
- Diminución do exercicio da prostitución.
- Detección precoz de embarazos en mulleres drogodependentes.

En conclusión, a redución do dano está orientada a regular o problema condutual do drogodependente, intentando reducir as diversas condutas de risco que manifesta e minimizando os danos que estas orixinan. Deste modo, prevese un empeoramento futuro da situación física, psicolóxica e social do individuo que faga máis complexa e dificultosa a abordaxe integral da súa problemática asociada ao consumo de drogas, e da exclusión social derivada deste.

Poboación á que se dirixen os programas de redución do dano.

En principio, os programas de redución do dano dan cobertura asistencial básica a poboación drogodependente en xeral, aínda que tenden a orientar a súa intervención cara a poboación composta por drogodependentes que non poden superar a súa adicción (con recaídas e fracasos terapéuticos frecuentes) e que foron desenvolvendo un funcionamento á marxe da rede asistencial e social normalizada, situándose en condicións de exclusión social que van incidindo nunha progresiva deterioración física e psicolóxica da súa persoa.

O que non é un programa de redución de danos.

Non é un centro de tratamento de drogodependencias, nin un centro de atención primaria, nin unha unidade psiquiátrica, nin un centro de servizos sociais. Por tanto, non debería suplir ningunha das funcións destes centros especializados.

Non é un centro dirixido á poboación xeral, senón a unha parte da poboación que presenta unha problemática específica: as drogodependencias.

Programas de captación activa e intervención en medio aberto (outreach).

Estes programas están formados por un equipo que se despraza ás zonas marxinais de tráfico e consumo de drogas, co obxecto de:

- 1) contactar cos colectivos drogodependentes de difícil acceso aos que non chega a rede asistencial normalizada (e que por tanto quedan fóra dela);
- 2) facilitarlles o acceso a material de inxección estéril;
- 3) informalos sobre os mecanismos de transmisión de certas enfermidades (VIH, VHB, VHC, tuberculose, cándida, etc) e diminuír a súa prevalencia;
- 4) detectar e modificar prácticas de risco relacionadas co consumo e coa sexualidade;

- 5) atender as súas demandas e necesidades básicas dentro dos límites e posibilidades do programa;
- 6) proporcionar información adecuada ás súas necesidades e demandas;
- 7) derivar a outros recursos da rede asistencial que lles poidan ofrecer unha resposta máis adecuada ás súas necesidades.

Desta forma, o labor realizado neste tipo de programas, actúa orientado a establecerse como unha “porta de entrada (*gatekeeper*)” destes usuarios cara á rede asistencial normalizada. A maneira en como se leva a cabo é a través da captación activa de usuarios, con intervencións rápidas (que en ningún momento suplirán as funcións dos recursos sociosanitarios normalizados) e xestionando as derivacións cara aos recursos correspondentes. Sendo así estes programas unha “porta de entrada” que favorece o acceso e a integración deste colectivo na rede asistencial normalizada e, por conseguinte, unha maior probabilidade de reinserción social.

Os recursos entre os que se deberían establecer mecanismos de coordinación para facilitar o acceso e atención integral dos drogodependentes, son:

- Unidades de atención ao drogodependente (UAD).
- Outros recursos non institucionais de atención ao drogodependente.
- Servizos de urxencia.
- Unidades hospitalarias de infecciosos.
- Centros de información e prevención sobre o VIH/sida.
- Centros sanitarios de atención primaria.
- Servizos sociais.
- Albergues e comedores.
- Policía Nacional e Local.
- Prisións.

Como estratexia para atraer a poboación drogodependente, os programas de captación activa adoitan incorporar o intercambio de xiringas (PIX). Deste modo, estes programas cobren os obxectivos dos PIX e ademais favorecen o contacto continuado con poboación drogodependente de difícil acceso.

Este labor permítelles actuar aos programas de captación activa e intervención en medio aberto, como receptores inmediatos das necesidades e das demandas desta poboación, establecéndose como mecanismo de detección precoz de novos hábitos de consumo e patoloxías asociadas; e ao mesmo tempo, facilitando o acceso destes usuarios cara á rede socio-sanitaria normalizada a través dun adecuado traballo de derivación.

Polo tanto, ser un mecanismo de detección sobre o terreo dos problemas e das necesidades desta poboación (non esperando a que sexa o propio drogodependente o que acuda aos servizos en demanda de atención), facilita unha recollida de información determinante para a adecuación dos recursos asistenciais e orienta sobre o marco conceptual e práctico que deben adquirir futuras actuacións.

Obxectivos dos programas de captación activa e intervención en medio aberto.

Os obxectivos dos programas de captación activa e intervención en medio aberto con drogodependentes, son:

- Prover de material de inxección estéril.
- Recoller o material de inxección usado.
- Distribuír materiais de información e educación para un consumo de menos risco (puntos de inxección, venopunción hixiénica, busca de vías, etc.).
- Dispensación de preservativos e materiais de información e educación sobre sexo seguro.
- Reducir as taxas de infección por VIH, hepatite, etc.
- Identificar, informar e dar consellos sobre condutas de risco asociadas ao consumo (vía parenteral e fumada, policonsumo e interacción con fármacos, etc.) e asociadas á sexualidade (práctica da prostitución, uso do preservativo, etc.).
- Contactar con drogodependentes que están fóra da rede asistencial e que forman parte das denominadas “poboacións ocultas” de difícil acceso por parte dos servizos asistenciais normalizados.
- Recoller as demandas e necesidades dos usuarios, atendendo aquelas que se circunscriben ao ámbito de actuación do programa, e derivando aos recursos correspondentes as que excedan as posibilidades ou competencias deste.

- Ser un servizo ponte ou intermediario que facilite o acceso dos drogodependentes aos diversos recursos da rede xeral de saúde e servizos sociais.
- Manter un contacto periódico cos usuarios do servizo para asegurar o seu dereito á asistencia, o seguimento das intervencións realizadas e coñecer a súa problemática psicosociosanitaria para adaptar o servizo ás súas necesidades, achegando respostas áxiles e funcionais.
- Realizar actividades que poidan beneficiar as condicións hixienico-sanitarias do lugar (recollida de xiringas do chan, lixo, etc.), en beneficio directo dos usuarios e da zona en xeral.

A vantaxe da incorporación de dispositivos móbiles a estes programas, radica en que estes acercan os PIX ás zonas frecuentadas polos usuarios de drogas (zonas de venda e consumo). Isto permite acceder a unha poboación drogodependente de difícil localización e acceso, e facilita a mobilidade no caso de que eses puntos de referencia sexan desprazados. Deste modo, tanto a situación (é conveniente evitar situarse excesivamente próximos aos puntos de venda, sendo recomendables lugares no itinerario de ida ou volta a estes), como a frecuencia e os horarios das unidades móbiles débense axustar e responder á localización previa destas zonas; os usuarios serán informados da localización exacta da unidade móbil, dos horarios de atención, así como dos cambios puntuais ou permanentes que se realicen.

Non obstante, este tipo de servizo non deixa de presentar certos inconvenientes:

- A pesar de que é o dispositivo o que se achega ao usuario en lugar de ser ao revés (favorecendo así o seu uso anónimo), os contornos destes dispositivos son aproveitados pola policía para a localización de persoas en situación ilegal, o cal pode dificultar o acceso regular ao servizo dunha notable porcentaxe de usuarios.
- A súa localización debe ser estudada e valorada non só en función das zonas frecuentadas polos usuarios, senón tamén pola repercusión que poida ter na veciñanza.
- Non permite un adecuado rexistro e seguimento de casos, nin reorientación sobre as derivacións realizadas a outros recursos.

Para favorecer a consecución de obxectivos e a atención integral desta poboación, convén que as unidades móbiles estean coordinadas cos distintos recursos da rede asistencial, dispoñendo dunha adecua-

da guía de derivación, que permita a súa integración dentro da rede asistencial normalizada e a non duplicación de recursos, esforzos, gasto e a proliferación de diversidade de criterios.

Isto último, a diversidade de criterios, é unha cuestión que precisa ser abordada con urxencia, pois actúa en contra da calidade dos servizos, dos intereses do usuario e da credibilidade dos profesionais. Se temos en conta que desde as unidades móbiles estamos traballando con usuarios con consumos en activo (e por tanto baixo os efectos de substancias), que unha porcentaxe considerable presenta sintomatoloxía indicativa de patoloxía dual, e que o desempeño do noso labor se realiza nunhas condicións laborais precarias polas características do servizo (na rúa, con escasas medidas de seguridade), é importante consensuar os criterios de intervención dos diversos recursos, pois a súa diversidade pode chegar a pór en cuestionamento algunhas das nosas intervencións ou a imaxe e a credibilidade do programa ou dos profesionais que o compoñen, abocándonos en ocasións a situacións de enfrontamento e hostilidade por parte dalgúns usuarios.

Programas de apoio residencial.

Os programas de apoio residencial establécense como mecanismos terapéuticos de apoio para diminuír as patoloxías relacionadas co modo de vida derivado da interacción entre consumo de drogas e exclusión social. É dicir, para evitar ou pór freo aos procesos de deterioración física e mental dalgúns drogodependentes que se encontran en situación de exclusión social.

Así mesmo, actúan como un recurso educativo que asesora os usuarios sobre prácticas hixiénicas e seguras relacionadas co consumo de substancias e coa sexualidade, e por tanto, como reducir os riscos asociados.

3. AS SUBSTANCIAS

3.1. A METADONA

¿Que é a metadona?

A metadona é un opiáceo sintético con propiedades farmacolóxicas similares á morfina, entre as cales destacan:

- produce un efecto analxésico
- a súa eficacia por vía oral
- presenta unha acción prolongada que suprime ou atenúa os síntomas de abstinencia en persoas con dependencia a opiáceos
- mostra efectos persistentes e controlados coa administración adecuada e repetida

Metadona versus heroína.

A metadona é un opiáceo o mesmo que a heroína, polo tanto tamén xera dependencia, pero as súas características fan que sexa moito máis segura. Para empezar:

- 1 Pódese administrar por vía oral en forma de pastilla ou “chupito”.
- 2 Non “coloca” polo que se pode desempeñar unha vida normal, incluído traballar.
- 3 O efecto é máis duradeiro que o da heroína e pódese regular para evitar as subidas e baixadas, polo que tomándoa regularmente se evita ter “mono”.
- 4 É un medicamento controlado farmacéuticamente e administrado gratuitamente, polo que non contén impurezas ou “cortes” perigosos (talco, estricnina, etc.), nin tes que buscar a vida para poder comprala.
- 5 Tomar metadona non dana o organismo. O fígado transforma o clorhidrato de metadona noutra substancia que, a través dos riles, é eliminada pola urina.
- 6 Evita as patoloxías orixinadas pola venopunción sen asepsia, o risco de compartir xiringas ou outro material de inxección, e polo tanto, reduce as probabilidades de infección e reinfección por VIH, hepatitis, e a presenza de abscesos, flebite, etc.

Algúns usuarios ou familiares de usuarios comentan que a metadona “engancha” máis que a heroína porque os síntomas do “mono” da metadona son peores que os da heroína. Isto non é exactamente así, e é importante saber explicarllo adecuadamente tanto aos usuarios como aos familiares para evitar que esta equivocación siga circulando de boca en boca, e que faga dudar a algúns usuarios da conveniencia de entrar nun programa de mantemento con metadona. En realidade, o que sucede é que polas características da metadona, os síntomas do “mono” duran máis días, non obstante son menos intensos. Pasar o “mono” da heroína vén ser como unha forte gripe, e acostuman durar uns 4 ou 5

días os síntomas máis graves, e como unha semana outros máis leves. Polo contrario, o “mono” da metadona acostuma durar entre 15 e 30 días, pero os síntomas son leves. Esta sensación de que dura máis días é o que lles fai crer aos usuarios que “engancha” máis, pero, repetimos que os síntomas son moito máis leves, e polo tanto, menos perigosos e esgotadores para o organismo. En calquera caso, o período que dure a síndrome de abstinencia da heroína tamén vai depender, principalmente, da frecuencia de consumo e da pureza do material que se consume, así como de características persoais como a absorción e a eliminación da droga polo organismo, a condición física da persoa, etc.

O máis adecuado que podemos facer cando un usuario nos formula as súas dúbidas sobre a conveniencia de entrar nun programa de metadona, é:

- 1 Aclararlle que a metadona non “engancha” máis que a heroína.
- 2 Informalo sobre os recursos nos que pode conseguir a metadona e motivalo a que acuda en busca de máis información ou para entrar en tratamento.
- 3 Recomendarlle que non compre a metadona na rúa:
 - posto que a cada persoa se lle axusta a dose de metadona que necesita, e se toma a doutro pode quedarse de “mono” se a dose que lle venderon é menor que a que el necesita; ou pode ter unha intoxicación ou sobredose se é maior.
 - se compra a metadona a persoas distintas, estará tomando case con toda seguridade doses distintas, polo que tamén poderá quedar unhas veces de “mono” e outras con risco de sobredose.
 - poden estar dándolle o “pao” e venderlle, por exemplo auga con limón se a metadona é líquida.
 - se ademais, nalgún momento decide entrar nun programa de metadona, o axuste desta será máis difícil xa que o usuario non sabe exactamente as doses que estaba tomando daquela que compraba.
- 4 Finalmente, se algún dos usuarios está xa nun programa de metadona e está pensando deixala, hai que recomendarlle que o faga de maneira planificada con axuda profesional dun experto en drogodependencias, para evitar que aparezan síntomas molestos ou que se consuman outras drogas como alcohol ou pastillas para atenualos, co risco que isto supón de volver consumir porque non se soportan as molestias ou a “engancharse” a outra droga (o alcohol por exemplo) para deixar a metadona.

Motivar cara a programas de mantemento con metadona.

A metadona é un medicamento, e como tal hai que mostrarllo ao usuario. Existen moitas razóns de porqué sería interesante entrar nun programa de metadona se está consumindo heroína, e será nestas razóns nas que teremos que apoiarnos para motivar o usuario cara a este tipo de programas.

Algunhas destas razóns ou vantaxes son:

- Non tes que estar buscando a vida na rúa durante todo o día para conseguir as doses de heroína. O efecto da metadona dura todo o día e non ten baixadas nin “mono”.
- Facilitásete gratuitamente e con control sanitario, polo que non tes que temer ás impurezas ou “cortes” da heroína.
- Ao non necesitar estar buscando a vida para o consumo, reducirás a cantidade de actos ilegais e as súas consecuencias coa policía e coa xustiza.
- É legal, polo cal o seu consumo non che xerará problemas coa xustiza.
- Tómase por vía oral, evitando os riscos asociados á vía intravenosa e inhalada (“chinos”).
- Terás un equipo de profesionais que te darán apoio e que te asesorarán no que precisas.
- Terás a oportunidade de refacer a túa vida xa que non estarás tantas horas na rúa buscando a vida para consumir. Poderás amañar cousas pendentes, buscar traballo, formarte ou mellorar a túa cualificación laboral, recuperar algunhas relacións sociais e facer que estas sexan máis agradables e duradeiras.
- En caso de que non queiras deixar de momento os opiáceos pero si o estilo de vida que implica o consumo de heroína, a metadona pódete axudar a conseguilo. Máis adiante, se o desexas poderás deixala gradualmente asesorado por profesionais.
- Iso si, ten en conta que se tomas metadona e ao mesmo tempo consumes cocaína, ademais de que os efectos da cocaína son opostos aos da metadona poden darche a sensación de que os efectos desta son menores; o consumo de cocaína é moi compulsivo, nunca é suficiente nin te sacia, polo que require un enorme gasto de diñeiro que pode implicar manterte na rúa

buscando a vida e delinquindo, dificultando o cambio no estilo e calidade de vida. Co tempo, se te mantés no “circuíto de rúa”, é probable que volvas caer na heroína.

Empezar un programa de mantemento de metadona.

Cando derivemos un usuario a unha Unidade de Atención o Drogodependente (UAD) para ingresar no programa de mantemento de metadona ou estea interesado en que o informemos sobre este tipo de programas, resulta conveniente informalo sobre algunhas cuestións. En calquera caso, os profesionais das UAD entrarán en explicacións máis concretas e profundas, polo que nós simplemente reforzaremos a motivación do usuario cara ao programa de mantemento con metadona, orientándoo sobre os pasos que debe seguir.

Algunhas das cuestións que podemos comentar co usuario para orientalo, son:

- A dose inicial de metadona establécea o profesional de forma individual. Polo tanto, comprar a metadona na rúa non é moi recomendable porque non se axusta ás túas necesidades.
- Esta dose indícaa o médico da UAD en función:
 - da dose de heroína que viñas consumindo ultimamente
 - da tolerancia que presentas
 - do tempo de consumo
 - dalgunha enfermidade que teñas (por exemplo, o VIH reduce os efectos da metadona, polo que é recomendable que llo digas para que cha axuste tendo isto en conta).
- A dose ideal para cada persoa é aquela que:
 - logra evitar o malestar do “mono”
 - diminúe as ganas de consumir heroína
 - non xera maior adicción (para iso, non enganes o teu médico dicíndolle que tomas máis heroína da que tomas para que che poña unha dose máis alta, porque daquela corres risco de sobredose e de aumentar a túa adicción).
- O efecto da metadona é máis lento que o da heroína, menos intenso e non hai “flash”. Non obstante, é máis duradeiro. Ao principio de tomar metadona, esta tarda uns 30 minutos en ser absorbida e 4 horas en comezar a facer o máximo efecto. Ten

paciencia. Durante os primeiros días, a metadona únese ás células do fígado e á graxa formando como uns depósitos ou reservas de metadona no teu corpo. Durante o tempo que tarden en encherse estes depósitos, é posible que notes menos o seu efecto. A metadona que teñas no sangue o primeiro día será menor que ao cuarto, espera a que a dose que che prescribiron empece a facer efecto. Non te impacientes e penses que a dose é insuficiente e por iso vaias consumir heroína, corres risco de sobredose nese caso. Se tomas a metadona todos os días e os teus depósitos están cheos, manterás os niveis de metadona estables e iso farache encontrar ben e darache control. Porén, se tomas metadona uns días e outros deixala de tomar para consumir heroína, os depósitos ou reservas de metadona que tes no teu corpo iranse baleirando, e cando a volvas tomar terán que encherse de novo sendo así menor o seu efecto. Estes depósitos tardan uns tres días en encherse, durante ese tempo sentiraste mal. Por iso, tomar a dose prescrita todos os días é o aconsellable para que notes os seus efectos e non te encontres mal.

- É importante que tomes a dose prescrita e non que só a tomes cando queiras nin combinada con outras drogas. En caso de tomar máis dose da prescrita ou combinala con outras drogas (como alcohol, heroína ou benzodiazepinas) corres o risco de intoxicación ou sobredose. Se polo contrario non a tomas con regularidade, podes quedar de “mono” porque o efecto da metadona xa dixemos que é máis duradeiro, e isto é así porque é acumulativo, parte da metadona gárdase nas células graxas do organismo e vaise liberando pouco a pouco. Se esgotamos estas reservas, é fácil que aínda tomando a metadona do día, ao final deste notes leves síntomas de abstinencia.
- Tamén pode darse o caso de que, ao principio, a dose de metadona que te prescriban sexa excesiva e que dea sensación de adormecemento, aparvamento ou atordamento mental. Se te sucede isto, coméntallo ao médico da UAD que te está atendendo para que poida axustarcha.
- Ás veces a metadona pode dar algunhas molestias durante os primeiros días, aínda que non é moi frecuente. Pode ser que durmas mal, teñas dor nas articulacións, sequidade de boca e nariz, dificultade ao ouriñar, arroubamento da pel, proído, sensación de dificultade ao respirar ou outro tipo de molestias. Se é así, coméntao co médico da UAD para que te axude a superalas.

- Se pensas viaxar ou trasladarte de domicilio, coméntao con tempo na túa UAD para que poidan prepararte máis metadona, para facer os trámites necesarios para que a poidas recoller nalgún centro dispensador da cidade ou zona a onde vas de viaxe, ou para trasladar o teu expediente se cambias de domicilio. É importante que avises con tempo para ir axilizando trámites e que estea todo resolto antes de que te vaías.

Consideracións importantes no consumo de metadona.

- Se estás nun programa de mantemento de metadona, pero o desexo de consumo de heroína é moi alto, coméntallo na UAD para que che axuden a superalo. Non obstante, se decides consumir, procura facelo pouco e con material estéril. Recorda: Non compartas o material de inxección, a pipa ou o tubo con ninguén.
- Ademais, se pensas consumir heroína, alcohol ou benzodiazepinas, recorda que a metadona é un opioide e que os seus efectos se sumarán ao das outras substancias, polo que podes sufrir unha intoxicación ou unha sobredose. Polo tanto, se tomas metadona evita consumilas.
- A tolerancia que desenvolves á heroína será determinante á hora de axustar a dose de metadona. Pero se te mantés no programa de metadona e pouco a pouco te van baixando a dose, se volves consumir heroína pensa que agora a túa tolerancia será máis baixa e se tomas a mesma cantidade de heroína que antes de entrar no programa de metadona, o efecto vai ser moito maior e é moi posible que sufras unha sobredose. De feito, as sobredoses máis frecuentes adoitan darse cando un leva tempo sen consumir e volve facelo utilizando a mesma dose que antes.
- Se tes problemas de fígado (hepatite B ou C, cirrose, etc.), coméntallo ao teu médico da UAD. Hai que ter coidado e facer controis para evitar que o tratamento che cause danos, sobre todo ao principio que é cando se van aumentando as doses ata conseguir a adecuada para ti.
- Se tomaches a metadona e vomitas durante a hora e media seguinte, é moi probable que a esteas tirando xunto co vómito, polo que non notarás os seus efectos. Se sucede isto, informa o teu médico da UAD para ver se che pode proporcionar outra dose. Se persisten os vómitos e son frecuentes, consulta a que poden ser debidos xa que seguramente será por un problema

de saúde, non pola metadona. Se vomitas durante a hora e media seguinte despois de tomar a metadona e non podes conseguir outra dose, vai a un servizo de urxencias para ver se poden paliar os efectos do "mono". No suposto de que non o consigas e decidas consumir heroína porque notas os efectos do "mono", procura fumar un "chino" pouco a pouco xa que, como dixemos antes, o máis probable é que baixase a túa tolerancia e se te inxectas todo o material de golpe podes sufrir unha sobredose. Ao fumala poderás controlar mellor os efectos e parar cando te quites o "mono", gardando a "gota" restante para despois por se volveses sentilo antes de conseguir a metadona do día seguinte.

- Ante calquera consulta médica ou medicamento que che receite o teu médico, coméntalle que estás tomando metadona. Se te van operar de algo, é moi importante que o digas polo tema da anestesia, pode que usen a dose normal e que non faga o efecto desexado, ou que xurda algún tipo de complicacións. Coméntallo antes ao teu médico, e no quirófano ao anestesista.
- Se estás tomando metadona e tes receitados tranquilizantes, non tomes máis dos que che prescribiu o teu médico da UAD. Se te pasas coa toma de tranquilizantes, aínda que non esteas tomando metadona, pódete provocar un estado de confusión mental no que che vai ser difícil pensar con claridade, o que implica que poidas cometer condutas de risco como esquecer pór o preservativo para manter relacións sexuais ou volver consumir sen tomar medidas hixiénicas, co risco que ambas supoñen de infectarte ou re infectarte polo VIH, a hepatite e outras ETS. Procura sempre que sexa o teu médico da UAD o que receite os tranquilizantes, o teu médico de cabeceira ao mellor non sabe que tomas metadona e prescribete doses ou tomas que non te irán ben.

Deixar o Programa de mantemento con metadona.

Como dicíamos, cando unha persoa decide deixar o tratamento con metadona, é conveniente que o faga con axuda profesional; nunca pola súa conta, isto comporta riscos.

Durante o tempo que estivo tomando a metadona, o seu organismo foi desenvolvendo tolerancia a ela e afíxose a funcionar con ela. Cando a retiramos de golpe, a metadona que queda no sangue ou nos depósitos de reserva, segue actuando durante dous ou tres días ata

que se esgota. Entón é cando se empezan a notar os primeiros síntomas do “mono”. Estes síntomas poden ser:

- dor nos músculos, ósos e articulacións
- cambras en brazos e pernas
- diarrea
- mareos e vómitos
- bocexar
- espirrar
- sentir frío e ao mesmo tempo suar
- febre
- ter os ollos e o nariz cargados
- insomnio ou durmir con dificultade
- sentir ansiedade, cansazo, hostilidade, etc.

Xeralmente as molestias van aparecendo pouco a pouco, entre as 24 e as 48 primeiras horas despois da última toma de metadona, e aumentando a medida que pasan os días. Cando peor se vai encontrar a persoa é entre os catro e 14 días de ter abandonado bruscamente a metadona, podendo chegar a notar síntomas residuais ata un mes despois. Para evitar todas estas molestias, é recomendable facelo conxuntamente coa axuda e co asesoramento do médico da UAD.

3.2. HEROÍNA

O consumo habitual de heroína xera tolerancia con rapidez, polo que o usuario necesita aumentar as doses para experimentar os mesmos efectos. Este feito é o que xera dependencia física e psicolóxica. Unha vez que se desenvolveu a dependencia, a ausencia de heroína ou de doses inferiores ás habituais, provoca a síndrome de abstinencia ou “mono”, que se caracteriza por síntomas desagradables como: náuseas e vómitos, diarrea, dores musculares, suores, lagrimexo, febre, insomnio e moita ansiedade.

O intento por superar a síndrome de abstinencia e que desaparezan estes síntomas, é o que obriga o usuario a estar continuamente, e de maneira obsesiva, buscando a vida para financiarse o consumo.

Vías de administración da heroína.

De cara á intervención con cada usuario é interesante non só coñecer que drogas consome senón tamén con que frecuencia, que vías utiliza para iso e cal delas é a habitual. Isto axudaranos, entre outras cousas, a detectar as posibles condutas de risco que poida estar cometendo e as patoloxías médicas asociadas que se poidan presentar.

As vías de administración da heroína son:

- **Nifrada:** é a aspiración do po polo nariz, moi rara na heroína.
- **Fumada:** é o que se chama facer un “chino”. Consiste en pór a heroína sobre papel de prata e aplicar calor cun chisqueiro por debaixo del, aspirando o fume que produce a súa combustión a través dun tubo, dun billete enrolado ou dun anaco de papel de prata que acostuman enrolar sobre un cigarro para darlle forma cilíndrica.

É frecuente observar que cando fuman un “chino” adoitan compartilo porque o “pillaron” a medias ou porque os convidan a unhas caladas. Nestes casos, é importante informalos de que cada un utilice o seu tubo para aspirar o fume da combustión, pois existe risco de infección de certas enfermidades (por exemplo a tuberculose ou unha cándida) ao entrar en contacto ambos coa mesma superficie do tubo.

- **Endovenosa:** consiste en preparar a heroína diluíndoa en auga bidesutilada e cargándoa nunha xiringa, para despois inxectarse nunha vea. Vulgarmente coñécese como “meterse un pico” ou “chutarse”.

Hai que aconsellar e informar os usuarios sobre as medidas de hixiene e esterilidade adecuadas para unha venopunción segura, incidindo especialmente na conveniencia de non coller unha xiringa do chan, nin compartir con outras persoas a xiringa nin outro tipo de material de inxección (filtro, recipiente para a mestura, etc.), dado o risco de infección por VIH, hepatite e outras enfermidades.

Se algún usuario presenta dificultades para atopar unha vea, podemos recomendarlle que aplique calor na zona de inxección onde cree que vai encontrar unha para que esta se faga máis visible. Isto é moi común no inverno cando vai frío e as veas tenden a estar máis profundas para manter a temperatura corporal. En caso de que vaia de “mono” e non a encontre, ou mostre moita ansiedade e isto lle impida “pillar” a vea, podemos aconsellarlle que faga parte do material nun “chino” para diminuír o “mono” e a ansiedade, e cando estea máis tranquilo que se meta o resto en vea.

- **Intramuscular:** o proceso de preparación é o mesmo, pero esta consiste en inxectarse no interior dun músculo. Utilízana os usuarios que teñen dificultades para atopar unha vea ou que se lles fixo "callo". Nestes casos, é recomendable que se pasen ao "chino" para evitar infeccións e males maiores.

Efectos da heroína:

- **Efectos psicolóxicos:**
 - Euforia: é o que chaman "flash" e adoita durar entre 5 e 10-15 minutos. Despois prodúcese unha sensación de benestar.
 - Sensación de benestar / analxesia: actúa sobre a afectividade e as emocións desagradables diminuindo a súa intensidade.
 - En certos trastornos mentais produce un alivio da sintomatoloxía. Por exemplo, en psicóticos reduce os síntomas agudos. Isto xera que algúns enfermos mentais utilicen o consumo de heroína con fins "terapéuticos".
- **Efectos fisiolóxicos:**
 - Náuseas e vómitos: adoitan aparecer nos primeiros consumos, despois dun tempo desaparecen.
 - Analxesia: actúa controlando a intensidade da dor.
 - Miose: pupilas pequenas como a cabeza dun alfinete. Pode aparecer midríase (pupilas moi grandes) se nunha sobredose a persoa sofre unha hipoxia cerebral.
 - Inhibición do apetito.

Riscos da heroína:

- **Riscos psicolóxicos:**
 - Alteracións cognitivas (dificultades de concentración e problemas de memoria).
 - Alteracións da personalidade.
 - Trastorno de ansiedade e/ou depresión.
- **Riscos fisiolóxicos:**
 - Adelgazamento (pola inhibición do apetito).

- Estrinximento.
- Carie.
- Anemia.
- Amenorrea (perda da menstruación).
- Insomnio.
- Diminución do desexo sexual.
- Redución da frecuencia respiratoria e do volume de oxíxeno.
- Hipertonía muscular, cuxa principal complicación é que pode afectar a capacidade respiratoria, xa diminuída.
- Infeccións (VIH, hepatite, tuberculose, cándida, etc.) asociadas á vía de administración da droga e ás condicións hixiénico-sanitarias nas que ten lugar o consumo.

Síndrome de abstinencia da heroína (e outros opiáceos).

A síndrome de abstinencia da heroína sobrevén tras a interrupción brusca da súa administración, o consumo de doses máis baixas ás habituais ou tras a administración dun antagonista.

A intensidade desta síndrome de abstinencia dependerá: 1) do tempo de adición; 2) da cantidade habitual que se consome; 3) da pureza da substancia, pois esta pode variar; 4) do tempo transcorrido desde o último consumo; 5) do estado físico e mental da persoa; e 6) da percepción por parte desta dos síntomas físicos e psíquicos, así como da súa capacidade para sobrelevalos ata conseguir unha dose.

A sintomatoloxía asociada á síndrome de abstinencia da heroína comeza a manifestarse:

- **Entre as 4 e as 8 horas** despois do último consumo, variando en función de todos os factores nomeados con anterioridade. Os primeiros síntomas en sentirse son ansiedade, bocexos, lagrimeiro, etc., a ansiedade é o que motiva a persoa a unha busca obsesiva para conseguir unha nova dose, e pode ser ao mesmo tempo esta necesidade a que alimenta a ansiedade.
- **Cara ás 12 horas**, a sintomatoloxía anterior aumentou e ademais apareceron outros síntomas como midríase, piloerección, calafríos, dores musculares e das articulacións, tremores, inquietude e irritabilidade.

- **Entre as 18 e as 24 horas** todo o cadro anterior se agrava e provoca un aumento da temperatura, da frecuencia cardíaca (devido probablemente ao aumento da ansiedade) e da frecuencia respiratoria (podendo hiperventilar, tamén como consecuencia do aumento da ansiedade). Presentándose ademais unha notable axitación psicomotriz, perda de peso, náuseas e insomnio ou dificultade para conciliar o sono.
- **Entre as 24 e as 36 horas** é cando se mostra a síndrome de abstinencia con maior agudeza, chegando a provocar vómitos, diarreas, espasmos abdominais e exaculacións espontáneas.
- Todos estes síntomas poden prolongarse ata **as 72 horas**, a partir das cales o cadro comeza a remitir gradualmente ata o 5º ou 6º día.

3.3. COCAÍNA

As diferentes formas de presentación e consumo da cocaína son de grande interese xa que en función da vía utilizada, os efectos, a toxicidade e o grao de adicción van ser variables. As follas de coca, tras uns procesos de elaboración química, dan lugar aos seguintes derivados:

- **Clorhidrato de cocaína:** é a principal forma de consumo. Pódese consumir mediante o nifrado nasal do po, xeralmente colocado en forma de raia e aspirado a través dun billete enrolado ou dunha cánula. A súa acción comeza a notarse a partir dos tres ou catro minutos, e dura entre 20 e 40 minutos aproximadamente. Esta forma é a utilizada principalmente pola xente que empeza e fai un uso recreativo dela, co risco que comporta de pasar do uso ao abuso e á adicción, e ás condutas de risco inherentes ao seu consumo. De feito, a súa acción irritante provoca pequenas lesións e úlceras na mucosa nasal, sendo un factor de risco de transmisión de enfermidades infecciosas ao compartir o billete ou cánula con restos ou partículas de sangue.

A inxección de cocaína provoca un efecto practicamente inmediato (30 segundos), pero a súa duración é menor, situándose entre os 10 e os 20 minutos, coa aparición posterior dun intenso "crash" (disforia, irritabilidade e alteracións gastrointestinais). É moi frecuente que os consumidores de opiáceos a mesturen con heroína ("speedball"), nun intento de obter un flash máis intenso e para evitar os efectos de rebote desagradables

que provoca a cocaína. O consumo de cocaína ou “speedball” por vía endovenosa, comporta moitos máis riscos a nivel de saúde e dependencia que por calquera das outras vías. Xeralmente, utilizar unha ou outra vía adoita depender do grao de dependencia que presenta a persoa.

- **Cocaína base ou crack:** está preparada para ser fumada mesturada con tabaco, en “chinos” ou en pipas, xeralmente de fabricación propia (algúns utilizan pequenos botes como os da metadona líquida, pónenlle un anaco de papel de prata con pequenos buratos feitos cun imperdible cubrindo o burato do tapón, un tubo no lateral, e acostuman pór algo de cinza de tabaco sobre a prata para evitar que a pedra se disolva e caia dentro da pipa ao se quentar). Ao quentar a cocaína base e inhalala, o efecto é rápido (menos de 10 segundos) e intenso (dise que 10 veces superior á cocaína nifrada), e ten unha duración de entre 5 e 10 minutos no mellor dos casos, porque se ten moito “corte” a duración é menor. Nun principio, o consumo de cocaína base permite poder regular a cantidade que se desexa fumar para conseguir os efectos esperados. É posible ver algúns usuarios que a fuman en “chinos”, dar dúas ou tres pasadas á prata e conseguir o efecto desexado, gardando a “gota” que queda na prata para máis tarde. Non obstante, cada vez é máis frecuente observar un consumo compulsivo de cocaína base xa que a súa “baixada” é moi forte. Polo contrario, os efectos do seu consumo son moi rápidos, dicíamos que menos de 10 segundos (menos que os 30 segundos que tarda o clorhidrato de coca por vía parenteral), e como os seus efectos só duran arredor de 5-10 minutos, é comprensible imaxinar que o consumo de coca base é un círculo vicioso difícil de romper. De feito, dise que “o crack é o soño do traficante e o pesadelo do adicto”. E de feito é así, dando lugar aos denominados “binges” ou borracheiras de crack durante as cales o drogodependente pode pasar varios días fumando crack en estado de intoxicación permanente.

Por outro lado, tamén hai quen se inxecta a coca base pero, á parte de que non está preparada para ser picada, comporta un gran risco.

- **Sulfato de cocaína:** tamén coñecida como pasta de coca ou basuko. Acostúmase fumar mesturada con tabaco ou marihuana, e é máis propia dos países produtores sudamericanos.

Canto máis rápido se consiga o efecto euforizante da cocaína (que como dixemos vai depender en gran medida da vía de consumo utiliza-

da), máis alto será o potencial adictivo e a súa toxicidade. Porén, canto máis rápido sexa o inicio da súa acción, máis curta será a duración dos seus efectos, o que exixirá unha maior taxa de consumo e dunha forma moito máis compulsiva. Como dixemos anteriormente, tanto a vía endovenosa como a inhalada son as que conseguen que o usuario sinta máis rapidamente os seus efectos, pero tamén a duración destes é menor.

É moi común ver usuarios de cocaína (tamén de psicofármacos, pero non tanto heroína) que fan un “chino” detrás doutro, ou poñen unha pedra na pipa, fúmana, e ao pouco tempo poñen outra, e outra, e outra. Desta maneira, así como este tipo de consumo comporta moitos menos riscos (VIH, abscesos, etc.) que o consumo por vía intravenosa (máis frecuente en consumidores de heroína que a alternan ou mesturan con cocaína), o seu potencial adictivo e sobre todo a escasa duración dos seus efectos, xera que sexa un consumo moi compulsivo, que precisa de gran cantidade de diñeiro para ser financiado e aboca, por tanto, a estar moitas horas no “circuíto de rúa” buscando a vida, coa importante deterioración física e mental que isto comporta, engadido ao que xa orixina por si mesma a substancia e aumentando as probabilidades de cometer actos delituosos que empeoren a súa situación xurídico-social.

Efectos da cocaína:

- **Efectos psicolóxicos:**

- Euforia.
- Locuacidade/verborrea.
- Hiperactividade.
- Hipervixilancia.
- Desinhibición.
- Aumento da sociabilidade.
- Aceleración mental (atropelo de pensamentos).
- Aumento do desexo sexual.

- **Efectos fisiolóxicos:**

- Dilatación pupilar.
- Diminución da fatiga.
- Inhibición do apetito.
- Redución do sono.

