

Protocols
per a l'atenció
primària
de salut

Protocol de detecció i seguiment dels consumidors de drogues

Assessorament lingüístic, disseny gràfic i compaginació

Xavier Burjons Alés, coordinador lingüístic
Regió Sanitària Girona, SCS

Protocol de detecció i seguiment dels consumidors de drogues

Grup de treball

M. Lluïsa Rubio Montañés, metgessa especialista en MFiC
ABS Girona 3, ICS

Francesc German Rebull, metge especialista en MFiC
ABS Roses, ICS

Carles Corominas Alunés, metge d'atenció primària
ABS Girona 3, ICS

Carme de Castro Vila, metgessa especialista en MFiC
ABS Arbúcies-Sant Hilari, ICS

Ramon Buscarons Cuesta, metge
CAS Fundació Teresa Ferrer

Joan Vilalta Franch, psiquiatre
Institut d'Assistència Sanitària

Pilar Martín Fierro, diplomada universitària d'infermeria
CAP Alt Empordà, ICS

Roser Sala Canela, diplomada universitària d'infermeria
ABS Roses, ICS

Roser Vall Darder, assistent social
ABS Girona 3, ICS

M. Àngels Sieira Ribot, metgessa especialista en MFiC
ABS Olot, ICS

Dolors Masó Casadellà, metgessa especialista en MFiC
ABS Olot, ICS

Coordinació i suport tècnic

Maria Teresa Faixedas Brunsoms, epidemiòloga del Pla de salut
Regió Sanitària Girona, SCS

Salvador Campassol Torra
Unitat de Planificació, Regió Sanitària Girona, SCS

Presentació

Aquest protocol ha estat elaborat pel grup de treball a partir de les directrius dels Criteris comuns mínims per a Catalunya amb aportacions dels membres del grup a partir de recerca bibliogràfica tant en suport paper com per Internet.

Un cop fet l'avantprojecte del protocol s'ha tramès, per revisar-lo i esmenar-lo, a una setantena de professionals de tots els àmbits de l'atenció primària i especialistes dels hospitals i centres d'atenció i seguiment de la Regió Sanitària Girona així com a l'Òrgan Tècnic de Drogodependències del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Volem agrair les propostes rebudes i les aportacions de Maria González (ABS Banyoles), Dolors Perpinyà (ABS Girona 3), Narcís Bagué (Centre Penitenciari de Figueres), Joan Cañellas (Fundació Teresa Ferrer), Pere Plaja (Hospital de Palamós) i Joan Prat (Hospital de Palamós).

Totes les seves aportacions han estat discutides pel grup de treball i s'hi han incorporat, en la mesura del possible, segons els criteris de pertinència, factibilitat i respecte al consens.

Índex

Elements essencials del Protocol

1. Introducció	9
1.1 Definició de droga	9
2. Cribratge del consum de substàncies que poden induir dependència	10
2.1 Població diana	10
2.2 Patrons de consum	10
2.3 Criteris diagnòstics	10
2.4 Intervenció	12
2.5 Anamnesi per sistemes i símptomes	14
2.6 Exploració física	14
2.7 Exploracions complementàries	15
2.8 Pautes de vacunació	15
3. Consells	16
4. Coordinació i derivació a altres recursos	17
4.1 Criteris de derivació	17
5. Criteris de control	18

Annexos

1. Patologia associada al consum de drogues per via parenteral	21
2. Substàncies que poden induir dependència	23
3. Model dels estats del canvi	32
4. El personal d'atenció primària i les demandes dels familiars	35
5. El personal d'atenció primària i les demandes dels usuaris de drogues	38
6. Recursos i serveis especialitzats	40

Bibliografia	44
---------------------	-----------

Elements essencials del protocol

1. Introducció

L'addicció a les drogues i les circumstàncies que l'envolten, malgrat que el consum i la dependència a les drogues no institucionalitzades afecten una proporció relativament baixa de la població, tenen greus conseqüències socials i sanitàries (pel que fa a morbiditat i qualitat de vida dels afectats). A més, el consum de drogues per via parenteral és encara la principal causa de malalties infeccioses com l'hepatitis i la sida i es troba associat sovint amb d'altres, com ara les MTS i la tuberculosi.

Les toxicomanies són malalties cròniques, recurrents i tractables que representen no només un problema individual, sinó un problema de salut comunitària; l'atenció primària de la salut (APS) ha demostrat ser eficient en l'educació per a la salut promovent hàbits i estils de vida saludables (prevenció de l'ús) i modificant les conductes de risc, quan es manifesta l'addicció.

L'APS ocupa un lloc estratègic que permet oferir a aquests pacients una atenció i unes prestacions que, per la seva proximitat i immediatesa, difícilment serien abordables des de qualsevol altre nivell assistencial. De fet, sovint, l'APS és el primer a contactar amb usuaris de drogues i amb un diagnòstic i actuació precoç es poden prevenir conseqüències més greus. El diagnòstic precoç pot fer-se explorant sistemàticament els hàbits tòxics i farmacològics en obrir la història clínica.

El paper de l'APS davant les drogodependències és aconseguir que els addictes a drogues arribin al procés de deshabituació en les millors condicions orgàniques, psicològiques i socials.

El Pla de salut de Catalunya, seguint les directrius de l'OMS, fixa els objectius i les línies d'intervenció per tal de:

- Disminuir la mortalitat.
- Disminuir la morbiditat i millorar la qualitat de vida.

I, com a conseqüència dels anteriors, vèncer la dependència de la substància psicoactiva.

1.1 Definició de droga

Droga és tota substància que introduïda en l'organisme, independentment de la seva via d'administració, produeix una sèrie de canvis no terapèutics en el sistema nerviós central de l'individu, que modifiquen les percepcions, els estats d'ànim, la cognició i la conducta. Entre aquestes, es fa referència a les substàncies de les quals s'està fent un ús no terapèutic i que són susceptibles de ser autoadministrades.

2. Cribatge del consum de substàncies que poden induir dependència

2.1 Població diana

Tota la població demandant d'ambdós sexes d'entre 12 i 40 anys.

Grups d'especial risc

- Dones gestants.
- Parelles i/o fills de consumidors/es de drogues.
- Adolescents i preadolescents.
- Persones que presenten patologia associada al consum de drogues: tuberculosi, hepatitis, infecció pel VIH, patologia psiquiàtrica, etc.

Prova de cribatge: anamnesi del consum

Es recomana que el cribatge es faci anualment en els grups de risc i cada dos anys en la resta de població diana, fins als 40 anys.

2.2 Patrons de consum

El tret més característic del patró de consum és el policonsum. S'han definit quatre models:

- Drogues de síntesi, al·lucinògens, amfetamines, *cannabis*, alcohol i cocaïna.
- Heroïna, altres opiacis i "crack".
- Tranquil·litzats i hipnòtics.
- Tabac, alcohol i *cannabis*.

És molt rellevant l'augment de consum de drogues de disseny entre el joves. El prototipus és:

- Un jove normalitzat que actua integradament en el seu entorn social.
- El consum se centra en espais i temps de lleure.
- La droga és l'eix de sociabilitat, ja sigui com a desinhibidor o com a estimulants.
- Hi ha poca consciència social dels riscos i certa tolerància dels adults.

2.3 Criteris diagnòstics

Existència de qualsevol consum de drogues en els darrers 90 dies. Si la relació amb la droga ha estat ocasional, no hi ha diagnòstic de drogo-dependència.

Criteris de diagnòstic de consum esporàdic

- Contacte ocasional amb la droga. No compleix els requisits mínims d'abús.

Criteris de diagnòstic d'abús

- Un model d'ús caracteritzat com a mínim per un dels símptomes següents:
 - Ús continuat, tot i que el subjecte sap que té un problema social, laboral, psicològic o físic, persistent o recurrent, provocat o estimulat per l'ús de la substància psicoactiva.
 - Ús recurrent de la substància en situacions en què aquest és físicament arriscat (per exemple conduint).
- Alguns símptomes de l'alteració han persistit durant un mes, com a mínim, o han aparegut repetidament per un període de temps perllongat.
- El quadre no va reunir mai els criteris per al diagnòstic de dependència de la substància psicoactiva.

