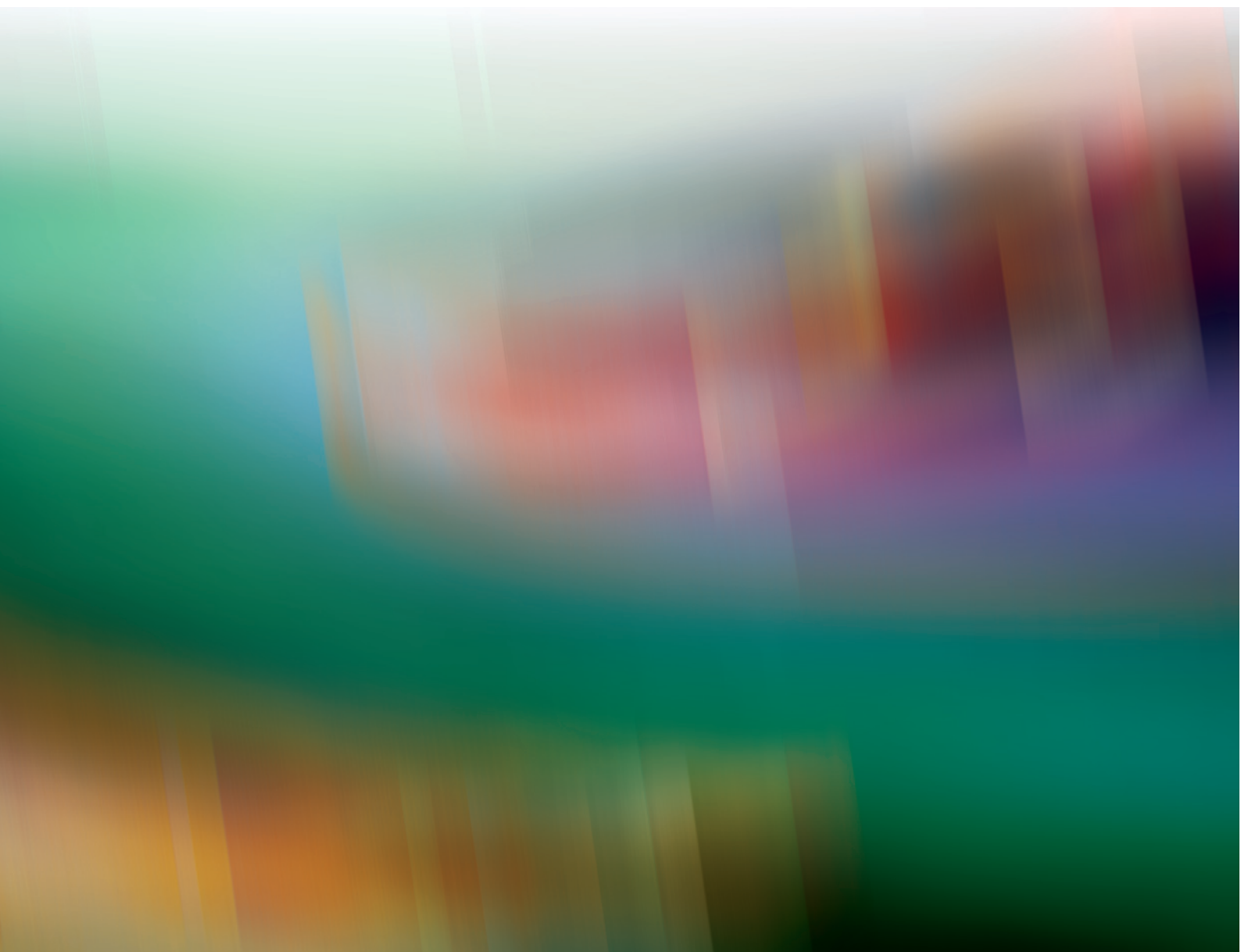


ACTUAR É POSIBLE

O papel da Atención Primaria ante os problemas de saúde relacionados co consumo de drogas



ACTUAR É POSIBLE

**O papel da Atención
Primaria ante os
problemas de saúde
relacionados co
consumo de drogas**

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Santiago 2010

Edita:
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Servizo Galego de Saúde
Edición en galego 2010

© 2007, Sociedade Española de Medicina de Familia e Comunitaria
Portaferrissa 8, pral.
08002 Barcelona
www.semfc.es

Difux, SL
Depósito legal:

RELACIÓN DE AUTORES

Coordinador:

José Zarco Montejo

Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria

Profesor Asociado de Medicina Interna da Universidade Complutense de Madrid (UCM)

Coordinador do Grupo de Intervención en Drogas semFEC

CS Ibiza. Área 1 Servizo Madrileño de Saúde (SERMAS)

Autores:

José Zarco Montejo

Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria

Profesor Asociado de Medicina Interna da UCM

Coordinador do Grupo de Intervención en Drogas semFEC

CS Ibiza. Área 1 SERMAS

Fernando Caudevilla Galligo

Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria

Consellería de Xustiza e Interior da Comunidade de Madrid

Membro do Grupo de Intervención en Drogas semFEC

Asensio López Santiago

Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria

Máster en Terapia de Conduta

Experto en Drogodependencias

Membro do Grupo de Intervención en Drogas semFEC

Jesús Apolinar Álvarez Mazariegos

Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria

Experto en Bioética pola UCM

Membro do Grupo de Intervención en Drogas semFEC

CS Allariz. Ourense

Susana Martínez Osorio

Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria

Máster en Drogodependencias

Membro do Grupo de Intervención en Drogas semFEC

CAID Móstoles. Madrid

PRÓLOGO

Resulta unha obviedade sinalar que a atención ás drogodependencias é tanto máis eficaz canto antes se detecta a situación do consumo de drogas.

É evidente, por outra banda, que o primeiro profesional da saúde que pode entrar en contacto coa persoa afectada é o profesional de Atención Primaria.

Por todo isto, é fundamental que estes profesionais tomen conciencia do relevante papel que poden desempeñar á hora de detectar precozmente eses consumos e de tomar medidas para que non pasen a situacións de maior gravidade.

Todos somos conscientes do traballo, en ocasións abafante, que padecen os profesionais que traballan no ámbito da medicina familiar e comunitaria, e esta mesma publicación que agora presentamos faise eco dese problema. Non obstante, os autores toman partido desde o primeiro momento e sinalan o ineludible compromiso coa poboación que teñen estes profesionais, e a obriga de dar resposta a este fenómeno desde a posición que ocupan no Sistema Nacional de Saúde.

O Ministerio de Sanidade e Consumo e os responsables do Plan Nacional sobre Drogas levan anos recoñecendo a relevante función que compete a estes profesionais da Atención Primaria. Así, o Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008, elaborado e posto en marcha polo Goberno a principios de 2005, sinala como unha das súas accións «reforzar o papel dos Equipos de Atención Primaria, como primeiro chanzo e porta de entrada do sistema sanitario, na detección dos problemas de saúde derivados do consumo de drogas, na intervención precoz e na atención á drogodependencias».

Na propia Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas existe un equipo de traballo dedicado a estudar os mellores modos de establecer vías de colaboración cos profesionais de Atención Primaria.

Un dos resultados do traballo dese equipo é precisamente a elaboración desta publicación. O obxectivo desta vén explicitado nas primeiras liñas do capítulo inicial: por un lado, propiciar a reflexión dos profesionais que traballan no contorno da Atención Primaria (médicos de familia, pediatras e profesionais da enfermería) acerca do que poden e deben facer desde o seu posto de traballo ou no que se refire aos consumos de drogas e aos problemas asociados a estes. E por outro lado, proporcionar unhas claves para intervir adecuadamente neses temas.

O libro é eminentemente didáctico e ao longo dos seus nove capítulos expón cunha linguaxe clara e directa toda unha serie de aspectos que pretenden axudar aos seus destinatarios a unha mellor comprensión do fenómeno das drogodependencias e á súa abordaxe desde a Atención Primaria de saúde.

Así, inclúense temas que van desde a epidemioloxía dos consumos ata a coordinación con outros profesionais (tanto estritamente sanitarios como dos servizos sociais), pasando por elaborar unha historia clínica para valorar o consumo de drogas dun paciente, o traballo coa familia, etc.

Unha mostra máis do carácter esencialmente didáctico e práctico deste libro son os anexos, nos que figuran unha serie de fichas informativas sobre as substancias de uso máis común, así coma unha bibliografía, recursos web sobre drogas e un directorio dos organismos públicos que se ocupan deste tema.

Non me queda máis que felicitar os autores deste libro, agradecerlles o esforzo e o traballo que lle dedicaron, e animar a todos aqueles profesionais que traballan na Atención Primaria a que se sirvan del como unha ferramenta de traballo que os axude a ser máis efectivos á hora de traballar cun problema da trascendencia social e sanitaria como é o das drogodependencias.

Pola miña parte, desde a miña responsabilidade como Delegada do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas, e ao mesmo tempo como profesional da medicina que tamén traballou en Atención Primaria, quero transmitirles a miña absoluta dispoñibilidade a colaborar con este sector da sanidade en todo aquilo que redunde nun mellor desenvolvemento da súa actividade e nunha atención máis eficaz dos afectados polo consumo de drogas.

CARMEN MOYA GARCÍA
Delegada do Goberno
para o Plan Nacional sobre Drogas

PRESENTACIÓN

Querido lector, xa que tiveches a deferencia de dedicar un momento de tempo a esta presentación, pídoche permiso para botar man dalgúns datos da epidemioloxía que nos van permitir explicar, con grande expresividade, as pretensións do manual que temos entre mans. Por suposto que non é a miña intención atormentarte cunha soporífera listaxe de datos, máis ben ao contrario, simplemente me gustaría presentar algunha información relevante de aspectos cotiás, diríamos rutineiros, que puideron suceder na túa consulta durante estas últimas semanas.

Tampouco penses que esta presentación é un sibilino recurso que intenta emular a eses pretenciosos profesores, por todos coñecidos, que ao se sentiren pouco valorados por ter que impartir, un e outro ano, a «materia maría», se inventaban todo tipo de estratagemas para parecer máis importantes, e o único que conseguían era amolar, un pouco máis, os alumnos.

Non, non é esta a miña intención. Simplemente quero aproveitar este valioso tempo que estás dedicando á lectura para ordenar e agregar esa información que cada día se presenta nos nosos centros de saúde, que está relacionada co consumo de drogas, que ten unhas claras e coñecidas consecuencias para a saúde dos nosos pacientes.

Repasemos a epidemioloxía. Coñecemos con seguridade que máis dun 30% das persoas que acudiron aos nosos centros de saúde nestes últimos días sofren unha adicción ao tabaco que lles impide abandonalo, malia que 7 de cada 10 nos expresan de maneira reiterada a súa determinación para deixar de fumar. E tamén sabemos que preto do 9% dos nosos pacientes teñen un patrón de consumo de alcohol de alto risco, porcentaxe que acada un 14% nos homes.

Tampouco podemos esquecer que o 42% das adolescentes de 14 a 18 anos que temos asignadas na nosa cota xa padecen unha adicción ao tabaco. E que se por calquera motivo de saúde nos tivesen visitado 100 mozos ou mozas destas idades nos pasados meses, cunha simple pregunta teríamos descuberto que nun período de 4 semanas, 35 deles consumiran bebidas alcohólicas ata embriagarse e que 30 fumaran porros en compañía de amigos e colegas. Tampouco hai que esquecer os datos de consumo do resto das substancias adictivas, utilizadas como drogas de recreo, que a pesar do seu menor consumo tamén teñen potenciais riscos para a saúde.

Os datos parecen elocuentes. Os nosos pacientes, moitos dos nosos pacientes, conviven de maneira cotiá cos riscos derivados do consumo destas substancias adictivas. En moitas ocasións sen maiores consecuencias para a súa saúde, pero noutras... Daquela, como se desprende da información, os profesionais de Atención Primaria temos unha interesante tarefa por diante. Por suposto, evitando as tentacións de magnificar as consecuencias desta situación e sen caermos en mensaxes alarmistas ou moralistas que farían pouco viables as intervencións, que han estar baseadas no rigor científico e mais no coñecemento.

Médicos de familia, pediatras, enfermeiras e traballadores sociais da Atención Primaria temos nas nosas mans a posibilidade de contribuír a paliar os posibles efectos nocivos derivados do consumo de drogas.

Pero non estamos diante dunha tarefa doada. Amplo é o noso campo de acción e escasos os recursos que o sistema sanitario pon ao noso alcance. Sen esquecer que estamos diante dun problema complexo en que interveñen múltiples variables, diversos actores, e no que conflúen factores de risco e protección que non sempre están baixo o noso ámbito de actuación. E destacando que necesitamos moitos máis estudos que nos indiquen con mellor precisión e eficiencia a contribución desde a Atención Primaria.

En calquera caso, neste contexto de complexidade, dispomos deste texto elaborado por integrantes do Grupo de Intervención en Drogas da semFEC, coa colaboración e o financiamento da Delegación do Goberno do Plan Nacional sobre Drogas, que pretende contribuír modestamente a achandar esta abrupta tarefa.

LUIS AGUILERA GARCÍA
Presidente da semFEC

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. Xustificación	1
CAPÍTULO 2. Epidemioloxía dos patróns de consumo	5
CAPÍTULO 3. Historia clínica: o rexistro de consumos de drogas	13
CAPÍTULO 4. Valoración do consumo de drogas	19
CAPÍTULO 5. Actividades preventivas ante o consumo de drogas	25
CAPÍTULO 6. Traballo coa familia	37
CAPÍTULO 7. Valoración e tratamento dos problemas relacionados co consumo de drogas	41
CAPÍTULO 8. Coordinación con outros profesionais	49
CAPÍTULO 9. Selección de programas de prevención do consumo de drogas	53

ANEXOS

FICHAS DE SUBSTANCIAS:

• Alcohol	63
• Benzodiazepinas	68
• Cannabis	71
• Cocaína	73
• Éxtase	76
• GHB	78
• Heroína	80
• Fungos alucinóxicos	83
• Ketamina	85
• LSD	87
• <i>Poppers</i>	89
• <i>Speed</i>	90
• Tabaco	92

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	97
RECURSOS WEB SOBRE DROGAS	101
DIRECTORIO DE ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN COAS DROGAS	105
RECURSOS ASISTENCIAIS E DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE TRASTORNOS ADICTIVOS EN GALICIA	107
LISTADO DE RECURSOS ASISTENCIAIS DE TRASTORNOS ADICTIVOS EN GALICIA	113
CONCELLOS QUE ATENDE CADA UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS	127
UNIDADES ASISTENCIAIS DE DROGODEPENDENCIAS (UAD) ÁREAS DE INFLUENCIA	131

XUSTIFICACIÓN

En que consiste esta publicación?