- Aumento da presión arterial.
- Signos de ansiedade: suor, taquicardias, etc.

A doses baixas, a intoxicación por estimulantes produce sensación de euforia, aumento da enerxía e da actividade motora, hipervixilancia, desinhibición, activación sexual e aumento da autoestima. Con doses máis altas intensifícase a euforia, aparecendo verborrea, condutas repetitivas, axitación psicomotriz, agresividade e deterioración da capacidade de xuízo (Holman, 1994; Weaver e Schonoll, 1999).

Riscos da cocaína:

- **Riscos psicolóxicos:**

- A dependencia psíquica da cocaína é unha das máis intensas.
- Como consecuencia do consumo de cocaína poden aparecer ideas de grandiosidade e unha alteración da capacidade de xuízo.
- O consumo de cocaína é un factor de risco para a aparición de psicose en suxeitos vulnerables. Por iso, de todas as manifestacións psicopatolóxicas que orixina o consumo continuado e/ou crónico de cocaína, os síntomas psicóticos son os máis habituais. Ademais, parece ser que esta sintomatoloxía é máis repentina e aguda en consumidores que utilizan a vía endovenosa ou fumada (crack), e cede sen tratamento en torno ás 24 ou 48 horas despois do último consumo (raramente se prolonga máis alá do período de "crash").
- O consumo crónico e abusivo pode provocar importantes trastornos psíquicos, tales como ideas paranoides, trastorno delirante e depresión. Son moi frecuentes as alucinacións táctiles de formicación (sentir e/ou ver bichos debaixo da pel), as auditivas e visuais. O delirio máis comunmente asociado ao consumo de cocaína é o de sentirse perseguido e/ou controlado por outras persoas, pola policía, os traficantes, extraterrestres, etc. Isto xera hiperexcitación e angustia.
- Co aumento da dose e da duración do consumo poden suceder episodios de delirium, con ansiedade, crise de pánico e trastornos da linguaxe e do pensamento. Ademais, se o suxeito consome outras substancias (opiáceos, alcohol ou benzodicepinas) para contrarrestar e mitigar os efectos desagradables que provoca o consumo de cocaína, os cadros de delirium pódense complicar.

- En consumidores crónicos, a medida que se crea tolerancia e diminúe a intensidade dos efectos, sobrevén un estado de apatía e cansazo que pode inducir a repetir o consumo para intentar superar ese estado.
- Se tras un período prolongado de consumo se abandona este, adoita producirse un fenómeno de rebote caracterizado por síntomas totalmente contrarios aos provocados polo consumo de cocaína. Os síntomas deste efecto rebote acostuman ser depresión, somnolencia, irritabilidade, etc. Nalgúns casos é posible a aparición de ideas de suicidio.

- **Riscos fisiolóxicos:**

- Insomnio.
- Problemas respiratorios.
- Perforación do tabique nasal (se se nifra).
- Compartir o tubo para nifrar cocaína pode provocar a transmisión da hepatite C.
- Incrementa a frecuencia de aparición de crises convulsivas, risco de infarto, hemorrxias cerebrais e perda de conciencia.
- Provoca alteracións na regulación do apetito e trastornos metabólicos, polo que é frecuente observar persoas con sobrepeso despois dun consumo crónico.
- Durante unha intoxicación por cocaína, ou pola mestura de cocaína e outras substancias, a capacidade de xuízo está alterada e a desinhibición engadida ao aumento da enerxía e da actividade motora, poden ser causa de accidentes, comportamentos violentos e condutas agresivas.

En xeral, e dependendo sempre da dose, a vía de administración e o tempo de consumo, a cocaína pode comportar diversos problemas médicos e estados psicopatolóxicos que poden requirir atención clínica, sendo ademais frecuentes as descompensacións de trastornos psiquiátricos preexistentes (sobre todo de tipo psicótico) e a frecuencia e intensidade dos trastornos de ansiedade. Por outra parte, cando o cadro de dependencia á cocaína está instaurado, é moi común que se produza unha deterioración persoal e social como consecuencia do propio consumo e do estilo de vida ao que obriga na busca de diñeiro para financiarlo, chegando en moitos casos ao illamento social e nunha porcentaxe considerable de casos á exclusión social da persoa.

Síndrome de abstinencia da cocaína.

A síndrome de abstinencia da cocaína preséntase tras a interrupción ou redución brusca do consumo prolongado desta substancia, non presentando de maneira tan marcada a conduta de busca da droga típica da abstinencia da heroína. En concordancia coas fases da síndrome de abstinencia da cocaína que describen Gawin e Kleber (1986), a súa aparición segue un patrón trifásico.:

- **Fase 1:** abstinencia aguda (crash) que dura de 9 horas a 5 días e cursa cun cadro clínico caracterizado por:
 - desexo de consumo
 - ansiedade
 - axitación
 - esgotamento físico
 - atraso ou axitación psicomotores
 - irritabilidade
 - aumento do apetito
 - cefaleas
 - insomnio, hipersomnia ou sono intranquilo
 - depresión
 - ideas paranoides e de suicidio
- **Fase 2:** abstinencia de 1 a 10 semanas. nesta fase son moi frecuentes as recaídas posto que se produce un intenso desexo de consumo ante determinados estímulos internos (aburrimento) e externos (encontro cos amigos, saídas nocturnas, etc). Esta fase cursa con:
 - intenso desexo de cocaína (“craving”)
 - ansiedade
 - irritabilidade
 - aburrimento
- **Fase 3:** os síntomas da abstinencia van desaparecendo pouco a pouco, cun período de extinción indeterminado. O suxeito vai recuperando paralelamente un estado afectivo “normal”, aínda que persisten os desexos de consumo (“craving”) puntualmente asociados a certos estímulos condicionados, podendo precipitar unha recaída.

3.4. INHALABLES

O consumo de inhalables ten graves consecuencias para a saúde dada a alta toxicidade dos seus compoñentes químicos. As persoas que os consomen adoitan introducir o produto nunha bolsa e axustar o orificio á boca e ao nariz para poder aspirar así os vapores que despende.

A intoxicación aguda é parecida á embriaguez alcohólica. Experimentáanse euforia, sociabilidade, alucinacións e condutas estrañas. Se se consume en combinación con alcohol ou outras drogas, existe risco de sufrir unha depresión grave con signos de confusión, alteracións na visión, perda de autocontrol e incluso alteracións do estado de conciencia e convulsións, podendo chegar incluso ao coma.

Algunhas das consecuencias xeradas polo consumo de inhalables son graves e crónicas, entre elas podemos enumerar: secuelas neurolóxicas e psiquiátricas, alteracións na vista e deterioración facial.

3.5. PSICOFÁRMACOS

Os psicofármacos son medicamentos depresores do sistema nervioso central que exercen sobre el unha acción sedante. Os máis utilizados na actualidade son as benzodiazepinas.

A súa prescrición realízase para manexar ou atenuar algúns síntomas de certos trastornos da personalidade, trastornos da ansiedade e do estado de ánimo, ou como relaxantes musculares. En función de cales sexan os obxectivos terapéuticos propostos para o seu uso, pódense administrar benzodiazepinas de longa duración, de acción media, acción curta e de acción ultracurta.

Efectos das benzodiazepinas:

- **Efectos psicolóxicos:**
 - Diminución da ansiedade.
 - Desinhibición.
 - Sedación.
 - Somnolencia.
 - Sono.

- **Efectos fisiolóxicos:**

- Provocan maior ou menor sedación en función da cantidade consumida.

Riscos das benzodiazepinas:

- **Riscos psicolóxicos:**

- A elección correcta do tipo de benzodiazepina que se prescribe é sumamente importante, xa que a súa utilización prolongada presenta a aparición de tolerancia e risco de adicción. Por regra xeral, non deberían ser administradas durante períodos superiores a 6 meses, intentando suprimilas se é posible.
- Poden provocar dependencia co consumo de doses altas e factores de predisposición persoal.
- En caso de intoxicación, provocan unha diminución do nivel de consciencia, podendo chegar ao coma ou á morte.
- Poden aparecer alteracións da memoria, o que explica que moitas veces haxa que repetirlles as cousas unha e outra vez e non se acordan. Isto non significa que non nos fagan caso, nos estean “vacilando”, nin nada polo estilo. Simplemente é debido aos efectos da intoxicación por benzodiazepinas, que orixina este déficit de procesamento da memoria.

- **Riscos fisiolóxicos:**

- Poden provocar dependencia co consumo de doses altas e factores de predisposición persoal.
- Torpeza na execución de movementos e tarefas motoras.
- Potencian calquera outro fármaco ou droga depresora do sistema nervioso central, por exemplo o alcohol, a heroína ou a metadona.
- En caso de embarazo, non se recomenda a súa prescrición durante os tres primeiros meses.
- A síndrome de abstinencia intensa acostuma aparecer cara aos catro ou cinco días da retirada brusca das benzodiazepinas, e a súa manifestación pode ser similar a un ataque epiléptico; diminuindo entre os oito e nove días. É importante aconsellarlles aos usuarios que toman benzodiazepinas,

tanto prescritas como non prescritas, que se van deixar de consumilas se poñan en contacto cun médico da UAD para que os asesore e axude no proceso de deshabitación. No caso de que sexan reticentes a acudir ao médico para deixalas, é aconsellable que vaian reducíndoas de maneira sistemática, nunca de golpe (aínda que nós insistiremos en que acuda a un profesional para que o asesore para deixalas sen riscos).

Síndrome de abstinencia das benzodicepinas.

Debido a que as benzodicepinas son fármacos que se utilizan para o tratamento de determinados síntomas presentes en certos trastornos médicos e psiquiátricos, a aparición destes mesmos signos e síntomas tras a súa interrupción, presenta dificultades para determinar se son consecuencia da abstinencia ás benzodicepinas ou do trastorno subxacente. Así, o primeiro síntoma que aparece na abstinencia é a ansiedade, mentres que a prescrición do propio fármaco puido realizarse para tratar a ansiedade como síntoma dun trastorno (p.e. un trastorno afectivo). Non obstante, se estas manifestacións non son abordadas e tratadas, o cadro clínico evoluciona de maneira distinta.

Os signos característicos da síndrome de abstinencia de sedantes, hipnóticos e ansiolíticos, segundo o DSM-IV-TR, que aparecen entre algunhas horas ou días despois da interrupción ou diminución dun consumo abundante e prolongado, son:

- hiperactividade (suores, taquicardias, etc.)
- aumento do tremor de mans
- insomnio
- náuseas ou vómitos
- alucinacións visuais, táctiles ou auditivas transitorias, ou ilusións
- axitación psicomotora
- ansiedade
- crises convulsivas tónico-clónicas (por privación de BZD).

O cadro clínico da abstinencia de benzodicepinas presenta síntomas específicos como alucinacións visuais, que non poden ser explicadas pola presenza única de ansiedade. Ademais, a intensidade con que evoluciona o cadro clínico tamén difire. Mentres que na absti-

nencia o cadro clínico aumenta en intensidade ata un máximo para despois remitir progresivamente; nun trastorno con sintomatoloxía ansiosa, esta aumenta e mantense ata que non se administra de novo o tratamento ansiolítico prescrito.

4. CONDUCTAS DE RISCO EN DROGODEPENDENCIAS

Sabemos que o consumo de drogas en determinadas circunstancias implica a aparición de danos e enfermidades infecciosas no drogodependente. Estes danos e infeccións son consecuencia directa da forma en como se consome, é dicir, das condutas de risco que o drogodependente leva a cabo durante a preparación e administración da substancia. Tanto os que utilizan a vía intravenosa como os que utilizan outras vías, poden desenvolver determinadas lesións e patoloxías orgánicas (flebitis, abscesos, etc.), ou resultaren infectados polo VIH e outras enfermidades como hepatite, tuberculose, cándida, etc., se non toman determinadas precaucións en relación co consumo.

Aínda tomando as medidas de prevención adecuadas para o consumo, non podemos dicir que este sexa completamente seguro, xa que existen outros factores de risco que non son controlables polo usuario, tales como o "corte" que leva a substancia e que pode causar unha intoxicación, unha reacción alérxica ou incidir negativamente no estado de saúde xeral do suxeito (p.e. afectando o sistema inmunitario nunha persoa inmunodeprimida).

Pero ademais das condutas de risco asociadas directamente ao consumo de substancias, os drogodependentes que se manteñen sexualmente activos, reproducen as mesmas condutas de risco que a poboación xeral non drogodependente en relación coa sexualidade. Estas condutas de risco son outra vía para a transmisión, infección e reinfección por VIH, hepatite e outras ETS.

Por tanto, cando falamos de condutas de risco en drogodependentes e de como intervir sobre elas para reducir os riscos e diminuír os danos, debemos referirnos a ambos os aspectos, o referido ao consumo e o referido á sexualidade, pois ambos poden provocar danos e propiciar a transmisión e a infección de determinadas enfermidades.

4.1. DROGODEPENDENCIAS E INFECCIÓN POR VIH.

A aparición e a expansión da sida obrigou a reformular o marco asistencial imperante en drogodependencias e, como resultado disto, a que se puxesen en marcha os programas de redución do dano, sendo o seu obxectivo reducir as taxas de infección e risco de reinfección por VIH especialmente, así como as doutras enfermidades (hepatite, tuberculose, ETS, etc.) cunha alta taxa de prevalencia na poboación drogodependente.

Actualmente, podemos dicir que estes programas están sendo un éxito na consecución deste obxectivo, se entendemos como éxito que a súa redución non é equivalente a unha taxa nula de novas infeccións ou reinfeccións, xa que isto (o mesmo que na poboación xeral que tamén presenta condutas de risco, principalmente relacionadas coa sexualidade) resulta imposible dadas as características desta poboación. Estas características son: 1) existencia de poboacións ocultas de difícil acceso; 2) complicada abordaxe das súas problemáticas de consumo e biopsicosociais; e 3) a variable motivación deste colectivo a adoptar certas condutas que impliquen menos risco, tanto en relación coa venopunción como coa sexualidade.

De feito, son especialmente as condutas de risco relacionadas coa sexualidade, as que presentan unha menor taxa de cambio. É dicir, así como co intercambio de xiringas e a información transmitida respecto ao risco de infección por compartir material de inxección, é visible a adopción de condutas de menor risco nunha parte considerable da poboación drogodependente, a dispensación de preservativos e a información transmitida relacionada coa infección do VIH por vía sexual, non foi tan ben asumida por esta poboación, presentando aínda unha alta taxa de condutas de risco en relación coa sexualidade.

4.2. CONDUTAS DE RISCO ASOCIADAS AO CONSUMO DE DROGAS.

De todas as condutas de risco asociadas ao consumo de drogas, a que ten asociado un maior potencial de risco é a de compartir o material de inxección para o consumo intravenoso. Compartir a xiringa é a máis perigosa, aínda que a infección polo VIH, hepatite ou outras enfermidades, tamén se pode producir ao intercambiar os filtros (algodón), a culler, a lata ou calquera outro recipiente que se use para preparar a substancia.

A transmisión da maior parte destas enfermidades prodúcese se o sangue infectado entra no fluxo sanguíneo doutra persoa. Se unha persoa portadora do VIH utiliza unha xiringa, tanto a agulla como a xiringa contén sangue, e se o sangue entra en contacto coa culler ou

co recipiente que se use para preparar a dose, tamén quedan contaminados. Por conseguinte, é importante que cada persoa utilice o seu propio material de inxección e preparación de doses e inxección.

Cando o usuario padece unha síndrome de abstinencia (“mono”), resúltalle máis difícil prestar atención a todos estes aspectos; por isto é mellor aconsellalo para que leve sempre encima o material de inxección novo (xiringas, botellas de auga bidestilada, toallíñas de alcohol e filtros) que vai necesitar para o seu uso persoal, ou polo menos que leve sempre unha xiringa nova gardada nun peto e non a utilice máis que en caso de necesidade.

É importante motivar a todos os usuarios a que, unha vez que usen a xiringa, non a deixen en calquera sitio, xa que outras persoas se poden picar con elas por accidente. Tampouco é moi adecuado que as escondan nos sitios habituais de consumo (“picadeiros”) xa que poden ser reutilizadas por outras persoas. Ademais, se xa utilizaron a xiringa, os restos de sangue que quedan coagúlanse, e se posteriormente se volven inxectar con esa mesma xiringa, aínda que sexa súa, comporta un risco importante para a súa saúde (p.e.: unha tromboflebite).

O ideal sería entregalas a algún servizo de recollida e intercambio de xiringas e poder conseguir gratuitamente outras novas.

Consumo seguro de drogas por vía intravenosa.

- 1 Utiliza sempre material estéril.** Nos programas de intercambio da túa cidade proporcionarache kits, que na maioría dos casos están compostos por xiringas estériles, auga bidestilada para diluír a substancia e toallíñas limpadoras.

O recipiente da auga é o suficientemente limpo para preparar o “pico” cun mínimo de garantías.

- 2 Dilúe a droga coa auga bidestilada.** A maneira máis hixiénica é diluír a substancia sobre o tapón do cartucho da xiringa ou a botelliña de auga cortada pola metade, removéndoa co capuchón da agulla, sen separalo desta nin da xiringa.

Para os usuarios de heroína o ácido cítrico ou o ascórbico en po ou granulado fino son preferibles ao limón para diluíla, a proporción debería ser **cítrico/heroína 1/9**. De todas as formas, é máis aconsellable o cítrico granulado xa que resulta máis fácil de medir ou calcular a cantidade necesaria (2-3 gránulos), suficiente para diluír a substancia. Isto evita que utilicen máis a risco de “queimar” a vena.

Se utilizas culler para quentar a heroína, queima ben a culler antes de pór a dose para desinfectala todo o posible e despois mentres a dilúes. A auga evapórase pero a heroína non. De todas formas, a heroína marrón non precisa ser quentada para disolvela, con ácido cítrico abonda.

- 3 É conveniente que filtros ben a substancia, usa un filtro goso e esponxoso (o mellor é o filtro dun cigarro sen usar) e carga coa agulla, nunca co “cano”.**

Evita utilizar algodón ou filtros esfiañados, xa que ás veces ao cargar se introduce xunto co material algún fio, e cando te inxectas, provoca unha reacción caracterizada por malestar xeral e tremores. Os usuarios adoitan referirse a isto como que “lles entrou un pelo”.

Despois tira o filtro, os algodóns ou outro tipo de filtros florecen pronto e ademais gardan residuos e o “corte”.

- 4 Lava as mans, se é posible con auga e xabón.**
- 5 Procura eliminar o aire que pode conter a xiringa e a agulla, desta maneira evitas os abscesos, os embolismos e o tétano.** Para iso, purga de aire a xiringa empuxando o émbolo ata que saia unha gota pola agulla, pero non chupes a gota da punta da agulla, non te vai “colocar” e podes deixar algúns xermes ou virus presentes na túa boca (p.e. unha candidiase), e despois introducilos no torrente sanguíneo xunto co material, provocando algún tipo de reacción adversa (p.e. febre).

O que moitos usuarios chaman “titánias”, pode ser simplemente esta reacción adversa da que falamos como consecuencia de introducir algún virus ou bacteria no torrente sanguíneo por chupar a “gota”.

- 6 Limpa o lugar onde decidas inxectarte cunha toallina alcoholizada ou con auga e xabón.**
- 7 Utiliza a agulla máis pequena que poidas.**
- 8 Asegúrate de localizar a vea. Non te xutes onde primeiro se che ocorra.**
- 9 Procura inxectarte cun ángulo de 30-45° respecto da pel, sempre en dirección ao corazón e co bisel da agulla cara a arriba.**
- 10 Se non che resulta fácil encontrar unha vea, utiliza un torniquete pero desfaino unha vez que canalices a vea antes de empuxar o émbolo da xiringa. Para facerte un torniquete que poida soltarse por si mesmo en caso de que quedas a durmir ou**

indisposto (e así evitar problemas de circulación do sangue), o aconsellado é utilizar unha correa ou cinto pasado pola fibela pero sien enganchar o pasador en ningún dos buratos. Para poder facer presión, podes suxeitar o extremo do cinto coa boca, co cal, se quedas adormecido, a presión que exerces coa boca deixará de facela e o cinto esvarará deixando de presionar.

- 11 **Aspira ata que vexas saír sangue. A continuación retira o torniquete e empuxa o émbolo lentamente. Non realices bombeos.**
- 12 **Retira lentamente a xiringa e preme o punto de inxección uns minutos cunha toallíña alcoholizada.**

Elección do lugar de inxección:

- **PESCOZO:** moi perigoso. Non **RECOMENDADO**. Os abscesos e inflamacións nesta zona poden danar tecidos e arterias próximas de vital importancia, ou estender a infección cara ao cerebro.
- **BRAZO e ANTEBRAZO:** bo sitio e relativamente fácil de canalizar unha vea.
- **ABDOMEN:** perigoso. Non **RECOMENDADO**. Os abscesos nestas zonas poden ser perigosos.
- **INGUA:** perigoso. Non **RECOMENDADO**.
- **CARA POSTERIOR DA PERNA:** hai que inxectarse moi lentamente xa que o sangue flúe máis paseniño. Recordade que sempre en dirección ao corazón.
- **MANS e PÉS:** as veas son moi pequenas, utiliza as agullas máis pequenas que poidas conseguir. Inxecta moi lentamente.

Consellos útiles para o drogodependente con consumo endovenoso.

- **Procura inxectarte da maneira máis hixiénica posible para evitar complicacións e infeccións.** De todas formas, se nalgún momento sofres algunha das seguintes infeccións, é importante que llo comentes a un médico ou ATS para que realice unha valoración, che faga unha cura ou che aconselle ao respecto:
 - **Abscesos:** é unha infección localizada na pel, que queda encerrada nunha especie de “ovo ou vulto” por unha reacción fibrosa e inflamatoria. Adoitan presentarse como inflamacións vermellas, duras, quentes e dolorosas.

- **Celulite:** é unha infección que se encontra de maneira difusa baixo a pel. É importante que sexa tratada, posto que pode afectar a músculos, nervios ou vasos sanguíneos próximos.
- **Flebite:** é unha infección na propia vea, e case sempre adoita ir acompañada de abscesos. Provoca un endurecemento da vea (ás veces, cando o usuario intenta inxectarse nela, refírese que é como se a agulla saíse “rebotada”), quedando inutilizable durante un tempo, e podendo ocasionar problemas circulatorios en zonas próximas ou a formación de pequenos trombos que poden chegar a producir trombo-embolismos pulmonares. A súa recuperación dependerá do coidado que se lle preste e evitando inxectarse nesa mesma zona ou próximas.
- **Se ao inxectarte, o émbolo da xiringa sae disparado cara a atrás ou ao “meterte” a substancia notas que “queima” entón non “pillaches” unha vea senón unha arteria (adoitan referirse a isto como “a vea de lume” pola sensación de queimazón dentro da vea).** Se segues manipulando a xiringa nunha arteria, corres risco de que esta se rasgue, o que é moi perigoso. Polo tanto, debes retirar a xiringa inmediatamente e comprimir a zona da picada durante uns minutos. É moi probable que despois che doa esa zona ou que che saia un “negrón”.
- **Moitas veces as drogas adúrense e consómense en grupo para abaratar custos, co que o risco de compartir algún material de inxección é maior. Ademais das xiringas, o resto de útiles que se usan para a preparación do “pico” poden conter restos de sangue.** Se se comparten, existe risco de transmisión do VIH, hepatite e outras enfermidades. Estes útiles son:
 - **Filtros, tapóns, botes, culleres:** se utilizas calquera destes obxectos, procura que sexan de uso exclusivo teu e que ningún os utilizase antes.

Se te encontras algún por aí, alguén puido usalo con anterioridade e corres o risco de infectarte dalgunha destas enfermidades.

O mesmo sucede se decides preparar un pico a medias ou entre varios. Se cada un carga a súa xiringa (aínda que sexa nova) con filtros que xa usou, ou non ten as mans suficientemente limpas e manipulou a agulla da súa xiringa, podes coller algún tipo de infección.
 - **A botelliña de auga bidestilada:** se a xiringa non é nova, ao cargar, a auga entrará en contacto con restos de sangue. Por iso o mellor é utilizar cada un a súa botella de auga bidestilada.

- **Procura manipular o menos posible cos dedos a agulla da xirinja e o filtro, e non os introduzas nunca na boca.** En ambos os casos podes polos en contacto con xermes que, introducidos no torrente sanguíneo ao inxectarte, poden provocar algún tipo de infección ou reacción desagradable.
- **Para disolver a heroína utiliza ácido cítrico ou ascórbico en po ou granulado fino (aconséllase este último) evita utilizar limón.** A proporción debería ser cítrico/heroína 1/9 (máis ou menos 3 cristaliños de ácido cítrico para cada pico), se se utiliza máis do debido corremos o risco de "queimar" a vea.

O limón unha vez aberto desenvolve un fungo que provoca candida. De todas formas, se non tes outra cousa que limón, procura que sexa novo, sen abrir, e se xa está aberto, corta unha roda da primeira capa (a capa exterior que está máis seca) que é a que puido desenvolver o fungo e utiliza o resto.

Tanto a heroína branca como a cocaína non precisan de cítricos nin quentalas para disolverse.

- **Utiliza sempre auga bidestilada dunha das botelliñas estériles do kit.** A auga normal da billa ou a auga mineral embotellada non son adecuadas para a inxección, e moito menos a auga dun rego, un estanque ou unha poza.
- Se adoitas consumir por vía intravenosa, debes recordar que só tes unhas únicas venas, polo que tes que coidalas ao máximo. **Alterna o lugar dos picadas para non "machucalas".** Os calos nas veas son para toda a vida.
- **É aconsellable que empeces a picarte o máis cerca posible dos pulsos para que, en caso de que teñas unha infección (absceso, flebite, etc.) ou de que se che faga "calo", aínda poidas inxectarte de aí cara ao ombro.** Do contrario, se te segues inxectando na mesma zona ou por debaixo dela (máis próxima á man), é probable que non se logre recuperar, ou que tarde moito en facelo, xa que o rego sanguíneo é peor desde a zona afectada cara á man como consecuencia do absceso, a flebite, etc. Se ademais respectas unha distancia duns 3 ou 4 centímetros entre a zona afectada e o novo punto de inxección, isto facilitará a súa recuperación.
- **Se se te obstrúe a agulla dun "pico", non fai falta que cambies o material a outra xirinja. Se tes máis xiringas, cambia unicamente a agulla.** Con isto evitarás poñerte nervioso se vas de "mono" e, se entrou algo de sangue na xirinja pero non lograches pillar

a vea, evitarás que se coagule o sangue durante o tempo que tardas en cambiar o material, e non perdas así o “pico”.

- **Se normalmente tes problemas para “pillar” unha vea, pídelles consello a un médico ou ATS.** Eles diranche cal ou como podes “pillala”, ou ben te asesorarán sobre outras formas de consumo alternativas á venopunción.
- **Se tes dificultades para “pillar” a vea e acostumas gastar varias xiringas ou agullas para un pico, coméntao no programa de intercambio de xiringas para que che dean algunha máis que as de costume.**
- **Aínda que teñas dificultades para “pillar” unha vea, non permitas que outra persoa cha busque e que che inxecte o material.** Esa persoa pode ter restos de sangue ou sucidade nas mans e manchar a xiringa, a agulla ou a zona de inxección, podendo transmitirche así algunha infección. Ademais, a maioría destas persoas non teñen coñecementos para buscar unha vea adecuada e realizar a venopunción de maneira segura, co que é moi fácil que che inxecten o material nalgún punto perigoso de venopunción, ou que che “boten o material fóra da vena” provocando algún problema nesa zona.
- **Tampouco permitas que ninguén che prepare a substancia nin “cargue” a túa xiringa, aínda que “pillasedes” a medias.** Algúns o que fan é dar o “cambiazoo”, quedando eles co “pico” e dandoche unha xiringa cargada con benzodicepinas que levan xa preparada e escondida para darche o “pao” en canto te despistes. É moi fácil que te distraian con calquera cousa para dar o “cambiazoo”, así que o mellor é que esteas presente mentres preparades a substancia, e que sexas ti quen cargue o teu “pico” e o inxectes. Se logra darche o “pao” e te inxectas a xiringa cargada de benzodicepinas, o máis probable é que empeces a encontrarte mal, a andar desorientado, e é probable que baixe o teu nivel de consciencia, incluso ata é posible que sufras unha sobredose de “benzos” se antes xa consumiches algo de heroína ou algún “tranquimazin®”.
- **Intenta conseguir o material de inxección necesario antes de ir “pillar” a substancia.** Con isto evitarás poñerte nervioso se tes a droga pero non tes con que facela. Se che ocorre isto, tes varias opcións:
 - A Se aínda non “pillaches” a droga e non ves a maneira de conseguir xiringas novas ou papel de prata para facer un “chino”, entón é mellor que intentes comprar metadona e

tomes un “chupito” (ou que alguén te invite), para así baixar un pouco o “mono” e que che dea tempo a buscar material de inxección novo.

- B** Se xa compraches a droga e non hai maneira de conseguir xiringas novas, pero si de conseguir papel de prata, entón fai un “chino”, aínda que sexa cun chisco de material para quitarte o “mono” ata que poidas conseguir material de inxección novo para meterte o resto.
- C** Se xa compraches a droga e non hai maneira de conseguir xiringas novas, e ningún usuario te quere vender ou regalar unha xiringa nova que teña de sobras, entón ofrécelle a metade do material a cambio dunha xiringa nova. Sempre será mellor meterte a metade do material para baixar o “mono” sen risco de infectarte dalgunha enfermidade, que meterte todo pero infectarte polo VIH, unha hepatite ou calquera outra enfermidade. Con que baixes un pouco o “mono” podes seguir buscando a vida para conseguir xiringas novas e algo de material máis.

Lembra: Aínda que estea infectado por algunha destas enfermidades, evitar a reinfección é importante; xa que do contrario, podería empeorar o teu estado de saúde.

- **Se cambiaches de fornecedor (“camelo”), ou oíches que circula unha partida de material “chungo” pero non sabes quen o está “pasando”, é aconsellable que en lugar de meterte un “pico” fagas un “chino”,** porque así poderás parar se notas un sabor estraño ou que empezas a encontrarte mal. Se de todas formas decides inxectalo, sería conveniente que primeiro fagas un chisco do material na “prata”, e esperes un anaco. Se non notas nada estraño, entón podes meterte o “pico”, aínda que estaría ben que o meteses pouco a pouco e non todo de golpe, por se acaso.
- **Se hai tempo que non consumes ten coidado coa cantidade que vas consumir.** Se te metes o que acostumabas facer as últimas veces que consumiches é probable que sufras unha sobredose porque a túa tolerancia diminuíu. O teu corpo agora require menos cantidade de droga para lograr os mesmos efectos que antes.
- **Procura “picarte” onde alguén poida verte, non o fagas nunca oculto.** Moitas veces as complicacións que poden xurdir (paradas cardiorrespiratorias, sobredose, etc.) poden evitarse e non ser mortais se alguén avisa a tempo sobre elas.

- **É mellor que non mestures pola vea.** Os fármacos inxectados queiman as veas e pódenche provocar “ralladas” de cabeza.
- **Se na túa zona non hai un programa de intercambio de xiringas, o mellor é que inutilices a xiringa e a agulla para que ninguén se poida picar accidentalmente.** Para isto podes dobrar a agulla contra o chan ata partila, e tirala dentro dalgunha lata a un contedor de lixo.
- **É conveniente que te vacines contra o tétano e, se aínda non a pasaches, contra a hepatite B.** O virus da hepatite B transmítese polas mesmas vías que o VIH pero con maior facilidade.

Consellos útiles para o drogodependente con consumo de cocaína base (crack).

- **Utiliza pipas de vidro sempre que sexa posible.** As pipas e tubos de plástico ao se quentaren desprenden vapores tóxicos que tamén inhalas.
- **Non compartas o tubo ou a pipa, evitarás a transmisión da hepatite B e outras enfermidades infecciosas como herpes ou candidiase.**
- **Os materiais para suxeitar as pedras de crack nas pipas (nanas ou papel de aluminio) ao se quentaren tamén desprenden vapores tóxicos.** Parece ser que o menos daniño é o cobre pero debemos revisar os estudos existentes para confirmalo.
- **Utiliza pipas de auga, manterás as túas vías respiratorias máis hidratadas diminuindo a irritación sobre elas.**
- **Coida os teus labios e mans de queimaduras.** Unha crema hidratante e protectores labiais pódenche ser de utilidade.
- **Intenta “cociñar” ti mesmo a base, se o fas, utiliza bicarbonato en vez de amoníaco.** O amoníaco é un cáustico moi irritante para as vías respiratorias.
- **Consumir cocaína inhalada ou fumada é menos daniño que facelo en forma de base-crack.**
- **Nunca te inxectes cocaína base, aínda que estea moi disolta pode ser moi perigosa.**

4.3. SOBREDOSE.

As sobredoses provocadas polo consumo de drogas de abuso, caracterízanse por:

- 1 Diminución de nivel de consciencia.
- 2 Reflexo pupilar.
- 3 Compromiso cardiorrespiratorio.

1. Diminución do nivel de consciencia:

A intoxicación por opiáceos provoca unha alteración do nivel de consciencia. Entre o estado de alerta física e mental que supón un nivel de consciencia normal e o coma (considerado o grao máximo de alteración e que aparecerá na sobredose) podemos encontrar distintos graos de afectación:

- Somnolencia: tendencia ao sono cunha resposta adecuada a ordes verbais simples e complexas, así como a estímulos dolorosos.
- Obnubilación: é un grao máis marcado, caracterizado por unha resposta adecuada a ordes verbais simples e a estímulos dolorosos. Sen resposta correcta a ordes verbais complexas.
- Estupor: ausencia de resposta a ordes verbais pero unha reacción adecuada a estímulos dolorosos.
- Coma: ausencia de resposta a ordes verbais e a estímulos dolorosos, polo menos de forma correcta.

2. Reflexo pupilar:

A intoxicación por opiáceos provoca unha miose pupilar reactiva (pupilas puntiformes como "cabezas de alfinete"). Se a causante do coma é a cocaína ou as anfetaminas a resposta pupilar máis habitual é unha midríase bilateral (pupilas dilatadas).

3. Compromiso cardiorrespiratorio:

A primeira función vital que se afecta nunha sobredose por opiáceos é a respiratoria. O grao de afectación é variable pero con frecuencia podemos encontrar unhas salvas respiratorias seguidas de

fases de apnea. Xeralmente este patrón respiratorio non é efectivo provocando unha cianose distal (coloración azulada perioral, auricular, nasal ou dos dedos).

- A respiración compróbase acercando a meixela á boca-nariz do paciente á vez que comprobamos coa vista a distensión do tórax.
- O pulso compróbase pondo dous dedos (non o polgar) na arteria carótide na cara lateral do pescozo, valorar os dous lados.
- Só se non encontramos pulso e respiración comezamos con manobras de R.C.P.

En caso de encontrar un usuario sufrindo unha sobredose, o primeiro que hai que facer é deitalo de lado (para que se vomita non aspire o seu propio vómito e se afogue), e inmediatamente despois chamar por teléfono a un servizo de urxencias ou SAMU, indicándolles con precisión o lugar en que nos encontramos.

Causas dunha sobredosee.

- 1 Distinta cantidade ou pureza da substancia contida nunha dose.** Debido á ilegalidade do seu comercio e consumo, a adquisición dunha cantidade determinada de heroína faise descoñecendo a concentración exacta do preparado.
- 2 Unha abstinencia máis ou menos prolongada previa** (desintoxicación, ingreso nun centro hospitalario, encarceramento), provoca unha diminución da tolerancia, polo que debes utilizar doses máis pequenas das que utilizabas antes da abstinencia.
- 3 A mestura de drogas** é a principal causa de sobredose. Ve con coidado se mesturas drogas con efectos depresores como heroína, metadona, alcohol ou benzodiazepinas (trankimazin®, tranxilium®, etc.).
- 4 Intento de autólise.** Con finalidade suicida, o drogodependente en ocasións inxéctase unha dose moi superior á habitual.

Metadona e sobredose.

A metadona, como todos os fármacos opiáceos, pode provocar unha sobredose se non se toma de maneira adecuada, é dicir, segundo as indicacións do teu médico da UAD. As persoas que sofren unha sobredose tomando metadona pode deberse a varias circunstancias:

- Que ademais da dose que lle indicou o seu médico da UAD, comprase e tomase outra dose máis de metadona.
- Que mesturase a metadona co consumo de alcohol, tranquilizantes, heroína ou somníferos.
- Que estea tomando a dose indicada de metadona e o seu médico da UAD lle fose baixando a dose (polo que a súa tolerancia tamén diminúe), e nun momento dado decide consumir heroína e toma a cantidade á que estaba afeito antes de empezar no programa de mantemento con metadona. Ao ter diminuído a súa tolerancia, é moi fácil que sufra unha sobredose.

Consellos para previr sobredose.

- Unha abstinencia máis ou menos prolongada previa provoca unha diminución da tolerancia, polo que debes utilizar doses máis pequenas das que utilizabas antes da abstinencia. Por iso, é aconsellable que fagas un "chino" en lugar de facer un "pico. Ao facerte o material na "prata", podes parar cando xa "esteas a gusto" e gardar a "gota" (material restante non consumido) para máis tarde. Ao inxectarte o material, se o inxectas todo corres o risco de sufrir sobredose. E se te inxectas un pouco deixando o restante material na xiringa, corres o risco de que algo de sangue entre nela coagulándose co tempo; o cal, se despois pretendes inxectarte o resto, non é en modo ningún aconsellable.
- Procura saber o que te inxectas e a súa pureza. Se non estás seguro inxéctate primeiro unha pequena parte e comproba o seu efecto. Ten especial precaución cando cambies de "camelo".
- A mestura de drogas é a principal causa de sobredose. Ve con coidado se mesturas drogas con efectos depresores como heroína, metadona, alcohol ou benzodiazepinas (trankimazin®, tranxilium® ...).
- Descansa, hidrátate e aliméntate o mellor que poidas. Canto máis "forte" esteas, mellor resistirás os efectos adversos que che pode producir o teu consumo.
- Procura non consumir só ou nun lugar apartado onde non te poidan encontrar se che pasa calquera cosa.