Criteris de diagnòstic de dependència

Per fer el diagnòstic han de concórrer com a mínim, tres dels símptomes següents:

- Sovint l'ús de la substància es fa en una quantitat més gran o per un període més llarg del que es volia.
- Un desig persistent, o un o més esforços inútils per suprimir o controlar l'ús de la substància.
- Una gran part del temps s'empra en activitats necessàries per obtenir la substància (per exemple, el robatori), consumir-la (per exemple, fumant en cadena) o recuperar-se dels seus efectes.
- Intoxicació freqüent o símptomes d'abstinència quan el subjecte ha de realitzar les seves obligacions laborals, escolars o domèstiques (no va a la feina per la caparra, va a treballar o a l'escola col·locat, està sota els efectes de la intoxicació mentre té cura dels seus fills o quan l'ús de la substància és físicament arriscada —conduint).
- Reducció considerable o abandonament de les activitats socials o recreatives a causa de l'ús de la substància.
- Ús continuat de la substància malgrat que és conscient de tenir un problema social, psicològic o físic, persistent o recurrent, que està provocat o estimulat per l'ús de la substància (per exemple, continuar consumint-la malgrat les discussions familiars que provoca el consum; en el cas de la cocaïna, malgrat la depressió que provoca).
- Tolerància notable, necessitat d'augmentar considerablement les quantitats de substància per aconseguir l'efecte desitjat (o la desintoxicació) o una clara disminució dels efectes amb l'ús continuat de la mateixa quantitat de substància.

Els punts següents no es poden aplicar al *cannabis* ni els al·lucinògens:

- Síntomes d'abstinència característics (desenvolupament d'una síndrome específica per a cada substància psicoactiva), que apareix quan es suspèn o redueix la seva ingesta després d'un consum regular.
- Sovint es consumeix la substància per alleujar els símptomes d'abstinència.
- Alguns dels símptomes de l'alteració han persistit durant un mes com a mínim o han aparegut repetidament al llarg d'un període de temps perllongat.

criteris de gravetat de la dependència

- Lleu
Pocs o cap símptoma a més dels que es requereixen per establir el diagnòstic. Aquests símptomes només provoquen un deteriorament lleu de l'activitat laboral, de les activitats socials habituals o de les relacions amb els altres.
- Moderat
Síntomes o deteriorament conductual entre lleu i greu.
- Greu
Molts més símptomes dels que es requereixen per establir el diagnòstic. Els símptomes interfereixen considerablement en la vida laboral, en les activitats habituals o en la relació amb els altres.

2.4 Intervenció

La intervenció ha d'anar dirigida a:

- Normalitzar la relació entre el pacient i el professional sanitari.
- Permetre un contacte freqüent.
- Reduir la morbiditat.
- Aconseguir l'abstinència a llarg termini.
- Donar i rebre informació (drogues, vies d'administració, patologia associada, complicacions, educació sanitària).
- Derivar a altres nivells assistencials per rebre tractament especialitzat.

El primer contacte s'ha de fer durant la visita espontània per qualsevol motiu. S'ha de fer amb naturalitat, sensibilitat i discreció, sense emetre judicis, culpabilitzar ni sentir llàstima. Els consumidors de drogues solen mostrar desconcert i por al fet que la desintoxicació i la rehabilitació sigui dolorosa i difícil.

En la primera visita cal escoltar la demanda que faci el pacient i valorar-la per citar-lo per a visites successives amb més temps. *Objectiu: retenció, que torni!*

Si va acompanyat cal valorar si és convenient plantejar l'addicció davant de l'acompanyant. En cas negatiu, cal citar-lo per a un altre dia, sense acompanyant.

Cal conèixer

- La/les droga/gues que consumeix.
- La via d'administració.
- La dosi.
- Els motius que fan que el pacient busqui ajuda (si no és per captació oportunista), quin tipus d'ajuda vol i com percep la seva toxicomania.

En visites successives, cal conèixer

- El temps de l'última administració.
- El patró de consum.
- L'edat d'inici.
- Els períodes de més consum.
- La correlació entre els períodes de més consum i els problemes mèdics o psicològics.
- Les manifestacions d'addicció física i la síndrome d'abstinència.
- Els tractaments previs.

Cal recordar que és molt important valorar l'actitud del pacient, quan aquest consumeixi droga, i els possibles canvis.

Entrevista motivacional (annex 3)

- Precontemplatiu.
- Contemplatiu.
- Determinació.
- Canvis actius.
- Manteniment.
- Recaiguda.

Davant d'un consum esporàdic de drogues

- Cal determinar si es tracta d'un consum esporàdic o d'una situació d'abús.
- No s'ha de culpabilitzar.
- S'ha d'informar sobre els diferents efectes de les drogues, la toxicitat real i les conseqüències a llarg termini.
- Cal informar de la facilitat de dependència.
- Cal intentar identificar altres problemes: familiars, salut mental.
- Cal aconsellar l'abstinència:
 - disminució del consum
 - alternatives d'oci
- Seguiment: citar-lo per un altre control (al cap d'un mes) aprofitant un motiu de patologia orgànica, una analítica o bé pel mateix consum de drogues.

En aquest cas no és necessari derivar el pacient a un centre especialitzat, ja que pot ser contraproductiu.

Davant d'una situació de dependència a drogues

- No s'ha d'utilitzar tòpics, com falta de voluntat, és un vici, etc.
- No s'ha d'utilitzar llenguatge científic.
- Cal aclarir que es tracta d'una malaltia.
- Cal desangoixar a la família.

- Cal desaconsellar actituds massa rígides o massa flexibles per part dels familiars.
- Cal intentar que tota la família tingui les mateixes actituds (pares, avis, germans...). Cal detectar interferències familiars per reconduir actituds.
- Cal transmetre la idea que la solució definitiva no arriba fins després d'un temps més o menys llarg, de presa progressiva de consciència de l'afectat.
- Cal evitar que els pares tinguin sentiments de culpa pel consum dels seus fills.
- Cal facilitar informació de centres especialitzats i diferents possibilitats de tractament.
- Cal desmitificar la desintoxicació (el fet de deixar el consum sense tractament posterior no serveix per a res).

És important d'oferir valoració orgànica i seguiment, independentment que vulgui iniciar un tractament o no.

Quan són els pares els que consulten (annex 4)

- Cal escoltar-los. Fugir de la culpabilització.
- Cal donar tota la informació possible.
- Cal desangoixar-los.
- Cal orientar-los a prestar atenció a les dificultats del fill amb l'entorn, per tal d'evitar que la droga en sigui la solució o fugida.

2.5 Anamnesi per sistemes i símptomes

- General: astènia, anorèxia, pèrdua de pes.
- Pell i mucoses: lesions a la pell.
- Nervios: pèrdues de memòria, canvis de personalitat, parestèsies, cefalees...
- Digestiu: diarrees, dolor abdominal.
- Respiratori: tos, hemoptisi.
- Aspectes socials i familiars: canvi del cercle social habitual i d'hàbits, aspecte descuidat, problemes laborals o escolars, problemes legals, aïllament social, alteració de la relació familiar, desestructuració familiar, història de baralles o lesions freqüents.
- Dades relatives al consum: droga/gues que consumeix, via d'administració, dosi, patró de consum, edat d'inici, períodes de més consum.

2.6 Exploració física

- General: valoració de l'estat general, adenopaties.
- Dentadura: cal valorar si hi ha càries dental.
- En les dones, l'exploració ginecològica.
- Pell i mucoses: cremades de cigarretes, hematomes, lesions per venopunció, abscessos, ampolles, edema, púrpura, urticària, prurïja, tatuatges autoinduïts.
- Neurològics: neuropatia perifèrica, dèficit de memòria, degeneració cerebel·lar, hematoma subdural, atròfia cerebral, neuropatia

òptica, antecedents de convulsions, antecedents de pèrdues de coneixement.

- Gastrointestinals/abdominals: diarrees, ascites, masses pancreàtiques, hepatomegàlia, gastritis, duodenitis, ileïtis, esplenomegàlia, sang oculta a la femta, malaltia intestinal funcional, venes abdominals visibles.
- Musculoesquelètics: traumatisme, necrosi avascular, mal d'esquena, malaltia degenerativa del maluc en un adult jove, gota, miopatia.
- Otorinolaringològics: lesions orofaríngies, perforació del septe nasal, cornets nasals hiperèmics, mala dentició, ronquera, mala respiració.
- Oftalmològics: irregularitats pupil·lars, nistagme, mirada perduda, moviments oculars irregulars.
- Genitourinaris: impotència, disfunció sexual, amenorrea.
- Toràcics/respiratoris: infeccions bronquials, pneumònies per aspiració, pneumònies lobars, malaltia broncoespàstica, fractures costals.
- Cardiovasculars: endocarditis, ingurgitació venosa jugular, insuficiència mitral, signes d'embòlia, hipertensió, arítmies cardíagues (taquicàrdia o bradicàrdia sinusal, extrasístoles ventriculars).
- Psiquiàtrics: ansietat, depressió, canvis d'humor, insomni, trastorn liminar de la personalitat.