- Trátase dun documento que pretende inducir á reflexión aos profesionais que traballamos na contorna da Atención Primaria (AP) sobre o que podemos e debemos facer desde as consultas dos centros de saúde en relación cos problemas derivados do consumo de drogas.
- Tamén pretendemos dar unhas claves para a adecuada intervención neses problemas e suxerir como afondar nun estudo máis amplo.

Como se estrutura?

- Preténdese responder a unha serie de preguntas que todos nos formulamos en relación coas drogas, dunha forma sinxela e clara, fundamentada no maior grao de evidencia dispoñible, co obxecto de estimular un posterior estudo e coñecemento na materia.
- Na sección dos anexos, revísanse as substancias consumidas como drogas de abuso con maior frecuencia, en relación cos seus efectos, tanto positivos (os buscados no seu consumo) como prexudiciais (os non desexados e/ou tóxicos), e os tratamentos dispoñibles.
- Na sección de bibliografía, inclúense referencias bibliográficas e páxinas web relacionadas para profundar no estudo e no coñecemento das drogas e as consecuencias do seu consumo.

Por que temos que actuar ante os problemas relacionados co consumo de drogas desde Atención Primaria?

- Os profesionais de AP, médicos de familia, pediatras e enfermeiras coñecemos as persoas que atendemos, no seu contexto, familiar e social, nos diferentes momentos e etapas vitais (**accesibilidade, continuidade da atención**).
- Adoptamos un enfoque **integral** da saúde en todas as súas esferas: biolóxica, psicolóxica e social (globalidade da atención).
- Temos numerosos contactos ao longo da vida das persoas, que depositan a súa confianza en nós á hora de os asesorar na súa saúde (**lonxitudinalidade**).

2 O PAPEL DA AP ANTE OS PROBLEMAS DE SAÚDE RELACIONADOS CO CONSUMO DE DROGAS

- Partimos dunha formación en técnicas de comunicación que nos facilita a abordaxe de aspectos íntimos e privados, como pode ser o consumo de drogas, sexan legais sexan ilegais.
- Prestamos unha atención integral e integrada non só nas diferentes fases de saúde/enfermidade: promoción da saúde, prevención, diagnóstico, tratamento e rehabilitación, senón tamén na coordinación con outros niveis de atención: centros de especialidades, hospitais, dispositivos específicos da rede de drogas, unidades de saúde mental, etc.
- Traballamos en equipos multidisciplinares: médicos de familia, pediatras, enfermeiras, traballadores sociais, auxiliares, etc.
- Non só coñecemos as características propias da comunidade na que traballamos, senón que temos posibilidades de traballar coa poboación en diferentes foros: consellos de saúde, mesas de saúde escolar, asociacións de veciños, colexios, etc. (medicina familiar e comunitaria, MFeC).
- Podemos intervir de forma activa e non só á demanda dos diferentes problemas de saúde.
- Cada vez hai máis profesionais con formación en técnicas específicas de entrevista clínica dirixida ao consello, motivación para o cambio, entrevista motivacional, etc. (docencia e investigación en AP).
- Traballamos desde unha perspectiva da mellora continua da calidade dos nosos servizos, fundamentada na evidencia científica dispoñible en cada momento, con programas de saúde e cos seus indicadores de avaliación, sempre nun contexto ético da atención.
- Porque existen estudos que demostran unha predisposición para unha maior implicación nos problemas relacionados co consumo de drogas (Megias et al., 2001).
- Cada vez son maiores as demandas relacionadas con problemas derivados do abuso de drogas socialmente «normalizadas».

... e sobre todo: **PORQUE A POBOACIÓN Á QUE ATENDEMOS ASÍ O PRECISA!**

*Coa falta de tempo que temos no día a día nas consultas...
outra tarefa máis?*

- O noso compromiso coa poboación, o importante papel das actividades preventivas e de promoción de hábitos de vida saudables no noso traballo diario e as crecentes necesidades sociais relacionadas cos problemas derivados do aumento do consumo de drogas de abuso na nosa sociedade, obríganos a dar resposta e a intervir desde a nosa posición privilexiada, igual ca con calquera outro problema de saúde dos que estamos máis afeitos a abordar, ás veces mesmo a pesar da ausencia de resultados relevantes.

- Existen evidencias da efectividade e da eficiencia de certas intervencións no ámbito da AP con determinadas drogas: por exemplo, consello e intervencións motivacionais breves no consumo de tabaco.

Estamos os profesionais de AP preparados para intervir nos problemas relacionados coas drogas?

- Resulta evidente a existencia de carencias formativas específicas en relación coas drogas, feito que xustifica o presente traballo. Así e todo, cada vez hai un número maior de profesionais preparados ao respecto. O programa da especialidade en MFEC vixente contempla unha área competencial específica, existen diferentes grupos de traballo que abordan este tipo de problemas (Programa de Actividades Preventivas e de Promoción da Saúde [PAPPS], GID, de tabaco, alcohol, etc.), hai numerosas ofertas formativas e, o que é máis importante, a formación integral da meirande parte dos profesionais en habilidades de comunicación e entrevista clínica, técnicas de motivación para o cambio, etc. é cada vez maior.
- Moitos dos profesionais que traballan nas redes específicas de drogodependencias son médicos de familia.

Pretendemos entrar en competencia con outros recursos xa existentes?

- Nin moito menos. Igual ca con outros problemas de saúde, coma por exemplo a diabete mellitus, a función dos profesionais de AP é fundamental na súa prevención, diagnóstico precoz, tratamento e seguimento, con múltiples e diferentes intervencións tanto individuais coma grupais e/ou comunitarias. Isto non quere dicir que a existencia e a participación doutros especialistas, internistas, endocrinólogos de diferentes ámbitos, centros de especialidades, unidades específicas, centros hospitalarios, sexa tanto ou máis importante nas diferentes fases dos enfermos diagnosticados de diabete. O adecuado coñecemento dos recursos existentes, as persoas que traballan neles, a coordinación, o traballo integrado, os criterios e vías de derivación e interconsulta, o acceso a unha historia clínica compartida son indispensables para a correcta abordaxe de calquera problema de saúde. Polo tanto, a participación dos diferentes profesionais que traballan nas redes específicas de drogodependencias, as unidades de saúde mental e outros profesionais e especialistas dos diferentes niveis de asistencia sociosanitaria é e seguirá a ser fundamental, se ben co obxectivo final dunha abordaxe global, coordinada e integrada e, daquela, moito máis eficiente.

EPIDEMIOLOXÍA DOS PATRÓN DE CONSUMO

Cales son as drogas máis consumidas no Estado español na poboación xeral?

1 Na poboación xeral (a comprendida entre 15 e 64 anos), **as drogas legais son as que presentan maior prevalencia de consumo:**

- a) O **alcohol** é o psicoactivo de consumo máis extendido en España. No ano 2003, un 48,2% da poboación tomara semanalmente bebidas alcohólicas e un 21,2% emborrachárase. Por outra banda, nos 30 días previos, un 14,1% consumira diariamente bebidas alcohólicas e un 5,3% fora «bebedor de risco» (homes cun consumo de 50 ml de alcohol puro/día ou máis e as mulleres cun consumo de 30 ml/día ou máis).
- b) En 2003, un 35,1% da poboación de 15-64 anos residente en España fumaba **tabaco** diariamente. Por grupos de idade, a prevalencia de consumo diario máis elevada correspondía aos homes de 35-64 anos (43,7%). A media de cigarros consumidos diariamente polos fumadores habituais era de 15,7 (se ben un 46,1% fumaba 20 cigarros/día ou máis).

2 Con respecto ás **drogas ilegais**, os datos epidemiolóxicos máis relevantes na poboación xeral son os seguintes:

- a) As derivadas do **cannabis** (haxix, marihuana) son as drogas ilegais de consumo máis prevalentes. No ano 2003, un 29% dos españois entre 15 e 64 anos consumíraas algunha vez na vida; un 11,3% nos últimos 12 meses; un 7,6% algunha vez nos últimos 30 días, e un 1,5% a diario neste último período.
- b) O **resto das drogas ilegais** (cocaína, anfetaminas, éxtase e derivados, alucinóxicos) presentan prevalencias de consumo significativamente inferiores na poboación xeral. Convén salientar a diferenza entre o consumo experimental («algunha vez na vida») e o habitual (que se correlaciona co indicador «algunha vez no último mes») (figura 1).
- c) **As prevalencias de consumo no grupo de idade entre adultos novos** (15-34 anos) **son moito máis elevadas que entre as persoas de maior idade** (35-64 anos). Por exemplo, as prevalencias de consumo experimental de cannabis, cocaína e éxtase son do 20,1, 4, 8 e 8,3% no primeiro grupo fronte ao 4,2, 0,9 e 1,6% no segundo.

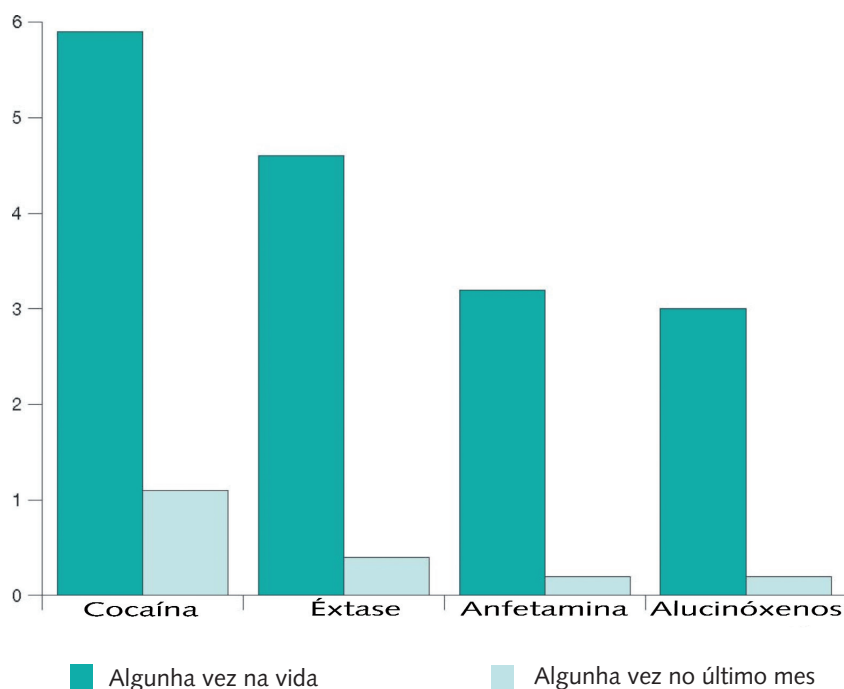


Figura 1. Prevalencias de consumo dalgunhas drogas ilegais na poboación xeral (2003).

d) Outras drogas, como a heroína, outros opiáceos ou inhalantes volátiles, presentan prevalencias de consumo moi baixas na poboación xeral. Porén, as enquisas realizadas na poboación xeral non son un bo método para estimar a prevalencia de consumo destas substancias: o acceso a moitos consumidores socialmente marxinados pode ser complicado e a precisión das estimacións é máis baixa cando diminúe moito a prevalencia de consumo.

Cales son as drogas máis consumidas no Estado español na poboación escolar?

1. As drogas legais tamén son as máis consumidas nos estudos e enquisas relativos á poboación escolar (14-18 anos): un 65,6% dos estudantes desta idade consumiran bebidas alcohólicas no último mes e un 34,8% sufrira unha intoxicación alcohólica nese período. Por outra parte, un 21,5% dos estudantes fumaba diariamente.
2. **O cannabis é a droga ilegal de consumo máis extendido.** No ano 2004, un 42,7% consumira cannabis algunha vez na vida; un 36,6%, nos últimos 12 meses e un 25,1%, algunha vez nos últimos 30 días. A media de cigarros de haxix (porros) consumidos nos días de consumo foi de 2,5.

3. O resto das drogas ilegais presentan prevalencias de consumo moito menores. Así e todo, as diferenzas de consumo entre os 14 e os 18 anos son moi elevadas (figura 2).

Cal foi a avaliación dos patróns de consumo de drogas nos últimos 10 anos?

1. Con respecto ao **alcohol**, na poboación de 15-64 anos apreciábase unha tendencia á **estabilización** do consumo. Entre os **estudantes** de ensinanzas secundarias de 14-18 anos, **augmentou o consumo intenso**, que adoita centrarse na **fin de semana**. Neste grupo, a prevalencia de intoxicacións etílicas nos 30 días previos á enquisa pasou do 20,7% en 1994 ao 34,8% en 2004, e a proporción de bebedores de risco neses 30 días, do 8,6% en 1996 ao 12,3% en 2004.
2. As prevalencias de consumo de tabaco non amosan un descenso claro e mantido. Entre os estudantes de 14-18 anos, o consumo mantívose practicamente estable entre 1994 e 2004, aínda que se apreciou un leve descenso entre os estudantes de 14 e 16 anos. É pronto para valorar a eficacia das recentes reformas lexislativas para reducir o consumo de tabaco.