4.3. CONDUTAS DE RISCO RELACIONADAS COA SEXUALIDADE.

As condutas de risco relacionadas coa sexualidade na poboación drogodependente son moi frecuentes debido a varios factores, entre os que destacaríamos: 1) o propio efecto da substancia (desinhibición comportamental, diminución do nivel de consciencia, etc); 2) a necesidade de consecución de diñeiro para a súa administración que obriga, nalgúns casos, ao exercicio da prostitución; 3) unha baixa percepción de risco en relación coa sexualidade, que se ve como unha conduta “natural”, mentres que o consumo intravenoso se ve como “opcional”; e 4) sen ser menos importante que os anteriores, a precariedade das condicións de vida, especialmente naqueles drogodependentes que presentan maior grao de exclusión social, xa que dificulta o mantemento de hábitos regulares de hixiene e coidado, entre eles as medidas de protección arredor da sexualidade.

Desde hai tempo vense sinalando a asociación entre a infección por VIH/sida e outras ETS. Esta asociación baséase en que as condutas sexuais que implican risco de infección tamén propician a adquisición de ETS. Por tanto, certas ETS, especialmente aquelas que provocan algún tipo de ulceracións na mucosa xenital, favorecerían por si mesmas a infección polo VIH ao proporcionar unha vía de entrada para o virus. Neste sentido, a carga viral da persoa portadora tamén parece manter relación coa presenza ou non de ETS, aumentando ou diminuíndo a posibilidade de transmisión do virus. Así, Vergara de Campos, Jiménez, Selma e Cruz, no VI Encontro nacional sobre drogodependencias e o seu enfoque comunitario, apuntaban que: *“os homes afectados por uretrite presentan concentracións de ARN do VIH en seme oito veces máis elevada en comparación con controis infectados por VIH pero non afectados por uretrite; ademais, o tratamento anti-biótico, no seguimento destes pacientes, conseguiu diminuír de forma importante os niveis de ARN-VIH do seme á semana e ás dúas semanas do tratamento, pero non se observaron cambios nos niveis de viremia plasmática. En resumo, existe a posibilidade de que a uretrite aumente de forma importante a infecciosidade dos homes infectados por VIH”*.

Finalmente, e como complemento a todo o referido con anterioridade, só destacar que a inmunodeficiencia que xera o VIH na persoa, podería acelerar o proceso dunha ETS ou diminuír a resposta ao tratamento, empeorando así o seu pronóstico.

Condutas sexuais con alto risco de infección.

- **Penetración vaxinal:**

A miúdo a penetración causa pequenas lesións na parede vaxinal e na mucosa do pene, de modo que o VIH que se encontra no esperma, no fluxo previo á exaculación e na secreción vaxinal, pode penetrar no corpo e provocar a infección na muller e no home. Por tanto, é aconsellable a utilización do preservativo como medida de prevención.

- **Penetración anal:**

A penetración anal adoita causar pequenas lesións na parede do ano ou do recto ou na mucosa do pene. O VIH penetra facilmente a través desas lesións, de modo que o esperma e o fluxo previo á exaculación poden provocar unha infección por VIH. En consecuencia, recoméndase igualmente o uso do preservativo para practicar a penetración anal. Tanto a persoa activa como a pasiva corren risco de infección.

Condutas sexuais con probabilidade de infección.

- **Felación:**

Realizar unha felación con condón é a medida máis segura, pero non é indispensable se a parella se retira antes de exacular. En calquera caso, o VIH penetra rapidamente no fluxo sanguíneo a través de pequenas lesións nas mucosas. Se a parella chegase a exacular na boca, existe risco de transmitir o VIH se a boca presenta algunha vía de entrada (p.e. un sangrado de enxivas, feridas bucais ou aftas sangrantes). O fluxo previo á exaculación ten baixa concentración do virus, polo que a súa capacidade de transmitir o virus é menor, pero aínda así existe. Se a persoa traga o seme, entón o risco de infección por VIH sería alto.

- **Lamber a vaxina:**

Lamber a vaxina é relativamente seguro, salvo durante a menstruación xa que a infección podería transmitirse a través do sangue. Nas secrecións vaxinais tamén existe certa concentración de VIH, polo que se existisen feridas ou pequenas lesións nas mucosas oral ou vaxinal, podería facilitarse a transmisión do virus. Como medida de prevención pódese utilizar un condón cortado lonxitudinalmente, de modo que a persoa que lambe non pode entrar en contacto co sangue.

- **Lamber o cu:**

Neste caso, a probabilidade de infección é pequena, aínda que existe a posibilidade de lamber sangue ou restos de sangue presentes nas feces e que isto implique risco.

- **Chuvia dourada e coprofilia:**

É moi difícil comprobar durante o acto sexual se a urina e as feces conteñen sangue visible, polo que é recomendable evitar que entren en contacto coas mucosas dos ollos, a boca, o pene, o ano ou a vaxina.

- **Sadomasoquismo:**

O problema é que moitas destas técnicas sadomasoquistas acaban producindo pequenas feridas, sendo esta unha vía de entrada.

- **Meter o puño:**

Esta técnica é segura se o puño non contén esperma nin ten lesións. É fácil que a introdución do puño no ano produza algunha rotura ou ferida, polo que é moi perigoso introducir o pene sen o uso do preservativo despois de meter o puño. Os danos tamén poden provocar que as feces conteñan sangue.

Condutas sexuais sen risco de infección.

- **Estimulación mutua:**

Masturbarse ou masturbar a outra persoa é unha conduta que non implica ningún risco sempre e cando a pel estea intacta, (sen feridas, rasguños profundos, etc), pois en caso contrario o virus tería unha vía de entrada. Por outra parte, as secrecións vaxinais, o esperma ou o fluxo previo á exaculación non se deberían utilizar como lubricante, posto que o VIH se pode transmitir a través de pequenas lesións na mucosa.

Meter o dedo é unha técnica segura mentres non se utilice o mesmo dedo para estimular a distintas persoas, ou á parella e a un mesmo, pois o contacto do dedo con fluxo vaxinal ou sangue no ano pode implicar risco de transmisión do virus se este entra en contacto despois con mucosas ou pequenas lesións.

- **Bicos:**

A cantidade de VIH presente na saliva é tan pequena que non se pode transmitir a infección a través dos bicos.

- **Xoguetes:**

Os xoguetes para uso interno, tales como consoladores e penes artificiais, só son perigosos se se comparten con outras persoas posto que, a través deles, o sangue ou o seme se poden transmitir dunha persoa a outra. En caso de que o xoguete sexa utilizado por varias persoas, é aconsellable utilizalo pondo un condón distinto para cada unha.

Resumo.

- Sexo oral / boca-vaxina: risco mínimo.
- Sexo oral / boca-pene (sen exaculación): risco mínimo.
- Sexo oral / boca-pene (con exaculación): risco alto.
- Penetración vaxinal (risco para o home): risco moderado.
- Penetración vaxinal sen exaculación (risco para a muller): risco moderado.
- Penetración vaxinal con exaculación (risco para a muller): risco moi alto.
- Penetración anal (risco para o home que penetra): risco alto.
- Penetración anal (risco para o home ou muller que é penetrado/a): moi alto.
- Fricción vaxina-vaxina: risco moderado.

Consellos en relación coa sexualidade e coa infección por VIH para o drogodependente:

- Se ti ou a túa parella sodes usuarios de drogas e non vos fixestes a proba de detección de anticorpos do VIH, é necesario que penseades na conveniencia de realizala e, igualmente, que utilizedes o preservativo nas prácticas sexuais con penetración e sexo oral.
- Recorda que polo aspecto externo nunca poderás saber se unha persoa é ou non portadora deste virus.
- As drogas poden confundir a túa conciencia e confundir os teus pensamentos as vías de transmisión do VIH.

Como utilizar correctamente o preservativo.

Utilizado correctamente, de forma que envolva o pene completamente, o preservativo serve para previr embarazos non desexados e impedir a transmisión do VIH e outras enfermidades de transmisión sexual mediante a evitación do contacto directo do pene co ano, boca ou vaxina da parella. Débese ter en conta na súa conservación que é sensible á luz e á calor (deben gardarse en lugar frío, seco e lonxe da luz). Polo tanto, o correcto uso do preservativo consistiría en:

- 1 Usar sempre un preservativo novo para cada coito.
- 2 Comprobar o estado do preservativo e a data de caducidade (que debe ser inferior a cinco anos).
- 3 Todo preservativo de látex debe ter no seu extremo un depósito de seme.
- 4 Sacalo do envoltorio con coidado, evitando que as uñas, os dentes ou os aneis o rachen.
- 5 Colocalo, antes de calquera penetración, co pene en total erección, suxeitándoo desde a punta, baleirando o aire do depósito apertándoo cos dedos e desenrolándoo ata a base.
- 6 O bordo do preservativo debe ser desenrolado coidadosamente ata que se alcance a base do pene.
- 7 Non se debe usar aceite, vaselina nin saliva como lubricantes porque poden provocar a rotura do látex.
- 8 Manter o preservativo ata o final do coito. O pene débese retirar pronto tras a exaculación, cando aínda se mantén erecto, e de maneira coidadosa, suxeitando o bordo do preservativo para evitar que se saia.
- 9 Unha vez retirado, manexar o preservativo con coidado para que non se derrame o seme.
- 10 Unha vez utilizado, débese anoar e depositar nun contedor de lixo. Nunca se debe reutilizar, haxa ou non exaculación.
- 11 Se o preservativo se rompe ou se sae, débese retirar inmediatamente o pene e colocar un novo preservativo.
- 12 En caso de rotura débese acudir en busca de orientación especializada, o antes posible (antes de 24 horas).

Como previr a rotura do preservativo.

A principal razón pola que acostuman romper os preservativos é porque se manipulan ou utilizan de maneira inadecuada. A continuación enumeramos algunhas das razóns polas que se pode deteriorar e acabar rompendo o preservativo.

- **Caducidade:** é importante fixarse na data de caducidade. Se xa están caducados, o preservativo perde elasticidade e propiedades facilitando a súa rotura.
- **Calor:** os preservativos nunca se deben deixar en lugares onde poidan estar expostos á calor ou temperaturas elevadas (p.e. a gaunteira do coche), nin onde se poidan dobrar ou derramarse o envoltorio (p.e. nos petos do pantalón).
- **Apertura:** hai que ter coidado ao abrilo e facelo de maneira adecuada, que é collendo coa xema dos dedos un dos laterais e rachándoo. Se o facemos cos dentes ou coas uñas, corre o risco de que piquemos o preservativo facendo unha pequena incisión imperceptible nel, pero que durante a penetración se pode facer cada vez máis grande permitindo un maior risco de infección.
- **Colocación:** é importante que ao colocalo sobre o pene se faga tamén coas xemas dos dedos, apertando o depósito para que non colla aire e poida romperse durante o acto sexual porque se fixo unha burbulla. Tamén hai que prestar atención se levamos aneis con relevos ou arestas de que non rachen o preservativo.
- **Lubricantes inadecuados:** os lubricantes a base de aceite afectan o látex, facendo que este se rompa.

Consumo de crack e conduta sexual.

Algúns estudos mostraron que os consumidores de crack son propensos a realizar condutas de risco en relación coa sexualidade. Poden influír varios factores neste feito, pero os máis destacables son: 1) o consumo de crack pode aumentar o compoñente compulsivo de determinadas condutas, entre elas o desexo sexual e, ao mesmo tempo, diminuír a capacidade de xuízo, polo que a adquisición de medidas de prevención de sexo seguro se poden ver minguadas; e 2) dadas as características do crack (que provocan que o seu consumo sexa moi compulsivo xa que os efectos duran moi pouco tempo e xera un "cra-

ving" moi alto), favorece que moitos/as consumidores se prostitúan para financiar o seu consumo, ou intercambien favores sexuais a cambio de crack, chegando mesmo a facelo por unha única "calada".

4.4. AS REINFECCIÓNS.

Hai persoas que cren que unha vez que es portador do VIH ou enfermo de sida, xa non importa a cantidade de virus que poidas ter. Esta idea non é correcta, cantos máis virus se teñan hai máis células do sistema de defensa que están "tocadas" e, por tanto, é menor o número de células "sas" que te poden defender doutras enfermidades e axudar a sandar.

Reinfección quere dicir nova invasión do VIH. Cada vez que unha parella (ambos portadores ou enfermos da sida) realiza prácticas sexuais con penetración sen preservativo, ou comparten algún material para "picarse" sen desinfectalo de maneira adecuada previamente (aínda que sempre aconsellaremos utilizar material novo, xa que "adecuadamente" pode non ser suficiente polo risco de non facelo de maneira "suficientemente" adecuada), intercámbianse novas doses de virus e están debilitando aínda máis o seu sistema inmunolóxico.

Hai que informar os usuarios da importancia de manter sempre relacións sexuais seguras (con preservativo) e utilizar material novo de inxección, independentemente de que a súa parella estea ou non infectada polo VIH/sida.

Á hora de informar, apoiarémonos en dúas cuestións para motivar o usuario a adoptar condutas seguras de sexo e venopunción. Estas cuestións son:

- 1 Aínda que ambos estean infectados polo VIH, existe a posibilidade dunha reinfección posto que hai distintos tipos de VIH. Unha reinfección significaría: 1) que o sistema inmunitario debería facer fronte a un aumento da carga viral; 2) a infección por outro tipo de VIH; 3) orixinar unha mutación coa combinación de ambos; e 4) posiblemente, unha diminución da resposta a tratamento a consecuencia de que o novo virus ou a súa mutación se fai resistente á medicación específica do primeiro. En consecuencia, recoméndase o uso do preservativo como medida preventiva que hai que adoptar nestes casos.
- 2 Existen menos probabilidades de transmisión de enfermidades venéreas, tales como a sífilis ou a gonorrea. Estas enfermidades

activan o sistema inmunitario, de modo que é posible que o VIH se multiplique.

- 3 Cantas máis veces se utilice, sucio e sen desinfectar, o mesmo material para “picarse”, máis virus incorporamos ao corpo, máis virus temos, máis se reproducen e máis rapidamente empeorará o noso estado de saúde.
- 4 As infeccións transmitense usando xiringas, agullas e materiais de preparación da substancia doutras persoas; pero tamén cando se utiliza varias veces a propia xiringa e outros materiais de inxección sucios. Ademais, cando se consume pola vea, introdúcese no torrente sanguíneo unha gran cantidade de substancias estrañas ao corpo que proveñen do corte da droga, substancias que actúan debilitando o sistema inmunitario da persoa.

4.5. TRASTORNO MENTAL E CONDUTAS DE RISCO.

En xeral, case todos os drogodependentes tenden a cometer algunha conduta de risco, tanto en relación co consumo de substancias como coa experimentación da sexualidade. Se ademais hai presente un trastorno mental grave, a probabilidade de reproducir algunha destas condutas de risco vese incrementada, tanto en número como en frecuencia.

Existen diversas causas que poden explicar porqué os usuarios de drogas con trastorno mental tenden a cometer un maior número de condutas de risco en relación co consumo ou coa sexualidade. Algunhas destas son:

- A Diversos síntomas de trastornos mentais, ensombrecen ou reducen a consciencia ou a capacidade de xuízo da persoa, afectando desta maneira a adopción de medidas hixiénicas e condutas que non impliquen risco de infección polo VIH, hepatitis ou outras enfermidades. Isto fai referencia tanto á adopción de medidas para o consumo seguro de substancias (utilizar xiringas novas, preparar un “pico” de maneira hixiénica”, non compartir os útiles de inxección nin o mesmo tubo para fumar “chinos”, etc.), como en relación coa sexualidade (uso do preservativo, non permitir que exaculen na súa boca, etc.).
- B Presenta determinados déficits persoais (falta de habilidades sociais, baixa autoestima, necesidade de integración, etc.) que incrementan a súa vulnerabilidade e dependencia de terceiras persoas, converténdose en vítimas fáciles de malos tratos, abu-

sexuais (que adoitan ser realizados sen preservativo e culminando o acto con exaculación no seu interior) ou incitados ao exercicio da prostitución baixo coerción ou engano.

- C A presenza de ambas as patoloxías incrementa o grao de desestruturación persoal e social do suxeito, abocándoo a un “circuíto de rúa” que favorece unha progresiva tendencia cara á exclusión social, e polo tanto unha desconexión da rede asistencial. Este feito, aumenta a precariedade das condicións de vida e saúde destas persoas, facéndoos máis vulnerables á adquisición de enfermidades e infeccións, como consecuencia da falta de hixiene, da mala alimentación e da deterioración física e mental derivada de todo isto.

5. EMBARAZO E DROGODEPENDENCIAS

Muller e anticoncepción.

Moitas mulleres que consomen heroína ou outros opiáceos deixan de ter a menstruación ou téñena de maneira irregular. É probable que as causas sexan debidas ao estilo de vida que implica o consumo (dieta inadecuada e perda de peso importante, ansiedade, ritmos de sono alterados e pouco descanso).

A pesar disto, é importante informar as usuarias que a irregularidade ou falta de menstruación, non impide que haxa ovulación, e polo tanto períodos fértiles. Isto significa que poden chegar a quedar embarazadas, polo que o uso do preservativo en todas as súas relacións sexuais é moi recomendable, e non só polo embarazo senón tamén para evitar a infección por VIH, hepatite e outras ETS. Ademais, se a muller é portadora do VIH, o futuro bebé pódese infectar tamén polo virus.

Existen usuarias que son reticentes ao uso do preservativo porque teñen parella e esta négase a utilizalo, chegando incluso á violencia verbal ou física se propoñen a súa utilización. Ante esta situación de poder por parte do home, a muller tende en moitos casos a ceder por medo ás represalias ou a que este a abandone (o que significa quedarse sen protección nun ambiente violento e con alto grao de machismo). Nestes casos, pode propoñerse á usuaria a opción de utilizar anticonceptivos hormonais, que preveñen o embarazo pero teñen o inconveniente de que sitúan a persoa en risco de infección por VIH ou outras ETS.

Dado que os anticonceptivos hormonais en forma de pastilla requiren non esquecerse de ningunha toma diaria pois perden a súa efectividade, o máis adecuado para este tipo de poboación serían os anticonceptivos hormonais inxectados, que cunha única inxección as cobre por un período de tres meses. Ademais, ten a vantaxe de que se conseguimos falar coa muller sen a presenza da súa parella e esta accede a poñela, a súa parella non terá coñecemento disto evitando así que exerza calquera tipo de coacción ou violencia sobre ela.

Consumo de drogas e embarazo

É importante estar atentos a calquera indicio de embarazo nunha das nosas usuarias. A detección precoz dun embarazo (que ás veces pasan desapercibidos ata estar moi avanzados porque o consumo e o estilo de vida da drogodependente fan que o feto sexa moi pequeno), é sumamente importante para poder asesorar a embarazada sobre as posibilidades que ten e sobre a conveniencia de acudir a un centro médico para que lle fagan un seguimento.

Despois de confirmado o embarazo (o cal se pode facer a través dunha proba test de embarazo comprada na farmacia), será informada a usuaria sobre os seus dereitos e posibilidades para que poida decidir se prefire abortar, quedar co bebé ou dalo en adopción.

Se unha muller queda embarazada existe a posibilidade legal de interromper o embarazo ata as 12 semanas. Por este motivo, a detección precoz é tan importante. Se o embarazo se detecta demasiado tarde podería haber dificultades para que a muller abortase, se así o desexa. É conveniente coñecer as clínicas que efectúan abortos e establecer con elas unha relación cordial de cooperación, intentando lograr un trato de favor cara ás nosas usuarias tanto no adianto das visitas como da intervención, sendo dun día para outro se isto fose posible, así como unha rebaixa do prezo da intervención dadas as dificultades económicas desta poboación.

Se polo contrario a usuaria decide seguir para diante co embarazo, é importante motivala para que acuda ao médico da UAD e leve un seguimento do embarazo. Alí probablemente lle proporán a conveniencia de deixar de consumir heroína e empezar nun Programa de mantemento con metadona para evitar os riscos asociados ao consumo de heroína, así como para mellorar as súas condicións de saúde e o estilo de vida que o consumo de heroína obriga (buscar a vida na rúa, problemas xudiciais, frecuentar lugares e persoas perigosos, etc.). A mello-

ra na calidade de vida que proporciona a metadona, repercutirá favorablemente na muller e polo tanto tamén no feto. Ademais, non hai ningún perigo grave para o feto se a muller toma a dose de metadona que lle prescribe o seu médico e o fai de maneira estable. Unicamente é perigoso se a deixa de consumir uns días, logo volve a consumila, consume outras substancias ao mesmo tempo que a metadona, etc.

Se a embarazada adoita ir regularmente aos controis médicos e se leva un bo seguimento do embarazo, cando chegue o parto o bebé vai estar moi controlado para atender o “mono” de metadona que presentará. Non obstante, se non se leva un control e seguimento do embarazo, se consume heroína en lugar de metadona e polo tanto non se ten coñecemento nin da pureza da dose nin das impurezas e o “corte” que leva, ou ben se toma a metadona de maneira irregular ou se consomen outras drogas ao mesmo tempo, os médicos que atendan o bebé no parto non saberán como facelo eficazmente para evitarlle os efectos do “mono”. Iso si, é sumamente importante que o bebé naza nun hospital para que poida ser atendido adecuadamente e lle poidan dar un tratamento para desintoxicalo e que non sufra efectos a longo prazo. En caso de non nacer no hospital por calquera circunstancia, o neno debe ser trasladado axiña ao hospital e comunicarlles aos médicos que a nai estaba consumindo opiáceos, e se consumía regularmente metadona, pórse en contacto co médico da UAD para saber a dose exacta. Ao bebé non hai que desintoxicalo nunca por conta propia nin darlle metadona para quitarlle o “mono”, é moi perigoso e podería morrer.

Finalmente, se a muller está nun Programa de mantemento con metadona antes do embarazo e durante este decide deixalo, o mellor momento para facelo é entre os tres e os seis meses de xestación. Pero é importante que o faga de maneira controlada seguindo as pautas do seu médico da UAD, nunca debe facelo pola súa conta. Deixar a metadona de repente ou pola súa conta sen ningún tipo de indicacións nin seguimento pódelle crear complicacións e molestias que poden orixinar danos no feto.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agudé, I.; Prat, A.: Funciones de enfermería en un Centro de Atención Ambulatoria al Toxicómano. Jornades d’infermeria sobre toxicomanies Hospital do Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.

- Anoro, M.; Bernabeu, J.; Ilundain, E.; Molí, R.; Montalvo, J.; Prieto, R.; Rodríguez, R.; Rosell, L.: EVA-Espacio de venopunción higiénica asistida: una curiosa experiencia campestre en Barcelona. Drogas: Exclusión o integración social. II Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- Ayuso, J.L.; Lastra, I.; Montañés, F.: Sida en el enfermo psiquiátrico. En: Sida y Drogodependencias. Monografías de Toxicomanías. Colb. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ed. Edicions en Neurociencias. Barcelona, 1995.
- Becoña, E.; Vázquez, F.: Heroína, cocaína y drogas de síntesis. Ed. Síntesis. Madrid, 2001.
- Blanco, M. C.; Taboada, J. A.: Vivir e convivir. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela.
- Caballero, L.; Alarcón, A.: Cocaína y cocaínomanía en atención primaria. En: Drogas en Atención Primaria. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, 2000.
- Carrera, I.; Fariñas, E.: Drogodependencias e Atención Primaria de Saúde. Colección Drogodependencias. Nº 8. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. 1991.
- Casado, V.: Intervención en drogas desde Atención Primaria. En: Revista Adicciones. Vol. 15, suplemento 1. 2003. Ed. Socidrogalcohol.
- Codina, R.: Papel de la enfermera en un Centro de Mantenimiento con Metadona. Jornades d'infermeria sobre toxicomanies Hospital do Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edición revisada. Ed. Masson. Barcelona, 2003.
- García-Falces, J.: Taller de prevención de sobredosis e inyección de menos riesgo en el centro penitenciario de Pamplona. Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- García, G.; Gutiérrez, E.; Morante, L.: Bola de Nieve. Guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud. Edita Grupo GID. Subvención Ministerio de Sanidade e Consumo.

- García, M.; González, M.; Cebrián, S.; Nadal, C.; Gubert, M.; Delás, J.; Sierra, E.: Inmigración y drogas. Experiencia de la atención a ciudadanos del este de Europa. Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- García, M.; Gubern, M.; Cebrián, S.; Fernandez, M.; Nadal, C.; Trujillo, A.; Gonzales, M.: La ley y los que viven en la calle. Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- Gawin, F.H.; Khalsa, E.M.; Ellinwood, E.Jr.: Estimulantes. En: Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. The American Psychiatric Press. Ed. Masson. Barcelona, 1997.
- Giner, F.; Sancho, A.; Castellano, M.; Pérez, L. e Mateu, M.J.: Opiáceos, médicos y heroinómanos. Trastornos adictivos. Drogodependencias: Clínica y tratamientos psicobiológicos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Direcció General de Drogodependencies. Valencia, 2001.
- Gubert, M.; Carrió, M.; González, M.; Martínez, R.; Lancharro, M.; Nadal, C.; García, M.; Trujillo, A.; Delàs, J.; Sierra, E.: LITS, hospitalización en pensiones. Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- Lizasoain, I.; Moro, M.A.; Lorenzo, P.: Cocaína: aspectos farmacológicos. En: Monografía Cocaína. Adicciones. Vol. 13, suplemento 2. Ed. Socidrogalcohol. Valencia, 2001.
- Llopis, J.J.: Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. En: Monografía Cocaína. Adicciones. Vol. 13, suplemento 2. Ed. Socidrogalcohol. Valencia, 2001.
- Manual del "buen uso". Salud y Sida. Programa subvencionado polo Ministerio de Sanidade e Consumo.
- Maroto, A.L.; Fernández, J.L.; Zaragoza, D.; Martincano, C.F.; García, O.: Manual de buena práctica para la atención a drogodependientes en los centros de emergencia. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Socia-

les de España. Financiamento da Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas.

- Martín, C.: Guía de Counselling para Formadores. 2ª Edición. Escuela de Sida, Salud y Convivencia Fundación Anti-Sida España (FASE). Ed. Harmony. Madrid, 1997.
- Martín, D.; Costa, M.: Síndromes de abstinencia y efectos indeseables: Actuación de enfermería. Jornades d'infermeria sobre toxicomanies Hospital do Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.
- Oller, E.: El papel de la enfermera en una unidad de toxicomanías. Jornades d'infermeria sobre toxicomanies Hospital do Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.
- Pascual, C.; Cavestany, M.; Moncada, S.; Salvador, J.; Melero, J.C.; Pérez de Arrospeide, J.A.: Drogas: + información – riesgos. Tu Guía. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. 2001.
- Pereiro, C.: Consumo de menos riesgo: técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis. En: Monografía Opiáceos. Adicciones. Vol. 7, suplemento 2. Ed. Socidrogalcohol. Valencia, 2005.
- Pereiro, C.: Reduce os riscos, diminúe os danos. Edit. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. Plan de Galicia sobre Drogas.
- Pérez-Moreno, J.; Gómez, J.A.; Cousinou, M.; Trouillhet, I.; Romero, I.: Enfermedad hepática en la drogadicción parenteral y su asociación con la infección VIH-SIDA. Ponencia. VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario.
- Prat, G.; Batle, F.; Pérez dos Cobos, J.; Casas, M.: Cocaína, psicoestimulantes y alucinógenos. Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y tratamientos psicobiológicos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Direcció General de Drogodependencies. Valencia, 2001.
- Preston, A.: Manual de Metadona. Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Barcelona, junio de 2000.
- Rodríguez, A.; González, S.: De las drogas y de las sectas. En: Comunidad y drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios e Documentación. Nº 12. Junio 1989. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Romero, M.; Oviedo-Joekes, E.; Mach, J.C.; Markez, I.: Programas de jeringas. En: Monografía Opiáceos. Adicciones. Vol. 7, suplemento 2. Ed. Socidrogalcohol. Valencia, 2005.
- Roncero, J.; Ramos, J.A.; Collazos, F.; Casas, M.: Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. En: Monografía Cocaína. Adicciones. Vol. 13, suplemento 2. Ed. Socidrogalcohol. Valencia, 2001.
- San, L.: Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España. En: Monografía Opiáceos. Adicciones. Vol. 7, suplemento 2. Ed. Socidrogalcohol. Valencia, 2005.
- San, L.; Arranz, B.: Dependencia de benzodicepinas. Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y tratamientos psicobiológicos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Direcció General de Drogodependencies. Valencia, 2001.
- Sanchis, C.; Coene, D.: Vivir y convivir con VIH/Sida. Manual de Autocuidados. Institut Valencià d'estudis en Salut Pública. Valencia, 1996.
- Vergara de Campos, A.; Jiménez, M.J.; Selma, D.; Cruz, E.: Patologías asociadas a las drogodependencias. Ponencia. VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario.
- Zabarte, M.A.: Diferencia versus Marxinación. Anotaciones de un debate sobre los diferentes, la tolerancia y la incorporación social. En: Comunidad y Drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios e Documentación. Nº 15. Junio 1990. Ministerio de Sanidad e Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Zulaika, D.: Reducción de daños: lecciones aprendidas. Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- <http://www.juntadeandalucia.es/>
- <http://www.sfaf.org/>

PATOLOGÍA DUAL

1. A PATOLOXÍA DUAL

O concepto de patoloxía dual refírese á coexistencia dun trastorno por uso de substancias e outros síntomas ou trastornos mentais que interactúan entre eles. Deste modo, o trastorno por uso de substancias pode inducir, empeorar ou atenuar os síntomas psiquiátricos e ao revés, o trastorno mental pode favorecer determinadas condutas de risco, entre elas o consumo de drogas.

A asociación entre ambos os trastornos pode variar en función do trastorno presente, a gravidade e a intensidade dos seus síntomas, a cronicidade e o grao de discapacidade que xera, a substancia consumida, a vía utilizada e a frecuencia con que se consome, entre outras variables.

A continuación descríbense as principais formas de asociacións entre o trastorno por uso de substancias e outros trastornos mentais, que veñen recollidas no consenso da SEP sobre patoloxía dual (SEP, 2004):

- 1 Os síntomas psiquiátricos poden aparecer de forma secundaria ao trastorno por uso de substancias. Pode darse o caso de que o trastorno por uso de substancias precipite unha recaída ou o empeoramento dos síntomas do trastorno psiquiátrico asociado. Polo xeral, o tipo, a duración e a gravidade destes síntomas asóciense co tipo, a dose e a cronicidade do consumo de substancias.
- 2 A abstinencia dalgunhas drogas pode precipitar a aparición de síntomas psiquiátricos ou mesmo asemellar múltiples trastornos psiquiátricos.
- 3 Os trastornos psicopatolóxicos poden propiciar o desenvolvemento dun trastorno por uso de substancias. Neste caso os suxeitos utilizarían as drogas para aliviar determinados síntomas psiquiátricos (como unha forma de automedicación) ou para evitar os efectos secundarios de medicacións. Pola súa vez,

o consumo de substancias pode modificar ou ensombrecer o carácter dos síntomas psiquiátricos.

- 4 Os trastornos psiquiátricos e o trastorno por uso de substancias poden coexistir como fenómenos totalmente independentes. Neste caso, determinar se ambos os trastornos están relacionados pode ser difícil ou incluso de pouca relevancia, particularmente nos casos de longa evolución.
- 5 Por último, expúxose a posibilidade de que a patoloxía dual se desencadease pola existencia dun factor común de vulnerabilidade, xa sexa xenético, ambiental ou doutro tipo.

Como dicíamos anteriormente, o trastorno por uso de substancias pode inducir, empeorar ou atenuar os síntomas psiquiátricos, provocando: 1) un maior número de recaídas e hospitalizacións; 2) unha maior inestabilidade e desestruturación persoal e familiar, que actúa restrinxindo a rede social de apoio da persoa e abocándoa cara á exclusión social e o “circuíto de rúa”, e en consecuencia, a súa desvinculación da rede asistencial e a dificultade para acceder a ela; e 3) favorecendo unha progresiva deterioración psicoafectiva da persoa, que incrementa a ideación e a conduta suicida.

Así mesmo, o trastorno mental tamén pode favorecer determinadas condutas de risco, entre elas: 1) o consumo de drogas, tipo de droga consumida, vía utilizada e frecuencia; 2) condutas de risco propias do consumo de drogas (p.e. compartir xiringas); 3) condutas de risco en relación coa sexualidade (p.e. non utilizar o preservativo; prostitución); e 4) condutas violentas, ilegais ou perigosas (p.e. atracos; condución temeraria).

Polo tanto, tendo en conta que ambos os trastornos interactúan entre eles favorecendo a realización de condutas de risco e incidindo negativamente sobre a calidade de vida do drogodependente, é importante que saibamos detectar a presenza de patoloxía dual nos nosos usuarios. Isto vai facilitar que adecuemos as intervencións ás características e necesidades específicas de cada un deles, atendendo á súa patoloxía, tipo de consumo e condutas de risco que realiza. Así como tamén, nos vai axudar a establecer unha relación profesional-usuario adecuada evitando posibles situacións comprometidas de tensión e conflito.

2. AVALIACIÓN DO ESTADO MENTAL EN DROGODEPENDENTES

É moi importante non esquecer que estamos traballando con persoas que se encontran baixo os efectos de substancias, e que moitos deles presentan signos indicativos de trastorno mental como consecuencia: 1) dos efectos da droga ou da síndrome de abstinencia a ela, que provocan alteracións e problemas psicolóxicos (ansiedade, depresión, condutas obsesivas e/ou compulsivas, etc.) que se non se saben manexar adecuadamente poden orixinar un conflito do usuario con outros usuarios ou con persoal do equipo; 2) das condicións precarias de vida (exclusión social), o que xerará que nos demanden moitas cousas para cubrir as súas necesidades e que probablemente non poidamos dar resposta a todas elas, co risco de que o usuario non comprenda os límites ou recursos dos que dispón o programa e desenvolva hostilidade cara ao equipo; e 3) da existencia dun trastorno psiquiátrico primario que co consumo de substancias se pode agravar ou, polo contrario, mitigar algúns dos seus síntomas e ensombrecer o seu diagnóstico (por exemplo, a heroína reduce os síntomas agudos dunha patoloxía psicótica, pero adoita agravar a sintomatoloxía negativa da esquizofrenia).

A avaliación dos usuarios para detectar baixo os efectos de que droga se encontran e cal é o seu estado mental presente e polo tanto cales poden ser as súas condutas e como debemos actuar para evitar unha reacción hostil pola súa parte, realízase principalmente a través da observación, a conversa e a exploración.

A observación:

- **do aspecto:** en función do aspecto que presente, podémonos facer unha idea sobre o grao de adicción e de exclusión social que pode presentar. En calquera caso, haberá que buscar máis información que corrobore esta impresión.
- **do nivel de consciencia:** que oscila ao longo dun continuo desde a hiperalerta (que pode ser debida ao consumo de cocaína ou como consecuencia dun delirium debido a trastorno psiquiátrico ou intoxicación), ata o adormecemento ou coma (orixinados por unha intoxicación ou sobredose de opiáceos ou psicofármacos como as benzodiazepinas).

- **a conduta motora:** prestaremos atención aos movementos do usuario, como anda, que posturas adopta, o nivel de execución para coller algo, o nivel de actividade, etc. Se existe retardo no movemento, inhibición, dificultade para coller cousas, etc., posiblemente o usuario consumise algún tipo de opiáceo, alcohol ou psicofármacos (benzodicepinas seguramente), ou mesturase algunhas destas substancias. Se polo contrario mostra axitación motora, manierismos, tics, acenos, estereotipias e expresións faciais inusuais, estas pódense deber ao consumo de cocaína. Así mesmo, hai condutas características que nos poden indicar que consumiu o usuario. Por exemplo, despois de consumir heroína a moitos dálles por tocar o nariz como se lles picase, isto débese probablemente á sensación de benestar que se produce despois do consumo que lles fai moi sensible esa zona facial. Por outro lado, certos manierismos e acenos acostuman ser moi comúns en usuarios crónicos de cocaína.

Tamén certas posicións posturais son moi características, por exemplo, cando o usuario presenta unha intoxicación por benzodicepinas adoita moverse cos xeonllos flexionados e coa cabeza gacha, os ollos mantéñenos a maior parte do tempo pechados e parece que van perder o equilibrio en calquera momento, chegando incluso a dar a sensación de que van caer, pero xusto cando van para o chan, incorpóranse como se tivesen un resorte que lles impide caer. Nestes casos de intoxicación por benzodicepinas prodúcese ademais un déficit no procesamento da memoria, o cal pode chegar a orixinar un conflito co usuario ao parecer que este non fai caso das nosas indicacións ou nos está “vacilando”, ou que pense el que somos nós os que “pasamos” del ou o “vacilamos”. Saber evitar este tipo de situacións é sumamente importante xa que se chegan a se pór hostís ou de “mal rolo” e focalizan con nós, son sumamente agresivos e perigosos xa que tamén se produce unha alteración do nivel de consciencia como vimos anteriormente, e polo tanto unha desinhibición condutal que se manifesta en condutas violentas e irreflexivas moi difíciles de controlar.

Finalmente, tamén podemos detectar a través da conduta motora non só a substancia que consumiu a persoa, senón tamén se presenta unha síndrome de abstinencia ou “mono” a esta.