2.7 Exploracions complementàries

Són útils per detectar l'estat de salut del pacient, per valorar el dany causat per la droga i iniciar les actuacions preventives. No s'han de demanar a la primera visita i quedarien condicionades a la demanda i actitud del pacient.

- Hemograma, recompte i fórmula, VSG.
- Bioquímica general: glucèmia, AST, ALT, GGT, bilirubina, fosfatases alcalines, colesterol, triglicèrids, creatinina, àcid úric.
- Anàlisi d'orina.
- Serologies: hepatitis B i C, luètica (reaginina i treponèmica), IgG citomegalovirus, VIH.
- Mantoux: cal utilitzar PPD Rt 23 a dosis de 2 TU per 0,1 ml (la mateixa bioequivalència que 5 TU de tuberculina PPD-S). *La induració s'ha d'anotar en mm.*
 - Positiu: induració > 5 mm, lectura a les 72 hores. Cal enregistrar els mm d'induració.
 - Si és negatiu, cal valorar la possibilitat d'immuno-deficiència, segons la serologia.
- Radiografia de tòrax: en cas de positivitat del PPD o si hi ha sospita de malaltia pulmonar.
- Citologia cervical anual, en les dones.

2.8 Pautes de vacunació

- Seropositius (VIH): vegeu el protocol de VIH/sida.
- Seronegatiu: tètanus (Td) i hepatitis B.

3. Consells

- Dirigits a l'abstinència, per facilitar que es puguin assolir. Cal informar dels programes de manteniment amb metadona
- Dirigits a la disminució del risc associat a l'ús de la via parenteral:
 - Informar i ensenyar les tècniques i els punts de venopunció.
 - Utilitzar sempre material estèril.
 - Informar dels programes d'intercanvi de xeringues.
 - No compartir ni reutilitzar mai material d'injecció.
 - Netejar el lloc de punció amb alcohol i rentar-se prèviament les mans amb sabó.
 - Vacunació de l'hepatitis i tètanus.
 - Consells dirigits al consum de drogues de disseny.
- Prevenció de les MTS:
 - Informar de les pràctiques de més risc per contraure el VIH i d'altres.
 - Explicar la correcta utilització del preservatiu, des de l'inici de la penetració i que no s'ha d'utilitzar vaselina per lubricar-lo.
- Consell anticonceptiu, en el cas de dones en edat fèril.

4. Coordinació i derivació a altres recursos

S'entén la coordinació entre nivells assistencials com una estratègia i un abordatge comú dels pacients. Els nivells assistencials que hi intervenen, a més de l'APS, són:

- el centre d'atenció i seguiment (CAS)
- la xarxa salut mental
- els serveis socials

La derivació i/o coordinació amb la xarxa de serveis socials i amb d'altres recursos comunitaris (associacions, centres penitenciaris, ONG, recursos educatius i/o laborals...) esdevé l'eina necessària per incidir en l'entorn familiar i social del pacient, amb l'objectiu de contribuir i potenciar el seu procés de reinserció social.

El treballador social coneix aquests recursos i té establerts canals de comunicació i interrelació.

4.1 Criteris de derivació

Consum esporàdic	<i>No deriveu</i>
Abús o dependència	<i>Xarxa d'Atenció a les Drogodependències</i>
Consumidor esporàdic amb trastorn psiquiàtric	<i>Xarxa de Salut Mental</i>
Consumidor habitual amb trastorn psiquiàtric	<i>Xarxa d'Atenció a les Drogodependències</i>
Consumidor habitual amb trastorn psiquiàtric agut	<i>Xarxa de Salut Mental</i>

5. Criteris de control

Absència de consum de drogues:

- Si no rep tractament per un centre d'atenció i seguiment (CAS), 1 any d'abstinència.
- Si rep tractament per un centre d'atenció i seguiment (CAS), 5 anys d'abstinència.

Annexos

Annex 1. Patologia associada al consum de drogues per via parenteral

Els hàbits d'administració intravenosa comporten un risc alt de produir cert tipus de patologia (fonamentalment infecciosa) que amb freqüència genera demandes urgents d'assistència. Per això, cal estar atent als signes i símptomes de les infeccions següents:

1. Infeccions cutànies i de parts toves
 - Cel·lulitis, abscessos subcutanis
 - Fol·liculitis, fascitis, miositis
 - Flebitis, linfangitis
2. Infeccions osteoarticulares
 - Artritis sèptica
 - Osteomielitis
3. Endocarditis infecciosa
4. Infeccions pleuropulmonars
 - Pneumònia bacteriana
 - Pneumònia per aspiració
 - Abscessos i empiemes
 - Tuberculosi pulmonar
 - Embòlies sèptiques
5. Infeccions del sistema nerviós
 - Meningitis
 - Abscessos cerebrals
 - Empiema subdural
 - Abscessos epidurals, cranials o espinals
6. Candidiasi disseminada
7. Tètanus
8. Paludisme
9. Hepatopatia
 - Hepatitis vírica aguda
 - Hepatitis crònica
 - Cirrosi hepàtica
10. Sida
11. Altres infeccions
 - Bacterièmies
 - Càries dental
 - Endoftalmitis micòtica
 - Síndrome de xoc tòxic estafilocòccic
 - Malalties de transmissió sexual
 - Pelviperitonitis

Complicacions mèdiques no infeccioses


12. Respiratòries/pulmonars
 - Granulomatosi per cos estrany
 - Pneumotòrax o pneumomediastí (en cocaïnòmans que realitzen la maniobra de Valsalva)
 - Rinitis, atròfia septe nasal (cocaïnòmans)
13. Cardiovasculars
 - Cardiopatia isquèmica
 - Arítmies
 - Alteracions de l'ECG
14. Musculars
 - Rabdomiòlisi aguda (local o generalitzada)
 - Síndrome musculoesquelètica
15. Neurològiques
 - Mielitis
 - Neuropaties perifèriques (afectació freqüent del nervi radial)
 - Encefalopatia postanòxica
 - Accidents vasculars cerebrals (cocaïnòmans)
 - Convulsions (psicoestimulants)
16. Hematològiques
 - Anèmia normocítica
 - Limfocitosi
 - Trombocitopènia
17. Digestives
 - Restrenyiment (sovint amb hemorroides)
 - Obstrucció intestinal mecànica (ingesta de bosses amb droga)
18. Endocrines
 - Disminució de la libido
 - Alteracions menstruals i amenorrea
19. Renals
 - Nefritis intestinal granulomatosa
 - Nefritis per immunocomplexos
 - Síndrome nefròtica associada a amiloidosi
20. Síndrome febril autolimitada
21. Psiquiàtriques
22. Perinatals
 - Augment de morbiditat perinatal
 - Avortaments
 - Malformacions
 - Prematuritat