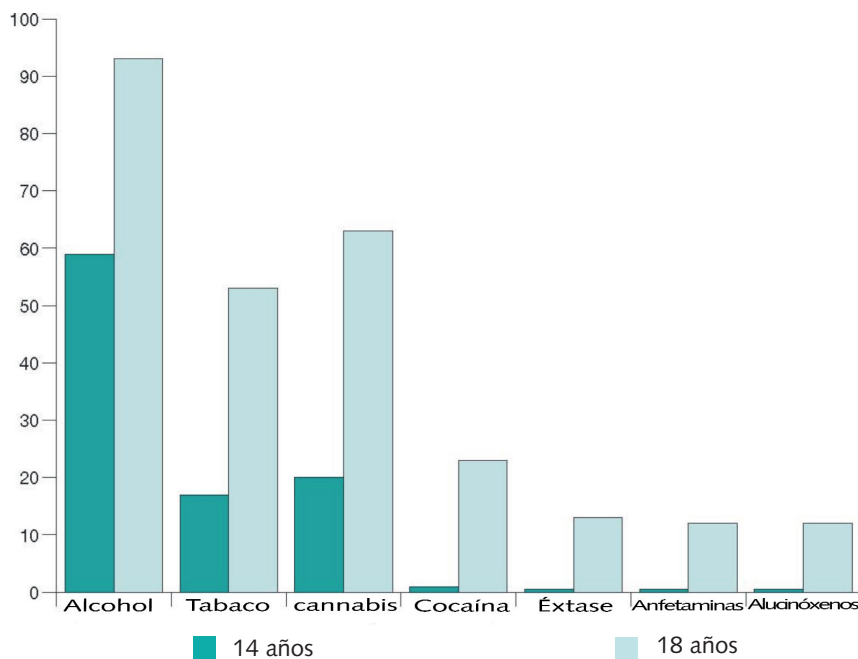


Figura 2. Prevalencia do consumo de drogas «algunha vez na vida» na poboación escolar.

3. **A cocaína e o cannabis** son as drogas cuxa prevalencia de consumo **amentou de forma máis clara** na última década. Este incremento obsérvase en todos os segmentos de poboación e é máis acusado entre os adolescentes e a xente nova (figuras 3 e 4). A dispoñibilidade percibida destas dúas substancias é tamén elevada e crecente.
4. **O consumo de éxtase, anfetaminas e alucinóxenos** mantense **estable**, sen que se poida apreciar unha tendencia clara. En xeral, a prevalencia de consumo destas substancias é baixa, pero emprégase entre 4 e 8 veces máis en mozos e mozas (15-34 anos) que en persoas de 35 a 64 anos. O patrón de consumo máis habitual destas substancias é o ocasional ou esporádico, asociado a espazos de lecer e no seo do policonsumo de distintas substancias.

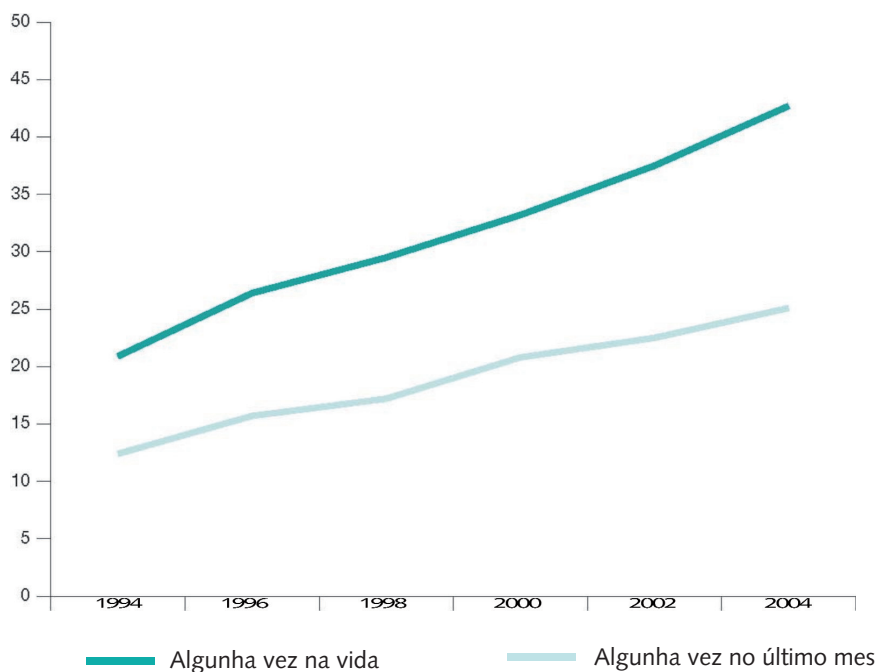


Figura 3. Evolución das prevalencias de consumo de cannabis na poboación escolar (1994-2004).

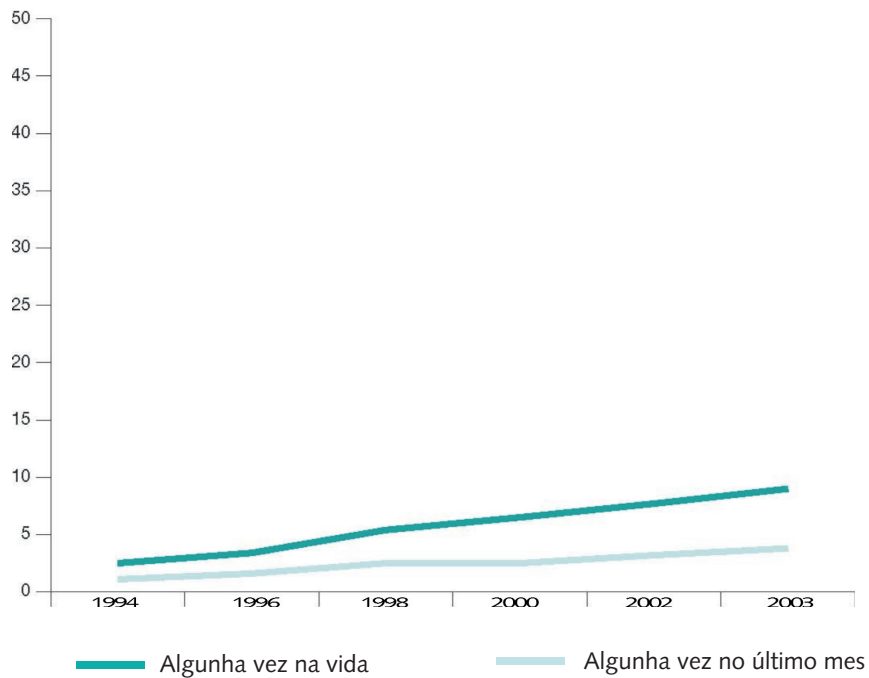


Figura 4. Evolución das prevalencias de consumo de cocaína na poboación escolar (1994-2004).

Cal é a idade media de inicio no consumo de drogas?

Os datos que ofrecen os estudos e as enquisas do Plan Nacional sobre Drogas preséntanse na táboa 1.

- Os rangos de idade das enquisas dificultan a súa interpretación. A Enquisa Escolar estima unha idade de inicio inferior á enquisa xeral, xa que o rango de idade dos enquistados se encontra entre os 14 e os 18 anos. Considerado no seu conxunto estes estudos e outros máis específicos (enquisas á poboación xuvenil con rango de

Táboa 1. Media de idade do consumo de drogas*

	Escolar (anos)	Xeral (anos)
Tabaco	13,2	16,5
Alcohol	13,7	16,7
Cannabis	14,7	18,5
Cocaína	15,8	20,9
Éxtase	15,6	20,3
Anfetaminas	15,7	19,6
Alucinóxenos	15,8	19,9

idades máis amplo, enquisas a mozos e mozas en idade de servizo militar, etc.), podemos concluír que as drogas de **inicio máis precoz** son, por esta orde, o **tabaco**, o **alcohol** e o **cannabis**. O resto das drogas ilegais presentan unha idade media de inicio ao consumo máis elevada.

2. **A media de idade de inicio no consumo mantívose estable durante a última década.** As variacións son pequenas e de significación estatística descoñecida. Unha diminución importante neste indicador constituiría unha variable epidemiolóxica de importancia, xa que o contacto precoz con calquera droga se asocia cunha maior probabilidade de aparición de problemas, como abuso ou dependencia.

Existen diferenzas en relación co sexo no consumo de drogas?

De forma xeral, as prevalencias de consumo en todas as substancias e en todos os rangos de idade son máis elevadas noa **homes** ca nas mulleres. A idade de inicio tamén adoita ser máis baixa entre os homes. As diferenzas son menos acusadas en canto ao alcohol, o tabaco e o cannabis, e entre a poboación máis nova. No entanto, existen algunhas excepcións de importancia:

1. As diferenzas de sexo en canto ao consumo de tabaco diminuíron na última década. O maior incremento de consumo diario de tabaco entre 1997 e 2003 (do 19,1 ao 27%) corresponde ao grupo de mulleres entre 35 e 64 anos. Por outra parte, e no grupo de 14 a 18 anos, o consumo de tabaco é 10 puntos maior en mulleres ca en homes. Este cambio epidemiolóxico pode ter importantes consecuencias sanitarias no futuro.
2. O uso de hipnosedantes sen receita médica é tamén máis prevalente entre mulleres que entre homes en calquera idade, mesmo na poboación escolar de 14 a 18 anos.

Cales son os problemas sanitarios máis importantes relacionados co consumo de drogas?

1. **A heroína segue a ser a droga que causa maiores problemas sanitarios.** Nos últimos anos, o uso desta droga perdeu «visibilidade», pero aínda é moi prevalente en determinados núcleos marxinais:
 - a) En 2002, o 58,2% das admisións a tratamento estiveron relacionadas con esta droga.
 - b) A heroína e outros opioides son as drogas máis frecuentemente relacionadas con casos de morte por reacción aguda a drogas.
 - c) O número anual de novos diagnósticos da síndrome da inmunodeficiencia adquirida (sida) asociados coa inxección (incidencia anual) descendeu de forma importante entre 1994 e 2003. Así e todo, a partir de 2001 parece terse ralentizado o ritmo de descenso.

- d) A infección polo virus da hepatitis B (VHB) estivo sempre moi estendida entre os inxectores de droga (prevalencia do 20-40%). Epidemioloxicamente, este fenómeno poderase controlar a través da vacinación. A infección polo virus da hepatitis C (VHC) (prevalencia do 69%) é un dos problemas sanitarios máis graves na actualidade para esta poboación.
2. **Os problemas asociados co consumo de cocaína** están experimentando un rápido crecemento, paralelo ao incremento do uso desta substancia na poboación xeral:
- As admisións a tratamento por esta droga supuxeron un 25% do total en 2002. Non obstante, de considerarmos só as novas admisións (pacientes valorados por primeira vez) esta porcentaxe ascende ata o 41%, fundamentalmente en consumidores por vía intranasal.
 - Un de cada dous episodios de urxencia** por consumo de drogas ilegais está relacionado co consumo de **cocaína**.
 - A proporción de condutores falecidos que deron positivo para cocaína pasou do 5,2% en 1999 ao 6,8% en 2003.
2. **Os tratamentos** por abuso/dependencia de **cannabis** supoñen **un 10,3%** do total (21,3% de considerarmos só as novas admisións). É probable que esta cifra estea sobreestimada, xa que unha parte importante destes tratamentos están relacionados con sancións administrativas por consumo/tenza desta substancia na vía pública. Porén, tanto no caso do cannabis como no doutras drogas de uso recreativo, o uso habitual pode dar lugar a distintos problemas de tipo sanitario, moitos dos cales pasan desapercibidos e o ámbito de Atención Primaria constitúe un marco idóneo para a súa abordaxe.

Que datos hai dispoñibles acerca doutras substancias?

Existen datos indirectos acerca do consumo doutras drogas, algunhas delas de recente incorporación ao mercado. Outras presentan baixas prevalencias de consumo na poboación xeral, polo menos polo momento. O coñecemento das tendencias minoritarias é importante para valorar futuras estratexias de prevención e intervención.

- O consumo de clorhidrato de **ketamina** por vía intranasal asociado a espazos de lecer parece ir en aumento. O uso desta substancia con fins recreativos está asentado dabondo, polo menos nalgúns zonas do norte do estado (Euskadi, Navarra, Asturias, Cantabria, etc.), onde é unha substancia relativamente accesible.
- O **gammahidroxibutirato** (GHB) (mal chamado «éxtase líquida») é outra droga de síntese cuxo uso en espazos recreativos se popularizou nos últimos anos. A súa fabricación a partir de precursores legais é sinxela e barata. Así e todo, a súa estreita marxe recreativa en farmacia, coa conseguinte elevada probabilidade de

intoxicación, fan que sexa unha substancia relativamente pouco atractiva para moitos consumidores.

3. Descríronse case que 200 feniletilaminas e triptaminas de síntese con efectos estimulantes e psicodélicos. Algunhas delas, como a 2C-B, 2C-I ou a 5-MeO-DIPT, encóntranse de forma ocasional no mercado das drogas ilegais. Polo momento, trátase dun fenómeno moi minoritario. Aínda así, non se pode descartar que algunha destas substancias adquira popularidade e se converta nun fenómeno de consumo masivo.
4. O **uso psiconáutico** (con fins de autoexploración ou crecemento persoal) de plantas nativas de Latinoamérica con propiedades psicoactivas (aiahuasca, peiote, *Salvia divinorum*, etc.) é tamén un fenómeno reducido a círculos restrinxidos.
5. O uso da **cocaína en base** (*crack*) e da **metanfetamina en base** fumadas ou inxectadas é un fenómeno crecente na poboación marxinal estadounidense e nalgúns países europeos. Malia que en España esta pauta de consumo é aínda minoritaria, é importante prestar atención á súa evolución debido ás graves consecuencias sanitarias destas formas de consumo.

PARA SABER MÁIS:

- Enquisa domiciliaria sobre o abuso de drogas en España 2003. Dirección Xeral do Plan Nacional Sobre Drogas (DXPNDS). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004
Dispoñible en URL:
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf
- Enquisa estatal sobre o uso de drogas en Ensinanzas Secundarias 2004. Dirección Xeral do Plan Nacional Sobre Drogas (DXPNDS). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004
Dispoñible en URL:
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf
- Informe 2004. Dirección Xeral do Plan Nacional Sobre Drogas (DXPNDS). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004
Dispoñible en URL:
www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf
- Informe Anual 2006. Observatorio Europeo da Droga e as Toxicomanías (OEDT). Luxemburgo, 2005 Dispoñible en URL:
<http://ar2006.emcdda.europa.eu/es/home-es.html>

HISTORIA CLÍNICA: O REXISTRO DE CONSUMOS DE DROGAS

A **historia clínica** é o instrumento máis importante para abordar e valorar o consumo de drogas dun paciente. Unha **correcta anamnese** é a ferramenta básica de traballo, que se encontra, ademais, ao alcance de todos os profesionais. O médico de familia e o pediatra débense afacer a incluír preguntas acerca do consumo de drogas.