- **da interacción con outros usuarios:** observar como se relaciona con outros usuarios, as relacións de poder que establecen entre eles, prestar atención a situacións repetidas de tensión e confli-

to ante a coincidencia de dous ou máis usuarios; todo isto nos axudará a recoñecer cando un usuario pode estar ansioso, agresivo, sentirse humillado, etc., e actuar en consecuencia para evitar que a nosa conduta e comentarios aumenten a tensión, ou provoquen unha reacción hostil do usuario cara a nós. Por exemplo, se observamos como dous usuarios deciden comprar unha dose de heroína a medias e un deles é o encargado de comprala, e cando chega coa dose esta é máis pequena das que habitualmente vende ese traficante, ou non é heroína senón cocaína, isto pode orixinar un conflito entre eles ao pensar o outro que gardou un “chisco” do material, ou que quedaron en heroína e trouxo cocaína e agora vai quedar de “mono”. Se o usuario que se sente prexudicado se achega a nós, probablemente estará ansioso e enfadado, e teremos que ter moito coidado en que nada do que nós fagamos ou digamos lle xere máis tensión, pois pode acabar “estalando” e crear unha situación de probable agresividade cara a nós ou cara a outros usuarios.

A conversa

A través da conversa poderemos apreciar algunhas alteracións da atención, da concentración, do nivel de consciencia, da memoria, da linguaxe, da consciencia de enfermidade ou da orientación.

- **Alteracións da atención, concentración, nivel de consciencia e memoria:** os efectos dalgunhas substancias (como opiáceos, alcohol e psicofármacos) provocan unha inhibición dos procesos de atención, concentración, nivel de consciencia e memoria, que orixinan unha amnesia ou imposibilidade de recordar algunhas das cousas que se fixeron ou dixeron apenas un momento antes. Isto explica tamén as lagoas que algúns usuarios presentan sobre acontecementos ou conversas de días anteriores. É moi normal ver como un usuario se comporta un día dunha maneira incorrecta con nós ou con outros usuarios baixo os efectos destas substancias (sobre todo as benzodiazepinas), e ao día ou dous días seguintes cando nos acercamos a comentarlllo para intentar que non volva ocorrer, eles nos mostran a súa sorpresa porque non o recordan, experimentando moitas veces vergonza por facelo e pedíndonos perdón. Hai que entender pois, que en condicións normais, sen estar baixo os efectos das substancias, non se comportarían así. Polo tanto, algunhas destas condutas haberá que “relativizalas” entendendo que son consecuencia dos efectos das substancias, aínda que nunca haberá que normalizalas e moito menos tolera-

las se supoñen un perigo ou cuestionamento dalgún dos membros do equipo ou do programa en si mesmo.

- **Trastornos da linguaxe:** segundo a fluidez e a velocidade da fala, ou o tipo de conversa, podemos intuír que substancia consumiu o usuario ou tamén ser indicativos dun posible trastorno mental (p.e. esquizofrenia).

Se a conversa é repetitiva, volvendo unha e outra vez sobre o mesmo tema, incluso despois de falar cun membro do equipo un usuario se acerca a outro e lle conta o mesmo, se acapara toda a conversa converténdoa nun monólogo, e a fluidez e a velocidade da fala son rápidas e ansiosas, sendo moi difícil de interromper, ou hai un compoñente de certo “vacileo”, isto pode indicar un consumo de cocaína.

Se polo contrario a conversa é mínima, con pobre contacto ocular, cunha entoación e un volume de voz baixo e monocorde, con tendencia a selo cada vez máis ata chegar ao silencio en metade dunha frase, con balbucido, tartamudeo e perda do fío da conversa, indicaríanos un probable consumo de opiáceos, alcohol ou psicofármacos. Ademais, algunhas das medicacións prescritas para certos trastornos mentais e as benzodicepinas, adoitan deixar a boca como pastosa, dificultando a fala, e mesmo observar restos desta pastosidade de cor abrancazada nas comisuras dos labios.

- **Consciencia de enfermidade:** as verbalizacións que manifestan os usuarios en relación coa importancia dos consumos que realizan, o grao de dependencia que cren ter e a medida en que todo isto lles afecta a nivel físico, psicolóxico e social, pode orientarnos sobre a súa consciencia de enfermidade. Nalgúns casos esta é acorde coa realidade, pero noutros a percepción que teñen do problema é moito menor, ben porque realmente pensan que aínda poden controlar o consumo e a situación na que se encontran é reversible; ben porque sendo plenamente conscientes da súa adicción, se crean a ilusión de que non é así como mecanismo de defensa, comportándose e verbalizándoo para reforzar esta ilusión.
- **Alteración da orientación:** tamén é moi habitual que durante unha conversa detectemos alteracións referidas ao paso do tempo, o lugar ou as persoas que o rodean. É moi común que constantemente pregunten que hora é, xa que os seus ritmos biolóxicos (sono, horario de comidas, etc.) non son os habituais. A necesidade de consumir para evitar a síndrome de abstinencia

cia, e a busca obsesiva de medios para financiarse a substancia, obrígaos a ter unha vida completamente desorganizada, presentando elevados niveis de ansiedade e estrés, condutas compulsivas e unha deterioración física e psíquica importante como consecuencia deste estilo de vida. Así pois, todo rexe en función da busca de novas doses, non de hábitos diarios, e isto provoca alteracións da orientación temporal.

Tamén é frecuente encontrar usuarios que de repente empezan a preguntar que fan eles nese lugar, canto tempo levan alí ou onde está determinada persoa que había un momento estaba xunto a eles, pero que en realidade non estaba. Isto pode indicar que o usuario consumiu algún tipo de substancia que altera a consciencia, e polo tanto a orientación, como por exemplo as benzodicepinas ou os inhalantes. Nestes casos, o mellor é esperar a ver se a persoa acaba situándose ou se polo contrario se obsesiona con esa desorientación. En caso de que se obsesione e comece a poñerse nervioso, podemos intentar calmalo (se valoramos que isto é posible) dicíndolle que non se preocupe, dándolle datos concretos do tempo que leva nese lugar e informándolle que probablemente eses “despistes” son consecuencia do consumo. En caso de que observemos que mostra certa hostilidade ou agresividade, o mellor é que nos manteñamos á marxe sen intervir, pois podería focalizar en nós o seu “mal rollo” e desencadearse un conflito ou intento de agresión. No suposto de que crea que había unha ou varias persoas ao seu lado, ou pense que trouxo algo e que llo roubaron, e non sexa así; a maneira de actuar será a mesma, manernos á marxe e en caso de que nos pregunte se nós o vimos, dicirlle que estabamos moi ocupados atendendo o noso traballo e que non nos fixamos nin vimos nada. Se intentamos convencelo de que son imaxinacións súas e de que non había ninguén nin que traía nada, pode pensar que o estamos enganando e/ou encubriendo a outras persoas, e de novo que focalice en nós o seu “mal rollo”.

A exploración

Nalgúns casos será conveniente indagar ou explorar un pouco máis acerca dalgúns síntomas que manifesta un usuario, para avaliar en que medida se presentan e poden afectalo, e ata que punto a intensidade con que se manifestan pode condicionar a nosa relación co usuario, de maneira puntual ou persistente. Para iso, prestaremos

especial atención ao estado de ánimo, e aos trastornos do pensamento e da percepción que manifesta este usuario.

- **O estado de ánimo:** pode ir desde a euforia ata a tristeza, presentar síntomas de depresión, ambivalencia afectiva, labilidade, incongruencia ou aplanamento afectivo, entre outros. Observar o usuario como se comporta e expresa coas persoas de arredor ou con outros usuarios pode darnos unha idea do estado de ánimo que presenta. O consumo dunha ou outra substancia pode inducir a un estado de ánimo determinado ou a cambios bruscos neste. Así, a euforia ou labilidade afectiva pode estar provocada polo consumo de cocaína, mentres que a incongruencia ou o aplanamento o serían do consumo de opiáceos, alcohol ou benzodicepinas. Tamén a presenza de patoloxías psiquiátricas xustifican certos estados de ánimo, sendo estes unha manifestación de síntomas.

Cando detectamos que un usuario presenta ambivalencia ou labilidade afectiva, debemos ter sumo coidado coa nosa conduta e comentarios, xa que estes poden orixinar cambios bruscos no seu estado de ánimo, que á parte de sorprendernos e non lograr entendela nun principio, poden desembocar en situacións de conflito difíciles de manexar dada a “susceptibilidade” do usuario.

Así mesmo, o aplanamento afectivo ou outros síntomas de depresión, deben ser avaliados e indagar se son consecuencia do consumo ou da síndrome de abstinencia; ou polo contrario son debidos a outros factores (p.e. a exclusión social); valorando cales poden chegar a ser as consecuencias a curto e a medio prazo (p.e. o suicidio).

- **Trastornos do pensamento:** estes trastornos tamén son moi comúns en drogodependentes con consumos en activo e presentan unha ampla variabilidade. Poden ser trastornos do pensamento referidos ao curso (alteración do fluxo do pensamento), referidos á forma (fuga de ideas, pensamento tanxencial, pensamento disgregado e incoherente) ou referidos ao contido (ideas delirantes, fóbricas, obsesivas, ruminacións, ideas sobrevaloradas, de suicidio ou pensamentos máxicos). Calquera deles pode estar inducido polo consumo de substancias ou ser un síntoma de certas patoloxías psiquiátricas e/ou médicas. Detectalos orientaranos sobre como establecer unha relación adecuada cos usuarios, tanto nos aspectos referidos á atención das súas patoloxías e necesidades, como na prevención de situacións de conflito/agresividade.

Para axudarnos a recoñecer a sintomatoloxía máis característica dos trastornos do pensamento, imos explicala e pór exemplos:

- **Bloqueo:** podemos estar falando cun usuario e este distraerse facilmente por calquera estímulo irrelevante (por exemplo un coche que pasa, un obxecto no chan, etc.), comezar a dar respostas vagas e incluso quedar bloqueado (en metade dunha frase queda calado), sen saber despois sobre que estabamos conversando.
- **Descarrilamento / fuga de ideas:** o usuario fala moi a présa, intentando dicir moitas cosas en pouco tempo, xuntando as palabras e mesturando distintos temas. É moi común no consumo de cocaína.

Exemplo:

O usuario achégase e empeza a falar sobre un tema, por exemplo unha película, e fala dela de maneira moi acelerada, mesturando información sobre o argumento, os actores, o ano en que se fixo, chegando incluso a omitir as terminacións dalgunhas palabras porque as xunta coas seguintes, e mesturando temas, se fai referencia ao ano en que se rodou a película, despois pode comezar a falar sobre outro feito que sucedeu nese ano que nada ten que ver coa película, por exemplo, que un partido político gañou as eleccións, entón segue falando sobre os membros dese partido, etc.

Actuación:

Neste caso, o mellor é que durante uns minutos deixemos falar ao usuario se con isto non entorpece a nosa tarefa. En caso de que si a entorpeza, ou antes de que "esgote" a algún membro do equipo, o adecuado sería expresar que temos faena pendente que atender e que non podemos continuar nese momento coa conversa. Moi probablemente o usuario non se vai sentir ofendido por isto e buscará a outra persoa (usuario ou outro membro do equipo) para continuar a conversa. Cando focalizou cun membro do equipo e están un pouco apartados falando, unha maneira sutil de cortar é chamándoo ao móbil. Este, ao coller o móbil para responder a chamada, pedirá excusas ao usuario e diralle que seguirán conversando noutro momento, apartándose así del para atender a suposta chamada. Probablemente, o usuario continuará falando coa persoa que teña máis próxima.

- **Tanxencialidade:** a persoa dá respostas irrelevantes sobre o que se lle preguntou.

Exemplo:

Cando lle preguntamos que vía utiliza para o consumo de heroína, o usuario contéstanos que utiliza a vía da felicidade porque o mundo é bonito.

Actuación:

Cando detectamos que un usuario se comporta desta maneira, o mellor é non buscar a comunicación con el posto que esta non vai resultar efectiva nin nos vai proporcionar información veraz. Non obstante, corremos o risco de que algo do que digamos provoque algún tipo de reacción violenta, aínda que non necesariamente será así. No caso de ser el quen busque establecer a comunicación, debemos prestar moita atención a que é o que nos comunica e dar respostas “inocuas”, que non impliquen ningunha interpretación senón que mostren que entendemos o que nos di e que estamos de acordo. Canto máis curtas sexan as respostas que deamos, máis “inocuas” van ser. Se nos estendemos, imos fomentar que a conversa se estenda e que haxa máis posibilidades de xerar algún tipo de malentendido que derive en conflito.

- **Desconexión de ideas:** o suxeito di palabras e frases con relación e significado para el, pero desconectados para os que o escoitan.

Exemplo:

“As abellas son as nosas amigas porque a noite ao falar por teléfono é moi fría e a calor do leite fai que o mel dos carballos sexa doce”. En aparencia o significado desta frase é incomprendible, así como a relación das abellas coa noite, a noite con falar por teléfono, o mel cos carballos, etc... Non obstante, para o suxeito si que ten significado e relación. A asociación de ideas que realiza e como as expresa fainas incomprendibles. Expresadas doutra forma e asociando mellor as ideas, ao mellor pretendía dicir algo así: “As abellas son as nosas amigas porque elas fan o mel doce, que ao tomalo con leite quente axúdache a estar forte coma un carballo, e non arrefriarte polas noites cando vai frío, e quedar afónico da gorxa ao falar por teléfono”. Aínda que a frase non ten nada de importancia, esa desconexión de ideas e carencia de significado, é moi útil para detectar que posiblemente hai un trastorno do pensamento.

Actuación:

Ante un usuario que se expresa así, recomendamos actuar o mesmo que cando presentan “tanxencialidade”.

- **Incoherencia:** o que di o usuario vólvese completamente incomprendible porque cambia a orde das palabras dentro das frases.

Exemplo:

“ultimamente a heroína subiu a gasolina pillar consegue un coche e pide toda a mañá ao final difícil”.

Actuación:

Recomendamos actuar igual que cando presentan “tanxencialidade”.

- **Iloxicidade:** é un patrón da fala no que se chega a unha conclusión sen seguir unha secuencia lóxica. O suxeito asocia dúas ideas a través dun mecanismo “lórico” que dan un resultado ilórico. Este mecanismo “lórico” pode ser un comentario que facilita ou induce a facer algo; ou unha conclusión baseada en premisas falsas. Cando se presenta, é indicativo da posible presenza dun trastorno do pensamento.

Exemplo:

Acércase un usuario e dinos: “Ola, son Felipe. Teño trinta e dous anos e vivo na rúa Nova, número 3, porta 8. Quero irme á casa. ¿Podo irme á casa? Só podo irme á casa se ti me das permiso. ¿Dásme permiso? Se non me das permiso teño que quedarme aquí toda a noite esperando a que mañá sexa outro día. ¿Dásme permiso para irme á casa?”.

Actuación:

Neste caso o usuario pódese ir á súa casa cando o desexe, pero asociou que para facelo temos que darlle o noso permiso. Se lle dicimos que si, normalmente diranos: “Moitas grazas. Como me deches permiso para irme a casa, voume. Grazas. Ata logo”. En cambio, se lle dicimos que non entendemos o que desexa expresar, que non necesita do noso permiso para irse, ou respondemos con comentarios nesta liña, é moi probable que entenda que nós nos negamos ou nos resistimos a darlle permiso para marchar á súa casa, e comezará a increparnos preguntándonos por que non lle damos permiso (“¿Por que non me das permiso? Eu só che pido permiso para irme a casa. Non queres darme permiso para que teña que quedarme esta noite aquí e pasar frío”), o que aumentará o ton hostil en que se expresa canto máis se alongue a situación.

- **Circunstancialidade:** comeza a falar sobre unha cuestión dando moitos rodeos e facendo referencia a trivialidades ata chegar á idea que desexa expresar. A fala adoita ser moi tediosa, parece que rematou de conversar pero ao momento volve outra vez falar sobre o mesmo, di unhas frases, volve calar, así ata que ao final chega ao que quería dicir.

Actuación:

Cando un usuario se comporta así, o mellor é mostrarlle que o escoitamos, aínda que non fai falta estar prestándolle atención en todo momento xa que presenta silencios que poden durar minutos. Hai que procurar non cortarlle sen máis ou dicirlle que é exactamente o que quere dicirnos, en ambos os casos pode sentirse ofendido e reaccionar de maneira inesperada. Se o cortamos debe ser por algo xustificado e facer referencia a isto (p.e.: porque nos temos que ir, temos que atender a alguén, ou estamos facendo algo que non nos permite prestarlle atención). Se lle dicimos que é exactamente o que quere, é posible que se sinta coaccionado ou que entenda que o que nos di non nos interesa e queremos que acabe pronto; se fai esta interpretación, o máis probable é que se ofenda, enfade ou reaccione de maneira hostil cara a nós.

- **Fala afectada:** o usuario fai comentarios excesivamente cultos, pomposos, e pode dar sensación que o expresa con aires de superioridade.

Exemplo:

Un usuario comeza unha conversa sobre música. Ao longo dela fai referencia a varios grupos de "culto", ou de ambientes "underground", facendo especial fincapé nalgúns detalles deles, como por exemplo discos piratas, cancións de edición limitada, explicando a interpretación que el fai das letras das cancións como unha interpretación intelixente á que poucas persoas chegan, etc.

Actuación:

Xeralmente, adoitan saber sempre de todo e moito, dando a impresión de ser expertos e ter creada unha opinión propia, que ademais expresan como se esta fose a correcta e só eles estivesen en posesión da verdade. É moi común nos consumos de cocaína, e tamén indicativo dun probable trastorno do pensamento. Nestes casos, o recomendado é escoitar pero sen expresar moito interese (porque entón poderían estenderse máis) e evitando en todo momento corrixilos ou levarlles a contraria (porque intentarían xustificarnos a súa idea, rebater as nosas opinións, etc., alongando a conversa con risco de desembocar nalgún tipo de conflito como consecuencia dun comentario desafortunado ou que senten que se lles pon en evidencia).

- **Delirios:** os delirios son crenzas anormais, a miúdo cun contido fantástico ou improbable con referencias á súa persoa, que a persoa se cre e mantén con absoluta convicción porque as experimenta como se fosen reais. Por este motivo, son insensibles aos argumentos e razoamentos contrarios ou á demostración de que son irrealis. O consumo de cocaína tende a manter e empeorar o delirio.

Exemplo:

Acérase a nós un usuario con signos de ansiedade e hipervixilancia e cando lle preguntamos que lle pasa, contéstanos: “É que me perseguen. Están por todas partes. A policía, os delincuentes, todos, están todos confabulados para perseguirme e facerme dano. ¿Non os ves? Aqueles daquel coche, están falando polo móbil dicíndolle á policía onde estou. E cando veñan a por min diránlles aos delincuentes que son un delator. ¿Sabes o que lles fan aos delatores? Pois iso é o que me farán a min. A policía non quere manchar as mans, por iso dirán que son un delator, para que me peguen e me torturen ata facerme sufrir e confese o que eles queren. Eu son un chibo expiatorio, unha vítima, e ás vítimas quérennos facer pasar por culpables, ¿entendes o que che quero dicir?”.

Actuación:

Nestes casos é moi importante estar atentos ao contido do delirio, porque esta información nos porá sobre aviso respecto a certos comentarios ou condutas que teremos que modular, para evitar que o usuario faga unha interpretación errónea e nos integre no seu delirio. Por exemplo, se prestamos atención a que el cre que as persoas dun coche próximo están en contacto coa policía a través do móbil; sería conveniente que na súa presenza evitemos coller nós o móbil ou se o facemos, evitar apartarnos onde non nos oia. Calquera destas dúas condutas poden ser interpretadas por el como que nós formamos parte da rede de vixilancia que o persecue. Isto pode deteriorar a relación profesional ou derivar nalgún tipo de desconfianza que propicie situacións de hostilidade.

- **Ideas fóbicas:** son ideas que producen angustia, ansiedade e/ou medo excesivo, pero que o suxeito reconece como irracionais. O consumo de cocaína adoita incrementar os niveis de angustia e ansiedade; polo contrario, a heroína e as benzodicepinas tenden a mitigalo.

Exemplo:

Nalgúns usuarios de drogas é frecuente a fobia aos espazos pechados. Imaxinemos que acode a nós un usuario cunha brecha na cabeza e o sanitario lle pide que suba arriba da furgoneta para poder curalo. O usuario sobe, pero en canto se senta e o sanitario se acerca a el para curarlle a ferida, este comeza a poñerse nervioso e di que quere baixar, que lle dá igual a ferida.

Actuación:

Nestes casos é importante estar atento a que é exactamente ao que o usuario lle ten fobia, e se isto dificulta o noso labor hai que buscar alternativas para prestarlle ao usuario a atención necesaria, evitándolle ou reducindo na medida do posible a súa angustia ou medo. No suposto de que isto non sexa posible recoméndase non intentar convencelo nin retelo pola forza aínda que o motivo sexa xustificado. Se se ve “obrigado e forzado”, o máis probable é que aumente o seu medo e ansiedade, e por tanto que reaccione de maneira violenta cara a nós.

- **Ruminacións:** son pensamentos sobre os que unha e outra vez volve o suxeito, a aínda que lle resultan desagradables non pode deixar de pensar neles.

Exemplo:

Ao longo dunha tarde enteira, o suxeito anda pensando ou expresando en voz alta o seu malestar porque pola mañá quedara con alguén en que lle ía traer unha pipa de auga e esa persoa non chegou. O usuario busca explicacións de porqué non veu esa persoa, de se acaso lle mentiu, se é que veu pero el non a viu, se lla daría a outra persoa para que lla desen a el pero esta quedou con ela, etc.

Actuación:

Nestes casos o mellor é manterse á marxe xa que as verbalizacións que fai a persoa non buscan que lle deamos resposta, senón simplemente son froito da necesidade de expresalas nun intento por comprender. Raramente o usuario nos preguntará ao respecto, pero se o fíxese, seguramente sería para darnos unha descrición da persoa que tiña que traerlle a pipa de auga ou, se sabe que o coñecemos porque tamén é usuario noso, dicirnos o seu nome por se o vimos. Neste suposto, tanto se o vimos coma se non, o máis indicado é manterse á marxe dicindo que nós estamos moi atafegados e que con toda a xente que pasa é moi difícil acordarse que quen veu e quen non.

- **Ideas obsesivas:** son ideas e pensamentos que se repiten e das que a persoa non se pode librar, considéraas irracionais e provócanlle ansiedade e malestar significativos. A diferenza coas ruminacións é que as obsesións non se reducen a simples preocupacións excesivas sobre problemas da vida real. Son indicativas dun posible trastorno mental e poden complicarse co consumo, principalmente, de cocaína.

Exemplo:

Cando un usuario nos pide papel de prata para os "chinos", non quere o que temos xa cortado e preparado, prefire que collamos o rolo e ser el quen o corte. Cando lle preguntamos por que, pode responder que é debido a que a que nós preparamos é moi pequena e que ten engurras. Pero despois, se nos fixamos, observamos como o dobra con sumo coidado, unindo unhas puntas con outras e alisándoa sobre unha superficie plana. Se por exemplo non pode unir ben as puntas ou ao ali-sala lle queda algunha engurra, entón pon cara de desgusto ou chega incluso a facer unha bola coa prata e pedirnos outra.

Actuación:

Non fai falta que lle expliquemos ao usuario que esa conduta nos parece estraña, el xa o sabe, recoñece que é irracional, pero non pode controlala e non facelo provócalle malestar. O mellor que podemos facer é tolerar esa conduta e axudar así á persoa a evitar a ansiedade e o malestar. Este tipo de cuestións non é recomendable intentar abordalas desde un programa de rúa con consumidores en activo, é nas UAD onde se debería realizar. Se imos en contra da obsesión do usuario (neste caso sería darlle prata da que temos cortada, estea ben ou mal pregada, etc.), é probable que crea que desexamos "enfastialo" e que nos considere "responsables" da súa ansiedade e malestar, o cal deterioraría a relación terapéutica e podería desencadear situacións conflitivas.

- **Ideas de suicidio:** a persoa manifesta ideas ou condutas que indican a posibilidade de risco de suicidio. Canto máis elaborada teña a idea sobre como facelo, máis risco hai de que o leve a cabo. Estas ideas de suicidio pódense deber a un trastorno psiquiátrico (p.e. depresión) ou aos efectos dunha intoxicación ou dunha síndrome de abstinencia de certas substancias (p.e. a cocaína, o alcohol ou os barbitúricos).

Actuación:

É importante abordar a situación nese momento. O indicado é que esta función a realice o psicólogo ou o coordinador do equipo, polo que se recomenda poñelo no seu coñecemento inmediatamente. Se non estivese presente ningún deles, encargaríase de falar co usuario o profesional que estivese máis capacitado ou afeito a tratar este tipo de situacións: médico, ATS ou traballador social, por esta orde. O máis importante é encontrar ou mostrarlle ao usuario algún punto de apoio e indagar sobre as posibles alternativas de que dispón para superar esta situación, pedíndolle que nos permita a nós realizar algún tipo de xestión para melloralala.

- **Pensamento máxico:** crenza errónea de que os propios pensamentos, palabras ou actos causarán ou evitarán un feito concreto.

Exemplo:

Hai usuarios que pensan que consumindo en grupo con xente coñecida non hai risco de infección porque como son amigos, son de confianza e iso os protexe. Isto, aínda que se observa en gran parte da poboación drogodependente, a miúdo é moi notable en usuarios que son parella, ou en grupos que pertencen a unha minoría étnica (xitanos) ou a un mesmo país (inmigrantes). Non obstante, as mesmas condutas de risco rocoñécenas como tales se o consumo en grupo se realiza con xente descoñecida ou non pertencente ao seu “grupo de confianza”, néganse a consumir ou compartir (por exemplo, o mesmo tubo para fumarse un “chino”). Este pensamento máxico é moi común tamén na conduta sexual. As parellas drogodependentes pensan que os sentimentos de afecto, son como un “seguro” por riba de calquera posible infección.

Actuación:

O primeiro é observar os usuarios como se comportan, os patróns de consumo que presentan, etc. Cando se detectaron todas as condutas de risco que derivan dun pensamento máxico, infórmanse os usuarios dos riscos que comporta e de como evitalos, procurando dar alternativas e consellos prácticos.

- **Trastornos da percepción:** presentan unha alteración da capacidade para percibir e interpretar o mundo e a un mesmo. O consumo de substancias, así como algúns trastornos mentais, presentan síntomas deste tipo. As alteracións máis frecuentes son: ilusións, alucinacións, despersonalización e desrealización.
 - **Ilusións:** son a interpretación equivocada dun estímulo (son, luz, etc.), ou obxecto real.

Exemplo:

Estamos falando cun usuario e de repente se escoita un ruído que el interpreta como o do motor do coche da policía, cando en realidade por alí cerca non se ve ningún coche.

Actuación:

Habería que esperar a ver cal é a reacción do usuario. Se este se sente inquieto podemos tranquilizalo dicíndolle que era soamente un ruído, nada máis. Se insiste en que é o motor do coche da policía e que poden vir por el, entón mantémonos á marxe e deixámolo que actúe como el queira. En caso contrario, pode pensar que desexamos retelo ata que chegue a policía, ou algo similar.

- **Alucinacións:** son sensacións intensas que a persoa experimenta como se fosen reais, séntelas, pero non existe estímulo que as provoque. Poden ser auditivas, visuais, olfactivas, gustativas e somáticas. Non é posible que o suxeito as controle voluntariamente.

Exemplo:

Unha alucinación moi común que se produce co consumo crónico de cocaína é a formicación. Esta consiste en que a persoa ve e sente uns bichos pequenos, como se fosen pulgas ou larvas, que se moven por debaixo da súa pel. Esta experiencia vívena como se fose tan real, que os leva a rascarse continuamente nun intento por quitarse os bichos, provocándose feridas e rozaduras da pel. Tamén é frecuente velos furgar dentro da pel coa agulla da xiringa ou coa punta dunha navalla ou arame. As consecuencias son este mesmo tipo de feridas e infeccións importantes nesas zonas.

Actuación:

Hai que desagoniar á persoa explicándolle que non son reais eses bichos aínda que el os vexa e os sinta. Dicirle que se trata simplemente dunha alucinación provocada pola cocaína e que conviría que diminuíse un pouco o consumo para evitar que sigan aparecendo as alucinacións. Seguramente el tratará de convencernos de que o que ve e sente é real, chegando incluso, como dicíamos, a escaravellarse coa punta dunha navalla e preguntarnos se acaso non os vemos. Nós temos que manter que iso son alucinacións moi comúns e que lles pasa a outras persoas, pero sempre cunha actitude moi comprensiva e facendo especial fincapé en que o cremos cando nos di que ve e sente os bichos, porque a alucinación o fai sentir realmente así. Finalmente, explicarlle que reducindo un pouco o consumo, por exemplo de oito pedras de coca a cinco ao día, é posible que vaian desaparecendo estas alucinacións. Se non é así, que nolo comente, pois pode tratarse de algo máis grave alleo ao consumo.

- **Despersonalización:** o suxeito experimenta unha sensación de irrealidade e estrañeza en relación coa súa persoa, séntese separado do seu corpo e/ou dos seus pensamentos e percíbese a si mesmo como un observador externo.

Exemplo:

Acode a nós un usuario cun herpes que lle cruza todo o lombo e que lle provoca moito proído e sufrimento. Pero a forma en como se expresa é como se fose outra persoa quen o padece, e el alguén que o acompaña para que o curemos. O propio usuario verbaliza: "Mira, mira o que lle saíu ao pobre Fernando. Cúrao por favor, que está sufrindo moito. ¿Non ves como lle doe? O pobre xa non pode máis. Eu tróuxeno aquí a ver que podedes facer porque el está desesperado. Pobriño, pobriño. Dádelle algo para que se poña ben e deixe de sufrir."

Actuación:

Nestes casos pódese facer moi pouco, o máis é calmar a angustia da persoa e non entrar en discusións innecesarias sobre a despersonalización que sofre. Se é posible, intentarase a súa derivación a un hospital dándolle unha carta na que se explique, ademais da doenza médica do herpes, o posible trastorno da percepción que sofre a persoa co propósito de que o avalíen en psiquiatría.

- **Desrealización:** a persoa experimenta todo o que a rodea como se fose algo estraño e irreal, por exemplo, as persoas parécenlle descoñecidas, etc.

Actuación:

Igual que nun suposto caso de despersonalización.

3. TRASTORNOS DA PERSONALIDADE E DROGODEPENDENCIAS

Os adictos con trastorno de personalidade son máis vulnerables ao uso e/ou abuso de substancias, máis proclives a desenvolver dependencia e teñen unha maior tendencia ao policonsumo" (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003).

Diversos estudos apoian esta liña de argumentación, afirmando que os trastornos da personalidade teñen unha alta prevalencia entre os usuarios de drogas; sendo nos casos que presentan consumo crónico e dependencia, onde maior dificultade existe para realizar este diagnóstico. Esta dificultade débese a que algunhas das condutas e síntomas derivados da propia dependencia e da exclusión social que presenta a maior parte destes usuarios, son descritivas tamén de determinados trastornos de personalidade, e dado que o acceso e seguimento desta poboación resulta ás veces complicado, frecuentemente non se establecen as condicións necesarias e indispensables para establecer un correcto diagnóstico.

En canto á súa influencia na evolución da dependencia e no prognóstico dos tratamentos, en xeral parecen ensombrecelos, con máis abandonos do tratamento e maior e máis problemático consumo de drogas (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005).

Os trastornos da personalidade comprenden dez entidades segundo o DSM-IV-TR, organizados en tres grupos diferenciados en relación a certos factores que parecen ser comúns:

- **Grupo A: estraños e/ou excéntricos.**
 - Paranoide
 - Esquizoide
 - Esquizotípico
- **Grupo B: dramáticos, emocionais, inestables e egoístas.**
 - Antisocial
 - Límite
 - Histriónico
 - Narcisista
- **Grupo C: ansiosos e temerosos.**
 - Evitador
 - Dependente
 - Obsesivo-compulsivo

Houbo autores que estudaron a asociación entre as características de personalidade e o consumo de drogas “específico”, encontrando unha alta taxa de trastornos de personalidade antisocial en adictos a opiáceos (Rounsaville et al., 1982; Khantzian e Treece, 1985; Abbott et al., 1994), e de trastorno da personalidade narcisista, histriónico, borderline ou antisocial no caso de adictos á cocaína (Weiss e Mirim, 1984).

Así pois, parece que son os trastornos da personalidade do grupo B os máis asociados ao consumo de substancias.

GRUPO A: paranoide, esquizoide e esquizotípico.

Os tres trastornos que engloban este grupo A coinciden na presenza de trazos como excentricidade, comportamento estraño, suspiñencia e grao notable de illamento social.

O **comportamento** das persoas con estes trastornos de personalidade mostran dificultades para expresar as súas emocións e afectos, ou fano de maneira diferente á maioría das persoas, o que lles confire a etiqueta de “raros”.

Presentan unha incapacidade para adaptarse ás **situacións sociais**, o cal lles provoca un elevado índice de ansiedade, que pola súa vez explicaría a súa tendencia a illarse socialmente ou a comunicarse dunha maneira excéntrica.

Os trastornos deste grupo A, gardan certa relación coa esquizofrenia. Aínda que de maneira pouco frecuente, as persoas que sofren estes trastornos de personalidade, experimentan síntomas similares á esquizofrenia como: 1) delirios; 2) alucinacións; 3) trastornos do pensamento; 4) comportamentos estraños (p.e. andar detrás dunha persoa todo o tempo repetindo as súas condutas e/ou palabras; repetir unha e outra vez certos xestos ou adoptar estrañas posturas durante horas); e 5) expresións emocionais inadecuadas (mostrar ira sen ningún motivo aparente, ser incapaz de controlar a risa nunha situación que non corresponde, por exemplo, ante unha sobredose, etc.).

Estes síntomas non teñen porque presentarse todos nunha mesma persoa, nin de maneira conxunta, sendo variables en tempo e intensidade. No entanto, ante situacións de crise, é moi frecuente un agravamento dos síntomas cuxo cadro clínico será similar a un episodio de esquizofrenia, aínda que de duración máis breve e menor intensidade e número de síntomas presentes.

Trastorno paranoide da personalidade.

As persoas con este trastorno:

- Presentan desconfianza xeneralizada e inxustificada cara aos demais. Pensan que todo o mundo intenta enganalos, explotalos ou facerlles dano.
- Adoitan ser rancorosos e non esquecen facilmente os insultos ou desprezos.
- Son sumamente cautelosos e hipervixilantes, mostrándose a maior parte do tempo tensos e en busca de indicios que lles confirmen que a xente quere enganalos ou facerlles dano.
- Como consecuencia da súa busca de “evidencias”, acostuman malinterpretar comentarios ou accións e consideralos unha ameaza, reaccionando rapidamente con ira e/ou hostilidade.

- Predisposición aos celos patolóxicos.
- Polo xeral, presentan illamento social.

Consumos:

- Podería utilizar alcohol, cocaína e anfetaminas para potenciar o control do contorno, e mitigar a inseguridade de base (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003) (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005).
- Poden darse casos nos que o consumo de heroína sea utilizado a modo de "automedicación", co obxecto de diminuír o malestar provocado pola hipervixilancia e os celos.

Consideracións:

Cando falemos con el, é aconsellable que non teña a sensación de que o xulgamos ou o estamos "interrogando". Convén non buscar comunicarnos con el se non é con fins terapéuticos, xa que o paranoide adoita mostrarse moi receoso cando falamos con el, e analiza todo o que dicimos ou lle preguntamos buscando un dobre significado ou unha intención oculta. Por este motivo, é importante recoñecelo e evitar diante del situacións ou comentarios que poida malinterpretar e propicien unha resposta de agresividade cara a nós.

- O seu comportamento, por norma, será hipervixilante con niveis de ansiedade altos e expresións verbais de hostilidade. A actitude de todo membro do equipo debe ser tranquilizadora, evitando poñerse a "defensiva" ante o seu comportamento ou entrando en discusións innecesarias que únicamente poden dar lugar a unha escalada de hostilidade.

Trastorno esquizoide da personalidade.

As persoas con este trastorno:

- Presentan como trazo principal, unha conduta de evitación e afastamento dos contactos sociais e restrición da expresión emocional en situacións de interacción con outras persoas, mostrando indiferenza cara ás críticas ou as loanzas que lles poidan formular os demais.
- Son persoas que se adoitan mostrar frías e distantes (p.e. presentan dificultades para expresar simpatía ou ira), moi reservadas e que a miúdo se senten incómodas cando están nunha

situación de intimidade con outra persoa (de aí que mostren pouco interese polas relacións sexuais).

- Non experimentan pracer case con nada, e a maior parte das súas actividades son solitarias e con actitude de reserva.
- Poden sufrir episodios psicóticos breves (minutos ou horas) ante situacións de estrés.

Consumos:

- Tende a utilizar drogas de tipo psicodisléptico ante o patrón xeral de distanciamento das relacións sociais e de restrición da expresión emocional (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003). Son susceptibles de presentar crises de tipo psicótico tras o uso destas substancias (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005).

Consideracións:

- Cando falamos co usuario con el sobre o seu illamento social, non considera que este sexa estraño, o que demostra a escasa conciencia de enfermidade que presenta. En calquera caso, debemos evitar sempre vulgar o seu estilo de vida posto que, a pesar de que mostran indiferenza cara ás críticas, poden chegar a reaccionar con hostilidade ou ira. A actitude que debemos manter debe ser de interese e apoio, evitando caer na súa frialdade e distanciamento.

Trastorno esquizotípico da personalidade.