Annex 2. Substàncies que poden induir dependència

Taula 1. Al·lucinògens

Substàncies diverses amb efectes farmacològics similars. Es poden classificar segons l'estructura química (en relació amb els neurotransmissors) en:	
<ul style="list-style-type: none"> • Grup fenetilamines (relacionats amb la dopamina i la noradrenalina), ex. mescalina. • Grup solanàcies (antagonistes de l'acetilcolina), ex. alcaloides de la belladona. • Grup de l'àcid ibitàric (agonistes de l'acetilcolina), ex. muscarina. • Grup serotonina (relacionats amb la serotonina), ex. psilocibina, LSD, DMT (dimetiltriptamina). 	
<i>Acció farmacològica</i>	Tenen accions psicodislèptiques (modificació de l'estat psicològic, del llinar emocional, de la significació de les coses), psicoticomimètics (al·lucinacions, trastorns del pensament) i psicodèliques (trastorns de la percepció, sensibilitat i orientació). Tenen pocs efectes vegetatius.
<i>Indicació terapèutica</i>	Cap.
<i>Via d'administració</i>	<i>Terapèutica:</i> no té cap indicació. <i>No terapèutica:</i> en general per via oral.
<i>Dependència física</i>	No.
<i>Dependència psicològica</i>	Sí.
<i>Tolerància</i>	Sí, i es desenvolupa ràpidament en pocs dies. En el cas d'LSD la tolerància desapareix als 5-6 dies d'abstinència. L'LSD, la mescalina i la psilocibina presenten tolerància creuada.
<i>Síndrome d'abstinència</i>	No.
<i>Disponibilitat</i>	Estan sota la legislació de psicòtrops. Estan inclosos en la llista I del Conveni de Viena. Es pot trobar en el mercat negre: LSD, en solució líquida impregnant secants, sucres, etc. La psilocibina és el principi actiu d'un bolet que creix a Mèxic. La mescalina és un preparat que s'obté d'un cactus anomenat <i>peyote</i> . Els alcaloides de la belladona estan presents en una planta (<i>Datura estramonii</i>) amb la qual es fan infusions.
<i>Denominació vulgar</i>	"Trips", "bitxos", "micropunto", "estrelles", "àcids".
<i>Intoxicació aguda</i>	En l'home no es coneixen morts imputables als efectes directes de l'LSD o altres al·lucinògens, encara que s'han produït accidents fatals i suïcidis en determinades intoxicacions, en presència d'estats psicològics coneguts com "mal viatge", que duren unes 24 hores. Pot aparèixer a dosi variable i sense antecedents. <i>Diagnòstic</i> Efectes simpaticomimètics (taquicàrdia, HTA, midriasi), estat emocional inestable amb alteracions de la percepció intenses. <i>Delirium</i> , cas extrem d'intoxicació, caracteritzat per al·lucinacions, agitació i desorientació. <i>Tractament</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilància contínua del pacient. • Ambient controlat i tranquil·litzant. • Administració de diazepam, 20-30 mg v. o. • Haloperidol 2-5 mg i. m., en cas de <i>delirium</i>. Administrar al·lucinògens pot desencadenar l'aparició d'un quadre psicòtic esquizofrenoi que requerirà tractament antipsicòtic.
<i>Intoxicació crònica</i>	No.


Taula 2. Amfetamines

<i>Acció farmacològica</i>	Són estimulants del sistema nerviós central.
<i>Indicació terapèutica</i>	Cap. Alguns tractaments especialitzats en cas d'obesitat exògena, hiperactivitat infantil, narcolèpsia.
<i>Via d'administració</i>	<i>Terapèutica:</i> oral. <i>No terapèutica:</i> oral, intravenosa, inhalada/esnifada.
<i>Dependència física</i>	No està clar en la via oral. Administrada per via i. v. es produeix ràpidament.
<i>Dependència psicològica</i>	Sí.
<i>Tolerància</i>	Sí. Apareix entre les 6 setmanes i els 3 mesos de consum continuat.
<i>Síndrome d'abstinència</i>	Sí. Es manifesta per un estat depressiu, fatigabilitat i trastorns del son.
<i>Disponibilitat</i>	Estan sota la legislació de psicòtrops. Estan inclosos en la llista II del conveni de Viena. El seu símbol a l'envàs de les especialitats farmacèutiques és  . Pot dispensar-se amb recepta mèdica a càrrec del Servei Català de la Salut. La utilització no mèdica es realitza per augmentar el rendiment físic i intel·lectual. Sovint s'associa a d'altres drogues.
<i>Denominació vulgar</i>	"Amfetes", "bennies", "speed".
<i>Intoxicació aguda</i>	<i>Diagnòstic</i> Es caracteritza per l'exacerbació dels efectes estimulants centrals, fins arribar a crisis psicològiques paranoides, estats de pànic, al·lucinacions. Apareixen efectes adrenèrgics amb palpitations, taquicàrdia, sudoració, hipertèrmia i fins i tot pèrdua de la consciència i mort. <i>Tractament:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Fonamentalment simptomàtic. • Procurar un ambient tranquil i relaxat. Poden administrar-se, si cal, neuroleptics. • Si han transcorregut menys de 2 hores: rentat gàstric i provocar el vòmit, seguit de carbó activat i diürètics (furosemida o manitol).
<i>Intoxicació crònica</i>	Consisteix en l'aparició de farmacodependència amb tendència al desenvolupament de quadres psicòtics.


Taula 3. Drogues de disseny

Són derivades de les amfetamines amb efectes desinhibidors i produeixen trastorns de la percepció.	
<i>Acció farmacològica</i>	Són estimulants del sistema nerviós central.
<i>Indicació terapèutica</i>	Cap.
<i>Via d'administració</i>	<i>Terapèutica:</i> no té cap indicació. <i>No terapèutica:</i> oral, intravenosa.
<i>Dependència física</i>	Sí.
<i>Dependència psicològica</i>	Sí.
<i>Tolerància</i>	Sí. Apareix en cas de consum continuat.
<i>Síndrome d'abstinència</i>	Sí. Es manifesta per un estat depressiu, fatigabilitat i trastorns del son.
<i>Disponibilitat</i>	La utilització no mèdica es realitza per augmentar el rendiment físic ja que dona una falsa sensació de força i augment de l'activitat corporal. Sovint s'associa a d'altres drogues.
<i>Denominació vulgar</i>	"Èxtasi", "eva", "special K" (èxtasi líquid), "elefantes", "dogo", "coronas", "trebol", "pajari-tos", "espardenyes", "hamburgueses", "snoopys", "calaveres"....
<i>Intoxicació aguda</i>	<i>Diagnòstic</i> Efectes adrenèrgics amb palpitations, taquicàrdia, hipertèrmia, vòmits, ansietat i, fins i tot, pèrdua de coneixement. L'èxtasi pot produir mort per hepatopatia fulminant. <i>Tractament</i> • Fonamentalment simptomàtic. • Procurar un ambient tranquil i relaxat. • Si han transcorregut menys de 2 hores: rentat gàstric i provocar el vòmit, seguit de carbó activat.
<i>Intoxicació crònica</i>	No.

Taula 4. Benzodiazepines (BZP)

<i>Acció farmacològica</i>	És un depressor del sistema nerviós central.
<i>Indicació terapèutica</i>	<p>Ansietat (BZP de vida mitjana llarga) i insomni (BZP de vida mitjana curta) en tractaments de curta durada.</p> <p>Algunes formes d'epilèpsia.</p> <p>Manifestacions de la síndrome d'abstinència alcohòlica.</p> <p>Espasticitat muscular quan és sever i amb repercussió funcional.</p>
<i>Via d'administració</i>	<p><i>Terapèutica:</i> oral, rectal i injectables.</p> <p><i>No terapèutica:</i> oral, intravenosa.</p>
<i>Dependència física</i>	Sí. Es produeix amb tractament perllongats a dosis altes. S'instaura més ràpidament en les de vida mitjana curta.
<i>Dependència psicològica</i>	Sí.
<i>Tolerància</i>	<p>Sí. La seva aparició és variable.</p> <p>Hi ha tolerància creuada amb l'alcohol i entre altres depressors del sistema nerviós central.</p>
<i>Síndrome d'abstinència</i>	<p>Sí. Sintomatologia lleu i autolimitada que apareix després de la supressió brusca del consum.</p> <p><i>Diagnòstic</i></p> <p>Nàusees, vòmits, malestar o insomni, sudoració, ansietat, tremolor, mioclònies, parestèsies, disfòria.</p> <p>Pot evolucionar a les 48-72 hores cap a convulsions generalitzades i <i>delirium</i> (confusió, al·lucinacions, agitació).</p> <p><i>Tractament</i></p> <p>Benzodiazepines de vida mitjana llarga a dosis altes i establir una pauta decreixent fins suprimir-les en 1-2 setmanes.</p>
<i>Disponibilitat</i>	<p>Estan subjectes a la legislació de psicòtrops. Estan inclosos en la llista IV del Conveni de Viena. El símbol a l'envàs de les especialitats farmacèutiques és .</p> <p>Es dispensa amb recepta mèdica.</p>
<i>Denominació vulgar</i>	"Downs", "trancs", "rulas".
<i>Intoxicació aguda</i>	<p>Es produeix en intents de suïcidi, de manera accidental o en individus politoxicòmans en combinació amb d'altres drogues o alcohol.</p> <p><i>Diagnòstic</i></p> <p>Somnolència, estupor i relaxació muscular, nistagme, midriasi, hiporeflèxia. Per via intravenosa ràpida poden produir hipotensió i depressió respiratòria.</p> <p><i>Tractament</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Simptomàtic. • Rentat gàstric seguit de carbó activat. • Corregir la deshidratació. • Antagonista: flumazenil 0.3 mg i. v.
<i>Intoxicació crònica</i>	Es produeix per administració continuada de dosis altes. Es caracteritza per visió borrosa, disminució de l'impuls sexual, icterícia, hipotensió, tremolors, defectes psicomotors.