Antes de preguntar, é importante formularse os obxectivos da intervención: **¿que imos explorar?, como?** e, sobre todo, **¿para que?** Só así saberemos o que buscamos e estaremos prontos para o que poidamos atopar e, evitar caer no tópicos de «abrir a caixa de Pandora»

Para que realizar unha historia de drogas?

1. O noso último obxectivo como profesionais sanitarios é axudar á poboación a gozar do maior grao de saúde posible e, neste contexto, é importante coñecermos en toda historia clínica os posibles consumos de drogas:
 - a) Informar e asesorar as persoas sobre os posibles efectos e riscos no caso de que se produza o consumo de calquera droga (xestión de praceres e riscos).
 - b) Para valorar e diagnosticar precozmente posibles consumos de risco e asesorar con alternativas válidas de diminución deste.
 - c) Para diagnosticar, tratar e, se for o caso, derivar consumos problemáticos de drogas.
 - d) Para diagnosticar, valorar e intervir en calquera drogodependencia.
 - e) Para explorar posibles comportamentos e/ou problemas asociados co abuso de drogas e actuar en consecuencia:
 - Malos tratos.
 - Coexistencia doutras condutas de risco:
 - Condución temeraria.
 - Prácticas sexuais de risco (dificultade de usar o preservativo baixo os efectos das drogas, pois os seus efectos poden ser desinhibitorios e estimuladores do desexo, etc.).
 - Prácticas de certas actividades ou deportes baixo os efectos das drogas.
 - Doenzas asociadas (infectocontaxiosas, comorbilidade psiquiátrica, etc.).

Que hai que investigar en relación co consumo de drogas na historia clínica?

- Se a persoa consome, consumiu ou mesmo se pensa nun futuro consumo de drogas.
- Antecedentes persoais de consumos anteriores.
- Antecedentes familiares de problemas relacionados co consumo de drogas.
- Existencia de factores de risco para posibles consumos problemáticos.

O que vaíamos atopando ha marcar unha exploración máis profunda sobre o tema e a necesidade de incidir máis ou menos nel.

No caso de detectar un consumo ou a intención de o facer:

- Que coñecementos ten sobre as diferentes drogas: efectos buscados (o efecto positivo que busca todo consumidor), efectos negativos e/ou posibles consecuencias sobre a saúde, tanto a curto como a medio e longo prazo.
- Que cantidade de drogas consome e desde cando. Pautas e vías de consumo.
- Explorar as situacións de consumo e contextos (consumo en compañía ou acompañado pola parella, amigos, iguais, etc.).
- Posibles combinacións de drogas (polinconsumos), analizando o coñecemento sobre posibles sinerxias, antagonismos e efectos secundarios.
- Estadio do cambio en que se encontra respecto a un consumo determinado (Prochaska e DiClemente) (táboa 1).
- Intentos previos de abandono ou diminución do consumo, analizando as diferentes situacións.
- A tolerancia social cara ás drogas ilegais é, en xeral, moito menor que a que se ten diante do alcohol e do tabaco. Pero o feito obxectivo é que a morbimortalidade e o custo sanitario asociado a estas dúas substancias é moito máis elevado ca o do resto das drogas ilegais xuntas. A exploración e a abordaxe dos problemas en relación coas drogas legais cómpre que sexa un obxectivo prioritario.

En caso de non consumo, darase unha información xeral e un reforzo na abstinencia.

Como temos que realizar unha historia de drogas?

- Afondar moito nunha historia de consumo de drogas require dunha relación de confianza que non sempre é doada de conseguir. Debemos crear un clima empático que permita a escoita activa, coidar a nosa linguaxe non verbal e dispor do tempo adecuado.
- Para moitas persoas, o feito de falar sobre certos aspectos da súa vida privada relativos a condutas íntimas pode resultar incómodo, máis aínda se se trata de situacións de consumo de drogas ilegais, polo que cómpre sermos extremadamente coidadosos ao respecto.

Táboa 1. Estadios no proceso do cambio e obxectivos terapéuticos

Estadio	Definición	Obxectivo terapéutico
Precontemplación	O paciente non é consciente de que a súa conduta é problemática e non pensa en modificala	Xerar dúbidas, facendo ver a posible relación existente entre a súa conduta e as consecuencias detectadas
Contemplación	Paciente consciente da existencia dun problema. Comeza a pensar na posibilidade de realizar un cambio (aínda existe ambivalencia)	Facilitar a análise dos pros e os contras da súa conduta
Preparación	O paciente toma a decisión de cambiar	Asesorar acerca das accións necesarias para o cambio
Acción	O paciente realiza o cambio de conduta	Apoiar para que o cambio sexa efectivo
Mantemento	O Paciente activo na consolidación do cambio e a prevención de recaídas	Reanudar os procesos de cambio evitando bloqueos por desmoralización
Recaída	Máis que un fracaso supón un paso a un estado previo da acción	A recaída supón unha fonte de conclusións positivas desde o punto de vista da aprendizaxe

- O médico de familia debe abordar o consumo de drogas desde unha perspectiva estritamente sanitaria e non moral. É fundamental evitar os xuízos de valor e fuxir dos estereotipos («todos os consumidores de drogas son uns drogadictos», «os consumidores de drogas non se preocupan pola súa saúde», «as persoas que usan drogas teñen un problema de valores», etc.).
- Malia que é extensivo a toda historia clínica e acto médico, debemos coidar e reforzar aspectos éticos fundamentais, como a **confidencialidade**, o **segredo profesional** e a **autonomía do paciente** á hora de tomar as súas propias decisións sobre a súa saúde aínda cando poidan ser contrarias aos nosos obxectivos sanitarios. E isto debe ser así independentemente do sexo, a raza, a clase social e mesmo a idade do paciente (adolescentes).

Como preguntar?

De forma xeral, recoméndase realizar **preguntas abertas, exploradoras e facilitadoras**, que dean a oportunidade ao paciente para se explicar de forma ampla («Á túa idade, hai mozos e mozas que saen de troula e ás veces fan botellón... Que opinas diso?»; «Coñeces alguén que o faga?», «Que fas cando saes de troula?», «Canto aguantas?», «Que tomas unha noite normal?», «E algunha vez tomades outras cousas?, etc.).

Tamén se poden introducir preguntas curtas sobre o consumo de substancias na nosa rutina para a anamnese xeral, da mesma forma que se pregunta polo consumo de medicamentos, tanto de prescrición médica como por automedicación.

Como non preguntar?

Evitar preguntas directas («Que drogas consumes?»), que inclúan a posible resposta dentro da propia pregunta («Drogas non, ¿verdade?», «Non consumes drogas», «De drogas nada, ¿verdade?», etc.); ou preguntas con respostas dicotómicas de si/non («Consumes drogas?», etc.). Polo xeral, son percibidas como un interrogatorio e dificultan a obtención de información.

Como reaccionar ante posibles respostas?

Cando facemos unha pregunta, o primeiro é non agardar ningunha resposta concreta, xa que de o facer así estaremos proxectando os nosos prexuízos e, ante unha resposta non esperada, reaccionaremos con certo sobresalto (sobre todo coa linguaxe non verbal), o que se convertirá nunha barreira para calquera comunicación posterior.

Diferentes elementos da escoita activa son sempre facilitadores para unha investigación máis fidedigna e profunda: sinalamentos, clarificacións, parafraseados, resumos, etc.

Debemos lembrar que en Atención Primaria temos sempre aberta a posibilidade de retomar ou pospor diferentes cuestións para outros momentos máis propicios, xa sexa por falta de tempo, presenza de terceiras persoas, entrevistas «enfascadas» ou existencia de calquera outra barreira (**continuidade e lonxitudinalidade** da nosa atención).

Convén non obcecarse en obter toda a información nunha primeira entrevista xa que será posible preguntar e reexplorar en sucesivas ocasións.

Existen diferentes cuestionarios que nos poden axudar a valorar a existencia ou non dun consumo problemático ou de dependencias a unhas e outras substancias (véxanse anexos), pero estes serán elementos de axuda que non deben substituír senón complementar unha correcta historia clínica.

Cando preguntar?

- Cando se abre unha historia clínica nova.
- Ante calquera demanda explícita ou implícita relacionada cun probable consumo de drogas.
- De forma oportunista, é dicir, cando consulten por outro tema de saúde e queiramos facer un cribado dun posible consumo, por exemplo cos adolescentes.
- De forma periódica, para a detección e consello no contexto de promoción de hábitos de vida saudables e actividades preventivas. Segundo o Programa de Actividades Preventivas e de Promoción da Saúde (PAPPS) cunha periodicidade polo menos anual nos adolescentes e cada dous anos no resto.

- Ante cambios biográficos importantes que poden carrexar cambios condutuais (separación, fracaso escolar, despedimento, etc.).

Que debemos buscar na exploración clínica?

- Unha exploración clínica dirixida pode ofrecer información complementaria de moita utilidade para valorar o consumo. Novamente, convén non deixarse enganar por estereotipos sobre o aspecto físico do paciente, o seu nivel socioeconómico ou cultural. Tamén é importante resaltar que ningún achado exploratorio é patognomónico de ningún consumo, polo que os resultados da exploración deben ser considerados como un complemento da anamnese.
- Algúns signos poden indicar consumo recente: fotorreacción, hiperemia conjuntival (típica do cannabis), midriase (estimulantes), signos de venopunción na pel, alteracións na linguaxe ou no comportamento, etc. A existencia de lesións no tabique e nas fosas nasais, epistaxes frecuentes ou episodios repetidos de infección local poderían estar relacionados co uso intranasal de substancias.
- Noutras ocasións podemos encontrar signos patolóxicos evidentes (arañas vasculares, telanxiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, sopros cardíacos, etc.). Estes achados acostuman indicar deterioración orgánica e con frecuencia están relacionados con complicacións infecciosas en persoas que utilizan (ou utilizaron) drogas por vía intravenosa.

Que probas complementarias están indicadas?

1. Como en calquera outro acto médico, a necesidade de solicitar probas complementarias virá dada polo resultado da anamnese e a exploración clínica. O patrón de consumo da o das substancias, a vía de administración, as características toxicolóxicas e epidemiolóxicas, etc. determinarán a necesidade de solicitar probas complementarias. Podemos ver varios exemplos:

- a) Un consumo ocasional ou esporádico de cannabis ou drogas de síntese nunha persoa sa non precisa, en principio, de ningunha proba complementaria.
- b) Nun paciente con consumo abusivo de alcohol, a determinación de parámetros bioquímicos (ácido úrico, triglicéridos, enzimas hepáticas) e hematolóxicos (volumen corpuscular medio) permiten obxectivar os efectos sobre a saúde do consumo.
- c) Nun paciente que utiliza ou utilizou drogas inxectadas é importante descartar complicacións infecciosas (proba de Mantoux, seroloxías para hepatite B e C, virus da inmunodeficiencia humana [VIH], sífilis, citomegalovirus, toxoplasma, etc.). Segundo o resultado da anamnese e a exploración, poderán estar indicadas outras exploracións (radiografía de tórax, espirometría, electrocardiograma, probas de neuroimaxe, cultivos en medios específicos, etc.)

2. Unha circunstancia particular, que merece especial atención, é a detección do consumo mediante probas analíticas. Existen tests que poden determinar a presenza de tóxicos na urina ou no suor durante un tempo variable. En ocasións, algúns pais demandan estas probas para coñecer se os seus fillos consomen drogas. Como xa se sinalou, a anamnese é a ferramenta fundamental para explorar o consumo de calquera paciente. O uso dunha proba analítica para desenmascarar o consumo dun paciente é, en principio, inaceptable tanto ética coma practicamente (xa que non achega ningunha información sobre as circunstancias, a frecuencia e as consecuencias do consumo, ademais de crebrar a relación médico-paciente e de vulnerar o principio ético de autonomía).

VALORACIÓN DO CONSUMO DE DROGAS

Todos os consumos de drogas son perigosos por igual?

Como sucede en moitas outras circunstancias da vida, o consumo de drogas é unha situación na que se poñen en xogo consecuencias potenciais positivas (**pracer**) e consecuencias potenciais negativas (**riscos**). É importante considerar ambos os dous elementos: a principal motivación das persoas ao utilizar drogas é a busca de efectos desexados e agradables, aínda que tamén se poden presentar consecuencias negativas. Estas deben ser consideradas na súa xusta medida, distinguindo entre os riscos graves ou frecuentes e aqueles que non son importantes ou aparecen de forma extraordinaria. Para valorar se un determinado consumo supón máis ou menos riscos, hai que facer unha avaliación coidadosa de tres aspectos: o **individuo**, a **substancia** e o **contexto** en que se realiza o consumo (figura 1).

Un primeiro factor que considerar sempre é a frecuencia do consumo, distinguindo entre consumos **episódicos (experimentais ou ocasionais)** e consumos **sistemáticos (habituais ou compulsivos)**. É importante distinguir entre os consumos recreativos (asociados a espazos de ocio, típicos da fin de semana) e os **instrumentais** (nos que se persegue un fin determinado: render máis no traballo, evitar a síndrome de abstinencia, etc.). Tamén é importante ter en conta a elevada frecuencia coa que se presenta o **policonsumo** de distintas substancias, que acostuma aumentar considerablemente as consecuencias negativas.

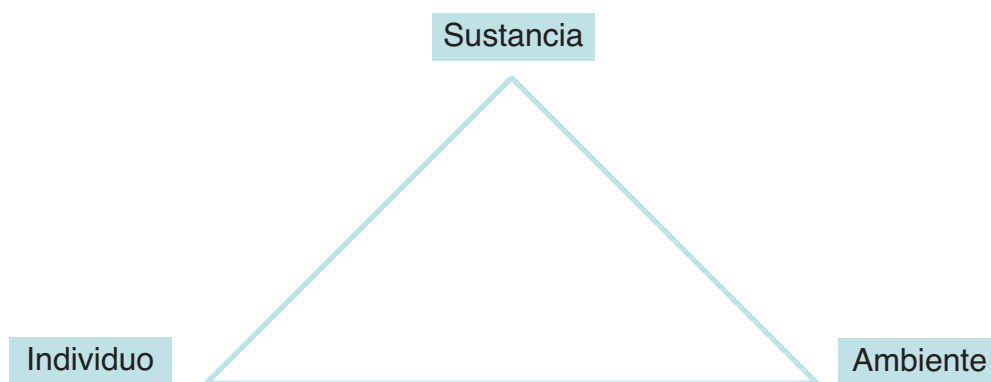


Figura 1. Elementos que cómpre valorar no consumo de drogas

Que factores hai que valorar en relación coa substancia consumida?