As persoas con este trastorno:

- Teñen un comportamento estraño e excéntrico. Por exemplo, falan sos pola rúa, o seu discurso é metafórico, falan dos seus problemas ríndose como de si mesmos, visten de maneira desaliñada.
- Presentan suspicacia ou ideación paranoide, causándolles un elevado grao de ansiedade social.
- A causa desta desconfianza, a súa afectividade e desexo de relacionarse cos demais están restrinxidos, favorecendo a súa inadaptación e chegando mesmo ao illamento social.
- Experimentan distorsións cognitivas e perceptivas (ilusións corporais, experiencias telepáticas, etc.), e ruminacións obsesivas con contidos sexuais ou agresivos e que non logran controlar.

Consumos:

- Podería utilizar cannabis e alcohol co fin de mitigar o intenso malestar nas relacións persoais e as distorsións cognoscitivas ou perceptivas (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003).

Consideracións:

- A súa linguaxe pode ser estraña ou difícil de comprender, en parte porque poden presentar ideación máxica. Tamén as súas expresións afectivas e emocionais poden parecer inapropiadas, mostrando trazos paranoides e suspicacia. Por iso, os membros do equipo deberán evitar calquera tipo de xuízo de valor sobre a súa aparencia física ou a súa maneira de expresarse. Do contrario, o usuario pódese sentir ofendido e romper a relación co recurso ou desenvolver algún tipo de obsesión (con contido agresivo) cara ao equipo.

GRUPO B: antisocial, límite, histriónico e narcisista.

Os catro trastornos que engloban este grupo B, foron unificados polo DSM-IV-TR porque comparten sintomatoloxía similar, sendo os trazos máis relevantes a inestabilidade emocional e, sobre todo, a impulsividade. Estes dous elementos son os que determinan que os trastornos de personalidade do grupo B sexan tan relevantes en relación cos trastornos polo uso de substancias.

A característica máis sobresaliente destes suxeitos é o seu **egoísmo** e **egocentrismo**. Todo xira arredor deles, dos seus intereses, necesidades e dereitos, sen ter en conta os demais, desprezando e ignorando as súas opinións e necesidades, sen sentirse mal por iso.

Cando falan sobre eles mesmos ou sobre as súas experiencias, adoitan ser moi exaxerados, expresándose cunha emotividade excesiva e fluctuante. Presentan un pobre control sobre os seus impulsos e son incapaces de empatizar ou sentir remordementos cando se aproveitan doutras persoas.

Trastorno antisocial da personalidade.

As persoas con este trastorno:

- Manifestan unha marcada actitude e comportamentos socialmente irresponsables (falta de consideración cara aos sentimentos e necesidades dos demais, e carencia de remordementos polo dano que causan), tomando parte en actos ilegais reiteradamente, mostrando

condutas agresivas (pelexas, agresións, irritabilidade, etc.) e expresando unha despreocupación pola súa seguridade ou a dos demais (condutas de risco en relación co consumo ou coa sexualidade).

- Teñen unha moi baixa tolerancia á frustración, o que deriva en agresividade e comportamentos violentos (pelexas, malos tratos, etc.).
- Teñen tendencia a enganar, mentir e manipular en beneficio propio, manifestando unha carencia de remordementos polos seus actos e xustificándoos ou minimizándoos atribuíndo a responsabilidade a terceiras persoas, ou mostrando simplemente indiferenza.

Consumos:

- Tende a sentirse atraído por todas as substancias de abuso. O uso de drogas experimentaa como algo natural e congruente coa súa percepción do mundo (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005) (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003).

Consideracións:

- Ao principio de establecer a relación con el, parece unha persoa agradable, non obstante transmite certa sensación de falsidade.
- Dada a súa tendencia a mentir e manipular en beneficio propio manifestando unha carencia de remordementos polos seus actos, e unha falta de consideración cara aos sentimentos e necesidades dos demais, podemos mostrar algún tipo de comentario ou conduta que lle transmita a sensación de que llo estamos xulgando ou castigando (p.e. negándolle roupa que nos pediu). A pesar dos nosos posibles sentimentos de rexeitamento, debemos mostrar empatía para ofrecer un servizo de calidade libre de prexuízos, intentando abordar as patoloxías que presenta cada usuario desde a práctica clínica, nos contextos nos que se circunscriben e cos profesionais adecuados para iso.
- Ademais, o usuario con trastorno antisocial, ante a menor crítica pode mostrar enfado e hostilidade, que xunto á súa tendencia a culpar os demais de calquera problema e a súa carencia de control emocional, fan del unha persoa moi susceptible e con risco de provocar situacións de conflito e agresividade aberta. Nun principio, os membros do equipo deben evitar implicarse nese xogo de atribuír culpas, mentir ou intentar manipular por parte de este tipo de usuarios, manténdose á marxe e mostrando indiferenza, valorando a conveniencia desta estratexia segundo avaién a gravidade da situación. Non obstante, se persiste ou mostra actitudes e comportamentos de hostilidade, é conveniente

dar por finalizada a relación (polo menos por ese día ou durante uns días), explicándolle as razóns disto pero sen entrar nunha discusión con el, simplemente que sexa coñecedor dos motivos.

Trastorno límite da personalidade.

As persoas con este trastorno:

- Son persoas impulsivas (e por isto impredecibles) que presentan unha grande inestabilidade e ambivalencia en case todas as áreas da súa vida. Isto obsérvase nun cambio continuo de actitudes, comportamentos e emocións sen causa aparente e unha incapacidade para controlar estes cambios, que frecuentemente se producen de maneira “explosiva”.
- Oféndense con facilidade sen ningún motivo e séntense “atacados” ou “provocados” por calquera parvada. Isto facilita que cando non conseguen algo ou non é como eles queren, se volvan impacientes e se irriten con facilidade, chegando mesmo a derivar en situacións de conflito e hostilidade.
- Poden presentar tamén cambios no seu estado de ánimo, con períodos de abatemento e apatía que se mesturan con mal humor, ira, obstinación e ansiedade.
- Senten un baleiro afectivo (como se fosen menosprezados), e se lamentan continuamente do mal que lles vai na vida, dos seus problemas, a súa angustia, a súa tristeza, e séntense uns incomprendidos.
- Co tempo, a presenza de depresión e de ideas ou comportamentos autodestrutivos (automutilacións, feridas infrinxidas polo propio suxeito ou ameazas de suicidio) son frecuentes.
- Ao longo da súa vida, e de maneira cíclica, poden chegar a sufrir episodios psicóticos que son reversibles (a reversibilidade é o que os diferencia dun trastorno psicótico). Nestes episodios o suxeito perde o contacto coa realidade e existe unha ausencia de control cognitivo e emocional.

Consumos:

- É altamente proclive á dependencia de todo tipo de substancias adictivas, presentando episodios de consumos compulsivos como consecuencia dunha falta de control de impulsos que se observa noutras áreas: xogo patolóxico, sexo, conduta alimentaria, compras compulsivas (Ochoa e Arias, 2002) (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005) (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003).

Consideracións:

- Son persoas impulsivas (e por isto impredecibles) cun continuo cambio de actitudes, comportamentos e emocións sen causa aparente e unha incapacidade para controlar estes cambios, que a miúdo se producen de maneira “explosiva”. Aínda que mostren un desexo de establecer comunicación co equipo e de confiarse a el, son moi suspicaces e calquera minucia pode ser malinterpretada por eles, mostrándose desconfiados, irritables e incluso mostrar hostilidade. Por iso, o máis adecuado é ignorar estes cambios e mostrarse en todo momento aberto ao diálogo mostrándolle o noso apoio. Se a situación derivase de hostilidade verbal a comportamentos de carácter agresivo, entón é conveniente dar por finalizada a relación (polo menos por ese día ou durante uns días), explicándolle as razóns disto pero sen entrar nunha discusión con el, simplemente que sexa coñecedor dos motivos.

Trastorno histriónico da personalidade.**As persoas con este trastorno:**

- Demandan excesiva atención, mostrándose atractivos e provocadores como medio para conseguilo. Adoitan comportarse inapropiadamente sedutores, cunha linguaxe e xestos desinhibidos, vestir de maneira provocativa e coqueta, e utilizar permanentemente o seu aspecto físico e este comportamento sexualmente sedutor para atraer a atención sobre si mesmos.
- Non se senten a gusto en situacións nas que non son eles o centro de atención. Cando isto sucede, poden mostrar teatralidade e exaxerar as expresións verbais, comportamentais e emocionais, co fin de destacar e acaparar a atención.

Consumos:

- Utilizaría as substancias como modulador da súa emotividade excesiva ou como medio para realzar a súa imaxe social na súa constante busca de atención (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003) (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005).

Consideracións:

- Os intentos de sedución e acercamentos con connotacións sexuais cara a algún membro do equipo adoitan ser moi frecuentes. Neste

caso, o aconsellable é ignorar os intentos de sedución e marcar ou delimitar espazos. Por exemplo, se estamos anotando algo na carpeta e se acerca a nós ata pegarse ao noso corpo, apartámonos un paso, e se de novo se acerca, entón marcámoslle o espazo dicíndolle que “por favor, non se acerque tanto, estamos traballando e necesitamos espazo”. Hai que deixar sempre moi clara a nosa actitude profesional, evitando caer nese xogo de sedución e alimentalo cos nosos comentarios e condutas tolerantes.

- En ocasións pode chegar a mostrar actitudes de rivalidade ou tenteos de poder con algún membro do equipo do mesmo xénero. Isto debe ser detectado a tempo polo membro do equipo evitando entrar no seu xogo. O correcto será canalizar a conversa ou a relación, de maneira que transmitamos ao usuario a sensación de que nós estamos aí para traballar, non para rivalizar con ninguén.

Trastorno narcisista da personalidade.

As persoas con este trastorno:

- Caracterízanse pola grandiosidade (sobrevalora a súa valía persoal en canto ás súas calidades, logros, etc.), xactándose disto constantemente en relación con calquera faceta da súa vida (parecen ter unha autoestima moi alta), e sentíndose “ofendido, ferido ou maltratado” se non se lle recoñece esta “valía persoal”. Cando esa “boa imaxe” que teñen deles mesmos se ve ou se pode ver danada (por sufrir un rexeitamento, unha crítica, un plantón, un rival), reaccionan con ira, rabia ou con actitude desafiante, podendo derivar en situacións de conflito aberto.
- Considéranse superiores, polo que necesitan sentirse admiradas, únicas e ás que os demais deben dar un trato “especial”. Isto obsérvase claramente en que exixen que as súas necesidades sexan resoltas antes que as dos demais. Pensan que son dignos de admiración e polo tanto consideran que teñen “prioridade” no trato. Ademais, por este mesmo motivo, mostran condutas e actitudes arrogantes e despectivas cara aos demais.
- Son incapaces de empatizar con outras persoas, mostrando tendencia a aproveitarse delas para satisfacer os seus desexos, sen sentir ningún tipo de remordemento por iso.
- O suxeito narcisista, tende a pensar que as persoas coas que se relaciona necesitan sentirse tamén únicos e especiais, polo que

desexan que alguén tan “valioso” como el se relacione con eles. Así mesmo, o narcisista busca relacionarse tamén con persoas ou institucións que “estean á súa altura” e confirmen ese sentido de superioridade. Por exemplo, se acoden a un hospital e os atende un enfermeiro, eles piden que os atenda un médico, pois é o médico o que máis sabe e eles merecen a mellor atención. Se non é satisfeita esta demanda, reaccionan con ira e comentarios despectivos cara ao enfermeiro e ás súas calidades profesionais.

Consumos:

- Podería utilizar substancias para potenciar a súa grandiosidade, necesidade de admiración e escasa empatía (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003). Posiblemente a cocaína fose a substancia que máis se axustase a este tipo de “necesidades”.

Consideracións:

- Para o suxeito narcisista, o seu problema sempre será o de maior importancia e urxencia, por iso “exixirá” un trato preferencial. A demanda de atención ás súas necesidades (alimentación, cuestións sanitarias, síntomas, dúbidas, etc.), expresaraas como se fosen unha urxencia (se estamos atendendo a outra persoa, exixirá que deixemos de facelo para prestarlle atención a el), mostrando enfado, ira e un ton hostil de discusión se non lle dedicamos a atención que el espera (atención inmediata, administración dun fármaco determinado, etc.). Se lle demandamos paciencia ou que espere a súa quenda, reaccionará como dicíamos antes cun ton hostil e despectivo cara ao noso labor.
- Son moi proclives a falarnos sobre si mesmos, as súas calidades, capacidades, proezas, logros, etc., nun intento de mostrarnos a súa valía por riba do resto de usuarios, e facerse valedores dun trato preferencial por iso. Así mesmo, interesaranse moito polas nosas habilidades, coñecementos, títulos, etc., para asegurarse de que somos “dignos” de que depositen a súa confianza en nós e de que van recibir unha atención profesional cualificada. Normalmente, cando teñan claro o papel de cada membro do equipo, tenderán a relacionarse e demandar máis atención por parte dos membros con maior capacidade de decisión (coordinadores) e con maiores coñecementos técnicos ou titulación (psicólogos, médicos, etc.).
- Mostran unha tendencia ás adulacións excesivas como estratexia para asegurarse un trato preferencial. Así mesmo, se este trato

preferencial non se produce ou non é como el desexa, son moi frecuentes as críticas ferintes e mordaces, incluso con hostilidade e agresividade verbal e xestual. En ningún caso hai que deixarse levar (mostrando gratitude polas adulacións, e desconformidade ou carraxe polas súas críticas), nin seguirlle o xogo (emprendendo unha discusión sobre os coñecementos e experiencia do profesional ou do equipo). En todo caso, deixar constancia de que a atención que prestamos é profesional, para todos os usuarios igual e condicionada ás posibilidades do programa.

GRUPO C: evitador, dependente e obsesivo-compulsivo.

Os tres trastornos que forman o grupo C, teñen en común a presenza de alteracións emocionais (ansiedade, depresión ou ambas). O evitador presenta estas alteracións ante as relacións sociais. O dependente ante a separación (ou posible separación) dunha persoa de referencia. E o obsesivo-compulsivo ante a reprodución de comportamentos sobre os que mostra unha perda de control.

Trastorno da personalidade por evitación.

As persoas con este trastorno:

- Presentan dificultades e inhibición nas súas relacións sociais. Acostuman sentirse moi inseguros pensando que as condutas e comentarios que fan son inadecuados, o cal lles provoca ser moi susceptibles ou sensibles a calquera crítica, xuízo negativo ou aparente rexeitamento. Este medo a ser criticado ou rexeitado é o que os leva a desenvolver actividades que non impliquen relacionarse coa xente (adoitan ser os chamados “solitarios ou tímidos”), a non ser que estean seguros de ser aceptados e que o seu comportamento non os vai avergozar.
- Esta sensibilidade excesiva ás críticas ou xuízos negativos sobre a súa persoa ou comportamento, xéralles sentimentos de inferioridade e unha visión negativa de si mesmos, sentíndose feridos e frustrados ante calquera leve comentario ou actitude de desaprobação.

Consumos:

- Poden utilizar os depresores do SNC xa que diminúen a súa ansiedade, principalmente alcohol e benzodicepinas para

diminuír a inhibición social, os sentimentos de inadecuación e a hipersensibilidade á avaliación negativa (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003) (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005); ou os estimulantes que diminúen a súa sensación de vulnerabilidade (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005).

Consideracións:

- Acostuma mostrarse ansioso e receoso debido a esa susceptibilidade ou sensibilidade excesiva ás críticas ou actitudes negativas cara á súa persoa. Por este motivo, é importante evitar as discusións e mostrarlle en todo momento que estamos dispostos a prestarlle a atención adecuada, dentro dos límites que marca o propio programa.

Trastorno da personalidade por dependencia.

As persoas con este trastorno:

- Presentan unha necesidade excesiva de seren coidados ou de se sentiren amparados por outros. Isto é moi visible nas condutas de apego e submisión que mostran como resposta ao medo a perder o apoio, a protección ou os coidados da persoa ou persoas de referencia.
- Adoitan ocultar os seus sentimentos e pensamentos por medo a que non sexan compartidos pola outra persoa e provoquen un afastamento ou separación desta, permitindo así que adopten decisións ou responsabilidades importantes no seu lugar.
- Presentan falta de iniciativa e confianza en si mesmos.
- A submisión como resposta ao medo a perder á outra persoa, chega a extremos tales como realizar actos en contra da súa vontade que lle resultan desagradables (relacións sexuais, prostituírse, non saír nunca de casa sen compañía) e soportar malos tratos (físicos e psicolóxicos), se desta maneira manteñen a persoa xunto a eles.
- Ante a posibilidade dun abandono reaccionan con ira, enfado ou recorren a chantaxe emocional, expresando con gran exajeración e teatralidade o desgraciados que son delegando a responsabilidade das súas desgracias sobre a persoa de referencia (pos din ser o único apoio de que dispoñen). Esta chantaxe emocional pode chegar ata o punto de ameazar con suicidarse.

- Xeralmente, cando se produce unha separación, buscan inmediatamente outra persoa que ocupe o lugar da anterior e lle ofrezga o apoio e a seguridade que precisan.

Consumos:

- Poden utilizar o alcohol e outras substancias para mitigar os continuos temores de separación (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003) (Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.; 2005).

Consideracións:

- Son persoas coas que é moi fácil establecer unha relación, pois son elas mesmas as que o buscan como medio de asegurarse apoios. Ademais, as súas condutas de submisión e o ocultamento de sentimentos e pensamentos contrarios aos doutras persoas, favorecen que non se produzan conflitos con eles. No entanto, dan a impresión de ser persoas moi “pegaiñosas” e que actúan sempre por conveniencia, xa que opinan dunha maneira en consonancia con certas persoas; e en presenza doutras que opinan de maneira contraria, elas tamén opinan en consonancia con estas últimas. Por este motivo, hai que ter precaución ao propoñer algunha intervención con elas, xa que poden acceder ao que lles propoñamos máis como un acto de submisión para satisfacernos, que como un comportamento meditado que desexan realizar por decisión propia. Neste sentido, é moi frecuente que se “deixen levar” polos nosos consellos nun intento de converternos nas súas persoas de referencia, co risco que isto implica da perda dos límites profesionais que deben rexer toda intervención. De feito, é moi frecuente que mostren certo grao de “namoramento” por algún membro do equipo se este non é capaz de detectar este comportamento a tempo e marcar os límites necesarios, deixando claro que toda relación posible é unicamente a profesional.

Trastorno obsesivo-compulsivo da personalidade.

As persoas con este trastorno:

- Son excesivamente escrupulosas, ordenadas, puntuais, organizadas e meticulosas.
- Son inflexibles en case todas as súas conviccións e modos de relacionarse.

- Acostuman gardar obxectos inservibles e vellos, xustificando que teñen un valor sentimental para eles ou que poden chegar a necesitalos algún día.
- Resúltalles difícil realizar tarefas en colaboración con outras persoas, xa que constantemente están avaliando o traballo dos demais para comprobar se se fai ou non como eles consideran que se debe realizar.
- Cando propoñen ou cren que algo se debe facer dunha maneira determinada, son moi ríxidos e exixentes, e cústalles moito ceder a algún tipo de cambio.

Consumos:

- Debido á súa intensa preocupación pola orde, o perfeccionismo e o control mental e interpersonal; tende a consumir alcohol e benzodiazepinas a fin de minorar a tensión subxectiva e sentimentos depresivos crónicos (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003).

Consideracións:

- Se interferimos na súa maneira de realizar as cousas ou de comportarse, adóitanse mostrar molestos e expresar que non é da nosa incumbencia, chegando a mostrar hostilidade se insistimos niso. Por tanto, sempre que o seu comportamento non afecte o desenvolvemento do noso labor debemos ser tolerantes.

4. TRASTORNOS PSICÓTICOS E DROGODEPENDENCIAS

4.1. ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DE DROGAS.

A esquizofrenia é unha enfermidade mental grave que supón unha alteración do funcionamento do cerebro e, en consecuencia, de determinadas funcións (o pensamento, a conduta, as emocións, a expresión, etc.) que dependen e son reguladas por el.

A esquizofrenia dista moito de ser unha enfermidade exclusiva ou atribuíble ao drogodependente. Esta enfermidade pode tela calquera persoa, independentemente das súas características persoais (p.e. sexo) ou sociais (p.e. situación socioeconómica).

Non obstante, a interacción entre consumo de drogas e esquizofrenia asóciase a unha maior taxa de condutas de risco. De feito parece ser

que o consumo de determinadas substancias aumenta o comportamento impulsivo, favorecendo así as condutas sexuais sen protección, o consumo de drogas sen medidas hixiénicas e cun alto risco de infección por diversas enfermidades e infeccións, un maior número de accidentes e lesións, e a perpetración de actos violentos e delituosos. Polo tanto, os usuarios afectos por unha esquizofrenia van mostrar unha alta porcentaxe de condutas de risco que incidirán negativamente sobre a súa situación biopsicosocial.

Síntomas da esquizofrenia.

- **Delirios:** os delirios máis frecuentes en drogodependentes, son aqueles nos que se cren perseguidos pola policía, que alguén desexa prexudicalos ou controlalos, ou ben que posúen algún tipo de poder especial (p.e. que son invulnerables aos golpes ou as balas; que se poden facer invisibles, etc.).
- **Alucinacións:** as máis frecuentes en drogodependentes son as alucinacións táctiles de formicación (sentir bichos ou parasitos debaixo da pel), as auditivas (escoitar pasos que os seguen) e visuais (xente que os espía e controla; ver parasitos debaixo da pel).
- **Inadecuación emocional:** acostuman mostrar incongruencia entre a situación que están vivindo e a emoción que expresan nese momento. Ante unha desgracia, poden estar expresándose como se o mundo fose maravilloso.
- **Conduta incoherente:** é frecuente que a súa conduta sexa estraña. Poden vestir de maneira extravagante (p.e. levar dous pantalóns e dúas chaquetas postos en pleno verán), permanecer calados ou sen moverse durante moito tempo, ou xustamente o contrario, falar e moverse constantemente, sen parar.
- **Retraemento social:** as persoas esquizofrénicas tenden a buscar a soidade.
- **Apatía:** tamén adoitan mostrar unha desilusión ou desgana por calquera cousa que se lles propoña, mesmo por aquelas que con anterioridade lles agradaban.

Consellos para o trato cun usuario esquizofrénico.

A seguir, apúntanse unha serie de consellos de cara a establecer unha relación asistencial adecuada (puntual ou continuada) cun usu-

rio que intuimos, ou temos constancia, que padece esquizofrenia. Así mesmo, estes consellos orientarannos sobre a conveniencia de realizar ou non nun momento dado unha intervención, ou sobre a maneira en como formulala.

- **Non indagar sobre a súa vida nin entremeterse nas súas cosas se non é necesario, e só o indispensable en relación a un obxectivo terapéutico concreto.**
- **Respectar o seu illamento**, sen pór en cuestión os motivos que ten para iso. Se se ten que realizar unha intervención, aproveitaremos o momento adecuado, sendo este cando o propio usuario se acerque a algún membro do equipo. Desaconséllase “invadir” o seu espazo e intimidade durante o illamento.
- **Se algunha das súas condutas resulta reprochable (probablemente realice varias consecuencias da súa enfermidade e dos efectos da droga), evítase descualificalo en presenza doutros usuarios.** O máis acertado é: 1) se a conduta reprochable non interfere no funcionamento do equipo ou non provoca tensión ou conflito, pode pasarse por alto; 2) se esta conduta interfere no funcionamento do equipo ou xera tensión e conflito, pídeselle ao usuario falar con el e apartámonos uns metros onde ningún outro usuario escoite o que teñamos que lle dicir, pero estando sempre á vista do resto de compañeiros do equipo por se xorde algún problema. Nunca debemos apartarnos para falar ou intervir cun usuario a un punto onde non poidamos estar localizables a simple vista polos compañeiros.
- **Cando un usuario se acerque e comece a contarnos un delirio, debemos intentar de forma respectuosa e sutil cambiar de tema.** A maneira en como facelo é intercalando na conversa un comentario sobre calquera cosa que observemos ao noso arredor, preferiblemente algo neutro e sen relación co contido do delirio, que non dea lugar a ningún tipo de interpretación por parte do usuario e distraia a súa atención do delirio.

Nunca debemos levarlle a corrente, porque corremos o risco de facer algún comentario desafortunado que el relacione co contido do seu delirio, provocando nel unha reacción violenta. Tampouco debemos contradicilo nin cortar bruscamente a conversa, porque tamén isto pode ser malinterpretado e crear algún tipo de tensión ou conflito.

Factores precipitadores dunha crise psicótica.

Xeralmente, adoitan ser os ambientes ou relacións que xeran tensión ou estrés sostido ou crónico os que facilitan o desenvolvemento dunha crise esquizofrénica.

Debemos entender pois, que en drogodependencias, son moitos e incontrolables os factores que favorecen unha crise esquizofrénica nun usuario de drogas. Desde a necesidade imperiosa de conseguir a substancia para evitar a síndrome de abstinencia, como a propia busca de diñeiro para subvencionar a compra da droga, pasando polas condicións de precariedade que impoñen o estilo de vida e o “circuíto de rúa” no que se moven estas persoas a consecuencia da súa progresiva exclusión social; en todo momento, resulta unha fonte constante de conflitos, tensión e estrés que, xunto cos efectos e deterioración mental orixinada polo consumo crónico, poden dar pé a unha crise psicótica.

Sinais que avisan dunha crise psicótica.

Hai sinais ou síntomas moi concretos que nos poden axudar a recoñecer o desenvolvemento dunha crise esquizofrénica e actuar en consecuencia. Aínda que estes síntomas non son comúns nin se manifestan de igual maneira en todas as persoas, e poden ser indicativos doutros trastornos ou problemas, os máis representativos que avisan dunha crise esquizofrénica son:

- Nerviosismo xeneralizado.
- Ideas referidas a que se rin da súa persoa, que o menosprezan, ou lle atribúen constantemente as culpas ou desgracias dos demais, etc.
- Illamento social acentuado.
- Estado de ánimo decaído (tristeza).
- Ideas místicas ou aumento de comentarios e condutas relacionadas coa relixiosidade.
- Fixación temática. Sempre está falando sobre o mesmo.
- Perda de apetito.
- Insomnio.
- Dificultade extrema para concentrarse.
- Problemas de memoria.

Pautas de actuación ante unha crise psicótica.

- 1 O máis importante é non poñerse nerviosos e actuar con calma.**
- 2 O primeiro que hai que facer é chamar por teléfono a un servizo de urxencias médicas (SAMU).** A atención que hai que dispensarlle a unha persoa cunha crise esquizofrénica, é unha atención especializada que se debe facer nun hospital e polos profesionais indicados.
- 3 Mentres acode o SAMU ao lugar, é igualmente importante que detectemos se algunha das persoas que están arredor do usuario, o poñen especialmente nervioso ou violento.** Se é así, o mellor é que falemos con el para que se retire e non complique a situación, podendo chegar a provocar un estalido de agresividade no usuario vítima da crise psicótica.
- 4 Hai que proporcionarlle un ambiente calmado e expresarlle apoio.** Se continúa con algún dos seus delirios, non é momento de criticarllos nin intentar convencelo de nada. O mellor é mostrarse relaxado e en calma e dicirlle: "Entendo o que che está pasando. Tranquilo, estou aquí contigo".

4.2. COCAÍNA E PSICOSE.

O consumo de cocaína é un factor de risco para a aparición de psicose en suxeitos vulnerables. Por iso, de todas as manifestacións psicopatolóxicas que orixina o consumo continuado e/ou crónico de cocaína, os síntomas psicóticos son os máis habituais. Ademais, parece ser que esta sintomatoloxía é máis repentina e aguda en consumidores que utilizan a vía endovenosa ou fumada (crack).

Cocaína e esquizofrenia.

O consumo de cocaína é un fenómeno moi común na esquizofrenia. Unha das posibles hipóteses é a da automedicación (Casas, 1992, 2000, 2001), que propón que os pacientes utilizan os tóxicos para mellorar parte da sintomatoloxía relacionada coa enfermidade ou co tratamento desta. Suxeríuse que a cocaína podería reducir a sintomatoloxía positiva e negativa dos pacientes esquizofrénicos e mellorar a sintomatoloxía depresiva, podendo ser usada para mellorar o seu estado afectivo (Laudet et al, 2000).

Non obstante, desde a práctica asistencial en programas de rúa, é moi común comprobar como usuarios que foron diagnosticados de esquizofrenia, ou que presentan certa sintomatoloxía indicativa disto, tenden a consumir principalmente heroína, e incluso verbalizan que *“a heroína é o mellor antipsicótico que probaron porque, a diferenza dos fármacos, a heroína non os deixa “aprovados” nin “zombis”, e ademais provócalles benestar”*.

A nivel clínico, a presenza de síntomas como a difusión e o roubo ou inserción do pensamento, foron observados con máis frecuencia nos esquizofrénicos que nas psicoses inducidas por cocaína, predominando nestas últimas a ideación paranoide (Rosse et al, 1994).

Deste modo, as repercusións que ten o consumo de cocaína en persoas con esquizofrenia, derivan en:

- Maiores dificultades para realizar un diagnóstico correcto.
- Maiores dificultades para establecer un tratamento adecuado.
- Maiores posibilidades de agudeza dos síntomas.
- Maiores posibilidades de recaída.
- Maiores posibilidades de presentar cadros de agresividade e violencia, con respecto aos esquizofrénicos non consumidores.

A psicose cocaínica.

A psicose cocaínica adoita estar precedida por un período no cal o usuario mostra notable suspicacia e desconfianza (tanto cara aos membros do equipo como cara ao resto de usuarios), ánimo disfórico e condutas compulsivas; polo que detectar estas manifestacións é sumamente importante para actuar en consecuencia, previndo que comentarios ou intervencións inoportunas poden desencadear cadros violentos por parte do usuario.

Características máis frecuentes da psicose cocaínica:

- **Ideas paranoides e delirios:** o delirio máis comunmente asociado ao consumo de cocaína é o de sentirse perseguido e/ou controlado pola policía ou outras persoas.
- **Alucinacións:** son moi frecuentes as alucinacións táctiles de formicación (sentir bichos ou parasitos debaixo da pel), as auditivas (escoitar pasos que os seguen) e visuais (xente que o espía e controla; verse parasitos debaixo da pel).

- **Estereotipias motoras:** unha das máis frecuentes poderíamos denominala “síndrome do arqueólogo”, xa que andan anicados rebuscando arredor seu (adoptan a postura dun arqueólogo e se se lles pregunta din buscar pedras de crack que se lle puideron caer a alguén ou a eles mesmos en días pasados); adoptan posturas estrañas ou presentan movementos e tics excesivamente marcados.

Unha vez que aparece un cadro psicótico inducido por cocaína, a probabilidade de que se repita, con maior gravidade e asociado ao consumo dunha menor cantidade da substancia, é maior (Post, 1987).

5. TRASTORNOS DO ESTADO DE ÁNIMO E DROGODEPENDENCIAS

Os trastornos do estado de ánimo son, xunto cos de ansiedade, os máis frecuentes en persoas drogodependentes. Ambos os trastornos tenden a aparecer conxuntamente e interaccionar entre eles, complicando e empeorando a problemática xeral do drogodependente.

Deste modo, a presenza dun trastorno do estado de ánimo pode predispoñer ou favorecer o consumo de drogas; ou unha exacerbación deste, nun intento por controlar e/ou atenuar determinados síntomas (automedicación). Se ademais existe un trastorno de ansiedade, este consumo pode levarse a cabo de maneira compulsiva adoptando escasas medidas hixiénico-sanitarias; é dicir, presentando unha alta taxa de condutas de risco (p.e. acceder a manter unha relación sexual sen uso do preservativo a cambio de crack; intercambiar os útiles de venopunción, etc.). En concordancia co expresado, Weiss et al (1988), suxeriu que o maior consumo de cocaína, durante os episodios de manía no trastorno bipolar, se realizaba coa intención de prolongar e intensificar o estado de euforia. Neste sentido, os pacientes presentan durante os episodios maníacos maior impulsividade, desinhibición e unha diminución da capacidade de xuízo da realidade, que facilitan o consumo de cocaína nesta fase da enfermidade bipolar.

Entre os trastornos do estado de ánimo inducidos por substancias psicoactivas destacan: o trastorno depresivo maior e trastorno distímico e asociados a intoxicación (alcohol, alucinóxenos, anfetaminas, cocaína, fenciclidina e hipnosedantes) e abstinencia (alcohol, anfetaminas, cocaína e hipnosedantes) (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003).

De todos os síntomas indicativos dun trastorno do estado de ánimo, desde os programas de intervención en medio aberto, o que máis interesa detectar e abordar son as ideas de suicidio, pois estas constitúen un risco moi significativo.

Tanto a sintomatoloxía xerada polo propio consumo (efecto rebote, síndrome de abstinencia, alucinacións, delirios, etc.), como a sintomatoloxía propia do trastorno do estado de ánimo, así como a precariedade das condicións de vida e a exclusión social que afecta a estas persoas; son unha fonte constante de malestar e estrés, que abocan o drogodependente a situacións límite onde as ideas de suicidio son recorrentes (segundo aparece indicado no DSM-IV-TR, o 10% dos suxeitos con dependencia de substancias suicídase, con frecuencia afectos a un trastorno do estado de ánimo inducido pola substancia).

A sintomatoloxía que presenta un drogodependente afecto por un trastorno do estado de ánimo, pode ser común a outros trastornos, consecuencia dos efectos da propia substancia ou do estilo precario e desorganizado de vida que levan. En calquera caso, os síntomas máis destacables dun trastorno do estado de ánimo en drogodependentes, son:

- poden desesperarse facilmente ante calquera eventualidade
- mostran alteracións do sono
- presentan dificultades de concentración
- manifestan desinterese por case todo
- perda de interese sexual
- progresiva delgadeza e deterioración física e da aparencia
- autorreferencias negativas, de culpa e de reproche cara a si mesmo
- sentimentos de soidade e desamparo
- crenza de que o que lle sucede é un castigo
- condutas autolesivas, ideas ou intentos de suicidio

6. TRASTORNOS DE ANSIEDADE E DROGODEPENDENCIAS

Os trastornos de ansiedade son os máis frecuentes entre os usuarios de substancias, aparecendo normalmente ante intoxicacións e/ou abstinencias. A ansiedade aparece durante a abstinencia de opiáceos, alcohol, benzodiazepinas e outros depresores do SNC, pódese manifestar durante o consumo de estimulantes como anfetaminas, cocaína, cafeína, cannabis e alucinóxenos (Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.; 2003).

Como dicíamos anteriormente, tanto a sintomatoloxía xerada polo propio consumo (efecto rebote, síndrome de abstinencia, busca da substancia, alucinacións, delirios, etc.), como a precariedade das condicións de vida e a exclusión social que afecta estas persoas, son unha fonte constante de malestar e estrés que favorecen a aparición dun trastorno de ansiedade.

É conveniente que saibamos identificar un estado de ansiedade, e os seus distintos niveis, como estratexia de manexo na relación que imos establecer cos nosos usuarios drogodependentes. Así pois, podemos diferenciar catro niveis distintos de ansiedade:

- **Nivel 1 (leve):** o paciente está orientado, fai preguntas, permanece relativamente relaxado e é receptivo ao que se lle di.
- **Nivel 2 (moderada):** hai un aumento do estado de alerta e da tensión emocional. Isto é observable no suxeito porque se mostra inquieto, presentando certa rixidez no corpo e tensión nas faccións da cara. Tende a mover cara a un e a outro lado a cabeza e/ou os ollos. Intenta marcar un espazo respecto aos demais, se nos acercamos excesivamente bótase para atrás ou mostra indicios de rexeitamento e incomodidade. A súa linguaxe verbal mostra un ton relativamente elevado, seco e con respostas curtas.

Actuación:

É importante detectar a que se debe o estado de alerta do usuario:

- 1) se é outro usuario que anda cerca, intentaremos atraer a atención do usuario que mostra signos de alerta falándolle de algo trivial e neutro, e afastándoo da presenza do outro usuario;
- 2) se estamos realizando unha intervención con el, e detectamos que o seu nerviosismo e estado de alerta se debe á presenza próxima da policía, daremos por concluída a intervención xa que o usuario non está en condicións de atendernos;

3) se estamos realizando unha intervención e cremos que podemos ser nós, a nosa presenza ou as nosas preguntas as que o están pondo nervioso, o máis conveniente é dar por concluída a intervención e comentarlle que outro día continuaremos con ela.

- **Nivel 3 (importante):** obsérvase un descontrol no seu comportamento. Tende a realizar movementos ou xestos rápidos e bruscos, cun compoñente hostil e de defensa. Non permite que ninguén estea cerca del. Hai un aumento da irritabilidade, manifestando ira ou violencia verbal, ameazas, etc., o ton de voz é elevado, tallante e/ou entrecortado, dando a impresión de que está perdendo o control sobre si mesmo.

Actuación:

A maneira en como actuemos vai depender en gran medida das circunstancias:

- 1) se hai un conflito aberto con outro usuario, pero aínda non se produciu unha agresión, o máis importante é que ningún membro do equipo tome partido por ningún deles, e en todo caso, o membro que ten un maior grao de respecto por parte dos usuarios, pode informar que "non se vai tolerar esa situación se continúa, e que mentres dure non se atenderá a ninguén, chegando incluso a valorar a posibilidade de marcharse se persiste ou aumenta o ton violento";
- 2) se algún dos dous usuarios demanda a implicación do equipo ou busca información en nós, a resposta debe ser tallante "o equipo vén aquí a traballar e dar asistencia, non a resolver disputas" ou "síntoo, eu estaba traballando e non observei nada". Isto é importante que quede claro, porque se se toma partido por un deles, o outro pódese sentir agraviado ou prexudicado e focalizar no equipo o seu malestar e o seu comportamento agresivo.