Taula 5. Barbitúrics

<i>Acció farmacològica</i>	Són depressors del sistema nerviós central.
<i>Indicació terapèutica</i>	Actualment la prescripció no està justificada, excepte en cas de l'epilèpsia, ja que són poc segurs i creen dependència.
<i>Via d'administració</i>	<i>Terapèutica:</i> oral, rectal i injectables. <i>No terapèutica:</i> oral, intravenosa, inhalada.
<i>Dependència física</i>	Sí.
<i>Dependència psicològica</i>	Sí.
<i>Tolerància</i>	Es produeix ràpidament. Hi ha tolerància creuada entre barbitúrics i alcohol i entre ells mateixos.
<i>Síndrome d'abstinència</i>	Sí. És semblant a la de l'alcohol (nàusees, vòmits, malestar o insomni, ansietat i altres símptomes d'hiperactivitat simpàtica).
<i>Disponibilitat</i>	Estan sota la legislació de psicotrops. Estan inclosos en la llista III del Conveni de Viena. El símbol a l'envàs de les especialitats farmacèutiques és  . Es dispensa amb recepta mèdica.
<i>Denominació vulgar</i>	"Barbs", "caramels", "goofballs", "peanuts".
<i>Intoxicació aguda</i>	Es produeix en intents de suïcidi, de manera accidental o en individus politoxicòmans. <i>Diagnòstic</i> Dificultat per mantenir l'activitat mental, trastorns emocionals i afectius que s'associen a problemes neurològics. Combinats amb alcohol provoquen quadres d'inquietud, idees repetitives i a vegades conductes agressives. La gravetat de la intoxicació es determina per la intensitat de la depressió central, que pot arribar fins al coma, la depressió respiratòria intensa i fins i tot la mort. <i>Tractament</i> • Simptomàtic. • Intubació si hi ha depressió respiratòria. • Rentat gàstric seguit de carbó activat. • Es recomana alcalinitzar l'orina. • En casos extrems, hemodiàlisi per accelerar-ne l'eliminació.
<i>Intoxicació crònica</i>	Es produeix per administració continuada de dosis terapèutiques. Es caracteritza pel deteriorament de la capacitat mental (confusió, augment de la inestabilitat emocional), trastorns neurològics (vertigen, polineuritis, alteració de l'equilibri), accidents cutaneomucosos (erupcions polimorfes). Aquestes manifestacions clíniques són similars a les de l'alcoholisme.

Taula 6. Cannabis

De la planta del *cannabis* se'n sintetitza més de 80 cannabinoides, entre els quals destaca el tetrahidrocannabinol, que n'és el principal component psicoactiu.

<i>Acció farmacològica</i>	Tenen accions depressores del sistema nerviós central i també psicodèliques i/o psicodislèptiques.
<i>Indicació terapèutica</i>	Cap.
<i>Via d'administració</i>	<i>Terapèutica:</i> no té cap indicació. <i>No terapèutica:</i> en general per via oral, inhalada/fumada.
<i>Dependència física</i>	No s'ha descrit l'existència d'una dependència física veritable.
<i>Dependència psicològica</i>	El consum continuat pot desenvolupar dependència psicològica segons les característiques individuals i socials de l'individu.
<i>Tolerància</i>	Pot aparèixer tolerància a alguns efectes. Presenten tolerància creuada amb l'alcohol i els opiacis.
<i>Síndrome d'abstinència</i>	Suprimir-ne l'administració en individus consumidors crònics no precipita una simptomatologia d'abstinència característica. Es poden observar símptomes lleus que apareixen al cap de poques hores i que poden durar 4-5 dies (ansietat, irritabilitat, disminució de la gana, rebot de les fases REM del son, etc.).
<i>Disponibilitat</i>	Estan subjectes a la legislació de psicòtrops i estupefaents. Estan inclosos en la llista I del Conveni de Viena. Es pot trobar en el mercat negre.
<i>Denominació vulgar</i>	"Haixix", "marihuana", "xocolata", "tate", "kif", "grifa", "costo", "goma", "merda", "porro", "canuto".
<i>Intoxicació aguda</i>	Els cannabinoides en sobredosificació rarament són letals. En dosis elevades poden provocar crisi d'ansietat, que generalment disminueix al cap d'unes hores. <i>Tractament</i> • Vigilància del pacient en un ambient controlat i tranquil·litzant.
<i>Intoxicació crònica</i>	Malgrat la gran varietat d'estudis realitzats, no s'ha pogut demostrar que el consum crònic sigui la causa d'alteracions psíquiques o físiques a llarg termini.

Taula 7. Cocaïna

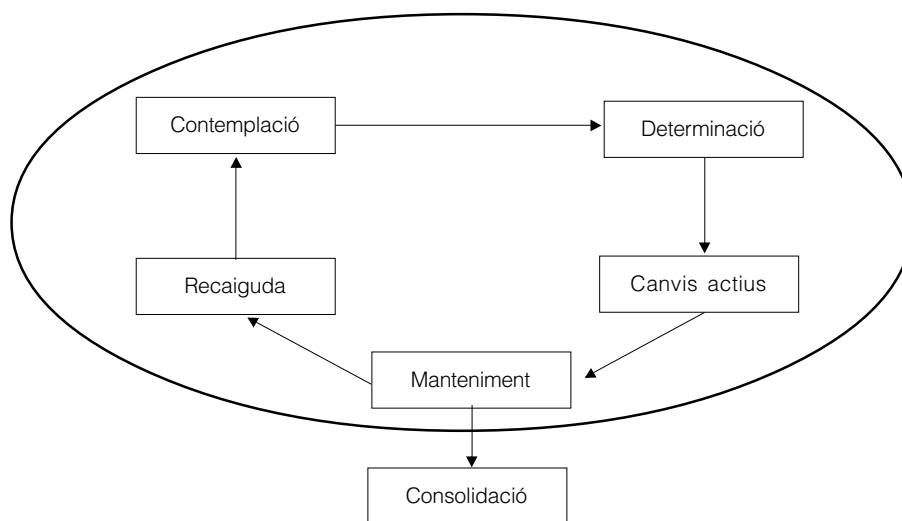
<i>Acció farmacològica</i>	Estimulant del sistema nerviós central, impedeix la reabsorció de dopamina. Tòpicament es comporta com un vasoconstrictor i anestèsic local.
<i>Indicació terapèutica</i>	Poc usada com a anestèsic superficial en ORL i oftalmologia.
<i>Via d'administració</i>	<i>Terapèutica:</i> tòpica. <i>No terapèutica:</i> inhalada/fumada, inhalada/esnifada i intravenosa.
<i>Dependència física</i>	Sí.
<i>Dependència psicològica</i>	Sí. La rapidesa de la seva instauració depèn de la via d'administració. És més precoç en el cas d'usar la inhalatòria/fumada o la intravenosa.
<i>Tolerància</i>	Discutida. Pot produir-se si el consum és continuat.
<i>Síndrome d'abstinència</i>	Sí. Durant molt de temps es va negar-ne l'existència. <i>Diagnòstic:</i> Depressió, alentiment psicomotor, letargia, irritabilitat i trastorns del son, trastorns de la coordinació, sensació d'opressió, taquicàrdia, vertigens.
<i>Disponibilitat</i>	Estan subjectes a la legislació sobre estupefaents. Prescripció amb recepta mèdica quan forma part de preparats que no continguin més del 10%, excepte en el cas que es presenti barrejada amb psicòtrops de règim especial. Es pot trobar en el mercat negre com a sulfat de cocaïna, clorhidrat de cocaïna i base lliure.
<i>Denominació vulgar</i>	"Coca", "neu", "perica", "pasta", "crack", "free-base", "basuko".
<i>Intoxicació aguda</i>	<i>Diagnòstic</i> Taquicàrdia, palpitations, sudoració, hipertèrmia, hipertensió, midriasi, arítmies i convulsions. A vegades provoca quadres delirants aguts. Pot produir la mort per <i>status epilepticus</i> amb obstrucció respiratòria, arítmies o hemorràgia cerebral. <i>Tractament</i> No hi ha cap antagonista específic. Pot administrar-se diazepam per controlar les convulsions, β -blocadors per a les complicacions cardíques i neuroleptics en els quadres psicòtics.
<i>Intoxicació crònica</i>	El consum continuat de cocaïna provoca atròfia o necrosi del septe nasal en la via inhalada, símptomes respiratoris en els fumadors de base lliure, patologia infecciosa i lesions equimòtiques amb necrosi en els consumidors per via endovenosa. Amb freqüència presenten alteracions endocrinològiques. Pot produir alteracions de la personalitat i, fins i tot, quadres delirants, però les alteracions més freqüents són depressió, trastorns ciclotímics i dèficit d'atenció.