Existen **características** inherentes a cada unha das distintas drogas que condicionan os efectos e os riscos:

- **Tipo de substancia:** unha clasificación sinxela das drogas distingue entre drogas **estimulantes** do sistema nervioso central (cafeína, cocaína, metanfetamina, etc.), **depressoras** (alcohol, benzodiazepinas, etc.) e alteradores da mente ou **psicodélicas** (LSD, ketamina, etc.). Algunhas substancias poden producir efectos mixtos: a éxtase (3,4-metilendioximetanfetamina ou MDMA), por exemplo, produce unha estimulación suave con lixeiros vernices psicodélicos.
- **Dose:** a **dose mínima eficaz** (DME) é aquela a partir da cal se manifestan os efectos buscados ao consumir a droga. A **dose mínima tóxica** (DMT) é aquela a partir da cal se inician os efectos tóxicos. A marxe de seguridade (DMT-DME) é propia para cada substancia e nalgunhas ocasións pode solaparse. Ao incrementar as doses, os efectos poden variar: doses baixas de alcohol adoitan ter efectos euforizantes ou estimulantes, pero en doses elevadas o alcohol compórtase como un depresor.
- **Vía de administración:** as drogas poden alcanzar o sistema nervioso central tras ter sido administradas por vía **oral, inxectada (intramuscular ou intravenosa), intranasal** (aspirada polo nariz), **pulmonar** (fumada ou inhalada) ou transmucosa, se ben non todas as substancias admiten calquera vía. A vía de administración afectará á intensidade e rapidez dos efectos, así como a algunhas das posibles complicacións: a práctica de compartir xiringas asóciase con transmisión de patóxenos como o virus da inmunodeficiencia humana (VIH) ou virus hepatotropos (virus da hepatite B [VHB], e C [VHC], etc.); o consumo intranasal pode ser causa de ulceracións na mucosa nasal, etc.
- **Asociación a outras substancias:** o consumo de máis dunha droga incrementa os riscos. Se os efectos destas son similares (p. ex., alcohol e opiáceos, opiáceos e benzodiazepinas), os efectos tóxicos pódense potenciar, de xeito que a suma de doses relativamente seguras das dúas substancias pode dar lugar a unha sobredose. Se, pola contra, os efectos son antagónicos, se cadra diminúen os efectos buscados, aínda que nalgún caso os usuarios os utilizan para conseguir este antagonismo, como no consumo dalgún depresor (heroína, benzodiazepinas, etc.) para compensar o «subidón» dun estimulante (cocaína), e viceversa.
- **Valoración social:** as drogas institucionalizadas (alcohol, tabaco, benzodiazepinas, etc.) teñen un recoñecemento legal e un uso normativo. A súa accesibilidade e dispoñibilidade é maior cá das drogas non institucionalizadas, cuxa venda está sancionada pola lei. A falta de controis sanitarios sobre a produción de drogas ilegais fai que a adulteración sexa un risco que cómpre ter en conta. Cabe salientar que o consumo de calquera droga, independentemente do recoñecemento desta, nunha persoa menor de 18 anos é sempre ilegal.

- **Potencial de abuso e dependencia:** as características farmacodinámicas de determinadas drogas fan posible a aparición de **dependencia física** ante consumos continuados durante longo tempo. Os cambios neuroadaptativos que produce o consumo crónico dalgunas drogas (alcohol, benzodiazepinas, opiáceos, etc.) dan lugar á aparición dunha **síndrome de abstinencia** ao suspender a súa administración.

Que é necesario valorar en canto ao individuo?

Existen características propias de cada persoa que é preciso ter en conta ao avaliar o consumo de drogas:

- **Sexo:** existen diferenzas biolóxicas que poden dar lugar a efectos distintos das substancias en homes e mulleres. Estas teñen unha maior susceptibilidade aos efectos de drogas como o alcohol ou a éxtase (MDMA), daquela necesitan menores cantidades para alcanzar os mesmos efectos. Bardante as benzodiazepinas, os consumos de todas as drogas son máis prevalentes en homes ca en mulleres. O **embarazo** e a **lactación** son dúas circunstancias na vida da muller en que o consumo de calquera droga está absolutamente contraindicado.
- **Idade:** os primeiros contactos con drogas (tanto legais coma ilegais) adoitan producirse ao longo da **segunda década da vida**. **O risco de desenvolver abuso ou dependencia cara a unha substancia é maior canto máis precoz sexa o contacto con ela.** Un obxectivo preventivo de primeira magnitude será atrasar no posible o contacto coas drogas.
- **Pauta de consumo:** segundo a frecuencia de consumo se vai facendo máis intensa, o desenvolvemento de **tolerancia farmacolóxica** (necesidade de incrementar a dose para conseguir os mesmos efectos) faise máis probable, o que aumenta tamén os efectos secundarios e tóxicos.
- **Concorrenza de patoloxía:** é importante considerar os efectos tóxicos selectivos de certas drogas sobre determinados órganos e sistemas. En persoas con patoloxía preexistente, os riscos incrementanse. Denomínase **patoloxía dual** (comorbilidade psiquiátrica) á concorrenza no mesmo paciente dunha doenza mental grave con tendencia á cronicidade (trastornos psicóticos e afectivos) cun trastorno por abuso e/ou dependencia de alcohol ou outras drogas. Algunhas drogas semellan facilitar o desenvolvemento do trastorno mental en persoas predispostas (p. ex., cannabis e esquizofrenia), mentres que no caso doutras, moitos autores cren que poden desempeñar un papel de automedicación (p. ex., opiáceos e esquizofrenia). O diagnóstico de trastorno dual dificulta o manexo do paciente e ensombrece o prognóstico.

Cales son os factores importantes en canto ao contorno?

O consumo de drogas cómpre entenderse como un fenómeno dinámico, en constante evolución e social. No **contorno inmediato** do suxeito (**dimensión microsical**) pode valorarse que **factores familiares** predispoñen ou protexen do

consumo de drogas e como inflúen na persoa factores como a **escola** ou o **grupo de iguais**. A **dimensión mesosocial** aborda a influencia dos contornos en que se move o individuo nas súas actividades (lecer, intimidade, etc.). os patróns xerais de cultura, valores, sistema social, lexislación, etc. constitúen a **dimensión macrosocial**.

Cando podemos dicir que unha persoa é drogodependente?

Algunhas drogas poden producir problemas de dependencia. A dependencia a substancias defínese como o **conxunto de síntomas cognoscitivos, comportamentais e fisiolóxicos que indican que un individuo continúa consumindo unha substancia a pesar da aparición de problemas significativos relacionados con ela**. No paciente dependente, existe un patrón de autoadministración repetida que a miúdo leva á **tolerancia**, síntomas de **abstinencia** e a unha inxestión compulsiva da substancia. A táboa 1 resume os criterios diagnósticos DSM-IV (Manual diagnóstico e estadístico de os trastornos mentales) para dependencia de substancias.

Táboa 1. Criterios DSM-IV para a dependencia de substancias

Un patrón desadaptativo de consumo da substancia que carrega a unha deterioración ou malestar clinicamente significativo, expresado por tres (ou máis) dos ítems seguintes nalgún momento dun período continuado de 12 meses:

1. TOLERANCIA. Definida como:
 - a) Necesidade de cantidades marcadamente crecentes da substancia para conseguir a intoxicación o efecto desexado
 - b) O efecto das mesmas cantidades de substancia diminúe claramente co seu consumo continuado
2. ABSTINENCIA. Definida como:
 - a) A síndrome de abstinencia característica para a substancia
 - b) Tómase a mesma substancia (ou unha moi semellante) para aliviar ou evitar os síntomas de abstinencia
3. A substancia é tomada con frecuencia en cantidades maiores ou durante un período de tempo máis longo do que inicialmente se pretendía
4. Existe un desexo persistente ou esforzos infrutuosos de controlar ou interromper o consumo da substancia
5. Emprégase moito tempo en actividades relacionadas coa obtención da substancia (p. ex., visitar a varios médicos ou desprazarse longas distancias), no consumo da substancia (p. ex., fumar un cigarro detrás doutro) ou na recuperación dos efectos da substancia
6. Redución de importantes actividades sociais, laborais ou recreativas debido ao consumo da substancia
7. Continúase tomando a substancia malia a ter conciencia de problemas psicolóxicos ou físicos recidivantes ou persistentes, que parecen causados ou exacerbados polo consumo da substancia (p. ex., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, inxestión continuada de alcohol a pesar de que empeora unha úlcera, etc.)

En realidade, os criterios diagnósticos de dependencia son moi estritos e non son aplicables a moitos pacientes que, sen ser dependentes, poden presentar problemas en relación co uso de substancias. Por outra banda, o policonsumo de distintas substancias é un fenómeno moi habitual, o que dificulta en moitas ocasións un diagnóstico claro. O diagnóstico de «**abuso de substancias**» (táboa 2) establécese a partir das **consecuencias negativas do consumo**, independentemente da existencia de tolerancia, abstinencia ou consumo compulsivo.

Un dos erros máis frecuentes ao abordar o fenómeno das drogas é etiquetar de «drogodependente» a calquera consumidor de substancias (ilegais). Como xa se sinalou, os criterios de dependencia son moi estritos e fan referencia a un cadro clínico moi concreto.

Táboa 2. Criterios DSM-IV para o abuso de substancias

Un patrón desadaptativo de consumo de substancias que carrega unha deterioración ou malestar clinicamente significativos, expresados por un (ou máis) dos ítems seguintes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recorrente de substancias que dá lugar ao incumprimento de obrigas no traballo, na escola ou na casa (p. ex., ausencias repetidas ou escaso rendemento escolar relacionados co consumo de substancias; ausencias, suspensións ou expulsións da escola relacionadas coa substancia; descoido dos nenos ou das obrigas da casa)
2. Consumo recorrente da substancia en condicións nas que facelo é fisicamente perigoso (p. ex., conducir un automóbil ou manexar unha máquina baixo os efectos da substancia)
3. Problemas legais repetidos relacionados coa substancia (p. ex., arrestos por comportamento escandaloso debido á substancia)
4. Consumo continuado da substancia, a pesar de ter problemas sociais continuos ou recorrentes ou problemas interpersoais causados ou exacerbados polos efectos da substancia (p. ex., discusións coa esposa ou violencia física)

Os síntomas non cumpriron nunca os criterios para a dependencia de substancias desta clase de substancia

ACTIVIDADES PREVENTIVAS ANTE O CONSUMO DE DROGAS

É posible realizar actividades de prevención do consumo de drogas desde os centros de saúde?

A prevención do consumo de drogas é un dos retos máis atractivos para os profesionais de Atención Primaria (AP) porque os médicos de familia, os pediatras, os enfermeiros e os traballadores sociais teñen diante súa un enorme campo de actuación, no que poden modular as súas iniciativas e o seu nivel de implicación dependendo da profundidade dos seus coñecementos en materia de prevención, dos perfís de poboación aos que atendan, das súas inxerencias profesionais ou das do equipo co que traballan ou, talvez, polas demandas recibidas pola poboación atendida.

A prevención do consumo de drogas en AP é un campo pendente de explorar e que ata hoxe tivo un escaso desenvolvemento. Daquela, pódese afirmar que se estarían deixando pasar claras oportunidades para contribuír á mellora da saúde das persoas que son atendidas nos centros de saúde. Non obstante, esta realidade non se ha ver como un sentimento de despreocupación dos profesionais, nin como o resultado dunha mala praxe, pois son ben coñecidas as condicións de traballo nos Equipos de Atención Primaria (EAP) e cales foron ata hoxe as prioridades de atención aos problemas de saúde dos cidadáns, sen esquecer que a abordaxe dos problemas derivados do consumo de drogas ten unha importante complexidade e atópase aínda nunha fase de desenvolvemento e acumulación de novos coñecementos e de evidencias científicas.

A pesar destas situacións pouco favorables, acumuláronse experiencias moi interesantes na AP, con especial intensidade na abordaxe dos consumos de tabaco e alcohol, sen esquecer un cuantioso número de intervencións realizadas en centros de saúde e dirixidas á infancia e á adolescencia, moitas delas cunha clara orientación comunitaria.

Que intervencións se poden emprender desde un centro de saúde?

O consumo de drogas ten un importante impacto na saúde da maioría dos grupos de idade. Desde a adolescencia ata a vellez, as drogas, nas súas distintas clases, poden actuar como factores de risco para a saúde. Por iso, se os EAP queren realizar unha intervención integral sobre a saúde da poboación atendida, deben incorporar actuacións de prevención. Preséntase deseguido unha relación das actividades máis indicadas desde AP:

- Actividades de prevención de carácter **individual**, realizadas na consulta, e xeralmente orientadas a adolescentes e pacientes novos. Encamiñadas a coñecermos as condutas en saúde do paciente e as posibles prácticas de risco, mediante o establecemento dun diálogo sobre as necesidades en saúde e utilizando ferramentas de escoita activa e consello (*counselling*) como estratexia de orientación ante unha posible presenza de comportamentos de risco (xestión de praceres e riscos).
- Actividades de prevención de carácter **comunitario**, dirixidas á infancia e á adolescencia e realizadas en colaboración cos seus mediadores habituais e mediante a aplicación de programas para a prevención do consumo de drogas. Estes programas desenvólvense, xeralmente, coa colaboración dos centros escolares e a participación de docentes, con asociacións e organizacións non gobernamentais (ONG), así como a posible participación dos pais.
- Actividades na consulta para orientar os pais sobre os temores, sospeitas ou realidades dos seus fillos ante o consumo de drogas.
- Actividades para a detección nas familias e no contorno social de factores de risco que poden influír nos nenos e adolescentes á hora de adoptaren condutas de risco relacionadas co consumo de drogas.
- Actividades na consulta para a detección precoz nos adultos de consumos de drogas, normalmente legais como o alcohol e o tabaco, aínda que tamén ilegais, como o cannabis e a cocaína, en situacións de risco potencial ou real para a súa saúde.
- Actividades de prevención dirixidas ás enfermidades de maior prevalencia en morbilidade e mortalidade atendidas nos centros de saúde, como son as patoloxías cardiovasculares e mais as respiratorias, que están claramente relacionadas co consumo de certas drogas, nomeadamente tabaco e alcohol.
- Actividades orientadas á diminución dos danos e ao control dos factores de risco para a saúde nos consumidores habituais de drogas, que poden ou non estar atendidos por outros dispositivos asistenciais.
- Actividades de reforzo de condutas con estilos de vida saudables relacionados coas drogas.