- **Nivel 4 (pánico):** o paciente está asustado e isto provoca que a súa capacidade de razoamento diminúa, polo que pode cometer actos violentos de maneira irreflexiva como reacción a unha interpretación equívoca de ameaza.

Actuación:

O primordial nestes casos é atender as medidas de autoprotección do equipo chegando incluso a suspender a atención e marcharse da zona. Calquera acercamento pode ser perigoso dado que a súa capacidade de razoamento está afectada

7. BIBLIOGRAFÍA:

- Baños, R.M.; Belloch, A.: Psicopatología del pensamiento: los delirios. Manual de Psicopatología. Vol. 1. Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1997.
- Belloch, A.; Fernández-Álvarez, H.: Trastornos de la personalidad. Ed. Síntesis. Madrid, 2002.
- Belloch, A.; Baños, R.M.; Perpiñá, C.: Psicopatología de la percepción y la imaginación. Manual de Psicopatología. Vol. 1. Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1997.
- Cañamares, J.M.; Castejón, M.Á.; Florit, A.; González, J.; Hernández, J.A.; Rodríguez, A.: Esquizofrenia. Guías de Intervención. Ed. Síntesis. Madrid, 2001.
- Cervera, G.; Bolinches, F.; Valderrama, J.C.; De Vicente, P.: Trastornos de la personalidad del grupo B (DSM-IV) y trastornos relacionados con sustancias. Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y tratamientos psicobiológicos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Direcció General de Drogodependències. Valencia, 2001.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edición revisada. Ed. Masson. Barcelona, 2003.
- Fernández, J.J.; Gutiérrez, E.: Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. En: Monografía Opiáceos. Adicciones. Vol. 7, suplemento 2. Ed. Socidrogalcohol. Valencia, 2005.
- Figuerido-Poulain, J.L.; Elizagarate, E.; Gutiérrez, M.; Ezcurra, J.: Trastornos psicóticos en el Sida. En: Sida y Drogodependencias. Monografías de Toxicomanías. Colb. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ed. Ediciones en Neurociencias. Barcelona, 1995.
- Giner, F.; Sancho, A.; Castellano, M.; Pérez, L. e Mateu, M.J.: Opiáceos, médicos y heroinómanos. Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y tratamientos psicobiológicos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Direcció General de Drogodependències. Valencia, 2001.

- Gómez-Fontanil, Y.; Coto, E.: Psicopatología del pensamiento: los trastornos formales del pensamiento. Manual de Psicopatología. Vol. 1. Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1997.
- Houts, P.; Markowicz, M.: Guía para el cuidado a domicilio del paciente con VIH y Sida. Colegio Americano de Médicos. Fundación Wellcome. España, 1999.
- Jiménez, M.P.; Ramos, F.; Sanchís, MC.: Las esquizofrenias: Aspectos clínicos. Manual de Psicopatología. Vol. 2. Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1998.
- Luengo, M.A.; Carrillo de la Peña, M.T.: Las psicopatías. Manual de Psicopatología. Vol. 2. Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1998.
- Pelechano, V.; De Miguel, A.; Hernández, M.: Trastornos de personalidad. Manual de Psicopatología. Vol. 2. Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1998.
- Roncero, J.; Ramos, J.A.; Collazos, F.; Casas, M.: Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. En: Monografía Cocaína. Adicciones. Vol. 13, suplemento 2. Ed. Socidrogalcohol. Valencia, 2001.
- Ruiz de Apodaka, J.; Herrero, H.; Elizagárate, E.: Daños asociados con drogas en la salud física, psíquica y social. Publicado en: Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- San, L.: Consenso da SEP sobre patología dual. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Ed. Psiquiatría Editores, S.L. Barcelona, 2004.
- Sanchis, C.; Coene, D.: Vivir y convivir con VIH/Sida. Manual de Autocuidados. Institut Valencià d'estudis en Salut Pública. Valencia, 1996.
- Valiente, C.: Alucinaciones y delirios. Ed. Síntesis. Madrid, 2002.
- <http://www.psycoactiva.com/>

**PATOLOXÍAS ORGÁNICAS ASOCIADAS
ÁS DROGODEPENDENCIAS**

Patoloxías orgánicas asociadas ás drogodependencias

1. INTRODUCCIÓN

Os usuarios de drogas son susceptibles de adquirir e padecer enfermidades ou procesos infecciosos asociados á súa drogodependencia e ao contexto no que esta se desenvolve. A gravidade clínica destas enfermidades e o seu pronóstico van depender de factores asociados ao consumo e ao estilo de vida ao que este obriga.

Factores predispoñentes para o desenvolvemento de patoloxías orgánicas asociadas ás drogodependencias.

- 1 Condicións de vida moi precarias con necesidades básicas non cubertas:** condicións hixiénicas pésimas, malnutrición, ausencia de domicilio ou vivendas en condicións de insalubridade.
- 2 Estado físico e de saúde do usuario:** a busca de diñeiro para financiar o consumo obriga a que estas persoas estean moitas horas na rúa, coa conseguinte deterioración física e mental que isto supón. Ademais, o padecemento dalgunhas enfermidades favorece a adquisición ou infección doutras, como consecuencia da depresión exercida polas primeiras sobre o sistema inmunolóxico, e en relación ás condicións da vida, que referimos anteriormente.
- 3 Condutas de risco asociadas á sexualidade:** exercer a prostitución como medio de subsistencia ou acceder a manter relacións sexuais a cambio dunha dose, e non usar de maneira habitual medidas de protección como o preservativo, favorece a transmisión de certas enfermidades (VIH, hepatite, vaxinite, papilomas, etc.).
- 4 Condutas de risco asociadas ao consumo:**
 - Venopuncións reiteradas sen asepsia nunha mesma zona favorecen a súa infección e a aparición de celulite, tromboflebite, abscesos, tétano, etc. O tratamento médico e a drenaxe acostuman ser suficientes para controlar e curar o proceso. Outros casos, os máis graves, poden requirir de hospitalización.

A maioría destas lesións adóitanse localizar nas extremidades superiores. Non obstante, naqueles usuarios que teñen ocultas as veas dos brazos, ou fixeron “calo” e resultan inutilizables para a venopunción, podemos observar este tipo de lesións nas extremidades inferiores (femoral), parede torácica ou pescozo, como resultado do intento de inxección nestas partes aínda accesibles á venopunción. Non obstante, estes puntos de inxección son moi perigosos, xa que os abscesos poden afectar tecidos adxacentes e a infección se pode estender cara a zonas vitais, por exemplo, un absceso no pescozo implica un risco importante de que a infección afecte a xugular provocando unha trombose, ou que a infección ascenda cara ao cerebro.

- Compartir xiringas e outros útiles de inxección favorece o contacto con sangue que permanece na agulla, o filtro ou a culler, provocando unha posible infección polo virus VIH, hepatite B e C, paludismo, etc.
 - Pésimas condicións hixiénicas do lugar en que se realiza a venopunción e das medidas de hixiene e esterilidade que toma o usuario. Por exemplo; 1) chupar a agulla antes de picarse favorece a transmisión de certos xermes ao torrente sanguíneo, podendo provocar unha infección; 2) sacar a xiringa do plástico, quitarlle o capuchón e deixala apoiada no chan mentres se prepara a substancia; e 3) diluír a substancia ou facer a mestura na base dunha lata, recollendo todas as impurezas que puidese haber nela ao cargar a xiringa, para despois ser introducidas xunto coa substancia no torrente sanguíneo.
- 5 Infeccións vehiculizadas pola propia substancia:** provocadas polas impurezas ou o “corte” que leva a droga; ou ben pola preparación desta, sendo o caso máis destacable o da candidia-se asociada ao uso de limón como disolvente da heroína.

2. VIH/SIDA E DROGODEPENDENCIAS

2.1. INFORMACIÓN XERAL SOBRE A INFECCIÓN POR VIH.

As siglas VIH corresponden a virus da inmunodeficiencia humana. Este virus ataca o sistema inmunitario (sistema de defensas) do organismo, diminuindo a súa capacidade de resposta fronte ás enfermidades. Cando este sistema está moi afectado e apenas ten capacidade de resposta, o ser humano é moi susceptible a varias infeccións e cancro que, se o sistema inmunitario tivese un funcionamento normal, non o afectarían.

Hai dous tipos principais de VIH: VIH1 e VIH2. En Europa, os casos de sida foron orixinados polo VIH1. En África, a situación é distinta; nas rexións situadas arredor do Ecuador, a sida é causada polo VIH1, mentres que nas situadas ao oeste é o VIH2. Existe a posibilidade de resultar infectado tanto polo VIH1 como polo VIH2.

A infección por VIH.

A estas alturas, con toda a información dispoñible sobre o VIH/sida, aínda hai moitas persoas que descoñecen as diferenzas entre VIH e sida. Aínda que ambos están relacionados, son distintos. De feito, cando se produce a infección por VIH poden aparecer, ao cabo dalgún tempo, diversos síntomas patolóxicos que poden indicar que se trata dun caso de sida, aínda que non necesariamente, pois estes síntomas tamén se corresponden a outras patoloxías.

A OMS realizou a “Proposta interina de clasificación de estadios de infección” en 1990 e, en 1993 os CDC (EE.UU.) propuxeron, pola súa vez unha clasificación de infección para casos adultos e adolescentes maiores de 12 anos de idade para substituír a proposta en 1986.

Estadios da infección por VIH/sida.

- I **Estadio de infección aguda por VIH (primoinfección):** adóitase manifestar aos 30-45 días da entrada en contacto co virus. Entre un 30 e un 70% das persoas presentan un cadro similar ao gripal ou ben con febre, ganglios en diferentes partes do corpo e unha erupción na pel. Con frecuencia estas doenzas pásanse por alto, posto que na maioría dos casos son de escasa importancia.

Non obstante, chegar a detectalas precozmente abre a posibilidade dun tratamento temperán con moi boas perspectivas a longo prazo.

- II Estadio de latencia:** a persoa está infectada polo VIH pero non ten síntomas. Isto permítelles desenvolver unha vida completamente normal, sendo ignorantes de que son portadores do virus e en consecuencia, poden infectar outras persoas involuntariamente. Aínda que non haxa presenza de síntomas, o seu sistema inmunolóxico vaise deteriorando, xa que os ciclos replicativos do virus acostuman ir esgotándoo e condicionar a aparición de enfermidades oportunistas.
- III Estadio do SLA/LGP:** aumenta o volume dos ganglios linfáticos (LSA = síndrome linfadenopática; LGP = linfadenopatía xeneralizada persistente).
- IV Estadio: aparecen doenzas graves.** Na maioría dos casos trátase de sida. O estadio IV divídese en cinco subgrupos:
 - A** Problemas de complexo relacionado con sida (CRS) e síndrome caquética do VIH.
 - B** Doenzas nerviosas e cerebrais, incluído o complexo de demencia asociado á sida.
 - C** Infeccións oportunistas, tales como a pneumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP).
 - D** Tipos de cancro pouco comúns, tales como o sarcoma de Kaposi (SK).
 - E** Un grupo reducido doutras doenzas.

Observacións acerca destes catro estadios:

Non todas as persoas teñen por que pasar polos catro estadios. Por exemplo, un pode ser seropositivo a VIH (estadio II) e non chegar a desenvolver a sida (estadio IV); tamén é posible que unha persoa pase directamente do segundo estadio ao cuarto. Os estadios sucédense, é dicir, pásase progresivamente dun inferior a outro superior, sen que se poida volver a un estadio anterior; unha persoa non se pode encontrar en dous estadios distintos á vez.

O feito de establecer un diagnóstico de sida non quere dicir que a persoa se vaia sentir mal continuamente, haberá períodos durante os cales se sentirá perfectamente.

Significado dos termos.

Seropositivo:

Cando unha persoa entra en contacto co virus, é seropositiva ou VIH+. Isto quere dicir que está infectada polo virus e que pode infectar outras persoas.

O VIH detéctase a través dos anticorpos que desenvolve o sistema inmunitario fronte ao virus. Estes anticorpos aparecen despois da 5ª semana na maioría de casos, como máis tardar, seis meses despois de producida a infección. Polo tanto, unha persoa que se encontra nos estadios I, II ou III non se considera sida. De feito, ata o estadio II considérase fase latente xa que a persoa non manifesta síntomas de enfermidade.

SLA (tamén utilizado LGP):

SLA (síndrome linfadenopática) corresponde ao estadio III e consiste nun aumento persistente do volume dos ganglios linfáticos en distintos lugares do corpo. Os ganglios inchados (maiores de 1 cm) non acostuman causar dor e están situados de forma simétrica (por exemplo, a ambos os lados do pescozo). A tumefacción prodúcese durante máis de tres meses e aparece simultaneamente en máis de dous lugares (excluída a ingua).

É posible que a inchazón dos ganglios linfáticos sexa debida a outras causas, polo tanto, é recomendable acudir ou derivar ao médico para que examine a persoa e realice un diagnóstico fiable.

A síndrome linfadenopática simple pode ir acompañada de problemas cutáneos e de mucosas, infeccións de herpes simple, infección de cándida, eccema seborreico e herpes zóster.

CRS:

CRS significa complexo relacionado coa sida, actualmente denominado fase IVA.

Os síntomas que acompañan ao CRS son:

- Febre: máis de 38°C, de forma continua ou interrompida.
- Fatiga.
- Perda involuntaria de peso: máis do 10% do peso orixinal (ou máis de 7 kg nun mes, con dúas ou máis deposicións diarias).
- Diarrea, de forma continuada ou interrompida.

- Suores nocturnas
- Problemas de SLA (ganglios linfáticos inchados).

Para poder establecer o diagnóstico do CRS (fase IVa), polo menos dous destes síntomas deben estar presentes durante un período de máis de tres meses. Para iso, o adecuado é que o usuario sexa derivado a un servizo especializado para a realización das probas pertinentes.

Caquexia (síndrome caquética ou de extrema delgadeza) do VIH:

Manifesta os mesmos problemas que o CRS, pero a perda de peso é tan importante que xa non se pode falar de CRS, senón de síndrome caquética do VIH. Esta síndrome si forma parte da definición do caso sida (a diferenza doutros aspectos do CRS). Polo tanto, estaríamos falando que a persoa xa desenvolveu sida.

Sida:

Sida é a abreviatura de síndrome de inmunodeficiencia adquirida; é dicir, doenzas e enfermidades causadas por unha incapacidade do sistema inmunitario que foi adquirida (non herdada xeneticamente). O sistema inmunitario non funciona adecuadamente pola afectación do VIH, e polo tanto a persoa vese exposta a enfermidades que non aparecerían se o sistema inmunitario funcionase con eficacia.

A diferenza entre a sida e as fases anteriores da infección por VIH, radica en que na sida o virus facilitou a presenza de diversas enfermidades como consecuencia da afectación do sistema inmunitario, que se ve incapaz de combatelas eficazmente. Estas enfermidades poden ser:

- Infeccións oportunistas.
- Determinados tipos de cancro.
- Enfermidades do sistema nervioso.

En conclusión, unha persoa está enferma de sida cando se encontra entre as fases IVb a IVe. A liña divisoria con respecto a ser seropositivo encóntrase na fase IVa.

A infección por VIH.

A infección depende de dous factores: 1) dos líquidos corporais; e 2) do lugar en que se produza o contacto.

Nas persoas infectadas, o VIH está presente en todos os líquidos corporais: o sangue, o esperma, as secrecións vexinais, a urina, as feces, os vómitos, as lágrimas, a saliva, o suor e o leite materno. A infección, porén, só pode ser transmitida a través de:

1. Vía sanguínea:

- O VIH está moi concentrado no sangue, polo que hai que evitar calquera contacto con boca, vexina, ano, mucosas e pequenas lesións na pel.
- Compartir xiringas ou outro tipo de material de inxección (filtros, soporte para a preparación, etc.) pode facilitar o contacto con restos de sangue e provocar a infección.
- O risco de infección polo VIH cando unha persoa sofre unha picada accidental nun espazo público é limitado. Isto débese a que o virus ten escasa supervivencia fóra do organismo, e cando o sangue empeza a se secar ou coagular, o virus perde viabilidade. Deste modo, o virus podería ser infeccioso durante un espazo de tempo arredor de seis horas desde que a xiringa foi utilizada ata que se produce a picada. Se observamos que a xiringa está vella, oxidada a agulla ou descoloridos os números por acción do sol, en principio, non debemos preocuparnos polo VIH. Non obstante, é recomendable acudir a unha consulta médica coa maior brevidade, pois ademais do risco de infección por VIH existen outro tipo de enfermidades, como a hepatite, cuxo virus posúe unha capacidade de supervivencia maior ca o VIH, e polo tanto pode permanecer activo durante máis tempo.

2. Vía sexual:

- O VIH está moi concentrado no esperma, polo que hai que evitar calquera contacto con boca, vexina, ano, mucosas e pequenas lesións na pel.
- No fluxo previo á exaculación e o fluxo vexinal, o VIH está menos concentrado, pero hai risco de infección. Hai que procurar que non entren polo ano ou pola vexina, pois teñen unha boa irrigación sanguínea, de modo que o VIH penetra rapidamente no fluxo sanguíneo a través de pequenas lesións nas súas mucosas.

- A muller ten máis risco de infección xa que a área xenital feminina é máis ampla que a do home e con maior probabilidade de pequenas lesións na súa mucosa. Ademais, se o home exacula, o seme queda depositado dentro por un período de ata 72 horas, incrementando así as posibilidades de infección.

3. De muller xestante ao feto e perinatalmente:

- O virus pode atravesar a placenta durante todo o embarazo, pero é durante as últimas semanas de embarazo e no momento do parto cando maiores posibilidades hai de transmisión.
- O leite materno tamén posúe concentración viral suficiente para provocar unha infección, polo que non se recomenda a lactación.

A infección por VIH non se transmite por:

- A saliva, lágrimas e suor, o VIH está moi pouco concentrado. Non podes resultar infectado a través destes líquidos corporais.
- Non se transmite a través da urina, vómitos ou feces; a non ser que teñan sangue, polo que se recomenda tomar medidas de hixiene xeral.
- O virus non se transmite ao tocar a un enfermo de VIH/sida, darlle a man, bicalo, compartir a cama, utilizar as mesmas sabas, beber do mesmo vaso, se non hai presenza dos fluídos infecciosos (comentados con anterioridade) e unha vía de entrada para o virus.
- O virus non se transmite a través do asento, das cubetas dos aseos ou as piscinas, e tampouco a través da tose, o espirro ou os mosquitos.

¿Ten algunha vantaxe saber se es VIH+?

Por suposto que si. Unha detección precoz permite un control máis rápido da replicación do virus, e polo tanto da súa evolución e prognóstico. Ademais é importante que coñezas se estás infectado polo VIH para evitar transmitirlo a outras persoas, tomar as medidas adecuadas para previr enfermidades que poidan afectar o teu sistema inmunolóxico favorecendo a replicación do virus, así como controlar e tratar a tempo a presenza dalgunha destas enfermidades.

A esperanza de vida e a evolución da enfermidade.

O VIH/sida evoluciona de forma moi distinta en cada persoa, polo que non podemos dar unha resposta particular concreta a esta cuestión. A evolución da enfermidade estará en función do estado de saúde xeral da persoa, que potenciará ou diminuírá a capacidade do sistema inmunolóxico para se enfrontar ás enfermidades oportunistas. O estilo de vida, o coidado persoal, a hixiene, os hábitos, a dieta, todo isto inflúe na capacidade de resposta do organismo á exposición a axentes patóxenos e ás agresións que sofre por parte destes.

O que si que podemos afirmar é que a esperanza de vida aumentou considerablemente desde que se detectou a sida por primeira vez. En 1986, a esperanza de vida unha vez establecido o diagnóstico era de 12 meses por termo medio. Actualmente, son cada vez máis os casos diagnosticados con cinco, 10 e máis anos de evolución.

Isto débese en gran parte aos avances logrados no coñecemento da enfermidade que permitiron que se desenvolvan fármacos activos fronte a esta. Tamén foi determinante o control e prevención das enfermidades oportunistas, e o mellor coñecemento delas, permitindo elaborar pautas adecuadas de tratamento e prevención eficaces.

Actualmente, algúns científicos presentan a infección como unha enfermidade crónica, da que hai que estar atentos á súa evolución con obxecto de prever as diferentes enfermidades oportunistas que poñan ir aparecendo.

¿Cando comezar a tomar o tratamento?

Non existe un dato ou fórmula que indique o momento concreto en que é ideal comezar o tratamento, dependerá un pouco da persoa e das indicacións que lle dea o seu médico. En principio, acostúmase indicar cando hai datos que indican que a enfermidade está progresando e a carga viral é elevada con CD4 inferiores a 350 unidades por mililitro.

É sumamente importante que a persoa enferma entenda que tomar a medicación é de por vida, e require estar convencido de seguir o tratamento e non abandonalo nin tomalo segundo lle apeza. É importante facelo correctamente e seguir as pautas indicadas polo médico; en caso contrario, córrese o risco de que o virus se volva resistente aos fármacos vendo reducida así a súa eficacia.

Ademais, se a persoa decide por conta propia deixar de tomar o medicamento durante un tempo, pode provocar un aumento significativo da carga viral, empeorando así o seu pronóstico.

Na actualidade, a eficacia dos tratamentos fronte ao VIH consegue unha importante inhibición da replicación do virus, favorecendo a restauración inmunolóxica e, polo tanto, a capacidade de resposta do sistema inmunitario fronte a outras infeccións, como por exemplo a hepatite C. Isto en ningún caso quere dicir que a persoa, ao estar en tratamento e conseguir grazas a este que a carga viral en sangue sexa indetectable, non poida ser transmisor do virus. Mesmo cando este non se detecta en sangue; o risco de infectar a outras persoas existe.

En conclusión, tomar o tratamento é beneficioso para controlar a enfermidade e mellorar a resposta inmunolóxica fronte ao VIH e outras enfermidades, o que non significa que se deixe de ser portador do mesmo nin poder transmitilo. Pero se un non está convencido de tomalo regularmente, é mellor non comezar o tratamento a facelo de maneira incorrecta.

Problemas e dúbidas coa medicación antirretroviral.

- Se o usuario salta algunha dose é importante que a tome tan pronto como poida, pero se se dá conta cando vai tomar a seguinte, non debe tomar nunca unha dose dobre.
- En caso de que vomite despois de tomar a medicación, se se produce durante a hora seguinte á toma desta, é aconsellable volvera tomar, a non ser que os vómitos sexan constantes, neste caso haberá que consultalo co sanitario do equipo ou cun servizo médico. Se os vómitos suceden pasada unha hora despois da toma da medicación, non pasa nada, xa foi absorbida.
- Se o usuario manifesta que o medicamento lle provoca molestias ou efectos secundarios, hai que recomendarlle que non reduza a dose e que acuda ao seu médico para que determinen a causa e valoren que é o máis conveniente.
- No suposto de que a usuaria estea embarazada, o tratamento é aínda máis recomendable porque así manterá a carga viral o máis baixa posible, diminuindo as posibilidades de transmisión ao seu fillo. Os datos avalan que unha paciente sen tratamento ten un 20% de probabilidade de transmitirille o virus ao seu fillo; non obstante, se se encontra con tratamento antirretroviral, esta probabilidade redúcese ata o 1%.

Os antirretrovirais interaccionan con varios fármacos, polo que tomalos conxuntamente pode producir risco de toxicidade ou unha diminución da eficacia da dose, favorecendo o desenvolvemento de resistencias. Algunhas das principais interaccións cos antirretrovirais son: 1) metadona; 2) benzodiacepinas; 3) analxésicos; 4) antihistamínicos; e 5) herba de San Xoán (moi utilizada en herboristarias).

2.2. VIH/SIDA E CONSUMO DE SUBSTANCIAS.

O consumo de substancias pode influír de maneira determinante sobre os procesos de replicación do virus e a adquisición de patoloxías orgánicas asociadas ao consumo e ao estilo de vida que este impón. Algunhas das consideracións sobre as que debemos informar os usuarios son:

- Algunhas drogas, ou as súas adulteracións, poden ter un efecto negativo sobre o estado de saúde xeral do usuario; e polo tanto, tamén sobre o seu sistema inmunitario, facilitando a replicación do VIH.
- O consumo de substancias e todo o que ten que ver con el (inclusión no “circuíto de rúa” como medio de vida, os efectos de certas substancias como a cocaína que non deixan durmir nin descansar durante días, a busca de diñeiro para conseguir a droga, o proceso de desintoxicación, os problemas xudiciais, etc.), acostuman aumentar o cansazo psicolóxico en lugar de diminuílo, e isto tamén resulta prexudicial para o sistema inmunitario.
- Se tes anticorpos fronte ao VIH ou estás enfermo de sida, os efectos negativos das drogas poden ser máis graves que no pasado. Isto aplícase tanto aos efectos físicos como aos psicolóxicos, tales como o esgotamento, a ansiedade ou a depresión.

3. HEPATITE E DROGODEPENDENCIAS

As hepatites víricas máis asociadas á poboación drogodependente son a hepatite B (VHB) e C (VHC), que se transmiten da mesma forma que o VIH (sendo a hepatite 10 veces máis infecciosa que o VIH en contacto co sangue), polo que frecuentemente se presentan de maneira combinada nun mesmo paciente. A hepatite B transmítese por vía parenteral e sexual, mentres que a hepatite C o fai preferentemente pola vía parenteral. A principal diferenza entre ambos os virus é que o

virus da hepatitis C produce con maior frecuencia infección crónica. En persoas VIH+, a maior agresividade da hepatitis crónica C, correlaciona cunha menor resposta do sistema inmunitario e unha maior replicación.

A infección crónica destes virus da hepatitis B e C pasa habitualmente desapercibida ata que non se notan os primeiros síntomas ou se descobre mediante unha analítica de sangue. A prevención e a detección precoz resultan moi convenientes xa que co paso dos anos (máis de 10 anos), as lesións no fígado van aumentando e comezan a provocar un mal funcionamento deste. No caso dunha persoa que ademais é seropositiva, estas dificultades poden aparecer máis a pré-sa debido á diminución das defensas que provoca o VIH.

Actualmente dispónse de vacina para a hepatitis A e B. As pautas de vacinación correcta para a hepatitis A son 2 doses (0, 6-12 meses), máis unha de recordo aos 2 anos. No caso da hepatitis B son 3 doses (0, 1, 6 meses), máis unha de recordo aos 3 anos. Para a hepatitis C de momento non existe vacina, aínda que si tratamento eficaz.

Para previr a infección polo virus da hepatitis, recoméndase informar e insistir na educación das vías de infección, facendo especial fincapé no uso do preservativo e en evitar compartir xiringas e outros útiles para a venopunción.

Prevencción da hepatitis B:

- Evita compartir xiringas e outros útiles de inxección (filtros, tapóns, etc.).
- Evitar compartir o tubo para nifrar.
- Utiliza o preservativo nas túas relacións sexuais.
- Non compartas útiles de hixiene persoal (coitelas de afeitar, cepillos de dentes, etc.).
- Vacínate adecuadamente da hepatitis B (3 dose + 1 recordo).
- É recomendable que fagas un chequeo médico ou analítica ao ano.

Prevencción da hepatitis C:

- Evita compartir xiringas e outros útiles de inxección (filtros, tapóns, etc.).
- Evita compartir o tubo para nifrar.

- Utiliza o preservativo nas túas relacións sexuais.
- Non compartas útiles de hixiene persoal (coitelas de afeitar, cepillos de dentes, etc.).
- Non existe vacina para a hepatitis C, polo tanto, estas medidas de prevención son a única alternativa.
- É recomendable que fagas un chequeo médico ou analítica ao ano.

4. OUTRAS PATOLOXÍAS ORGÁNICAS ASOCIADAS Á SIDA E ÁS DROGODEPENDENCIAS

4.1. PATOLOXÍAS DAS VÍAS RESPIRATORIAS.

Estas patoloxías asociadas ao VIH poden verse empeoradas como consecuencia do consumo prolongado de heroína ou cocaína fumada, que en moitos casos pode chegar a xerar unha patoloxía broncopulmonar crónica. O feito de que a substancia se fume en papel de prata ("chinos") parece ser unha das causas.

Pneumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP).

Este proceso oportunista é o máis frecuente. É unha infección pulmonar provocada polo parasito *Pneumocystis carinii* (PCP). Se valoramos que algún usuario pode tela, hai que derivalo a un servizo médico no prazo dun ou dous días. Ten tratamento eficaz que se pode realizar no domicilio se se detecta en fase inicial, polo tanto é factible levar a cabo unha tutela da medicación e o seu ingreso no Subprograma de apoio residencial. Se se deixa transcorrer máis tempo pode que sexa necesaria a hospitalización.

¿En que te debes fixar?

- Unha tose seca que se pode desenvolver lentamente (desde algunhas semanas ata meses).
- Dispnea en situacións anormais (por exemplo, despois de subir unha pequena escaleira ou costa).
- Dor no tórax.
- Febre (non adoita ser moi alta).

¿Que podes facer?

- Tómallo ao usuario a temperatura dúas veces ao día, non máis.
- Dar parte ao coordinador ou ao sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico se o problema (sobre todo a tose) non desaparece. Non esperes demasiado tempo.

Tuberculose.

A súa forma máis frecuente é a pulmonar. Na diferenza doutras enfermidades infecciosas, a tuberculose non ten un período concreto de incubación. En caso de detectar un usuario que posiblemente a padeza, deberase ter en conta que este tipo de tuberculose é contagiosa. Os bacilos tuberculosos son transmitidos polo esputo, ben en pequenas gotiñas suspendidas polo aire ou por partículas de po, rara vez por excrementos ou alimentos, aínda que tamén se pode dar o caso.

¿En que te debes fixar?

- Tose, dor torácica e esputos sanguinolentos.
- Febre, fatiga, perda de peso, falta de apetito, suores nocturnas.
- Aumento do tamaño dos ganglios linfáticos.

Estes síntomas tamén poden aparecer con outras infeccións. Son síntomas bastante xerais.

¿Que podes facer?

- As molestias que acompañan a tuberculose pulmonar son bastante similares ás da PCP. Dá parte ao coordinador ou ao sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico. Recoméndase facelo no prazo dun ou dous días, posto que as molestias tamén poden facer pensar na PCP.

Consellos:

- O tratamento completo dura entre seis meses e dous anos. Os medicamentos son esenciais e débense tomar segundo prescrición médica sen obviar ningunha toma. Polo tanto, deberase valorar a posibilidade dunha tutela de medicación e asegurarnos que o usuario a toma sen fallar ningún día. En caso contrario, se o usuario non seguise as indicacións médicas e levase

unha toma irregular ou nula do tratamento, porase en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para valorar o seu ingreso hospitalario dado o risco de contaxio a outras persoas.

- Os medicamentos poden ter efectos secundarios. En caso de que o usuario presente erupcións cutáneas, náuseas, vómitos, molestias visuais ou ictericia, deberase pór en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico.
- O usuario deberá ser informado sobre a conveniencia de utilizar un pano de papel ao espirrar ou tusir, e despois tiralo.
- Deberase elaborar conxuntamente co usuario unha lista de persoas coas que estivo en contacto para derivalas ao servizo médico co obxecto de determinar se foron contaxiadas, e se así fose, polas en tratamento.

Tuberculose multirresistente.

A multirresistencia pódese producir porque algún enfermo de tuberculose utiliza mal os medicamentos (tómaos de forma irregular ou só unha parte da combinación prescrita, ou abandona o tratamento antes de acabalo), ou porque se lle receitan mal os medicamentos (combinación errónea ou unha dose excesivamente pequena). Por iso é importante tomar os medicamentos de acordo coas prescricións e dar parte das irregularidades na toma destes por parte dos usuarios enfermos de tuberculose.

4.2. PATOLOXÍAS CUTÁNEAS E DAS MUCOSAS.

Sarcoma de Kaposi (SK).

É un tipo de cancro que acompaña con frecuencia a sida e que se adoita manifestar na pel, pero tamén na boca e en órganos tales como intestinos e pulmóns.

¿En que te debes fixar?

- Na pel aparecen manchas de cor marrón, vermella ou violácea, que adoitan ser planas e un pouco duras. Poden aparecer en calquera parte do corpo.

¿Que podes facer?

- Se observas un usuario cunha ou varias manchas deste tipo na pel, pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para que fale co usuario e lle expoña a conveniencia da súa derivación a un servizo médico para que diagnostiquen a súa natureza.

Infección polo virus herpes simple (VHS).

Hai dous tipos de virus: VHS I e VHS II. Predominantemente o primeiro causa o “labio febril” e o segundo a enfermidade venérea do herpes xenital.

¿En que te debes fixar?

- Ampolas (con líquido), xeralmente sobre un fondo avermellado, no labio ou nas mucosas dos xenitais e arredor do ano ou no seu interior. Estas ampolas adoitan ser dolorosas. As infeccións son xeralmente máis graves no caso de persoas infectadas polo VIH. Por iso, recoméndase pór a tempo algún tratamento.

¿Que podes facer?

- Se detectas algún usuario que ten este tipo de ampolas no labio, ou el fala da súa existencia nos xenitais ou no ano, pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico.

Consellos:

- O herpes simple é infeccioso, sobre todo se se trata dunha ampola. Polo tanto, coméntalle ao usuario a importancia de non tocar a rexión afectada. Existe a posibilidade de que se estenda a infección.

Herpes zóster.

É unha infección causada polo virus da varicela-zóster. Aquelas persoas que padeceron varicela teñen o virus latente nos ganglios nerviosos. Se se reactiva orixina o herpes zóster. Esta infección pode resultar moi grave para persoas que viven con VIH/Sida.

¿En que te debes fixar?

- Ampolas (con líquido) agrupadas, normalmente no tronco ou na cara. Poden ser moi dolorosas.

¿Que podes facer?

- Se ves que algún usuario ten este tipo de ampolas ou cho comenta el, pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para que observen estas lesións e valoren a súa derivación a un servizo médico.

Consellos:

- Recoméndalle ao usuario que non toque a zona afectada, xa que existe posibilidade de sobreinfección nesa zona.

Eccema seborreico.

Aparece a miúdo en persoas infectadas polo VIH. A causa da enfermidade é probablemente un tipo de fungo cutáneo, o pitirosporon.

¿En que te debes fixar?

- Na aparición de escamas secas e amarelentas que poden ir acompañadas de pel avermellada. Preséntase na cara, o coiro cabeludo, o peito, os pregamentos corporais e entre as omoplatas. Ás veces provoca pruído.

¿Que podes facer?

- Hai que tranquilizar o usuario e dicirlle que non se trata dunha enfermidade aguda ou perigosa. Non obstante, é conveniente que acuda ao seu médico para que lle poña un tratamento.

Consellos:

- Coméntalle que non se rasque, en caso contrario existe risco de sobreinfección.
- Convén que manteña a pel graxa aplicando, por exemplo, pomadas. Isto aliviará as molestias.
- Non é aconsellable utilizar xabón nin ducharse con auga quente durante demasiado tempo. Isto podería reseca a pel.
- Manter a pel seca prevén de posibles irritacións.

Infección por cándida.

No caso dunha infección por VIH, este fungo afecta fundamentalmente as mucosas da boca, a lingua, o pene, a vaxina e o ano.

¿En que te debes fixar?

- Boca: aparecen pequenas manchas abrancazadas. A mucosa que rodea as manchas é de cor avermellada. As lesións poden ser dolorosas, pero non adoitan causar moitas molestias. A lingua ten unha cor vermella ou está cuberta como dunha pastosidade abrancazada.
- Vaxina, pene e ano: exsudado branco sobre un fondo avermellado das mucosas (nas mulleres, isto maniféstase tamén mediante unha gran cantidade de fluxo branco e inchazón da vulva), irritación e proído.

¿Que podes facer?

- Primeiramente, tranquilizar o usuario e dicirlle que non se trata dunha enfermidade perigosa (aínda que como vemos asociada ao VIH), senón máis ben molesta. Pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico.

Consellos:

- Coméntalle a conveniencia de non tocar a rexión afectada a pesar do proído. Existe risco de que se estenda a infección.

Pequenas verrugas nas mucosas.

Son producidas polo papilomavirus humano (PVH).

¿En que te debes fixar?

- Pequenos vultos de cor rosada e xeralmente brandos ao tacto. O seu aspecto é similar ao dunha coliflor e ás veces teñen como un pequeno talo. Aparecen nas mucosas dos órganos xenitais e o ano, xeralmente na transición entre a pel e a mucosa (por exemplo, na vulva). Pódense desenvolver rapidamente.
- Ás veces producen proído.

¿Que podes facer?

- Se acode un usuario comentando que ten estas verrugas nas súas partes íntimas, pono en coñecemento do coordinador ou do sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico.
- Esta patoloxía é infecciosa, polo que hai que dicirlle ao usuario que debe ter coidado nos seus contactos sexuais, evitándoos se é posible ata falar co médico.

Consellos:

- Recoméndase que as persoas coas que o usuario mantivo contactos sexuais, se sometan a un recoñecemento e se é necesario a tratamento. Polo tanto, dillo para poder localizar e avisar estas persoas.

4.3. FEBRE.

A febre adoita ser unha reacción do organismo fronte a unha enfermidade infecciosa que non ten porque estar relacionada co VIH, por exemplo a gripe. Porén, a febre tamén pode ser síntoma dunha infección oportunista. Polo tanto, haberá que prestarlle atención.

¿En que te debes fixar?

- En se a temperatura é superior a 38°C.
- Toma nota da temperatura, así como da data e a hora en que a tomaches, así saberemos cal é a súa evolución e se segue algún patrón. Con que a tomes só pola mañá e pola noite é suficiente.
- Suores nocturnas (sabas empapadas de suor).
- Outros síntomas de infección, tales como dor de garganta, tose, sarabullo na pel, proído ao ouriñar, diarrea, etc.