Taula 8. Opiacis

	Agonistes purs: codeïna, meperidina, metadona, heroïna.
	Agonistes parcials: buprenorfina.
	Mixtos (agonista/antagonista): pentazocina, butorfanol.
	Antagonistes purs: naloxona, naltrexona.
<i>Acció farmacològica</i>	Són depressors del sistema nerviós central.
<i>Indicació terapèutica</i>	Dolor agut o crònic. Diarrea aguda amb dolor còlic (extracte d'opi, difenoxilat, codeïna). Alleujament de la tos no productiva (codeïna). Tractament de la intoxicació aguda i crònica (naloxona i naltrexona).
<i>Via d'administració</i>	<i>Terapèutica:</i> oral, rectal i injectable. <i>No terapèutica:</i> oral, inhalada/fumada, inhalada/esnifada, i. v.
<i>Dependència física</i>	Sí. Augmenta en intensitat paral·lelament en augmentar la dosi.
<i>Dependència psicològica</i>	Sí.
<i>Tolerància</i>	Sí, i es desenvolupa ràpidament, encara que per algunes accions depèn de la potència de l'opiaci.
<i>Síndrome d'abstinència</i>	Sí. Apareix tant per la disminució o supressió d'aquestes substàncies com per l'administració d'un antagonista específic (naloxona) o agonista-antagonista (pentazocina). Per si mateix rarament comporta un risc físic. La instauració és lenta en el cas de la metadona (24 h) i ràpida en el cas de l'heroïna (6 h). Dura entre 1 i 2 setmanes.
	<i>Diagnòstic</i> Ansietat, rinorrea, llagimeig, sudoració, midriasi, piloerecció, lumbàlgia, nàusees, vòmits, diarrea i desig intens de consumir la droga.
	<i>Tractament</i> Analgèsics convencionals i BZP de vida mitjana llarga.
<i>Disponibilitat</i>	Estan subjectes a la legislació de la convenció única de 1961 sobre estupefaents. Prescripció amb recepta d'estupefaents i recepta mèdica. El símbol és ●. Es pot trobar en el mercat negre.
<i>Denominació vulgar</i>	"Cavall", "white lady", "power", "papelina", "jaco", "xute".
<i>Intoxicació aguda</i>	Generalment té un origen accidental (més puresa de la droga, pèrdua de tolerància). Ocasionalment amb finalitat autolítica.
	<i>Diagnòstic</i> Somnolència profunda, depressió respiratòria, miosi puntiforme (patognomònica) excepte petidina, hipotensió i signes de venopunció (no sempre visibles). Hi ha risc de coma per sobredosi amb depressió del centre respiratori i aturada cardiorespiratòria. Quan es pren fumada, hi ha risc de crisi de broncoespasme.
	<i>Tractament</i> Naloxona i. m., i. v. o subcutània, una ampolla cada 2-3 minuts. S'han de mantenir permeables les vies aèries. Cal monitoritzar la resposta perquè sovint es desencadena una síndrome d'abstinència.
<i>Intoxicació crònica</i>	El consum continuat d'opiacis sempre comporta desenvolupar farmacodependència que es manifesta per la presència de la síndrome d'abstinència quan se'n suspèn bruscament el consum o s'administra un antagonista. Els problemes orgànics principals es deriven, fonamentalment, de l'ús de la via intravenosa i de l'hàbit de compartir el material injectable: hepatitis, sida, flebitis, endocarditis, abscessos, candidiasi, septicèmia.

Taula 9. Inhalants

Addicció associada a l'edat infantil i adolescència.	
Productes químics: gasos propel·lents, solvents, gasolina, coles, butà.	
Fàrmacs: gasos anestèsics, vasodilatadors coronaris.	
S'utilitzen per les propietats euforitzants que tenen els vapors.	
<i>Acció farmacològica</i>	Són depressors del sistema nerviós central.
<i>Indicació terapèutica</i>	Cap.
<i>Via d'administració</i>	<i>Terapèutica:</i> no té cap indicació. <i>No terapèutica:</i> inhalada.
<i>Dependència física</i>	No hi ha consens sobre el seu desenvolupament i severitat.
<i>Dependència psicològica</i>	Sí.
<i>Tolerància</i>	Sí, i es desenvolupa ràpidament.
<i>Síndrome d'abstinència</i>	Sí. Apareix al suprimir-ne bruscament l'ús en consumidors crònics.
	<i>Diagnòstic</i> Cefalees, vòmits, contraccions musculars i rampes.
<i>Disponibilitat</i>	Està prohibida la venda als menors d'edat de coles i altres substàncies o productes industrials inhalables de venda autoritzada que puguin produir efectes nocius per a la salut i creïn dependència o produeixin efectes euforitzants o depressius (Llei 10/91, de 10 de maig de 1991, del Parlament de Catalunya).
<i>Denominació vulgar</i>	
<i>Intoxicació aguda</i>	No es poden establir dosis referencials ja que depenen del producte inhalat, el sistema d'inhalació i l'experiència d'ús. <i>Diagnòstic</i> Depressió del sistema nerviós central, halitosi, midriasi, nàusees, disàrtria, atàxia, vòmits, diplopia, arítmies cardíaques, edema agut de pulmó i, a vegades, al·lucinacions, estupor i coma. <i>Tractament</i> Mantenir-lo en observació 6-8 hores en ambient tranquil. No s'han d'administrar ansiolítics perquè podrien potenciar-se els efectes.
<i>Intoxicació crònica</i>	El consum continuat afecta el sistema nerviós central i produeix quadres convulsius i síndrome cerebel·losa. També són freqüents les neuropaties perifèriques. Pot haver-hi també afectacions renal, hepàtica, pulmonar i cardíaca. La toxicitat sobre la medul·la òssia pot produir leucosi. Entre les manifestacions psíquiques destaca el deteriorament psicològic progressiu i quadres de tipus psicòtic.

Annex 3. Model dels estadis del canvi


Cada una de les fases ha de ser investigada per a cada una de les substàncies que es consumeix. Aquesta necessitat es fonamenta, d'una banda, en la existència de policonsum i de l'altra, perquè el pacient pot estar en diferents estadis de canvi en cada una d'elles. És molt important determinar per a quina substància està més predisposat al canvi i començar a treballar amb aquesta.

Precontemplació

El pacient no veu cap problema en la seva conducta o en el seu consum.

Contemplació

El pacient està més obert a considerar l'hàbit.

Determinació

El pacient té certs dubtes de si està actuant correctament i de com hauria d'actuar. Li falten sentiments de confiança per ser capaç de fer el canvi.

Canvis actius

La persona pren el control de la seva vida per fer un canvi, és a dir, abandonar el consum.

Manteniment

El pacient ha de concentrar-se a mantenir el canvi i consolidar-lo, ja que l'atracció per a l'hàbit addictiu i el que l'envolta continua apareixent, encara que comenci a declinar. Aquesta fase està definida per l'abstinència en el consum, encara que poden haver-hi consums esporàdics que no s'han de considerar recaiguda.

Recaiguda

Es considera recaiguda quan el consum de la substància es converteix en habitual i s'acompanya dels criteris de dependència. És important insistir en el fet que la recaiguda només s'aplicarà per a la substància en la qual el pacient estava en fase de manteniment.

Quan els professionals tracten casos de drogodependència hi ha la temptació d'anar directament a l'estadi de l'acció i començar a prescriure objectius i estratègies per al canvi.

Si el pacient comença amb "sí...però", típic de l'estadi de contemplació, es pot interpretar com una resistència. Si s'argumenta per vèncer-la immediatament es consolida la resposta de resistència i es tanca un cercle que s'autoperpetua.

L'entrevista es basa en el model biopsicosocial d'atenció, sota un clima d'empatia, tolerància i cooperació mútua al respectar les darreres decisions del consultant. Amb això es trasllada el pes de la decisió cap el propi pacient. Ell és, en última instància, qui decidirà sobre el canvi, i com el farà.

L'entrevista es basa en 5 principis

- Expressar empatia.
- Desenvolupar la discrepància (als seus dubtes).
- Evitar argumentar.
- Treballar les resistències.
- Donar suport al sentit de l'autoeficàcia (la capacitat de ser capaç d'aconseguir-ho).