Polo tanto, os EAP están en condicións de actuar como axentes esenciais na prevención do consumo de drogas, tanto coa xente nova como coa poboación adulta. Estas intervencións poden abranguer diferentes ámbitos de actuación e desenvolverse con distinta intensidade, dependendo do contexto e das circunstancias de cada centro de saúde.

Que compoñentes debe ter un programa de prevención do consumo de drogas?

No noso medio, acéptase como definición de prevención de drogodependencias a seguinte afirmación de Martín (1995): «*Un proceso activo de implementación de*

iniciativas tendentes a modificar e mellorar a formación integral e a calidade de vida dos individuos, fomentando o autocontrol individual e a resistencia colectiva ante a oferta de drogas».

A prevención dos problemas relacionados coas drogas pretende conseguir varios obxectivos e, dunha maneira ou outra, case sempre un ou varios deles están implicados nas actividades de prevención:

- Atrasar a idade de inicio do consumo de drogas.
- Limitar o número de substancias consumidas.
- Evitar a transición entre o consumo experimental e os consumos problemáticos de drogas.
- Diminuír as consecuencias negativas do consumo de drogas nos individuos, teñan ou non dependencia destas.
- Educar as persoas para que teñan unha relación madura e responsable co consumo de drogas.
- Potenciar os factores de protección e diminuír os factores de risco relacionados co consumo de drogas.
- Intervir nas condicións do contorno familiar, social e cultural e proporcionar alternativas de vida saudables.

Pero a aplicación da prevención de drogodependencias, é dicir, para conseguir os obxectivos definidos anteriormente, necesítase articular, definir, necesariamente, un programa de prevención. Un programa de prevención é, en palabras de Escámez, «*el diseño de un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige el programa preventivo*». No caso das drogodependencias, os programas poden ser para toda a comunidade ou para grupos específicos, diferenciados por idade, xénero, colectivo, etc.

Na AP podemos diferenciar dous grandes grupos de programas preventivos: un de programas dirixidos á poboación infantil e adolescente, cunha orientación fundamentalmente comunitaria, que se pode complementar con actuacións desde a consulta; e un segundo grupo de programas, dirixidos á prevención do consumo de drogas na poboación adulta, orientados fundamentalmente a intervencións na consulta, pero que se poden complementar con intervencións comunitarias.

É posible coñecer os programas de prevención que ofrecen resultados?

Identificáronse oito factores que inciden de xeito claro na escolla e na aplicación dos programas de prevención na poboación infantil e adolescente. Polo tanto, calquera intervención impulsada desde AP debe telos en conta:

1. *Incorporar intervencións que consigan modificar o comportamento.* Os programas de prevención débense centrar en modelar as actitudes e en facilitar as habilidades

de comportamento saudable, utilizando para iso as técnicas da teoría da aprendizaxe e o modelado social, entre outras. É importante insistir en que a información é un recurso necesario en prevención, pero claramente insuficiente.

2. *Atender sempre a etapa do desenvolvemento.* Os programas preventivos hanse adaptar á idade e ao período do desenvolvemento da poboación diana, seleccionando actividades de aprendizaxe que resulten atractivas para cada grupo. Ademais, é preciso adecuar as intervencións ao estadio evolutivo en que se atopa a conduta de risco, seguindo o modelo de cambio de Prochaska e DiClemente.
3. *Incorporar intervencións dirixidas aos pais.* As condutas de risco dos adolescentes están en permanente interrelación coa influencia que os pais teñen sobre os seus fillos. Polo tanto, deben incluír intervencións cos pais ou tan sequera contemplar as interaccións que existirán entre eles.
4. *Analizar as influencias sociais.* Os comportamentos dos adolescentes están mediados por factores como a presión de grupo e os contextos sociais e culturais en que se desenvolven de maneira cotiá.
5. *Considerar a presión dos medios de comunicación.* A televisión, a internet e os medios audiovisuais determinan as condutas da xente nova. Por iso se consideraron elementos esenciais para incluír nos programas de prevención do consumo de drogas.
6. *O ámbito educativo.* A escola é o axente primario de socialización e considerouse o medio idóneo para a implantación de programas de prevención de drogas. A maioría das avaliacións dos programas indican que os mediadores fundamentais na prevención han ser os profesores e os interlocutores habituais dos nenos e adolescentes. Porén, cada vez parece máis relevante a participación dos profesionais sanitarios, en colaboración cos docentes, como axentes de apoio e reforzo das mensaxes en saúde.
7. *O mantemento dos efectos dos programas.* A prevención considerárase como unha actividade mantida no tempo, a longo prazo e que debe ser avaliada con certa periodicidade para identificar se se acadan os obxectivos. A intensidade na aplicación dos programas pode diminuír co paso do tempo, mantendo sesións de recordo.
8. *A perspectiva da actuación.* Os programas poden ser actuacións limitadas que van enriquecéndose co paso do tempo. O papel potencial da AP é moi atractivo ao poder traballar en dous escenarios complementarios: dunha banda, na consulta e o centro de saúde, e doutra, de maneira complementaria, con intervencións comunitarias, dirixíndose a medios de comunicación, asociacións, colexios, etc.

En resumo, a AP ten unha enorme potencialidade de participar en actuacións preventivas dirixidas á infancia e á adolescencia, e os criterios esenciais para as realizar son intentar impulsar iniciativas que respondan aos coñecementos científicos actualizados.

Vale todo en prevención?, como evolucionaron os programas de prevención de drogas?, de cantos tipos de prevención podemos falar?

No campo da prevención das drogodependencias cada vez ten menor relevancia a clasificación realizada por Caplan, que diferencia entre prevención primaria, secundaria e terciaria. A prevención **primaria** é aquela que intervén para evitar o consumo de drogas, evitando os factores de risco e desenvolvendo os factores de protección; a prevención **secundaria** ten como obxectivo identificar coa maior celeridade os consumos iniciais e intervir para evitar as súas consecuencias; e a **terciaria** céntrase no tratamento e na rehabilitación da dependencia das drogas.

Nos últimos anos impúxose unha nova terminoloxía, que diferencia a prevención en tres tipos (Gordon, 1987): a universal, a selectiva e a indicada. A **universal** é aquela que vai dirixida a todo un grupo diana sen distinción, traballa fomentando valores e habilidades. A prevención **selectiva** é aquela que se dirixe a subgrupos máis específicos que teñen un maior risco de consumo; é de maior intensidade e duración. A prevención **indicada** tamén vai dirixida a subgrupos, pero que acostuman ser de consumidores ou con problemas do comportamento.

Outra modalidade de clasificación da prevención está relacionada co lugar onde se aplica. Desta forma, diferénciase entre prevención **escolar, familiar, comunitaria** e outras, como militar, penitenciaria, nos medios de comunicación, etc.

Por último, cabe indicar a existencia doutra modalidade de clasificación da prevención, xa en desuso, e que diferencia entre prevención específica e inespecífica. Calafat definiu a prevención **específica** como aquelas actuacións que dunha forma clara, concreta e explícita tratan de influír no uso de drogas. Pola contra, a **inespecífica** é a que trata de alterar os consumos indirectamente, a través de programas ou actuacións con baixa conexión co consumo de drogas. A inespecífica oríentase a actividades non directamente relacionadas coas drogas, como a ocupación do tempo libre, fomentar as actividades deportivas, culturais ou artísticas, promover asociacións xuvenís, o desenvolvemento de habilidades persoais, etc.

Cales son as bases teóricas dos programas de prevención de drogas?

O modelo teórico xeral subxacente aos programas preventivos de drogas fundaméntase na etioloxía do consumo de drogas. Apóiase en tres eixes: 1) hai factores que facilitan o inicio e o mantemento do consumo de drogas; 2) hai unha progresión do consumo de drogas legais e ilegais, estabilizándose os consumos de risco, e 3) diferentes variables socioculturais, biolóxicas e psicolóxicas modulan o inicio, o mantemento e a progresión, ou non, no consumo de drogas.

Foi en 1997 cando o NIDA (National Institute on Drug Abuse) estadounidense estableceu un catálogo que recolle os principios para a prevención de drogas, baseados nas investigacións máis relevantes e que rexen na actualidade. Son os seguintes:

1. Os programas de prevención deben ser deseñados para realzar os factores de protección e para reducir os factores de risco.
2. Os programas teñen que incluír todas as formas de consumo e substancias.
3. Deben abranguer estratexias para reforzar as actitudes contra o consumo, incrementar a competencia social e mellorar as habilidades sociais.
4. Os programas para adolescentes teñen que basearse en actividades con interacción entre eles.
5. É conveniente incluír actividades dirixidas aos pais e educadores como mediadores principais dos adolescentes.
6. Os programas preventivos cómpre deseñalos con actividades a longo prazo, aínda que con diferente intensidade.
7. Os programas que inclúen actividades coas familias teñen maior impacto.
8. Os programas comunitarios, dirixidos a medios de comunicación, aumentan o seu impacto se se integran con intervencións na familia e na escola.
9. A regulación e a aplicación de normas poden reforzar a acción dos programas comunitarios.
10. A escola é un medio favorable para os programas de prevención e para seleccionar a subpoboacións con maior risco de consumo.
11. A canto maior sexa a conduta de risco, maior ha ser a intensidade dos programas de prevención.
12. O éxito dos programas de prevención aumenta cando experimentan adaptacións á condicións de cada contexto comunitario.
13. Os programas preventivos débense axeitar á idade da poboación diana.
14. Por cada dólar gastado en prevención do consumo de drogas pódense aforrar entre 4 e 5 dólares en custos de tratamento.
15. A avaliación dos resultados hase incluír nos programas como estratexia de mellora continua.

Son os factores de protección «o oposto» aos factores de risco?

Foi múltiple a relación de factores de risco e de protección descritos polos diferentes autores. Estes factores actúan nos individuos como dous extremos dun continuo, de maneira que segundo as circunstancias actúan como protección ou como un factor de risco para o consumo de drogas. Seleccionamos, entre as posibles, a clasificación de factores que inflúen no consumo de drogas realizada por un autor español, Salvador Moncada:

1. Factores de risco ambientais:
 - a) A privación social.
 - b) A desorganización comunitaria.
 - c) A dispoñibilidade e accesibilidade das substancias.
 - d) A percepción social de risco.

- e) A mobilidade da poboación.
 - f) As normas e as leis da comunidade.
2. Factores de risco do individuo; as súas relacións co contorno:
- a) Antecedentes familiares de alcoholismo.
 - b) Pautas educativas.
 - c) Actitudes e modelos de conduta dos pais.
 - d) Conflitos familiares.
 - e) Os valores.
 - f) A agresividade.
 - g) A busca de sensacións.
 - h) Outros problemas de conduta.
 - i) A actitude cara ás drogas.
 - j) O fracaso escolar.
 - k) O grupo de iguais.

Ao que define a relación dos factores de risco e de protección, Moncada tira deles as seguintes conclusións:

- Pódese afirmar que existen factores asociados ao consumo de drogas, así como outros aparecen asociados á abstinencia.
- Estes factores clasifícanse en factores do individuo e nas súas relacións co contorno e con factores ambientais.
- A maior concentración de factores, maior risco ou protección.
- Existen diferentes factores de risco para distintas drogas.
- Os factores de risco agudízanse conforme o suxeito pasa a fases máis intensas ou problemáticas de consumo.
- Algúns factores de risco están presentes ao longo de toda a vida, outros son máis propios de determinadas etapas (presión de grupo).
- Algúns factores son máis remotos, causas indirectas da conduta, aínda que non por iso menos importantes.
- Atopáronse factores de risco e protección comúns a un gran número de condutas problemáticas, como embarazos non desexados, fracaso escolar, violencia, delincuencia xuvenil, etc.

É útil a entrevista motivacional para abordar a prevención de drogas?

A prevención do consumo de drogas tamén pode e debe realizarse desde a consulta do centro de saúde. As intervencións pódense dirixir a poboación adolescente, a familias con potenciais factores de risco ou a adultos con consumos de substancias de risco. En todos os casos, o instrumento que demostrou maiores vantaxes para xerar cambios nas persoas é a entrevista motivacional.

A entrevista motivacional baséase no respecto ao paciente, ás súas crenzas e á súa escala de valores. Intenta estimular a motivación e favorecer unha actitude cara a hábitos sans, cunha especial atención en reforzar os puntos de vista do paciente e a súa liberdade para escoller. O principio que orienta a entrevista motivacional é considerar que ante a necesidade e o esforzo que significa para as persoas realizaren un cambio nos seus comportamentos, necesítase que o individuo identifique con claridade as razóns do cambio e os beneficios potenciais que vai obter no futuro.

Polo tanto, coa técnica da entrevista motivacional os profesionais sanitarios convértense en facilitadores para o cambio da conduta do paciente. Os elementos que rexen o seu manexo son os seguintes:

- A motivación intrínseca. A capacidade de cambio está no interior de cada persoa e é practicamente imposible «impoñela desde o exterior».
- A escolla e o control propios. A persoa está máis motivada para facer cambios cando se basean máis nas súas propias decisións que se unha figura de autoridade lle di o que ten que facer.
- O autoconvencemento. O paciente debe utilizar argumentos de seu para iniciar un cambio.
- A autoconfianza. Canta máis confianza teña unha persoa en que pode cambiar será mái doado que o consiga. Isto ten gran influencia na capacidade para iniciar unha nova conduta e mantela como hábito.
- A ambivalencia. En practicamente todas as situacións de cambio se produce unha contradición entre a conduta que se desexa conseguir e a que se quere desbotar. É preciso axudar a xestionar a angustia que xera esta ambivalencia.
- Adecuación a cada persoa. Non serven as receitas universais, e é preciso escoitar e comprender as vivencias de cada persoa ante unha situación de cambio.
- O respecto á persoa. Por riba de todo, a entrevista motivacional ha basearse no respecto á decisión da persoa que vai emprender o cambio e evitar a imposición da conduta por parte do profesional sanitario.