Consellos:

- Se detectas algún usuario que presenta un estado febril ou acode comentándoches que cre que ten febre, e despois de tomarlla comprobas que é así, pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico.
- Recoméndalle que beba moito. Cando se ten febre pérdese moito líquido e hai risco de deshidratación.

- É importante que descanse para evitar que a febre siga subindo. Se o puxeches en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo, eles decidirán que facer para proporcionarlle o descanso necesario.

4.4. PERDA DE PESO.

É posible que algúns dos usuarios presenten unha delgadeza extrema ou que observemos neles unha perda considerable de peso nun curto período de tempo. Isto pódese deber, entre outras causas, a sufrir diarrea, para o cal haberá que pór remedio pois existe risco de deshidratación. Pero este tipo de perda de peso pódese deber a outras causas máis graves.

¿Que podes facer?

- Pode ser interesante pesar, de maneira rutineira, os usuarios asiduos ao programa sobre os que se pode levar certo grao de seguimento. Xunto á anotación do peso haberá que sinalar a data e a hora en que se tomou e o rexistro de usuario. Cada 20 días sería recomendable volver facer unha anotación do peso do usuario para ver se hai variacións significativas.
- Se hai algún caso que presenta unha perda importante de peso nestes períodos, deberase pór en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo sanitario para determinar as causas da perda de peso.

4.5. DIARREA.

¿En que te debes fixar?

- Pregúntalle ao usuario e anota cantas veces ao día fai de ventre.
- Pregúntalle e anota se as feces son brandas ou líquidas.
- Pregúntalle tamén se as feces conteñen mucosidades ou sangue. En caso afirmativo, se o sangue aparece antes, durante ou despois da defecación. Anota todo isto.
- Pregúntalle sobre outros síntomas, tales como febre, vómitos, mareos, dor abdominal ou perda de peso. Anótaos tamén.
- Se a persoa se marea cando intenta poñerse en pé ou está demasiado débil para levantarse, pode ser que presente deshidratación ou unha baixada de tensión como consecuencia da diarrea.

¿Que podes facer?

- Se a diarrea provocou deshidratación, hai que repoñer os líquidos. Se estes conteñen algo de sal, evitarán en certa medida unha próxima deshidratación (p.e. caldos). Tamén resultan aconsellables os compostos reconstituíntes para deportistas. Así mesmo, os alimentos baixos en fibra tamén son convenientes (p.e. plátano, mazá, torradas secas ou galletas).
- En caso de que a diarrea non desapareza en dous ou tres días, sería conveniente remitir o usuario a un servizo médico. Coméntallo ao coordinador ou sanitario do equipo para facer unha valoración e derivación oportuna.
- No suposto de que as feces conteñan sangue (aínda que o sangue nas feces pode ser debido a hemorroides ou a outro tipo de lesión), é importante polo en contacto sen demora cun servizo médico. Dá parte ao coordinador ou sanitario do equipo para que fagan unha valoración e a correspondente derivación.

Consellos:

- Hai que suxerirlles que eviten na medida do posible o consumo de alcohol, café, leite e bebidas moi quentes ou moi frías.
- Proporcionaráselles moito líquido que conteña minerais, posto que a diarrea provoca unha importante perda de líquido e minerais.
- No caso de que teñas que limpar a diarrea, ben porque se manchou algo, ben porque o usuario a fixo enriba del e non está en condicións de asearse a si mesmo (p.e. que presente intoxicación por metadona, benzodiazepinas, ou outras substancias), pon guantes para limpala. Os guantes son un consello xeral por motivos de hixiene.
- Para aqueles usuarios que fan uso do Subprograma de apoio residencial e presentan diarrea, pode ser útil empregar cueiros e fundas de plástico debaixo das sabas, polo menos ata que remita a diarrea.
- A pel que rodea o ano irrítase con facilidade. Aconséllalle ao usuario con diarrea que non utilice xabón nin tome a temperatura a través do ano. Se é posible, facilitaráselle unha crema neutra que lle alivie a irritación.

4.6. PATOLOXÍAS DO SISTEMA NERVIOSO.

A sida pode ir acompañada dalgunhas patoloxías do sistema nervioso que ocasionan molestias. As máis frecuentes adoitan ser: dor de cabeza, febre, espasmos cervicais, confusión, irritación, trastornos sensitivos ou parálise. A continuación, explicamos a que patoloxías poden ser debidas estas molestias.

Meninxite.

Algunhas infeccións oportunistas poden conducir á inflamación das meninxes cerebrais.

¿En que te debes fixar?

- Malestar xeral.
- Dor de cabeza (forte).
- Febre.

Ademais, nalgúns casos poden aparecer os seguintes síntomas:

- Náuseas e/ou vómitos.
- Rixidez cervical.
- Confusión ou descenso no grao de conciencia.

¿Que podes facer?

- A enfermidade é grave pero ten un tratamento eficaz. En caso de sospeitar que algún usuario pode padecela, dá parte ao coordinador ou sanitario do equipo para falar con el e convencelo da importancia da súa derivación a un servizo médico sen demora. É importante que vaia ese mesmo día.

Encefalite.

Trátase dunha inflamación do tecido cerebral, xeralmente ocasionada polo parasito *Toxoplasma gondii*.

¿En que te debes fixar?

Os chamados “síntomas de carencia”: parálise, perda de sensibilidade nalgunhas zonas da pel, trastornos da fala, perda de forza nun brazo ou nunha perna.

- Confusión ou diminución do grao de conciencia.
- Aparición frecuente de febre.
- Dor de cabeza (non acostuma ser moi forte).
- En ocasións, ataques epilépticos.

¿Que podes facer?

- A enfermidade é delicada pero ten un tratamento eficaz. En caso de sospeita, hai que derivar no mesmo día o usuario a un servizo médico. Dá parte ao coordinador ou ao sanitario do equipo.

Neuropatía periférica.

A neuropatía periférica é unha doenza nerviosa que normalmente se produce nos brazos e as pernas.

¿En que te debes fixar?

- Dor (inflamación ou dor aguda) e proídos, ás veces parálise.
- Adoita aparecer nos brazos e nas pernas.
- Acostuma ser simétrica.

¿Que podes facer?

- Se algún usuario presenta queixas como as referidas, pono en coñecemento do coordinador ou do sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo sanitario.

4.7. PATOLOXÍAS DOS ÓRGANOS XENITAIS FEMININOS.

Se a usuaria é muller e ten sida, existe maior risco de que sufra determinados problemas relacionados cos xenitais (en comparación con mulleres non infectadas polo VIH).

Trastornos menstruais.

Os trastornos menstruais son máis frecuentes en mulleres infectadas polo VIH. A causa pode ser unha infección do útero.

Inflamación das trompas ou do útero.

Unha inflamación das trompas (salpinxite) e/ou da mucosa uterina (endometrite) pode ser causada por varias bacterias. Este tipo de inflamación aparece con maior frecuencia nas mulleres que levan un dispositivo intrauterino (DIU), aínda que este tipo de método anticonceptivo non adoita ser común na nosa poboación feminina usuaria de drogas. Esta inflamación pode estar presente de forma latente e activarse cando se debilita o sistema inmunolóxico.

¿En que te debes fixar?

- Se a usuaria refire dores fortes ou indefinidas no abdome, ás veces dor durante o acto sexual, ou cambios no fluxo.
- Febre.
- Trastornos menstruais (ás veces dor).

¿Que podes facer?

- Se algunha usuaria refire algunha destas doenzas, dá parte ao coordinador ou ao sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico.

Consellos:

- Sería conveniente informar a usuaria de que non é recomendable que manteña relacións sexuais, especialmente coito, ata que non a informe o seu médico de que se encontra completamente recuperada (pode ser entre dous e tres meses). Á hora de informar disto á usuaria, haberá que ter coidado de como facelo, onde e diante de quen, especialmente da súa parella, xa que pode orixinar conflito entre eles dous ou del cos membros do equipo.
- Debemos informala de que o uso do preservativo pode reducir a probabilidade de que se repita a infección.

Cancro de colo uterino.

As mulleres infectadas polo VIH teñen maiores probabilidades de desenvolver cancro no colo uterino. Por iso, recoméndase realizar unha citoloxía da abertura do útero cada seis meses.

4.8. PROBLEMAS BUCAIS.

Se tes sida pódénche xurdir problemas bucais tales como a infección por cándida, por herpes ou o sarcoma de Kaposi; infeccións como a xenxivite ou a periodontite; a chamada leucoplasia “peluda” da lingua, ou aftas (manchas pequenas e dolorosas de cor vermella ou branca).

Xenxivite e periodontite.

A xenxivite é unha inflamación das enxivas, mentres que a periodontite é unha inflamación das enxivas e do óso maxilar. Ambas poden ser agudas ou crónicas e adoitan ser máis graves en persoas infectadas polo VIH.

¿En que te debes fixar?

- A enxiva ten unha cor avermellada e sangra.
- Sabor e olor desagradable (halitose).
- Dor.

¿Que podes facer?

- Se algún usuario refire molestias deste tipo, sería aconsellable que acudise ao dentista ou ao médico de cabeceira. Pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación.

Consellos:

- A hixiene bucal é importante e, en moitos casos, pode evitar este tipo de doenzas. Intentarase proporcionarlles a todos os usuarios, especialmente aos que accedan ao Subprograma de apoio residencial, material (cepillo e pasta dentífrica) e indicacións para a hixiene bucal.

Leucoplasia “peluda” da lingua.

Leucoplasia significa mancha branca e “peluda” non significa que crezan pelos na lingua, senón que as manchas ás veces evocan a idea duns pelos.

¿En que te debes fixar?

Na aparición de manchas abrancazadas, ás veces verrugosas, nos bordos laterais da lingua.

¿Que podes facer?

Se algún usuario comenta ou ensina este tipo de manchas, dá parte ao coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación un servizo médico.

4.9. DISFAXIA.

A infección do esófago polo fungo cándida é moi frecuente.

¿En que te debes fixar?

- Se algún usuario manifesta problemas para tragar.
- Dor detrás do esterno.
- Esta infección adoita ir acompañada dunha infección bucal por cándida ou un depósito esbrancuxado na garganta.

¿Que podes facer?

- Se detectas algún usuario con estes problemas, pono en coñecemento do coordinador ou do sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a un servizo médico. É importante facelo no prazo dun ou dous días como moito, xa que é probable que ao usuario lle custe comer e beber e comece a perder peso.

4.10. PROBLEMAS DE VISIÓN E CEGUEIRA.

Estes problemas de visión poden ser ocasionados por unha infección por CMV (citomegalovirus). Este virus pode afectar a retina e causar a cegueira. Neste caso, é necesario aplicar inmediatamente un tratamento.

¿En que te debes fixar?

- Problemas visuais (empeoramento da vista ou manchas).

¿Que podes facer?

- Pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a servizo sanitario. É importante facelo canto antes, no mesmo día se é posible.

4.11. NEOPLASIAS.

Determinados tipos de cancro son máis frecuentes en persoas con sida. O máis coñecido e que afecta predominantemente a homes é o sarcoma de Kaposi (SK). Nas mulleres pode aparecer o cancro invasivo de colo uterino. En persoas infectadas polo VIH o que se detecta con maior frecuencia é o linfoma de Hodgkin.

Linfoma de Hokgkin.

É un cancro do sistema linfático. Adoita aparecer nunha fase tardía da infección por VIH, cando o sistema inmunitario xa está moi debilitado. Este cancro pódese localizar no sistema linfático de todo o corpo: na medula ósea, ganglios linfáticos, fígado, bazo, intestinos e outros órganos.

¿En que te debes fixar?

- O usuario refire perda de peso e malestar xeral (febre, náuseas, dor abdominal, dor de cabeza, etc.).

¿Que podes facer?

- Estes síntomas pódense deber a outras causas. En calquera caso, se un usuario comenta estas doenzas, pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo para a súa valoración e derivación a servizo médico.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco, M. C.; Taboada, J. A.: Vivir e convivir. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela.
- Giner, F.; Sancho, A.; Castellano, M.; Pérez, L. e Mateu, M.J.: Opiáceos, médicos y heroínómanos. Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y tratamientos psicobiológicos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social. Direcció General de Drogodependencies. Valencia, 2001.
- Houts, P.; Markowicz, M.: Guía para el cuidado a domicilio del paciente con VIH e Sida. Colegio Americano de Médicos. Fundación Wellcome. España, 1999.

- Martín, C.: Guía de Counselling para Formadores. 2ª Edición. Escuela de Sida, Salud y Convivencia Fundación Anti-Sida España (FASE). Ed. Harmony. Madrid, 1997.
- Martín, D.; Costa, M.: Síndromes de abstinencia y efectos indeseables: Actuación de enfermería. Jornades d'infermeria sobre toxicomanies Hospital del Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.
- Oller, E.: El papel de la enfermera en una unidad de toxicomanías. Jornades d'infermeria sobre toxicomanies Hospital del Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.
- Pereiro, C.: Reduce os riscos, diminúe os danos. Edit. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. Plan de Galicia sobre Drogas.
- Pérez-Moreno, J.; Gómez, J.A.; Cousinou, M.; Trouillhet, I.; Romero, I. : Enfermedad hepática en la drogadicción parenteral e su asociación con la infección VIH-SIDA. Ponencia. VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario.
- Pratt, R.J.: Sida. Implicaciones en enfermería. Ed. DOYMA. Barcelona, 1987.
- Sanchis, C.; Coene, D.: Vivir y convivir con VIH/Sida. Manual de Autocuidados. Institut Valencià d'estudis en Salut Pública. Valencia, 1996.
- Vergara de Campos, A.; Jiménez, M.J.; Selma, D.; Cruz, E.: Patologías asociadas a las drogodependencias. Ponencia. VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario.
- Zulaika, D.: Reducción de daños: lecciones aprendidas. Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de consenso sobre la reducción de riesgos relacionados con las drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- [Http://www.pmsida.gov.ar/](http://www.pmsida.gov.ar/)

**A ATENCIÓN E OS CUIDADOS
DO DROGODEPENDENTE**

A atención e os cuidados do drogodependente

1. INTRODUCCIÓN

Cando falamos da atención e dos cuidados que dispensamos a un drogodependente, que con frecuencia presenta patoloxías médicas e psiquiátricas asociadas, referímonos a aquelas actividades sanitarias e de apoio psicosocial que, en colaboración cun profesional da saúde que nos orientará e asesorará, desenvolveremos en beneficio da saúde e do benestar da persoa.

Os cuidados poden estar orientados a facilitar a adherencia e auto-medicación do usuario, a hixiene e a alimentación, o cuidado e o apoio social, a facilitación da expresión de emocións, medos, sentimentos, o manexo da ansiedade; e cara ao fomento de aspectos psicolóxicos positivos, como a capacidade de adaptación e afrontamento das enfermidades asociadas. Tamén inclúen estratexias de recoñecemento e avaliación de síntomas destas enfermidades e habilidades básicas para dar resposta a certos problemas de índole menor. De igual modo, orienta sobre cando e como derivar a un profesional que atenda cuestións que requiren dos seus coñecementos máis amplos e específicos.

Estas actividades non son propias da atención directa da súa adicción, no entanto debemos entender que a problemática que presenta a poboación drogodependente abrangue tamén as áreas psicolóxica, biolóxica e social do individuo, pois aparecen patoloxías derivadas do proceso de adicción que requiren tamén dunha atención especializada.

2. O CUIDADO COMO PARTE DO SUBPROGRAMA DE APOIO RESIDENCIAL

Todos os membros do equipo encargados da atención e do cuidado dos usuarios dentro do Subprograma de apoio residencial deberán

ter unha formación básica acorde coas tarefas que deberán realizar. As tarefas desempeñadas polos membros do equipo distintos ao ATS ou médico, serán sempre coidados básicos que non precisan de amplos coñecementos sanitarios, non realizando baixo ningún pretexto aqueles que excedan os seus coñecementos e/ou competencias. Para os casos que excedan as competencias deste persoal, ou para situacións de emerxencia, terase sempre a man un teléfono de contacto do sanitario do equipo ou dos servizos sanitarios médicos (SAMU) para, en caso de necesidade, resolver algunha dúbida ou demandar a súa presenza para resolver cuestións concretas que requiren da súa asistencia.

O coidado require dalgúns accesorios (probablemente algúns deles se poidan conseguir a través da Seguridade Social, consultar co médico de cabeceira). Estes son:

- Guantes dun só uso.
- Contedor de residuos infecciosos.
- Termómetro.
- Penico / cuña.
- Alfombriñas absorbentes.
- Panos de papel / papel de cociña.
- Desinfectante.
- Suficientes sabas e toallas.
- Lavadora.
- Cueiros dun só uso (para adulto).
- Cadeira de rodas (se fose posible conseguila).
- Andadeiras (se fose posible conseguilas).

É moi importante que a persoa que está sendo coidada, no noso caso o drogodependente, perciba certo control e responsabilidade sobre a súa situación para non sentirse incapacitado ou manipulado. O obxectivo é pór á súa disposición unha serie de coidados aos que poida ter acceso ben por propia iniciativa ou motivado polos membros do equipo. En calquera caso, haberá uns coidados básicos que deberán ser obrigatorios, como por exemplo o aseo persoal. En caso de invalidez da persoa, é conveniente que o coidador lle comente o que lle vai facer e consulte con ela cal é o momento máis apropiado para facelo. Isto, ademais de proporcionar certo grao de autonomía e

decisión ao usuario, favorecerá a comunicación entre os membros do equipo e este, e facilitará que exprese as súas necesidades, que poderán ou non ser cubertas polo equipo, pero ás cales se lles intentará dar resposta derivando a onde corresponda.

2.1. A HIXIENE DO USUARIO COMO PARTE DOS COIDADOS.

O baño

É importante procurarles aos usuarios as medidas de aseo necesarias para unha adecuada hixiene persoal. Para aqueles que mostran pereza ou certa reticencia cara ao aseo persoal como consecuencia dunha falta de hábito, deberanse establecer uns criterios mínimos que deberán cumprir. A importancia desta medida radica en que unha boa hixiene prevén de infeccións oportunistas ao propio usuario, e mellora as condicións de salubridade nas que o equipo coidador desempeña o seu labor.

Hai que informar o usuario que no aseo diario non é necesario que utilice xabón con demasiada frecuencia porque deteriora a pel. En caso de que sexa necesario lavarse con xabón varias veces ao día, hai que procurarlle un que sexa suave. En caso de ter a pel irritada, é mellor non utilizar ningún tipo de xabón, só auga. O máis importante é o aclarado, posto que ao aclarar é cando se eliminan os xermes patóxenos e a sucidade. Tamén é importante non compartir as toallas, manoplas e esponxas, non por risco de infección por VIH, senón por outras infeccións.

A hixiene bucal

A poboación drogodependente tende a padecer moitos problemas bucais como consecuencia do consumo de substancias (heroína e cocaína), de fármacos (metadona) e dunha deficiente alimentación. Por todo isto, é recomendable establecer a hixiene bucal como un hábito diario. Con este propósito, débeseles facilitar aos usuarios o material indicado para isto e motivalos para a súa utilización diaria. Ademais, podemos explicarlles que:

- A metadona non afecta máis os teus dentes que a heroína, e non é peor que comer doces. A pesar disto, é importante que sigas certas indicacións de hixiene bucodental se estás nun programa de mantemento con metadona e como hábito de hixiene persoal.

- A metadona diminúe a produción de saliva, que é unha das defensas naturais para loitar contra a placa dental, ademais, acostuma levar glicosa para facer máis agradable o seu sabor, o cal pode incrementar a placa e provocar caries (se es diabético coméntallo ao teu médico da UAD). Para evitar estes efectos é aconsellable enxaugar a boca con auga despois de tomar a metadona e lavar os dentes inmediatamente despois. Se a tomas na UAD e non estas cerca da casa para poder cepillar os dentes, intenta mastigar chicle sen azucre, iso reducirá a placa e aumentará a produción de saliva.
- E ensinarlles a realizar un cepillado adecuado:
 - Lava os dentes polo menos dúas veces ao día.
 - Cepíllate de maneira que limpes todas as superficies dos dentes e as moas, tanto pola parte interior como pola exterior.
 - Enxauga a boca varias veces e cuspe a auga.
 - Non compartas con ninguén o teu cepillo de dentes.
 - Non interrompas o coidado bucal en caso de dor. En caso contrario, os problemas só se agravarían.
 - Pide consello se observas cambios na túa boca.

2.2. A HIXIENE E A PROTECCIÓN DO COIDADOR.

Cando o noso traballo implica a atención á saúde das persoas, unha das cuestións que debemos ter en consideración é a posible existencia de risco de infección dalgunha enfermidade. Por este motivo, é recomendable cumprir certas medidas de hixiene, tanto para evitar a posibilidade de que o usuario nos infecte como a de infectalo nós a el.

Dadas as condutas de risco que manifesta unha elevada porcentaxe de usuarios de drogas en relación co consumo e a sexualidade, é previsible supor que pode haber risco de infección, principalmente daquelas enfermidades de maior prevalencia nesta poboación. Así mesmo, tamén é de supor que o sistema inmunitario destas persoas pode estar debilitado por estas mesmas enfermidades, podendo empeorar o seu pronóstico ante unha infección oportunista, causada por negligencias ou insuficiencias en cuestións de hixiene durante a atención que se lles presta.

Polo tanto, a hixiene vai ser moi importante no trato con estas persoas para a prevención da transmisión de enfermidades infecciosas.

Consellos de hixiene e protección para o coidado dos usuarios.

- Lava as mans despois de ir ao baño, e antes e despois de coidar un usuario e ir atender outro.
- Aplica unha loción (calquera crema hidratante) despois de lavar as mans para que se rexenere a película natural de graxa e para evitar que se reseque a pel e se formen fisuras, posto que os xermes infecciosos, e polo tanto tamén o VIH, penetran con maior facilidade na pel cando se encontra nestas condicións.
- Cubre sempre as lesións da pel con esparadrapos impermeables. Se isto non é posible porque impide, por exemplo, a curación (en caso de eccema e afeccións similares), pon guantes de plástico dun só uso.
- Estar embarazada non supón ningún problema. Non tes máis probabilidades que outras persoas de ser infectada polo VIH.
- Sería conveniente interromper o teu labor durante algún tempo se tes a gripe ou un arrefriado, toses e espirras moito. Pode haber algún usuario cuxo sistema inmunitario estea moi afectado e unha gripe podería debilitalo aínda máis.

¿Cando existe risco de infección por VIH ou outras enfermidades infecciosas?

O maior risco de transmisión do virus adoita realizarse estando en contacto co sangue, co esperma e coas secrecións vaxinais.

Aínda que se detectou a presenza do VIH na urina, as feces, os vómitos, a saliva e a suor, as cantidades detectadas son tan insignificantes que non son suficientes para que estes líquidos corporais resulten infecciosos.

É posible que as feces, a urina ou os vómitos conteñan sangue. En tal caso, aínda que non sexa en cantidade apreciable a simple vista, existe perigo de infección polo VIH, hepatite ou outras enfermidades.

A seguir presentamos unha táboa das precaucións que hai que tomar en función da enfermidade que presenta o usuario.

Táboa 1. Precaucións de control da infección específica de enfermidade para as infeccións que se observan habitualmente en drogodependente con SIDA (Pratt, R.J., 1987).

Infección	Cuarto individual	Guantes de plástico	Máscara	Material Infeccioso
SIDA	Só se a infección oportunista o require	Si	Non	Sangue e líquidos corporais
Seropositividade	Non	Si	Non	Sangue e líquidos corporais
Candidiase	Non	Si, para o coidado da boca	Non	Secrecións orais
Varicela	Si	Si	Si	Secrecións respiratorias e das lesións
Citomegalovirus	Non	Non	Non, só se hai tose excesiva	Urina e secrecións respiratorias
Diarrea	Si, se a hixiene do paciente é deficiente ou por conveniencia	Si	Non	Feces
Hepatite vírica	Si, se a hixiene do paciente é deficiente ou se é positivo para o antixeno HBe	Si	Non	Hepatite A: feces Hepatite B: sangue e líquidos corporais Hepatite non-A non-B: sangue e líquidos corporais
Infección por virus do herpes simple	Si	Si	Non	Secrecións das lesións nos puntos de infección
Herpes zóster	Si	Si	Si	Secrecións das lesións e posiblemente secrecións respiratorias
Tuberculose pulmonar	Si	Non	Si	Gotiñas arrastradas polo aire
Pneumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	Si	Non	Só se hai tose excesiva	Secrecións respiratorias
Toxoplasmose	Non	Non	Non	

Se se respectan as medidas de hixiene, a posibilidade de infectarse por VIH ou outras enfermidades é moi pequena. Para iso, os coidadores deberán realizar as tarefas de atención a estas persoas sen presión e co tempo necesario para poder desempeñar o seu labor respectando as normas de hixiene convenientes a cada actividade.

Por outro lado, os profesionais ou coidadores que manifestan condutas de rexeitamento ou medo cara a estas persoas, sería conveniente que non estivesen encargadas do seu coidado, xa que realizar este labor de forma forzada repercute negativamente na calidade da atención, ademais de que a persoa coidada pode chegar a notar estas manifestacións e sentirse molesta ou establecer un conflito co coidador.

¿Cando utilizar guantes?

Os guantes utilízanse:

- 1 Cando existe algunha posibilidade de entrar en contacto con sangue, esperma ou secrecións vaxinais (risco de infección por VIH).
- 2 Cando existe algunha posibilidade de entrar en contacto directo con feces, urina ou vómitos. Isto é necesario non porque exista perigo de infección por VIH, senón como norma xeral de hixiene para previr a infección con outros microbios.

Non é necesario levar mandil nin máscara para as actividades cotiás, así como convén saber que o VIH non se transmite a través da tose ou o espirro.

Consellos para a atención de usuarios con incontinencia ou diarrea.

En caso de que algún usuario padeza de incontinencia ou diarrea e non sexa motivo de ingreso hospitalario ou ben fose dado de altas condicións, e acceda ao Subprograma de apoio residencial, hai que colocar na súa cama unha alfombriña absorbente de celulosa á altura da cintura e unha saba entremetida (colocada ao ancho da cama). Así, en caso de que se ensucie, haberá que cambiar unicamente a alfombriña e a saba entremetida. ou ben, propoñerlle ao usuario o uso de cueiros dun só uso. En caso de que estea moi débil e haxa que cambiar os cueiros dun só uso, recorda os seguintes consellos:

- Utiliza guantes.
- Accesorios necesarios: dúas almofías de auga temperada, alfombriñas, polo menos catro manoplas, toallas e un cueiro limpo.

- Coloca unha alfombriña debaixo da persoa, abre o cueiro e xira á persoa cara a un lado cos xeonllos levantados.
- Molla a manopla na auga e quita as feces das coxas; aclara a manopla na outra almofía.
- Repíteo varias veces, ata que as coxas queden practicamente limpas. En caso de necesidade, utiliza varias manoplas.
- Quita o cueiro sucio e termina de limpar todo. Seca ben.
- Pon o cueiro limpo e quita a alfombriña.

Limpeza e desinfección.

Os obxectos, mobles, pisos, etc., só se deben desinfectar se existe risco de infección por VIH; é dicir, só en caso de que se ensuciasen con sangue, esperma ou secrecións vaxinais.

A limpeza ou desinfección débese realizar sempre con guantes, preferiblemente dun só uso, e realizarase da seguinte forma:

- 1 Limpas a superficie cuns panos de papel. Tras a limpeza, estes panos converteranse en material potencialmente contaxioso, polo que haberá que tiralos ao contedor de residuos infecciosos.
- 2 Limpas a superficie primeiro con auga e un deterxente común, e acláraa ben.
- 3 Aplica o desinfectante sobre toda a superficie contaminada. Non toques a superficie ata que o desinfectante non seque por completo.
- 4 Os guantes desbotables non se deben lavar nin desinfectar xa que son dun só uso. Tíraos ao contedor de residuos infecciosos. Lava despois as mans.

Os seguintes produtos poden servir como desinfectantes:

- Solución de lixivia: é suficiente usar lixivia común (1 vaso de lixivia por cada nove vasos de auga). Pero hai que ter coidado xa que:
 - As solucións cunha concentración de un a nove poden irritar as vías respiratorias.
 - Non combinar xamais a lixivia con outros deterxentes. Pódense producir vapores perigosos.
 - Non utilizar a lixivia para lavar a pel (e, sobre todo, non utilízala para lavar as feridas).
 - Gardar a lixivia nun lugar escuro para a súa mellor conservación.

- Alcohol: primeiro límpase con auga e papel, o alcohol perde os seus efectos cando entra en contacto con substancias orgánicas, tales como sangue ou feces.

2.3. DESCUIDOS E ACCIDENTES.

Se algún membro do equipo sofre unha exposición parenteral (p.e. unha picada cunha agulla ou un corte), dunha ferida, ou mucosa (p.e. unha salpicadura nos ollos ou na boca) o sangue ou outro líquido corporal, debe seguir estreitamente as seguintes instrucións:

- 1 Exposición parenteral:** a ferida débese facer sangrar mediante oclusión venosa local. A continuación lavarase durante cinco minutos con auga corrente e iodopovidona. Pono en coñecemento do coordinador ou sanitario do equipo. Inmediatamente despois, ponte en contacto canto antes (o mesmo día) cun servizo médico (médico de cabeceira, urxencias), é conveniente para evitar a hepatitis B. En caso necesario, administraráselle a profilaxe que impide o desenvolvemento da hepatitis B e será informado acerca das probabilidades dunha infección por VIH e da conveniencia de facer a proba do VIH ou outras. A profilaxe da hepatitis B deberá ser administrada nun prazo de 48 horas. ¡Non o esquezas!
- 2 Exposición das mucosas:**
 - A Se a túa pel entra en contacto con sangue, esperma ou secrecións vaxinais, fíxate en se está intacta, é dicir, sen feridas, fisuras ou cortes que sexan unha vía de entrada do virus. Se a túa pel está intacta, debes limpala minuciosamente con xabón e moita auga. Despois aclara ben para diluír e eliminar os posibles restos infecciosos.
 - B Se as mucosas (nariz, boca, etc.) ou algunha lesión na pel entran en contacto con sangue, esperma ou secrecións vaxinais, aclara con moita auga.
- 3 O accidente débesele comunicar inmediatamente ao coordinador;** así mesmo, redactarase un informe describindo detalladamente o accidente.
- 4 O traballador debe ser visitado nun centro médico** para o seu asesoramento sobre a conveniencia de realizar unha proba de detección do VIH.
- 5 O traballador debe ser examinado cada seis meses durante o ano seguinte ao accidente.** Isto servirá para tranquilizalo.

2.4. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES.

Determinación de necesidades.

- **Abscesos:** é unha infección que queda encerrada nunha especie de “ovo ou vulto” por unha reacción fibrosa e inflamatoria.
- **Celulite:** é unha infección que se encontra de maneira difusa baixo a pel. É importante que sexa tratada, posto que pode afectar músculos, nervios ou vasos sanguíneos próximos.
- **Flebite:** é unha infección na propia vea. Provoca un endurecemento da vea (ás veces, cando intenta o usuario inxectarse nela, refire que é como se a agulla saíse “rebotada”), quedando inutilizable durante un tempo. Podendo ocasionar problemas circulatorios en zonas próximas e dependendo a súa recuperación do coidado que se lle preste e sobre todo evitando inxectarse nesa mesma zona ou próximas.
- **Dores musculares:** este é un estado subxectivo, polo que o seu rexistro só se efectuará unha vez ao día na quenda de noite, facendo preguntas directas ao usuario. A localización máis común preséntase na zona lumbar e nas extremidades inferiores.

No caso da metadona, as molestias aparecen cara ao oitavo día coincidindo coa diminución das doses de medicación.

- **Inquietude:** é un estado subxectivo pero obxectivo porque o usuario presenta:
 - hiperactividade psicomotora
 - verborrea ou mutismo
 - demanda de atención continuada que pode ser directa ou indirectamente
 - somatizacións
 - irritabilidade
- **Alteracións do sono:** as alteracións do sono máis frecuentes no drogodependente son:
 - Dificultade de conciliación.
 - Interrupcións nocturnas.
 - Espertar precoz.
 - Pesadelos.

- **Somnolencia diúrna:** o usuario refire que dorme en calquera momento, que ten unha grande apatía para realizar actividades, cústalle dominar o impulso de durmir, pero tamén explica que sofre de insomnio de conciliación.

Débeselle explicar a razón do seu estado físico ao paciente, para que comprenda que é unha molestia pasaxeira e non se angustie pensando que é un pródromo da abstinencia.

- **Desexo de droga (craving):** o desexo ou ansia de consumir droga rexístrase unha vez ao día no apoio residencial, para coñecer se existiu desexo de consumo durante o día. Este craving pode ser consecuencia de molestias físicas estase sufrindo unha gran síndrome de abstinencia.

Unha das razóns que fomentan o consumo unha vez instaurada a dependencia física, é o medo a sufrir molestias. Outro dos factores que inflúen no desexo de droga é unha predisposición psicolóxica do usuario, é dicir, a existencia dunha dependencia psíquica.

- **Abatemento:** este síntoma moitas veces confúndeno con depresión. En realidade é unha apatía e desinterese por calquera actividade, cústalles concentrarse nunha conversa ou en ler o xornal. Este estado levaos a buscar a soidade ou xéralle un estado de irritación e malestar.

Ás veces, simplemente con escoitar os seus problemas conséguese que o seu estado de ánimo mellore e as súas perspectivas cambien, aínda que hai pacientes que precisan de medicación asociada para evitar cadros importantes de abatemento.

- **Cefalea ou atordamento mental:** é difícil valorar a intensidade da dor, posto que o drogodependente ten alterado o limiar doloroso e non sabe soportar molestias que outro paciente nin mencionaría.
- **Calafríos e piloerección:** o drogodependente atribúe rapidamente os calafríos a un estado prodrómico dunha crise de abstinencia, non llo atribúe a outras posibles causas, como diferenzas de temperatura. Non debemos esquecer que o drogodependente non está afeito a sufrir frío na etapa de consumo e que despois, durante a abstinencia, presenta unha hipersensibilidade ao frío, necesitando sempre máis abrigo que outra persoa.
- **Suores:** o drogodependente pode sufrir de grandes episodios de suores e a súa aparición será en función do grao de absti-

nencia, aínda que o máis frecuente son os episodios de suores nocturnas. Sempre debemos aproveitar estas ocasións para fomentar a hixiene diaria e o cambio regular de roupa.

- **Anorexia:** hai unha alteración na percepción da sensación de fame, un drogodependente en fase de consumo ten alterados todos os hábitos alimenticios, tanto en calidade como en cantidade e horarios.
- **Náuseas e vómitos:** aparecen de forma esporádica, só no caso de cadros graves de abstinencia ou por alteracións do aparello dixestivo non relacionados coa abstinencia. Sempre se debe descartar algún proceso dixestivo que puidese pasar desapercibido ou estivese enmascarado por e durante o consumo.
- **Diarrea:** aparece en cadros graves de abstinencia. No caso de aparición de episodios diarreicos débese realizar un cambio de dieta, sometendo o paciente a unha dieta astrinxente, que normalice a situación, para así evitar unha perda de líquidos. Ademais deberase descartar calquera infección no aparello dixestivo que poida ser a causante do cadro diarreico.
- **Estrinximento:** é común en todos os drogodependentes. Se se usa a metadona é difícil regular o ritmo deposicional.
- **Seqüidade de boca:** facilitaránselle os líquidos necesarios que, ademais, favorecen o reequilibrio hídrico posto que o drogodependente acostuma presentar unha deshidratación máis ou menos importante.
- **Vertixes e/ou z Unidos nos oídos.**
- **Mareo e marcha inestable.**
- **Alteracións da visión:** todos os opiáceos producen alteracións da visión, sobre todo polo seu gran poder miótico.

Ao iniciar o tratamento de metadona, os efectos mióticos persisten aínda que en menor grao, xa que a metadona é un derivado sintético da morfina. En función da gravidade do cadro, deberase descartar a presenza de patoloxía orgánica asociada.

Síntomas sobre os que se debe informar.

- Febre.
- Cansazo extremo.
- Debilidade ou mareo acompañado de náuseas ou vómitos.

- Sangue ou como pousos de café no vómito.
- Diarrea ou vómitos frecuentes.
- Diarrea intensa ou con sangue.
- Perda de peso.
- Tose, dificultade para respirar ou sensación de afogo importantes.
- Insomnio.
- Problemas de visión.
- Abscesos.
- Erupcións cutáneas.
- Suores nocturnas abundantes.
- Vultos nas inguas, pescozo ou axilas.
- Úlceras ou feridas na boca ou pescozo, que produzan dor ao comer.
- Infeccións vaxinais con aspecto de pasta abrancazada e proído frecuente.
- Placas brancas na boca e lingua.
- Dor, úlceras ou vesículas nos labios e na boca.
- Dor importante no tórax e dificultade para tragar.
- Ganas de ouriñar frecuentes ou dor ao ouriñar.
- Dificultade para ouriñar ou defecar.
- Coxeira ou dificultade para mover brazos ou pernas.
- Sensación de comechón, formigo ou entumecemento nas mans ou pés.
- Dificultade de concentración ou lentitude de pensamento.
- Signos de ansiedade ou depresión.
- Choro frecuente.
- Pensamentos ou verbalizacións referidas a suicidio.
- Conduta violenta ou ameazante.
- Delirios.

Síntomas que indican unha emerxencia.

Estes síntomas poden indicar unha sobredose ou unha reacción alérxica. En tal caso, hai que chamar a un servizo de urxencias (SAMU) inmediatamente.