Característiques de l'entrevista motivacional

- Identifica fases de motivació.
- Persegueix que el pacient es posicioni.
- Predomini de l'enquadrament sobre elements informatius.
- Centrada en l'experiència del consultant.

Fases de l'entrevista motivacional

- Posicionament

Cal prioritzar l'hàbit a tractar, estudiar-lo i elaborar un mapa de creences; fer preguntes obertes sobre què és el que el preocupa i quins aspectes de la seva salut el preocupen més.

Cal exercitar l'escolta reflexiva, per exemple: "això sona com si...; sembla que et sents...; penses que això...".

Cal fer sumaris. Un sumari permetrà que examini les raons en pro i contra. Frases nexes com "per un costat... i per l'altre" i/o "al mateix temps" són útils. Els sumaris han de destacar els aspectes positius del que ha dit el pacient. S'han de recompensar les afirmacions per animar que el pacient verbalitzi més.

- Reflexió

<i>Full de balanç</i>	<i>A favor</i>	<i>En contra</i>
Aspectes físics		
Aspectes psíquics		
Aspectes econòmics		
Aspectes legals		
Aspectes familiars		
Aspectes socials		
Aspectes laborals		
Aspectes lúdics		
Temps de lleure		
Autoconfiança		
Altres		

- Acció

Pot semblar que una vegada que el pacient vol canviar ja és tot molt senzill, però això no és així. Hi ha perills que no poden menystenir-se: infraestimació de la ambivalència, prescripció d'un pla inacceptable pel pacient, manca de direcció.

Tasques que cal realitzar

- Verbalitzar el canvi.
- Negociar el pla.
- Opcions.
- Concretar el pla: data, seguiment i entorn.

Annex 4. El personal d'assistència primària i les demandes dels familiars

Moltes de les demandes adreçades als professionals d'atenció primària són demandes d'ajut i orientació, que s'expressen en forma de queixa o preocupació relacionada amb la sospita que algun membre de la família (fills, parella...) consumeix substàncies que poden generar dependència.

Al desconeixement que moltes vegades tenen els familiars respecte a la problemàtica de la drogodependència (substància, hàbits de consum, etc.), s'hi afegeix conflictes derivats de la dinàmica de la pròpia família i, en ocasions, un medi social deficitari.

Davant d'aquestes dificultats, sovint es delega la solució dels problemes al personal de l'APS, confiant en solucions ràpides i/o farmacològiques.

Per tal que el professional d'APS pugui intervenir, ha de facilitar la redefinició d'algunes d'aquestes qüestions, de manera que impliquin a aquells que les formulen.

Taula 1. Davant dels pares inquiets

L'ús de drogues és una sospita

El nostre fill treu males notes i torna a casa tard. Segur que es droga.	<i>Per què pensar precisament que es droga? Quins altres motius poden ser causa del seu comportament?</i>
Com aconseguir que el nostre fill no es torni drogaaddicte?	<i>Com comportar-se amb un adolescent que viu un període difícil?</i>
Per quins símptomes puc reconèixer que un jove es droga: ulls vermells, cansament, canvis de l'estat d'ànim?	<i>Com ser conscients del problema d'un jove que manifesta símptomes de patiment (apatia, desinterès, violència, etc.)?</i>
Quins productes són perillosos? D'on els treuen?	<i>De quina manera podem conèixer els productes tòxics per poder parlar-ne amb els nostres fills?</i>
Com podem saber el que fa el nostre fill quan surt? Quines males influències rep? Amb quines persones es relaciona?	<i>Com podem reaccionar davant del repte que ens fa el nostre fill en freqüentar llocs o relacionar-se amb persones que no són dels nostres grat?</i>
De quina manera puc convèncer el meu fill per què no consumeixi drogues?	<i>De quina manera es pot ser clar i resultar creïble quan es parla de drogues, dels efectes que produeixen, dels seus límits i dels seus riscos?</i>

Taula 2. Davant dels pares preocupats

L'ús de drogues no és només una sospita, sinó que s'ha constatat un consum habitual, sense que necessàriament s'hagi instaurat una dependència.

Què hem fet per merèixer això? Hem fracassat amb el nostre fill?	<i>De quina manera puc intentar d'entendre què passa i per què?</i>
Se l'ha de curar de la seva malaltia! Doni-li alguna cosa!	<i>L'ús li ha creat realment una dependència? Quin lloc ocupa en la seva vida?</i>
Cal trobar una granja per tal que l'ingressin!	<i>És un problema per a ell? Si és així, què podem fer per ajudar-lo i on ens podem adreçar? Podem ajudar-lo a definir les seves pròpies raons i motivacions per viure?</i>
L'escalada de la droga el portarà a la ruïna.	<i>De quina manera puc prestar atenció a les seves dificultats i evitar que la droga li serveixi de solució o fugida?</i>
M'agradaria enxampar al que l'ha arrossegat a això!	<i>Què l'atrau de la droga: el plaer, la protesta o la identificació amb els seus amics?</i>
Mai hem fet comentaris sobre les seves males notes, ni quan torna de matinada, ni sobre la seva violència...	<i>No serà una forma de cridar l'atenció, de fer-se escoltar?</i>
Ens ho podia fer tot, ho haguéssim acceptat tot...però això no.	<i>No troba en la droga una manera d'enfrontar-se amb nosaltres?</i>

No us precipiteu	Informe-vos abans d'actuar
És un error greu orientar d'entrada cap a un centre de tractament a un jove per al qual l'experimentació de la droga és només un símptoma.	<i>Digueu sí al diàleg.</i>
La relació amb la droga pot ser ocasional, en aquest cas no es pot qualificar de toxicòman.	<i>No feu diagnòstics apressats de toxicomanies.</i>
Molts joves han provat algun tipus de droga i ni són toxicòmans, ni ho seran mai.	<i>Vigileu la possibilitat d'iniciar toxicomanies iatrogèniques.</i>
Els metges són els proveïdors de substàncies d'un elevat percentatge de toxicòmans.	
Recordeu que generalment són politoxicòmans.	

L'acolliment als familiars comporta

- *Escoltar* i procurar desangoixar la família abans que res per tal de poder analitzar objectivament el problema específic en cada cas.
- *Desaconsellar* actituds inadequades (massa permissives o massa rígides) que solen adoptar els familiars.
- *Transmetre* la idea bàsica que les solucions definitives, en el cas de dependències clarament establertes, es produeixen habitualment després d'un període més o menys llarg de presa progressiva de consciència de l'afectat respecte al seu problema i que no es pot dur a terme cap intervenció si la persona no ho accepta. Cal que sigui informat que per a l'abordatge de les drogodependències no hi ha, sovint, solucions immediates i definitives com en altres conflictes sanitaris per la complexitat de les causes i del seu tractament.
- *Deixar clar que sempre és possible intervenir* si es plantegen objectius realistes, segons cada cas i de cada moment, encara que aquests siguin inicialment parcials o mínims.
- *Informar i derivar* els familiars en situacions o casos complexos, cap a un centre especialitzat, on puguin rebre assessorament i seguiment.

Annex 5. El personal d'AP i les demandes dels usuaris de drogues

A diferència d'altres pacients, l'addicte a drogues arriba al CAP o a urgències amb un diagnòstic establert que utilitza per explicar i justificar la seva demanda, creu conèixer el tractament que necessita i la conducta que cal seguir per curar-lo: prescripció de determinats fàrmacs, hospitalització, ingrés en una comunitat terapèutica...

Tant el pacient com els seus familiars imprimeixen un caràcter urgent a la demanda. L'angoixa i la depressió, associades a la manca de droga, determinen el seu comportament: les seves sol·licituds es realitzen d'una forma explícita o encoberta, pressiona o sedueix mitjançant amenaces d'agressió als professionals, a la societat o a si mateixos.