En definitiva, unha entrevista motivacional é un proceso de interacción entre o profesional sanitario e o paciente, en busca dun cambio de comportamento que terá como consecuencia unha menor probabilidade de riscos para a súa saúde e, potencialmente, un maior benestar.

Cando dicimos que un profesional é competente no manexo da entrevista motivacional?

Para conseguir un axeitado manexo desta técnica os profesionais deben capacitarse nos seguintes aspectos (tomados de Lizarraga e Ayarra):

- Expresar empatía. Significa aceptar e respectar o paciente, mais non, necesariamente, aprobalo. Implica un certo grao de solidariedade emocional intentando comprender os seus pensamentos e emocións preguntándonos: como

me sentiría eu nas súas circunstancias?, coincide a emoción que eu tería coa que el me expresa?, como lle transmito que o comprendo? A resposta empática é unha habilidade ben definida que se adquire con adestramento e permite comprender e aceptar o que o outro expresa.

- Desenvolver a discrepancia. Lograr que o paciente recoñeza onde se encontra e onde quereda estar respecto ao hábito ou conduta que se quere modificar. Interesa aumentar o seu nivel de conflito, especialmente entre a conduta actual e os valores importantes da súa vida. Traballar a emoción que xera a incomodidade da dúbida e/ou conflito é o maior motor para o cambio. Para aumentar a eficacia da entrevista é importante conseguir que o paciente verbalice as súas discrepancias.
- Evitar argumentar e discutir co paciente sobre a conveniencia ou utilidade dun cambio porque isto lle pode crear resistencia. Os argumentos directos e os intentos de o convencer tenden a producir oposición ante as indicacións, suxestións ou ordes para o cambio. Esta oposición chámase reactancia psicolóxica (tanto máis porfía o sanitario, máis se pecha o paciente), e xorde con frecuencia cando a persoa ten a percepción de que a súa capacidade de escolla está limitada e, polo xeral, cando a sensación de liberdade se coarta.
- Traballar as resistencias do paciente evitando as actitudes do sanitario que as poden facilitar: tratar de impor un cambio polo «seu ben», formular implícita ou explicitamente que a relación asistencial deriva na obrigatoriedade dun cambio, rifar ao paciente ante a falta de cambio, etc.
- Apoiar e fomentar o sentido de autoeficacia. Crer na posibilidade de cambiar é un factor motivacional importante, xa que ten unha grande influencia na capacidade de iniciar unha nova conduta e en mantela. Non podemos esquecer que o paciente é responsable de escoller e realizar o cambio e que nós lle prestamos axuda se o desexar.

É posible xerar cambios nas condutas de risco dos pacientes?

As intervencións preventivas van orientadas a producir mudanzas nas condutas das persoas. Do mesmo xeito que empregamos a entrevista motivacional como instrumento para facilitar as condicións para que as persoas adopten unha decisión de cambio, é preciso identificar os diferentes modelos explicativos que permiten os cambios nos estilos de vida. Os cinco modelos que se expoñen na táboa 1 permiten identificar os elementos que determinan os cambios de conduta e son esenciais para as actividades de prevención do consumo de drogas.

En que consiste o modelo de asesoramento na prevención do consumo de drogas?

Nos países anglosaxóns estase a popularizar entre os profesionais sanitarios o método proposto pola Canadian Task Force on Preventive Health Care, coñecido como o

Táboa 1. Aspectos clave dos diferentes modelos dos cambios de conduta para aplicar nas consultas de APS

Teoría da aprendizaxe social	<ul style="list-style-type: none"> • Ter en conta a credibilidade dos modelos sociais • Potenciar a autoeficacia: obxectivos pequenos e progresivos, fixación explícita destes obxectivos e seguimento dos resultados, feedback e reforzo • O reforzo positivo axuda a reter ou a repetir a conduta. A falta de reforzo axuda a extinguir a conduta
Modelo de crenzas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Traballar os pros e contras do cambio, así como a percepción de susceptibilidade e de gravidade da doenza • Buscar os estímulos asociados á conduta non desexada e formular alternativas e estratexias de afrontamento. Crear estímulos asociados á nova conduta
Modelo de acción de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar a autoestima das persoas • Buscar o apoio do contorno
Modelo de procesamento de la información por el consumidor	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que información dispón a persoa e de cal quere ter (posúe a información precisa para tomar unha decisión informada?) • A capacidade de procesamento da información é limitada: seleccionar a máis relevante, en unidades lóxicas para poder establecer regras de decisión • Asegurarse de que a información está dispoñible, de que é apreciada como útil e novedosa, e de que é procesable (ten un formato agradable e atractivo)
Modelo dos estadios de cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar as intervencións ao estadio buscando que as persoas avancen no proceso do cambio • Nas primeiras fases, utilizar modelos motivacionais ou informativos, nas fases posteriores, empregar estratexias máis instrumentais (capacitar a persoa para realizar a nova conduta e para afrontar as barreiras á súa realización)

Tomado de Carmen Cabezas, 2007.

modelo das 5 A, e que orixinariamente foi deseñado polo National Cancer Institute como estratexia de intervención sanitaria para axudar a deixar de fumar, e coñecido como o modelo das 4 A (*ask* [preguntar], *advise* [aconsellar], *assist* [axudar], *arrange* [fixar seguimento]). As características principais dos cinco pasos deste modelo recóllense na táboa 2.

Este modelo de asesoramento semella especialmente destacado para o complementar coa entrevista motivacional e implantar na AP actuacións dirixidas á prevención das consecuencias derivadas do consumo de drogas. Algunhas características do profesional sanitario que se relacionan cunha mellor resposta ás mensaxes de educación sanitaria son as que se recollen na táboa 3.

Táboa 2. Modelo organizativo das 5 A para as intervencións de asesoramento

<i>Assess</i> (pescudar)	Preguntar sobre os factores e condutas de risco, e sobre os aspectos que afectan á elección ou ao cambio da conduta
<i>Advise</i> (aconsellar)	Dar consellos claros, específicos e personalizados, incluíndo información sobre os riscos/beneficios persoais
<i>Agree</i> (acordar)	Pactar en colaboración os obxectivos e os métodos máis axeitados, baseados nos intereses e na capacidade para o cambio da persoa
<i>Assist</i> (axudar)	Usar técnicas de modificación da conduta (autoaxuda ou asesoramento) para axudar a persoa a conseguir os obxectivos pactados adquirindo as habilidades, a confianza e o apoio social/ambiental que favorece o cambio, xunto cos tratamentos farmacolóxicos cando sexan adecuados
<i>Arrange</i> (asegurar)	Fixar (asegurar) visitas de seguimento (no centro ou telefónicas) para axudar/apoiar e para axustar o plan terapéutico como se necesite, incluíndo a derivación a unidades especializadas cando sexa necesario

Táboa 3. Características do profesional sanitario que se relacionan cunha mellor resposta ás mensaxes de educación sanitaria

- Crer firmemente na importancia de traballar temas de prevención e promoción da saúde
- Transmitir interese en axudar as persoas a mellorar a súa saúde
- Valorar a dispoñibilidade para o cambio e recoñecer que estar máis disposto a cambiar é un sinal de progreso
- Individualizar o consello e a educación baseándose nos factores de risco máis importantes de cada persoa: personalizar riscos e beneficios
- Buscar obxectivos condutuais que se poidan conseguir e que progresivamente poidan levar a un cambio permanente e salientable
- Non sobrecargar o individuo con moitas tarefas/informacións
- Registrar os temas de educación e consello que se trataron e os que se proxectan tratar nas vindeiras visitas
- Comunicar á persoa que pode acudir ao seu profesional sanitario/centro cando estea interesado en recibir máis información ou axuda para facer un cambio relacionado coa súa saúde
- Apoiar e reforzar calquera cambio, aínda que sexa pequeno, recoñecendo que os cambios de conduta son difíciles

Segundo ICSI, tomado de Cabezas 2007.

Os profesionais de AP ocupan unha posición estratéxica e única á hora de realizar actividades preventivas en materia de drogas. A revisión Cochrane sobre intervencións para integrar as actividades preventivas en AP afirma que non hai unha base sólida para afirmar que unha intervención ou paquete de intervencións vaia a conseguir mellores resultados ca outra. É importante adaptar as intervencións ás barreiras específicas para o cambio, e por iso as intervencións multicompoñentes que intentan afrontar diversas barreiras parecen ser máis efectivas que as intervencións simples.

TRABALLO COA FAMILIA

Por que coa familia?

- O motivo de consulta máis cotián relacionado co consumo de drogas nas consultas de Atención Primaria (AP) adoita ser a demanda indirecta por parte dos pais ante a sospeita e/ou coñecemento dun consumo por parte dos seus fillos.
- A familia pódese comportar como un factor protector ou de risco para un consumo de drogas problemático.
- É preciso traballar coa familia desde un principio, tanto desde a perspectiva preventiva como da terapéutica. Desde a perspectiva preventiva en drogas, o traballo debe comezar moito antes da aparición do problema.

Cando é un factor protector?

- Cando existen boas dinámicas familiares (clima de confianza, crenzas e actitudes saudables, etc.).
- Cando hai boa comunicación cos proxenitores.
- Cando existen límites no proceso educativo.

Cando pode ser a familia un factor de risco?

- En familias desestruturadas.
- Cando existe violencia familiar.
- Cando hai antecedentes de abuso de drogas ou consumos problemáticos nos seus compoñentes.
- En familias monoparentais.
- Cando existe exceso de permisividade no proceso educativo.
- Cando hai excesiva protección.

Como habemos actuar ante a demanda por parte da familia dunha «análise» para confirmar a sospeita dun posible consumo dun fillo?

Nota: hoxe en día existen diferentes tests comercializados e dispoñibles nas farmacias, xa sexan de urina, suor, etc., de fiabilidade moi variable, para análises cualitativos e case cuantitativos para diferentes drogas.

1. Cómpre manexar de forma adecuada este tipo de situacións, xa que se non, de existir un problema, non poderemos intervir nun futuro.
2. Hai unha serie de elementos que se deben considerar cando se dan este tipo de situacións:
 - a) Coñecemento previo da dinámica familiar.
 - b) En primeiro lugar, a escoita activa aos pais servirá para clarificar a demanda e facilitar a descarga emocional. Non podemos esquecer que a angustia acostuma a ser o motivo que lles incita a consultar e hai que darlle unha resposta adecuada. Traballar e evitar posibles sentimentos de culpa.
 - c) Clarificar que situación concreta lles fai pensar nun posible consumo. As situacións poden ser moi dispares, desde que un fillo adolescente chegara unha noite á casa tarde, canso e cos ollos vermellos, a que lle atoparan unha «china» de haxix no pantalón, ou que o observaran aspirando polo nariz cocaína no baño. Cómpre contextualizar a situación concreta e tranquilizar, no posible, os pais.
 - d) Antes de nos precipitarmos nun ou noutro sentido, iniciar un proceso de deliberación, analizando as posibles accións que seguir e mais as súas consecuencias, elixindo a que se considere óptima.
 - e) Informar os pais dos dereitos dos adolescentes e preservar a confidencialidade e o segredo profesional para con eles en todo momento. Non obstante, hai que traballar para conseguir que o adolescente acuda á consulta para valorar un posible consumo, xa que esta sería a única posibilidade de o poder axudar no caso de que for necesario. Temos que ter en conta que o vínculo que establezamos co adolescente marcará calquera posible futura relación terapéutica.
 - f) Pola contra, nalgunhas situacións se cadra é útil para traballar a xa deteriorada relación pais-fillo/a, se a utilización deste instrumento supón unha explicación e o consentimento explícito previo por parte do interesado.
3. O noso obxectivo último debe ser conseguir un vínculo terapéutico co interesado («enganche»).

Como manexar unha entrevista cos pais se o fillo/a está presente?

- Ao primeiro, escoitar a demanda, xeralmente por parte dos pais, pero manexando correctamente a linguaxe verbal e non verbal para co fillo/a.
- Xustificar a pertinencia dunha entrevista a soas co interesado/a convidando aos pais a saír polo tempo que sexa necesario (cabe a posibilidade de pospor o encontro para unha futura consulta se fora preciso pola falta de tempo).
- Posteriormente, traballar co adolescente, asegurándolle a confidencialidade e o segredo profesional en todo o proceso, respectando os seus comportamentos como se dun adulto se tratase e mostrándonos como unha posible axuda se for preciso

e el o encontrara oportuno. Calquera reforzo de cara á súa autoestima será de grande utilidade. Así mesmo, deberemos pactar que información transmitir aos seus pais e como facelo, tanto de xeito inmediato cando entren de novo á consulta, como posteriormente segundo o plan acordado.

- Volver a invitar aos pais a entrar e informalos do previamente pactado co fillo en relación co plan que se vai seguir.

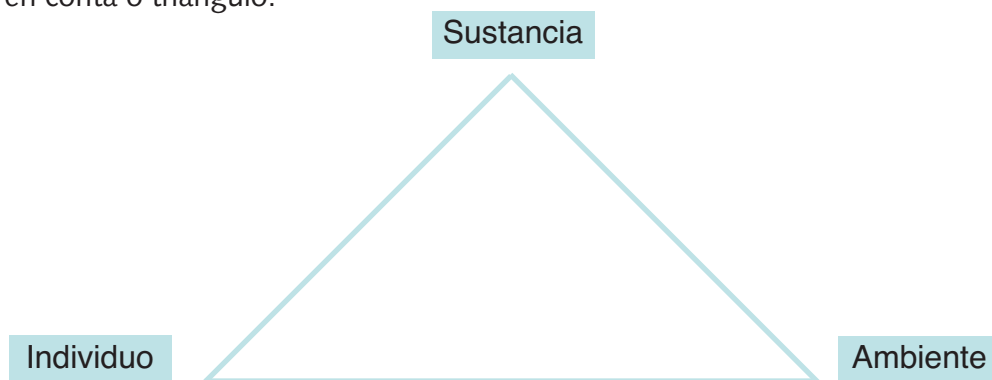
Que facer se detectamos un consumo de drogas nun adolescente?