- Vertixe severa ou frecuente.
- Hemorraxias.
- Incapacidade para levantarse.
- Dificultade respiratoria.
- Inchazón da cara.
- Confusión mental ou perda de coñecemento.
- Alucinacións.
- Intento de suicidio.
- Intoxicación.
- Sobredose.

2.5. CONSELLOS PRÁCTICOS PARA O COIDADADO.

Precaucións estándar para o control da infección (Pratt, R.J., 1987).

Precaución	Procedemento	Fundamento
Cuarto individual	Utilízase para pacientes con diarrea importante, tose excesiva, algunhas infeccións oportunistas, enfermidades graves ou terminais, hemorraxia ou risco dela ou por razóns psicolóxicas ou sociais.	Para protexer o paciente inmunodeprimido das infeccións, e ao equipo e demais usuarios da infección polo VIH e os patóxenos oportunistas asociados.
Guantes de plástico	Empréganse ao proporcionar coidados directos ao paciente ou en labores de limpeza.	Para protexer o paciente inmunodeprimido das infeccións, e o equipo e demais usuarios da infección polo VIH e os patóxenos oportunistas asociados.
Máscaras e protectores oculares.	Só se utilizan se o paciente tose excesivamente. Son especialmente pertinentes en casos de pacientes con tuberculose pulmonar.	Para protexer o equipo da infección por M. tuberculosis.
Lavado de mans	Hai que lavar as mans antes e despois de proporcionar calquera coidado ao paciente. Se se utilizan guantes, tamén hai que lavar coidadosamente as mans antes de polos e despois de quitalos. O produto de elección é a iodo povidona ao 7,5% nunha base deterxente non iónica.	Para protexer o paciente inmunodeprimido de infeccións e o equipo da infección por VIH e os patóxenos oportunistas asociados. Para previr a transmisión de patóxenos potenciais a outros pacientes.

Precaución	Procedemento	Fundamento
Agullas, inxeccións e outros obxectos punzantes ou cortantes	As inxeccións só deben aplicalas ATS diplomados. As agullas non se deben romper nin volver colocar no capuchón despois do seu uso; deben desbotarse inmediatamente nun recipiente de plástico ríxido, imperforable e impermeable.	Requírese un coidado moi meticuloso ao manexar obxectos punzantes para evitar as picadas por agulla coa conseguinte posibilidade de adquisición da infección por VIH ou outras enfermidades. As agullas non se deben romper nin dobrar para evitar a formación de aerosois microscópicos de material infectado.
Roupa de cama	Dobre embolsado. Péchase de forma segura e mándase á lavandaría. Débense usar guantes ao facer as camas e manipular roupa contaminada.	Para previr a contaminación do persoal cando transporta a roupa de cama á lavandaría.
Vaixela e cubertos	Pódense utilizar a vaixela e os cubertos ordinarios. Se o paciente presenta unha infección entérica ou bucal ou tuberculose pulmonar, os pratos e cubertos deben ser de uso exclusivo e pódense gardar no seu cuarto para que non sexan utilizados accidentalmente por outra persoa.	Para evitar o risco de patóxenos oportunistas a outros usuarios.

Diarrea.

Para aqueles usuarios que presenten diarrea persistente intentárase, se é posible, proporcionarlles algún tipo de alimento aconsellable para a súa melloría. Pódese recorrer a algún tipo de papa feita a base de arroz e cenoria, por exemplo. Así mesmo, será conveniente suprimir o leite e os seus derivados, os alimentos ricos en graxas e aqueles que teñan moita fibra.

Ao perder grandes cantidades de líquido e sales, débense compensar estas perdas mediante a inxestión de gran cantidade de líqui-

dos (2-3 litros/día). Pódese facer con auga, té moi diluído, ou caldo de verduras. Un bo restaurador de líquidos e sales sería a bebida do seguinte preparado: nun litro de auga espremer o zume dun limón, engadir unha culler de azucre, unha culler pequena de bicarbonato e unha puntilla de sal. Os líquidos non deben estar nin moi fríos nin moi quentes nin deben ser gasificados.

Estrinximento.

En caso de que algún usuario manifeste estrinximento, intentárase proporcionarlle alimentos con gran cantidade de fibra como legumes, verduras e froitas, froitos secos, ameixas pasas, pasta ou pan integral. Tamén é recomendable beber gran cantidade de líquido.

Náuseas.

Existen poucas recomendacións para as náuseas. Dado que estas impiden que a persoa trague sen problema, é preferible facer comidas en pequenas cantidades pero de maneira frecuente, en lugar de comidas abundantes e pesadas. Ademais, recoméndase evitar aquelas que poidan xerar maior sensación de náuseas, como as comidas pastosas ou graxentas.

Problemas na boca.

As molestias na boca como consecuencia de infeccións ou problemas bucodentais poden facer que a persoa perda o apetito. Pódeselle recomendar que siga algúns consellos:

- Evitar alimentos de consistencia dura (pan seco, galletas, froitos secos, etc.).
- Evitar os alimentos salgados, especiados ou ácidos (vinagre, sal, pementa, etc.).
- Procurar facer comidas de pouca cantidade pero frecuentes ao longo do día, e de alimentos de consistencia suave (flan, iogures, cremas, etc.).

Febre.

A febre pode provocar deshidratación, polo que se deberá aumentar o consumo de líquidos, especialmente rexeneradores. Tamén se recomentan alimentos enerxéticos como a pasta, as patacas, o arroz, os legumes, a carne, o peixe ou os ovos.

Tomar a temperatura.

A temperatura normal do corpo oscila entre 36,5°C e 37,5°C. se a temperatura supera os 38°C, o usuario ten febre.

Para tomar a temperatura, sacude sempre o termómetro antes de tomar a temperatura. Non o limpes xamais con auga quente, xa que pode romper o cristal e saír o mercurio, que é unha substancia venenosa.

Os termómetros dixitais non presentan este problema. Se aplicas un pouco de vaselina, o termómetro esvarará con maior facilidade. É conveniente que a temperatura se tome na boca ou na axila.

Toma de temperatura por vía axilar:

- 1 Seca a axila cunha toalla.
- 2 Coloca a punta do termómetro na axila.
- 3 Coloca, se é posible, a man do brazo onde está o termómetro sobre o outro ombro.
- 4 Sostén a punta do cóbado e apértaa contra o corpo.
- 5 Comproba a temperatura despois de dez minutos.
- 6 A temperatura media por vía axilar é 0,5°C máis baixa que a medida por vía oral.

Despois de usar o termómetro cun usuario, límpao cun pano de papel e desinfectao mergullándoo durante cinco minutos en alcohol. Ten coidado, o alcohol é inflamable. Despois tira o alcohol no aseo. Non utilices lixivia, porque o termómetro se oxidará.

Artigos de aseo.

Hai que evitar que os usuarios compartan as máquinas de afeitar, as máquinas de afeitar eléctricas, os cepillos de dentes, os palillos ou a seda dental con outras persoas. Pode que estean manchados de san-

que e, en tal caso, poderían transmitirilles o VIH ou outras enfermidades. Despois de usados, asegúrate de que os tiran ao contedor de residuos infecciosos.

Tampóns.

Os tampóns, salva-slips, compresas, etc., que utilizase algunha usuaria, entraron en contacto con sangue. Ante a posibilidade de risco de infección, introduce estes obxectos no contedor de residuos infecciosos.

Agullas e xiringas.

En caso de encontrar algunha agulla ou xiringa no chan, ou de ser utilizada polos servizos de asistencia médica, cando a recollas non introduzas nunca as agullas na funda de plástico, porque a maioría das picadas suceden cando se realiza esa manobra, co que se podería producir a transmisión da infección polo VIH. Cóllea con guantes desbotables ou unas pinzas e tíraa ao contedor de residuos infecciosos. Despois lava as mans.

Esparadrapos e apósitos.

Despois de utilizado este material, introdúceo no contedor de residuos infecciosos.

A roupa sucia.

A roupa sucia que non estea manchada visiblemente con produtos corporais pódese lavar normalmente.

En caso de que a roupa estea manchada visiblemente con fluídos corporais:

- Lava a roupa branca (excluíndo os materiais sintéticos e a la) á maior temperatura posible (como mínimo a 80°C). Desta forma non terás que separar a roupa potencialmente infectada da non infectada.
- A roupa que non resista as altas temperaturas pódese desinfectar primeiro nunha solución diluída de lixivia (1 a 25, un vaso de

lixivia concentrada por cada medio cubo de auga) e lavala posteriormente a baixa temperatura.

- A roupa de cor que non soporta as altas temperaturas nin lixivia pódese lavar na lavadora cun deterxente biolóxico e a baixa temperatura. Elixo o programa de lavado máis longo. Debido á frecuente dilación e ao efecto biolóxico do deterxente, non existe perigo de infección.
- Os panos utilizados no cuarto de baño ou no aseo débense lavar a unha temperatura mínima de 80 graos centígrados.

Hospitalización dun usuario.

É importante recordar que moitos dos usuarios que imos atender poden estar infectados por diversas enfermidades, e polo tanto ser potenciais transmisores delas ao resto de usuarios. Ademais, dado que o sistema inmunitario de moitos deles está afectado por estas enfermidades, é obvio que está menos capacitado para facer fronte a unha infección por outra enfermidade ou reinfección dela, facilitándose a replicación do virus e, como consecuencia, o empeoramento do estado de saúde e pronóstico da persoa infectada.

Polo tanto, deberanse ter en conta certas indicacións á hora de establecer actuacións que impliquen a presenza de varios usuarios nun espazo cerrado, como pode ser a pernoita nun albergue ou a súa inclusión nun programa de apoio residencial. En calquera dos seguintes casos recoméndase a súa hospitalización para unha atención máis especializada (Pratt, R.J., 1987):

- 1 Usuarios con infeccións oportunistas que en condicións normais requiren cuartos individuais (p.e. tuberculose pulmonar).
- 2 Usuarios que están sangrando, propensos á hemorraxia ou que presentan feridas abertas ou supurantes.
- 3 Usuarios moi incontinentes ou con diarrea importante.
- 4 Manifestacións neurolóxicas da infección por VIH (p.e. confusión) que dificulten a cooperación do usuario e o mantemento dun bo nivel de hixiene.
- 5 Usuarios con enfermidades que cursen con tose intensa e produtiva.
- 6 Usuarios graves que dependan en gran medida dos cuidados de enfermaría.
- 7 Usuarios en situación terminal.

En caso de que algún usuario precisase ser hospitalizado por calquera razón, chamarase ao servizo de urxencias ou ambulancias para o seu traslado e deixárase constancia no libro de incidencias do motivo de hospitalización. Sería conveniente:

- Procurar que alguén o acompañe ao centro médico ou hospital. O acompañamento facilita que o usuario acuda realmente ao centro, que a espera lle resulte máis agradable e evitar que se vaia por cansazo ou pensamentos do tipo “Como son drogodependente non me queren atender”, “Están pasando de min”; ou en caso de que a demora de atención sexa excesiva, que o acompañante se informe do motivo e relaxe o usuario, evitando que este entre en conflito co equipo do centro sanitario. Igualmente, o acompañante poderá tomar nota das prescricións médicas para recordarllas en caso de esquecemento ou mala interpretación ou axudalo a tomar decisións (se fíxese falta e o usuario o demandase).
- Realizar xunto co usuario unha lista cos asuntos que este poida ter pendentes de realización, así como das cousas básicas que vai necesitar e que se lle poidan facilitar (zapatillas de casa, bata, etc.).
- Asegurarse que ao usuario se lle vai proporcionar a atención e medicación adecuada para evitar que padeza unha síndrome de abstinencia.

3. O ACOMPAÑAMENTO NO PROCESO DE INTEGRACIÓN DO DROGODEPENDENTE

Entre o labor realizado cun usuario desde un programa de captación activa e intervención en medio aberto, e a intervención realizada posteriormente noutros recursos de atención (UAD, centros de saúde, servizos sociais, etc.), hai un momento crítico que determina a consecución de que as intervencións realizadas nestes últimos recursos sexan continuación directa do labor realizado nos programas de redución do dano: a derivación.

O labor realizado desde os programas de captación activa e intervención en medio aberto está orientado cara a aqueles drogodependentes que non poden superar a súa adicción e que foron desenvolvendo un funcionamento á marxe da rede asistencial e social normalizada. Este proceso de desestruturación persoal e social foi situando

estas persoas en condicións de exclusión social que van incidindo nunha progresiva deterioración física e psicolóxica da súa persoa. Por este motivo, ademais de proporcionar asistencia, as intervencións realizadas desde este tipo de programas pretenden motivar o drogodependente a acercarse cara á rede asistencial, e a demandar calquera tipo de atención psicosociosanitaria como mecanismo para a toma de contacto, e posible enganche, cara ao tratamento e á atención integral da súa problemática.

Pero para conseguir isto, é necesario facilitar o acceso destes usuarios de drogas á rede asistencial. É dicir, facilitar a consecución da derivación. Deste modo, o acompañamento ao drogodependente pode ser un mecanismo adecuado e complementario da derivación.

O **acompañamento** céntrase na persoa e non no consumo, permitindo adaptar o itinerario de integración ao ritmo dos procesos de cambio do propio usuario. Polo tanto, non todo momento é adecuado para intentar un acompañamento. Para que se produza un proceso de cambio que demande acompañamento, é preciso que se dean polo menos tres elementos por parte do usuario (Caballol; Morales; 2003):

- 1 Recoñecemento da necesidade de cambio.
- 2 Visualización da alternativa (aínda que logo esta se modifique ou desapareza).
- 3 Capacidades persoais e elementos de apoio para iniciar o proceso de cambio.

En relación co recoñecemento da necesidade de cambio por parte do usuario, Prochaska e DiClemente formularon en 1984 o **modelo transteórico do cambio**. Este expón que os cambios de conduta nas adicións seguen unha serie de etapas máis ou menos estandarizadas, tanto nos cambios espontáneos como naqueles que seguen un traballo terapéutico. Identificaron cinco estadios progresivos de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción e mantemento.

- **Precontemplación:** o individuo non pensa na necesidade do cambio, de feito, pode negar que exista o problema. As persoas nesta etapa poden estar desinformadas ou mal informadas, ou ben poden sentirse incapaces para o cambio, ou non queren nin pensalo debido a razóns diversas. Estas persoas frecuentemente son forzadas a recibir tratamento e, de feito, incluso cambian cando son presionados. Non obstante, é probable que

volvan á súa conduta antiga cando desaparece a presión. En xeral, compórtanse de forma defensiva respecto ao seu hábito presente e son moi resistentes ás presións externas para cambiar (Prochascka, DiClemente e Norcross; 1992).

- **Contemplación:** os suxeitos recoñecen que teñen un problema e consideran o cambio, frecuentemente valora os elementos a favor e en contra e pensan seriamente en intentar o cambio nos próximos seis meses. Os contempladores están moito máis abertos á información sobre os riscos e consecuencias asociados ao hábito, pero, moitas persoas poden permanecer nesta etapa durante moito tempo. Ademais de decidir que o cambio é deseable, deben ter un sentido de autoeficacia, é dicir, crer que son capaces de cambiar (Prochascka, DiClemente e Norcross; 1992).
- **Preparación:** nesta fase as persoas tomaron a decisión de cambiar e empézanse a dar pequenos pasos como a diminución da cantidade de consumo. Aínda que non empezaron a acción definitiva para abordar o problema sistematicamente, planean facelo no futuro próximo, normalmente no prazo dun mes (Prochascka, DiClemente e Norcross; 1992).
- **Acción:** refírese ao tempo e á enerxía dedicados a modificar a conduta e o contexto para abordar o problema. Nesta etapa os pasos cara ao cambio fanse evidentes (abstinencia). Este período pode oscilar entre un día e seis meses (Prochaska, DiClemente e Norcross; 1992).
- **Mantemento:** refírese á consolidación do novo hábito (abandono da conduta adictiva) aquí tamén se dan os esforzos para estabilizar o cambio e previr a recaída. Esta fase non ten unha duración concreta porque o mantemento implica un esforzo continuado para soste-lo cambio producido. Os pacientes que recaen durante esta etapa poden volver a calquera das etapas previas (Prochaska, DiClemente e Norcross; 1992).

Este modelo é menos lineal que cíclico xa que a norma é que se reinicie coa recaída (Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992). Diferentes estudos confirman que os individuos que obteñen os mellores resultados son aqueles que están na etapa de acción durante a intervención (Prochascka, DiClemente e Norcross, 1992; Prochaska, Norcross, Fowler, Follick e Abrams, 1992).

O acompañamento dun usuario por parte dun profesional actúa pois como un elemento central do proceso de cambio durante a “eta-

pa de acción”, que determina a intención do usuario de avanzar cara á súa integración dentro da rede asistencial normalizada.

Por outra parte, as características funcionais dos mesmos recursos, deseñados para atender a unha poboación moi heteroxénea, son outra fonte de conflito que contribúe a imposibilitar o acceso destas persoas aos programas ideados para eles. Para algúns integrantes deste colectivo, o simple feito de manter unha entrevista cun profesional, acudir a unha cita concertada ou, en maior medida, iniciar un proceso guiado no que debe existir un inicial compromiso pola súa parte, supoñen obstáculos insalvables que os fai retroceder para volverse involucrar no conflictivo mundo da exclusión, no que paradoxalmente se encontran máis seguros pois o coñecen mellor (Caballol; Morales; 2003).

En consecuencia, a través do acompañamento facilítaselle que o profesional poida traballar a motivación do usuario para incorporarse aos distintos recursos, guíalo na súa utilización e adaptación ás características funcionais deles, así como axudalo na superación dos posibles obstáculos que encontre desenvolvendo conxuntamente estratexias e habilidades para resolvelos. Polo tanto, o acompañamento é un proceso de integración social, guiado e flexible, que lle proporciona ao usuario un modelo adecuado de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco, M. C.; Taboada, J. A.: *Vivir e Convivir*. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela.
- Caballol, J.M.; Morales, M.: *El acompañamiento social de drogodependientes*. En: *Revista Adicciones*. Vol. 15, suplemento 1. 2003. Ed. Socidrogalcohol.
- García, G.; Gutiérrez, E.; Morante, L.: *Bola de Nieve*. Guía para la formación de usuarios/as de drogas como axentes de salud. Edita Grupo GID. Subvención Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Giner, F.; Sancho, A.; Castellano, M.; Pérez, L. e Mateu, M.J.: *Opiáceos, médicos y heroinómanos. Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y tratamientos psicobiológicos*. Generalitat Valenciana. Consellería de Benestar Social. Direcció General de Drogodependències. Valencia, 2001.

- Houts, P.; Markowicz, M.: Guía para el cuidado a domicilio del paciente con VIH e Sida. Colegio Americano de Médicos. Fundación Wellcome. España, 1999.
- Martín, C.: Guía de Counselling para Formadores. 2ª Edición. Escuela de Sida, Salud y Convivencia Fundación Anti-Sida España (FASE). Ed. Harmony. Madrid, 1997.
- Martín, D.; Costa, M.: Síndromes de abstinencia y efectos indeseables: Actuación de enfermería. Jornades d'infermeria sobre toxicomanies Hospital del Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.
- Miller, W.; Rollnick, S.: La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed. Paidós. Barcelona, 1999.
- Oller, E.: El papel de la enfermera en una unidad de toxicomanías. Jornades d'infermeria sobre toxicomanies Hospital del Mar. Barcelona, 1 i 2 de juny, 1987. Ajuntament de Barcelona.
- Pereiro, C.: Reduce os riscos, diminúe os danos. Edit. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. Plan de Galicia sobre Drogas.
- Pérez-Moreno, J.; Gómez, J.A.; Cousinou, M.; Trouillhet, I.; Romero, I.: Enfermedad hepática en la drogadicción parenteral y su asociación con la infección VIH-SIDA. Ponencia. VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario.
- Pratt, R.J.: Sida. Implicaciones en enfermería. Ed. DOYMA. Barcelona, 1987.
- Preston, A.: Manual de Metadona. Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad e Seguridad Social. Barcelona, junio de 2000.
- Sanchis, C.; Coene, D.: Vivir y convivir con VIH/Sida. Manual de Auto-cuidados. Institut Valencià d'estudis en Salut Pública. Valencia, 1996.
- Vergara de Campos, A.; Jiménez, M.J.; Selma, D.; Cruz, E.: Patologías asociadas a las drogodependencias. Ponencia. VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario.
- Zulaika, D.: Reducción de daños: lecciones aprendidas. Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Riesgos relacionados con las Drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2003.
- [Http://www.pmsida.gov.ar/](http://www.pmsida.gov.ar/)

BURNOUT E DROGODEPENDENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

Os profesionais que traballan en drogodependencias constitúen un dos colectivos de traballadores da saúde máis afectados polo estrés. Traballar cun colectivo como o drogodependente cunha importante deterioración psíquica, física e social, obriga os profesionais a abordar aspectos emocionais e vivenciais moi intensos (situacións de crise, sobredoses, patoloxías médicas e psiquiátricas, etc.), así como a tratar con pacientes difíciles (usuarios con patoloxía dual, condutas hostís e agresivas consecuencia do consumo, etc.), que con frecuencia o afectan, pondo a proba as súas capacidades profesionais e persoais, a súa paciencia, a súa tolerancia á frustración e, en ocasións, o seu rol profesional.

A diversidade de criterios dos distintos recursos ou profesionais que traballan na área de drogodependencias, repercuten negativamente: 1) no establecemento de obxectivos; 2) en definir as funcións de cada profesional; 3) na práctica asistencial; 4) na toma de decisións; e 5) na creación de bo ambiente de equipo que una esforzos na tarefa.

O estrés crónico consecuencia de estar continuamente baixo tales circunstancias pode chegar a ser emocional e fisicamente extenuante, podendo conducir á presenza de signos da síndrome de burnout.

O burnout considérase unha síndrome que tenden a desenvolver os profesionais cuxo labor é a atención a persoas. Este obsérvase a tres niveis ou dimensións:

- **Esgotamento emocional:** cansazo e/ou fatiga que se pode manifestar física e psicolóxicamente. É a sensación de non poder dar máis de si mesmo.
- **Despersonalización:** sentimentos, actitudes e respostas negativas, distantes, frías cara ás persoas obxecto do noso labor.
- **Baixo logro persoal:** xorde cando as tarefas que se lle piden ao traballador exceden as súas capacidades para atendela de forma competente. Supón respostas negativas cara a un mesmo e cara ao seu traballo. Cando isto sucede, obsérvase: sentimentos de fracaso persoal referido ao traballo, desilusión, insatisfacción, etc.

2. ETAPAS NO FENÓMENO DE BURNOUT

De Las Cuevas (2003), sinala a existencia de catro etapas na xéne-se e desenvolvemento da síndrome de burnout:

1. Entusiasmo.

Período inicial caracterizado pola existencia de altas esperanzas e expectativas, así como dunha alta enerxía. Nesta etapa, o traballo promete selo “todo”. O emprego chega a ser a única fonte de valores e satisfaccións (sentirse necesario, estimado, admirado, etc.). Os perigos desta etapa son unha identificación excesiva cos usuarios e un gasto excesivo e ineficaz de enerxía.

2. Estancamento.

O traballo xa non parece tan importante, e faise énfase na satisfacción das propias necesidades fóra do marco laboral.

3. Frustración.

Período no cal o profesional comeza a cuestionarse a súa propia valía e a do traballo en si mesmo. Os límites do traballo agora parecen ameazar os propósitos do que se está facendo. Xorden os problemas emocionais, físicos e condutuais.

4. Apatía.

O característico desta etapa é a actitude de “un traballo é só un traballo”, desenvolvendo un mínimo esforzo e dedicación de tempo insuficiente, evitando calquera tipo de desafío ou evitando os usuarios.

Síntomas do burnout.

Como observamos, é durante a etapa 3 (de frustración) onde comezan a facerse notables as alteracións físicas, do comportamento e emocionais. Segundo Cario (2005), estes síntomas pódense agrupar en:

- A Psicosomáticos:** fatiga crónica, frecuentes dores de cabeza, problemas de sono, úlceras e outras desordes gastrointestinais, perda de peso, dolores musculares (de costas e/ou pescozo), perda ou alteracións do ciclo menstrual nas mulleres, etc.

- B Condutuais:** absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), comportamentos que mostran tensión, superficialidade no contacto cos demais e aumento de condutas violentas.
- C Emocionais:** distanciamento afectivo como forma de protección, aburrimento e actitude cínica, impaciencia e irritabilidade, sentimento de omnipotencia, desorientación, dificultade de concentración, sentimentos depresivos, etc.
- D No ambiente laboral:** detrimento da capacidade de traballo, detrimento da calidade dos servizos que se lles prestan aos usuarios, aumento de interaccións hostís, comunicacións deficientes, etc.

3. FACTORES PROTECTORES E DE PREVENCIÓN DO BURNOUT

Unha dirección eficaz e responsable.

A organización, ou dirección do equipo, débese facer cargo dunha maneira eficaz e responsable das necesidades, non só derivadas directamente do programa, senón tamén demandadas polo equipo.

Deste modo, a dirección deberá adoptar medidas en relación coas seguintes áreas:

- **Seguridade do posto de traballo** (condicións contractuais, medidas de seguridade e hixiene e atención ás condicións e necesidades do desempeño do labor).
- **Prevenición** de: 1) situacións de conflictividade laboral; 2) situacións de desmotivación; e 3) absentismo.
- **Desempeño, coordinación e formación**, potenciando: 1) as relacións interpersoais de comunicación e coordinación entre os membros do equipo, orientadas a establecer un clima laboral agradable de apoio mutuo e ao logro de obxectivos; 2) a distribución racional do traballo baseada nos roles e funcións establecidos; 3) a satisfacción profesional e persoal a través do desempeño de funcións e consecución de obxectivos; 4) o recoñecemento de méritos e fomento da autonomía a través de relacións de confianza; 5) a formación e o desenvolvemento profesional; 6) a participación e a asunción de responsabilidades.

des; 7) posibilitar a rotación ou flexibilidade para diminuír a fatiga mental e emocional; 8) minimizar os imprevistos, organizando urxencias de forma que non interfiran no traballo planificado; e 9) reunións formais dentro do horario laboral que aborden as dificultades e necesidades xurdidas, sen que isto afecte o tempo persoal en ningún modo.

Investir recursos e tempo na capacitación e benestar dos profesionais é investir na mellora da saúde organizacional e, polo tanto, na consecución de obxectivos e calidade asistencial.

A dirección debe ser a encargada de promover, motivar e proporcionar aos profesionais do equipo as ferramentas e mecanismos necesarios para desenvolver adecuadamente a súa tarefa. Tamén debe facilitar a adaptación non "traumática" ás novas e continuas exixencias que implica traballar con poboación drogodependente, especialmente con aqueles que presentan perfís de exclusión social. Polo tanto, a dirección debe ser capaz de:

- Identificar as necesidades do equipo.
- Adaptar as expectativas do equipo (ou dalgún dos seus membros) ás posibilidades reais de consecución de determinados obxectivos ou ao ámbito de intervención no que se circunscribe o programa.
- Crear canles de comunicación adecuadas para a expresión destas necesidades e/ou iniciativas.
- Coidar o estilo de dirección, que debe ser baseado na confianza do equipo para poder transmitir con tranquilidade as súas preocupacións, síntomas de malestar, etc.
- Favorecer a busca e consecución de solucións.
- Fomentar a colaboración e non a competitividade (consecución de obxectivos comúns).
- Proporcionar, dentro da xornada laboral, formación continuada adecuada ás necesidades e demandas manifestas.
- Formar grupos de discusión e reflexión sobre os compoñentes emocionais do traballo, tanto das relacións cos usuarios como dentro do equipo.

A cohesión de grupo.

Os usuarios consumidores de drogas en activo que fan uso de calquera servizo asistencial, son persoas que con frecuencia presentan desinhibición comportamental debido ao consumo de substancias. Isto provoca, en ocasións, situacións de tensión e emerxencia nas que é imperativo que o equipo actúe coordinadamente: 1) pondo límites; 2) evitando unha escalada do ton e comportamento hostil cara a outro abertamente violento e agresivo; 3) facendo cumprir a normativa; ou 4) determinando a expulsión dun usuario ou o cerramento temporal do recurso.

Para lograr esta unificación de criterios e favorecer a coordinación e apoio dentro do equipo, é importante que a dirección facilite:

- 1 Poñer en común e adecuar as expectativas de todos os membros do equipo respecto ao programa.
- 2 Delimitar as funcións de cada membro do equipo.
- 3 Relacionar as funcións cos obxectivos.
- 4 Establecer e dar a coñecer as normas e a metodoloxía de traballo.
- 5 Establecer mecanismos de comunicación e coordinación entre os distintos membros do equipo.
- 6 Desenvolver dinámicas e supostos prácticos que favorezan a adquisición de estratexias de cohesión e coordinación do grupo ante diversas situacións (p.e. derivar a un compañeiro unha demanda do usuario que lle corresponde atender a el; como detectar situacións de estrés dun compañeiro para apoialo na súa tarefa; como afrontar situacións de conflito, etc.).

Obviamente, é incuestionable a conveniencia de traballar estes aspectos previamente á posta en marcha do recurso, e ir revisándoos e adaptándoos ás novas situacións que se vaian presentando ao longo do tempo.

Se o equipo se encontra cohesionado, ante calquera situación de diferenzas ou conflitividade cun usuario, a mensaxe que se lle ofrece é a mesma (ou na mesma liña) por parte de todos os membros do equipo. Desta maneira, a percepción de equipo cohesionado non só a percibe o propio equipo, senón tamén o usuario cuxo nivel de enfrontamento ou resistencia será menor ao comprobar que as mensaxes son claras e consensuadas. Isto evitará que se aproveite da diversidade de criterios e mensaxes para exceder os límites, as normas ou extralimi-

tarse no trato con algún membro do equipo. Ademais, a responsabilidade ou imposición destes límites e normas repártese entre todos os membros do equipo, conseguindo con isto que o usuario non focalice cunha determinada persoa como único responsable, co risco de que a súa relación con el se faga cada vez máis tensa.

En caso contrario, a diversidade de criterios de actuación por parte dalgún/os membro/s do equipo, pode xerar nalgúns usuarios sentimentos de incomprensión e agravio comparativo, que finalmente se poden volver en contra do equipo.

Por outro lado, os compañeiros de traballo teñen un papel vital na prevención do burnout:

- 1 No diagnóstico precoz: son os primeiros en darse conta, antes que o propio interesado.
- 2 Son unha importante fonte de apoio: son os que mellor nos comprenden, xa que pasan polo mesmo. Polo contrario, cando as relacións son malas, contribúen a unha rápida evolución do burnout.

4. FACTORES PRECIPITADORES DA SÍNDROME DE BURNOUT

As variables ou factores que interveñen na xénese, desenvolvemento e consolidación da síndrome de burnout, estrutúranse arredor de tres ámbitos de actuación:

A A propia tarefa.

- Exixencias irresolubles de tipo laboral: características da poboación receptora do servizo; condicións “extremas” en que se debe desenvolver o labor; e grao potencial de afectación emocional (*ver: Variables específicas que favorecen o desenvolvemento de burnout nos programas asistenciais para drogodependentes con perfil de exclusión social*).
- O exceso de traballo, falta de enerxía e/ou de recursos persoais para desempeñar o labor.
- A ambigüidade de rol (incerteza ou falta de información sobre aspectos relacionados co traballo: funcións, obxectivos, procedementos, etc.).

- O conflito de rol (incompatibilidade entre as tarefas e condutas que se desenvolven, coas que supostamente corresponden a ese rol).

B As relacións interpersoais (superiores, compañeiros, usuarios).

- As relacións tensas e/ou conflitivas cos usuarios.
- As relacións tensas e/ou conflitivas cos compañeiros.
- As relacións tensas e/ou conflitivas cos superiores.

C A dirección.

- A falta de organización, disposición de medios necesarios, etc.
- A falta de equidade exercida sobre os membros do equipo.
- A falta de participación na toma de decisións.
- A imposibilidade de poder progresar /ascender no traballo.

Variables específicas que favorecen o desenvolvemento de burnout nos programas asistenciais para drogodependentes con perfil de exclusión social.

Traballar cun colectivo como o drogodependente en programas asistenciais, obriga os profesionais a:

- Estar en contacto continuo cunha poboación que presenta unha importante deterioración psíquica, física e social.
- Abordar aspectos emocionais e vivenciais moi intensos (situacións de crise, sobredose, patoloxías médicas e psiquiátricas, etc.).
- Adecuar os servizos e horarios do programa ás características desta poboación (horarios non habituais).
- Desempeñar o seu labor nun ámbito desprovisto de protección como é a rúa, máxime cando os puntos de contacto se sitúan próximos a zonas de venda e consumo.
- Traballar con pacientes difíciles (usuarios con patoloxía dual, condutas hostís e agresivas consecuencia do consumo, etc).

¿Cando pedir axuda?

- Se non tes moi claras cales son as túas funcións.

- Se percibes que estás experimentando ansiedade ou depresión.
- Se experimentas impotencia ante certas situacións e/ou actitudes.
- Se te frustras ante a dificultade de alcanzar certos obxectivos, como por exemplo o cambio de condutas de risco relacionadas co consumo ou coa sexualidade.
- Se a comunicación con algún usuario se volveu desagradable ou dificultosa.
- Se estableces vínculos ou relacións inapropiadas cos usuarios (sentirse moi unido, ser colegas, etc.).
- Se te sentes atafegado polas responsabilidades laborais ou cres que tes falta de preparación para levar a cabo algunha das tarefas.
- Se experimentas monotonía e desinterese polo traballo.

O burnout pódese medir.

O burnout mídese a través do “Maslach Burnout Inventory” (MBI), cuestionario autoadministrado, constituído por 22 ítems en forma de afirmacións sobre os sentimentos e actitudes do traballador. Complémtase en 10-15 minutos e valora os tres síntomas principais: esgotamento emocional, despersonalización e baixa realización persoal.

Escala de MASLACH

Deberá responder fronte a cada unha destas afirmacións, en función da seguinte escala:

- 0 = nunca
- 1 = poucas veces ao ano ou menos
- 2 = unha vez ao mes ou menos
- 3 = unhas poucas veces ao mes ou menos
- 4 = unha vez á semana
- 5 = poucas veces á semana
- 6 = todos os días

	Aspecto avaliado	Resposta
01	Síntome emocionalmente esgotado polo meu traballo	
02	Síntome canso ao final da xornada de traballo	
03	Síntome fatigado cando me levanto pola mañá e teño que ir traballar	
04	Comprendo facilmente como se senten os pacientes / clientes	
05	Trato a algúns pacientes / clientes como se fosen obxectos impersoais	
06	Traballar todo o día con moita xente é un esforzo	
07	Trato moi eficazmente os problemas dos pacientes / clientes	
08	Síntome "queimado" polo meu traballo	
09	Creo que inflúo positivamente co meu traballo na vida das persoas	
10	Volvinme máis insensible coa xente desde que exerzo esta profesión / tarefa	
11	Preocúpame o feito de que este traballo me endureza emocionalmente	
12	Síntome moi activo	
13	Síntome frustrado no meu traballo	
14	Creo que estou traballando demasiado	
15	Realmente non me preocupa o que lles ocorre aos meus pacientes / clientes	
16	Traballar directamente con persoas prodúceme estrés	
17	Podo crear facilmente unha atmosfera relaxada cos meus pacientes / clientes	
18	Síntome estimulado despois de traballar cos meus pacientes / clientes	
19	Conseguín moitas cousas útiles na miña profesión / tarefa	
20	Síntome acabado	
21	No meu traballo trato os problemas emocionais con moita calma	
22	Sinto que os pacientes / clientes me culpan por algún dos seus problemas	

Sume as respostas dadas aos ítems que se sinalan:		
Aspecto avaliado	Respostas que hai que sumar	Valor total
Cansazo emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	
Realización persoal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	

Vexamos máis detalladamente os resultados de cada subescala:

- 1 **Subescala de esgotamento emocional:** valora a vivencia de estar exhausto emocionalmente polas demandas do traballo. Puntuación máxima 54.
- 2 **Subescala de despersonalización:** valora o grao en que cada un recoñece actitudes de frialdade e distanciamento. Puntuación máxima 30.
- 3 **Subescala de realización persoal:** avalía os sentimentos de autoeficacia e realización persoal no traballo. Puntuación máxima 48.
 - Considéranse que as puntuacións son baixas entre 1 e 33.
 - Puntuacións altas nos dous primeiros e baixa no terceiro definen a síndrome.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrutia, Arregi, I.; Beitia, L.; González, B.; Leza, N.; Sagasti, A.; Martínez, S.; Arcaute, A; Calvo, J.; Bacete, R.; Garzia, N.; Toresano, M.; Gallardo, M.: Aportaciones metodológicas a la cohesión de equipos sometidos a desgaste emocional. En: Trastornos Adictivos. Vol. 5 – Nº 2, 2003. Edicións DOYMA, S.L.
- De Las Cuevas, C.: Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. En: Trastornos Adictivos. Vol. 5. Nº 2. Abril – Junio, 2003. Edicións DOYMA, S.L.
- Isorna, M.: Burnout y clima laboral en profesionales del Plan Autonómico de Drogodependencias. Memoria de licenciatura. Universidade de Santiago de Compostela. Facultade de Psicología. Santiago de Compostela, 1998.
- Maroto, A.L.; Fernández, J.L.; Zaragoza, D.; Martincano, C.F.; García, O.: Manual de buena práctica para la atención a drogodependientes en los centros de emerxencia. Ed. Consello General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España. Financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Rubio, J.C.: Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en orientación de IES. 2004.
- <http://www.mujeresdeempresa.com/>