Taula 1. Demandes de psicofàrmacs

Em fa molt mal, tinc un còlic (o mal de queixal) i només em calma el Sosegon® o el Buprex®.	<i>Interrogueu-lo i exploreu-lo, pot ser un pretext. No prescriteu el fàrmac que us demana.</i>
Estic deprimit, necessito Centramina® o Dexedrina®.	<i>Examineu-lo i aconselleu-li tractar la depressió. Expliqueu-li que aquest fàrmac creen dependència.</i>
Sóc epilèptic i he acabat el Luminal®.	<i>Confirmeu-ne l'existència. En cas de dubte prescriviu benzodiazepines i deriveu-lo a l'especialista.</i>
L'especialista em dona Dexedrina® o Antiobes® per aprimar-me. Ara m'he tornat a engreixar i hauria de tornar-me'ls a prendre.	<i>Proposa un tractament més adequat.</i>
Segueixo tractament amb el psiquiatre, m'he quedat sense Artane® i Akineton®.	<i>Exploreu la causa i les circumstàncies que varen motivar la prescripció. Adreceu-lo a l'especialista.</i>
Tinc la síndrome d'abstinència d'opiacis, tinc rampes i em fan mal els ronyons, no dormo. Tinc por de morir-me. Si no em dona Rohipnol® hauré d'atracar una farmàcia.	<i>La síndrome d'abstinència als opiacis es presenta com una exacerbació d'una crisi d'ansietat. Oferiu-li ajut terapèutic sense prescriure opiacis, ofereu-li la possibilitat d'anar a un centre especialitzat. Feu-li notar que la manera d'aconseguir els diners o les drogues és responsabilitat seva.</i>
Tinc el braç infectat (o tinc una hepatitis). Curi'm. (El pacient reconeix que pren drogues, però no demostra gaires intencions de deixar-les).	<i>Tracteu el problema somàtic. Informeu-lo sobre les mesures higièniques d'injecció i la possibilitat de vacunació. Tracteu de mantenir-hi contactes. Torneu-lo a citar per controlar la seva patologia orgànica.</i>
Em trobo molt malament. Us aviso que si no em doneu el que us demano faré una bogeria.	<i>No cedi al xantatge. La millor manera d'actuar és sempre amb fermesa i claredat.</i>

Taula 2. Demandes de desintoxicació

Estic fent una desintoxicació progressiva: sóc toxicòman des de fa molt temps i he començat a desenganxar-me jo sol baixant progressivament la dosi. Ara estic només amb un "xute" al dia. Necessito algunes pastilles de Buprex® per acabar de desenganxar-me. Els altres metges no entenen el meu problema. Només vostè em pot ajudar.

No us comprometeu amb aquest tipus de demanda, seríeu objecte de manipulacions si prescriviu opiàcis. Habitualment s'empren per via endovenosa, i també es revenen en el mercat negre.

Mai sabreu si sou l'únic que li prescriu.

Si el pacient realment vol desintoxicar-se, deriveu-lo a un centre especialitzat.

L'abandonament de la dependència d'una substància és un procés en el temps, normalment d'anys, durant el qual l'individu evoluciona a través d'una presa de consciència progressiva dels conflictes associats al seu consum. En aquest procés, els intents de tractament i les recaigudes són situacions habituals i formen part del procés de maduració del drogodepenent per tal d'aconseguir l'abstinència.

En aquesta evolució, el protagonista principal és el propi individu. Els professionals podem afavorir-la o accelerar-la, però cal tenir en compte que el nostre marge d'intervenció és limitat.

Annex 6. Recursos i serveis especialitzats: Xarxa d'Atenció a les Drogodependències

La llista que es presenta agrupa per comarques els centres de tractament als quals es pot adreçar els pacients drogodependents i els seus familiars perquè siguin informats, assessorats i/o tractats.

Aquests centres disposen d'equips multidisciplinaris especialitzats i experimentats i actuen com a centres de referència de la xarxa assistencial sanitària i social.

Organ Tècnic de Drogodependències

Departament de Sanitat i Seguretat Social
 Travessera de les Corts, 131-159
 08028 Barcelona
 Tel. 93 339 11 11
 Tel. 93 412 04 12: Línea verda d'informació i orientació sobre drogodependències

Centres d'atenció i seguiment (CAS)

CAS Alt Empordà
 C. Tramuntana, s/n
 17600 Figueres
 Tel. 972 51 13 08
 Dissabte, de 9.30 a 13.30

CAS Baix Empordà
 C. Àngel Guimerà, 6
 Tel. 972 61 06 07
 17200 Palafrugell
 Dimarts, de 16.30 a 20.30

CAS La Garrotxa
 C. Sant Rafael, 14 1r.
 17800 Olot
 Tel. 972 26 92 02
 De dilluns a divendres, de 8 a 14.30

CAS Gironès
 C. Mossèn Baldiri Reixac, 50 baixos
 17003 Girona
 Tel. 972 20 55 05
 De dilluns a divendres, de 9 a 14 i de 16 a 21

CAS La Selva
 Pl. Republica Argentina, 2
 17300 Blanes
 Tel. 972 33 61 11
 Dimecres, de 16.30 a 20.30

Altres centres

Associació Tramuntana d'Ajut i Reinserció del Toxicòman
C. Baldiri Reixach, 50
17003 Girona
Tel. 972 20 55 05

Grup ACEDA
C. Sant Cristòfol, 3, baixos
17600 Figueres
Tel. 972 50 55 97

- ACEDA Roses
Departament de Serveis Socials. Tel. 972 25 61 44
- ACEDA Palamós
Departament de Serveis Socials. Tel. 972 61 33 96
- ACEDA Tosa de Mar
Consultori Local. Tel. 972 34 18 27

Centre Català de Solidaritat
Fundació Sense Cadenes
Pda. de la Mercè, 8
17004 Girona
Tel. 972 20 49 80

Unitat d'infermeria d'atenció a drogodependències

CAP Alt Empordà
C. Tramuntana, s/n
17600 Figueres
Tel. 972 51 13 08

CAP Roses
Mas Oliva, s/n
17480 Roses
Tel. 972 25 31 13

Centres dispensadors de metadona

Alt Empordà

Hospital de Figueres
CAP Roses

Baix Empordà

Hospital de Palamós
ABS Palafrugell
ABS La Bisbal d'Empordà
ABS Torroella de Montgrí
CAP Sant Feliu de Guíxols

La Selva

Hospital Comarcal de la Selva
CAP Arbúcies

Gironès

Hospital Santa Caterina
CAP Salt
CAP Vila-roja
CAS Girona (Fundació Teresa Ferrer)

Ripollès

Hospital de Campdevàrol

Garrotxa

Hospital Sant Jaume d'Olot
ABS Sant Joan les Fonts

Farmàcies dispensadores de metadona

Alt Empordà

Farmàcia Cullell Riera, Figueres
Farmàcia Mont Gorgot, Vilafant

Baix Empordà

Farmàcia Piera de Ciurana, la Bisbal d'Empordà

La Selva

Farmàcia Bassó Alcalde, Amer

Gironès

Farmàcia Conejero Lobos, Girona
Farmàcia Badia Caros, Girona
Farmàcia Brunsó Teixidor, Sant Julià de Ramis

Garrotxa

Farmàcia Muntanya Dou, Olot
Farmàcia Sans Rubio, Olot

Intercanvi de xeringues

Alt Empordà

Farmàcies de Figueres
Hospital de Figueres
CAP Alt Empordà
CAP Roses

Baix Empordà

Hospital de Palamós
ABS Palafrugell
ABS La Bisbal d'Empordà
CAP Sant Feliu de Guíxols

La Selva

Farmàcies de Blanes
Hospital Comarcal de la Selva

Gironès

Farmàcies de Girona
Programa al carrer de Girona
ACAS
CAS Girona (Fundació Teresa Ferrer)
ABS Salt
Farmàcies de Salt
CAP Vila-roja

Ripollès

CAP Ripollès

Garrotxa

Farmàcies d'Olot
CAS Garrotxa

Bibliografia

Majó i Roca X. et al. L'Atenció Primària de la Salut i les drogodependències. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1992.

Alvarez F, Barrio G, Bravo MJ et al. Actuar es posible: El farmaceutico ante los problemas del consumo de drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas, 1990.

Boix RI, Bravo MJ, Dol-Re M et al. Actuar es posible: El profesional de atención primaria de la salud ante los problemas derivados del consumo de drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas, 1992.

Colom J, Casas M, Pujol R et al. Document del grup de treball Salut Mental i drogodependències. Document de treball.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc: bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Doyma, 1993.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Criteris comuns mínims per a l'atenció de problemes de salut (I). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut, 1995; 23-27. (Pla de salut. Quadern núm. 1)

Prochaska J, Di Clemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. J Counseling and Clinical Psych 1983; 51: 390-5.

National Institute on Drug Abuse. NIDAInfobox <<http://www.nida.gov>>

Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas <<http://www.mir.es/pnd/index.htm>>

IDEA-Prevención. Sistema de Información Técnica sobre Prevención del Abuso de Drogas <<http://www.idea-prevencion.com>>