1. En primeiro lugar, debemos explorar de que tipo de consumo se trata.
 - a) En relación coa temporalidade:
 - Ocasional?
 - Instrumental?
 - Habitual?
 - Diario?
 - b) En relación coa finalidade:
 - Experimental?
 - Instrumental (busca un fin determinado: pertenza a grupo, desinhibición, sociabilidade, etc.)?
 - Alivio de síntomas de abstinencia (dependencia).
 - c) Contexto de consumo (colexio, fin de semana, discotecas, etc.).
2. Explorar coñecementos previos sobre a ou as drogas consumidas e complementar a información.
3. Identificar se se trata ou non dun consumo **«problemático»**.
 - a) «Non problemático»: adecuar o consello e reforzar a relación co adolescente para o seguimento da conduta de risco.
 - b) «Problemático»: explorar a intención de cambio (fase de cambio) e adecuar as posibles intervencións segundo cada situación concreta pactando un plan de actuación. É fundamental considerar o reforzo ante calquera mudanza, por mínimo que sexa esta. Valorar a intervención doutros profesionais e/ou a derivación a outro nivel asistencial cando sexa necesario.

VALORACIÓN E TRATAMENTO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS CO CONSUMO DE DROGAS

Pódese ter un consumo «controlado»?

Como xa se describiu no capítulo 4 á hora de avaliar un consumo de drogas cómpre ter en conta o triángulo:



Por outra parte, o DSM-IV (Manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais) refírese, tanto para o abuso coma para a dependencia, ao «patrón desadaptativo» de uso e a CIE 10 (Clasificación Estatística Internacional de Enfermidades e outros Problemas de Saúde) fala de consumo prexudicial cando afecta á saúde física ou mental da persoa. Resumindo, poderíamos afirmar que existen patróns de consumo adaptativos e non adaptativos ou prexudiciais, e que cadansúa definición é estritamente individual, tendo en conta as circunstancias de cada persoa, substancia e contexto.

Que riscos pode supor o consumo de drogas?

Todo consumo de drogas ten uns posibles riscos. Á parte dos sociais/penais derivados da consideración dunha serie de substancias como ilegais, medicamente defínense os **trastornos mentais** inducidos por substancias como:

- Delírium.
- Demencia persistente.
- Trastorno amnésico persistente.
- Trastorno psicótico.
- Trastorno do estado de ánimo.
- Trastorno de ansiedade.
- Trastorno sexual.
- Trastorno do soño.
- Trastorno perceptivo persistente por alucinó xenos (flashbacks).

Cada un deles pódese asociar ao consumo de diferentes substancias, como se mostra na táboa 1 (DSM-IV-TR).

En canto á **afectación física**, dependerá tanto das diferentes substancias (véxanse as fichas específicas no anexo), como das formas de administración. Os problemas máis frecuentes que convén ter en conta describíronse nun capítulo anterior. Cómpre non esquecer que as «drogas ilegais», debido á súa peculiar comercialización, non están sometidas a controis e o consumidor carece de datos verbo da pureza e dos produtos engadidos que poden ser responsables de problemas de seu.

Os **trastornos propios do consumo** inadecuado de drogas son os seguintes:

- Abuso.
- Dependencia.
- Abstinencia.
- Sobredose (ou intoxicación).

Un repaso aos criterios do DSM-IV-TR e/ou a CIE 10 vainos permitir acceder a definicións claras ao respecto.

Que función desempeñan os adulterantes?, supoñen un problema asociado?

Son substancias que se engaden á droga. Poden ser **activos**, alteran o efecto da droga; **inactivos**, cuxo único efecto é aumentar o volume; **contaminantes**, ou subprodutos dunha manufactura defectuosa.

Por regra xeral, as substancias con que se alteran as drogas antes da súa venda teñen como obxectivo diminuír a pureza para obter maior rendemento económico e evítanse produtos que poidan alterar as características organolépticas ou que poidan causar problemas maiores (todo iso por razóns comerciais obvias). De todos xeitos, sempre é posible que persoas inexpertas e/ou imprudentes empreguen substancias estrañas para a adulteración e que provoquen diferentes problemas.

É ilustrativo considerar que a famosa estircnina da heroína se engadía en cantidades mínimas para dar un peculiar «gusto» característico dunha zona de Oriente,

Táboa 1. Diagnósticos asociados á clase de substancias

	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia	Delirium por intoxicación	Delirium por abstinencia	Demencia	Trastornos domésticos	Trastornos psicóticos	Trastornos do estado de ánimo	Trastornos de ansiedade	Disfuncións sexuais	Trastornos do sono
Alcohol	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
Alucinóxenos	X	X	X		I			I*	I	I	I		
Anfetaminas	X	X	X	X	I			I	I/W	I/W	I	I	I/W
Cafeína			X								I		I
Cannabis	X	X	X		I			I		I/O			
Cocaína	X	X	X	X	I			I	I/W	I/W	I/W	I	I/W
Fenciclidina	X	X	X		I			I	I	I	I		
Inhalantes	X	X	X		I		P	I	I	I	I		
Nicotina	X			X									
Opioides	X	X	X	X	I			I	I	I		I	I/W
Sedantes hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
Varias substancias	X												
Outros	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W

* Tamén trastorno perceptivo persistente por alucinóxenos (flashbacks).

Nota: X, I, W, I/W ou P indican que a categoría é recoñecida no DSM-IV. Ademais, I indica que se pode sinalar o especificador con inicio durante a intoxicación (exceptuando o caso de delirium por intoxicación); W indica que se pode sinalarse o especificador con inicio durante a abstinencia (exceptuando o delirium por abstinencia); I/W indica que se pode sinalar o especificador con inicio durante a intoxicación ou con inicio durante a abstinencia, e P indica que o trastorno é persistente.

máis valorada polos consumidores. Non consta ningunha morte (agás no cine) por adulteración directa con esta substancia.

Na memoria do Instituto Nacional de Toxicoloxía (2002) os adulterantes máis frecuentes detectados en 2.119 mostras foron: cafeína, paracetamol, fenacetina, ácido acetilsalicílico, lidocaína, procaína, lactosa, glucosa, sacarosa, inositol e manitol.

Que síntomas nos poden facer sospeitar do consumo de tóxicos?

A intoxicación aguda por unha substancia, os síntomas de abstinencia e outros cadros agudos son específicos da substancia (con variacións individuais moi acusadas). Os cadros de dependencia son, basicamente, comportamentais. Debido a isto, non resultan de case ningunha utilidade os detalles clínicos xenéricos que indicarían, en principio, que «alguén está consumindo drogas». Por outra banda, as analíticas non informan verbo das cantidades, pautas nin comportamentos (un consumo único de cannabis pode orixinar resultados positivos en urina durante máis de 15 días; un consumidor de cocaína, bebendo da orde de catro litros de auga ao día e tomando alopurinol, pode dar un resultado en urina negativo ao cuarto día). Como case que todo en medicina, a resposta encóntrase nunha correcta entrevista clínica e nunha boa exploración. Nas fichas das diferentes substancias podemos atopar os aspectos clínicos máis relevantes relacionados cos síntomas e signos correspondentes ás intoxicacións e abstinencias.

Cando se produce unha sobredose?

A característica esencial da intoxicación é a aparición dunha síndrome reversible específica da substancia debida á súa recente inxestión. Novamente, referímonos ás fichas concretas para os detalles.

A sobredose pódese deber a:

- Que se trate de droga con maior pureza da consumida habitualmente.
- A interacción con outras drogas que potencien os seus efectos (cocaína e anfetaminas, anfetaminas e éxtase [MDMA], calquera combinación de depresores, etc.).
- A perda de tolerancia tras un período de abstinencia: por hospitalización, detención policial, supervisión familiar, inicio dun tratamento de desintoxicación, etc.
- Un acto de suicidio.

Que facemos ante un cadro clínico que nos faga sospeitar que se trata dunha intoxicación aguda?

Cada unha das posibles intoxicacións representa un cadro específico, que cómpre abordar coas condicións de atención urxente. Simplemente lembrar (debido á frecuencia con que aparece na bibliografía «antiga») que os **betabloqueantes non**

se deben usar na intoxicación por cocaína debido ao risco de interacción arritmóxena grave. Non obstante, na meirande parte dos casos o tratamento adoita ser sintomático e de soporte.

Que podemos facer ante un cadro de abstinencia?

A abstinencia é un estado transitorio e autolimitado que, malia non supor risco vital para o paciente (bardante o caso do alcohol), presenta un cadro de gravidade variable e certamente grave para el.

Á parte dos síntomas e signos específicos da abstinencia de cada substancia, que se corresponden, aproximadamente, cos opostos á intoxicación, existe un cadro común (debido a fenómenos neurobiolóxicos relacionados co circuíto de recompensa e a activación do *locus coeruleus*) composto por síntomas e signos relacionados cun cadro de ansiedade habitual en clínica, con intensos compoñentes de expectativa negativa nos pacientes que xa vivenciaron un cadro de abstinencia. Nos meses posteriores (de dous a seis) ao inicio da abstinencia podemos esperar un cadro de ansiedade xeneralizada máis ou menos intenso, con alteracións do soño e elementos de anhedonía e astenia compatibles cun cadro depresivo. O tratamento é o habitual, con ansiolíticos, hipnóticos se se precisan e valorando o uso de antidepressivos. É importante sinalar que o risco de dependencia de benzodiazepinas prescritas, en pacientes sen abuso previo, é moi reducido.

Cales son os obxectivos dunha desintoxicación?

De forma esquemática:

1. Liberar o organismo da dependencia fisiolóxica asociada ao consumo da substancia.
2. Diminuír ou eliminar a dor e o malestar.
3. Proporcionar un tratamento seguro e humanizado co obxectivo de superar o obstáculo inicial para conseguir a abstinencia.
4. Proporcionar unha situación que conduza a un compromiso máis amplo de tratamento e facer as derivacións axeitadas.
5. Tratar os problemas médicos que se poidan detectar.
6. Empezar o proceso de educación do paciente nas cuestións de saúde, prevención de recaídas e explorar as cuestións familiares, laborais e legais.

E podemos xustificar o feito de as realizar polo seguinte:

1. O medo ao «mono» é un dos factores que máis atrasa o acudir a un sistema terapéutico.

2. A desintoxicación, de seu, consegue abstinencias (máis ou menos longas, pero lógraas).
3. A desintoxicación farmacolóxica contribúe a regular o equilibrio perdido do sistema opioide endógeno.
4. Unha desintoxicación correcta aumenta a confianza en intervencións posteriores e mellora a relación paciente-terapeuta.
5. Encóntrase dentro dos postulados bioéticos.

Onde se deben realizar as desintoxicacións?

O primeiro criterio é o de onde sexa máis eficaz e menos agresivo para a vida diaria do paciente. Tanto el como a súa familia son importantes á hora de decidir a forma en que se realizará a desintoxicación e o noso labor pode consistir en axudar a pactar o modo de facelo e a forma de avaliar a súa eficacia, xunto cos pasos posteriores.

Só o consumo de alcohol, cocaína e heroína poden precisar ingreso en hospitais ou en contornos pechados en casos moi concretos.

Existen varias posibilidades, dependendo da substancia e da dose de consumo, da comorbidade orgánica ou mental e da situación social. A desintoxicación pódese realizar:

- De forma ambulatoria: centro de saúde, centro específico de drogodependencias, centro de saúde mental.
- En pisos de apoio á desintoxicación, onde permanecen os días necesarios baixo a supervisión de persoal adecuado e recibindo tratamento farmacolóxico desde o centro de referencia.
- Unidade de desintoxicación hospitalaria: en réxime hospitalario.
- Centros privados de eficacia variable e custo menos variable (alto sempre).
- Centros de carácter gratuíto: Alcohólicos Anónimos, Reto, Remar e outros realizan desintoxicacións moi eficaces que esixen o compromiso do paciente para manter unha posterior deshabitación.

Podemos realizar unha desintoxicación no centro de saúde?

En principio, as síndromes de abstinencia que supoñen un problema clínico específico son as de alcohol, heroína e cocaína. Canto ao resto de substancias, o tratamento é xenérico, principalmente dos compoñentes ansiosos da síndrome.

Convén lembrar que as benzodiazepinas son o tratamento de elección, a curto prazo, para calquera trastorno de ansiedade. A longo prazo, para tratamentos superiores a un mes, en cadros que poidan superar esta duración, demostraron maior eficacia os inhibidores selectivos da recaptación de serotonina (ISRS).

Ambas familias farmacolóxicas son de uso habitual na consulta diaria de calquera médico de familia e o seu manexo neste campo non se distingue do realizado noutras patoloxías.

Alcohol

En múltiples manuais encóntranse diferentes pautas de tratamento (véxase máis adiante). É importante sinalar que se debería abandonar o uso de clometiazol debido a ter maior tolerancia cás benzodiazepinas e a que, en caso de sobredose (intencionada ou non), non se dispón dun antagonista específico. Non é habitual que o paciente con dependencia alcohólica a «mude» por unha dependencia benzodiazepínica, pero cómpre recordar que as características clínicas e biográficas da dependencia do alcohol poden supor a necesidade dun tratamento prolongado.

Heroína

A desintoxicación de opioides é un problema clínico de relativamente doada solución. É preciso manexar da forma adecuada unha combinación de agonistas opioides e ansiolíticos, ocasionalmente con fármacos coadxuvantes (analxésicos, relaxantes musculares). De todas formas, é conveniente adquirir formación ao respecto, que acostuma ser de doado acceso e que esixe pouco tempo. Para iso, o ideal sería participar en obradoiros específicos que non esixen moito máis de tres ou catro horas.

Cocaína

A desintoxicación de cocaína, necesaria nos casos de diagnóstico de dependencia (polo xeral, en consumos diarios e por vía inxectada o fumada), e dadas as características, case dramáticas, do intenso desexo da substancia e da ansiedade asociada, convértese nun problema de máis difícil manexo. Hai que ter a formación axeitada, mais coma no caso anterior é relativamente fácil adquirirla.

E despois... ¿que?

Tras unha desintoxicación, o paciente inicia o proceso de deshabitación, no que é fundamental a participación de persoal non sempre dispoñible nos centros de saúde: traballo social, saúde mental, educador social. Por iso é importante unha correcta relación cos recursos dispoñibles para asegurar un bo seguimento.

Nalgúns casos concretos, como pode ser o de pacientes sen patoloxías asociadas, con correcto funcionamento laboral e sociofamiliar e con bo apoio familiar, pódese realizar o seguimento desde o centro de saúde, aínda que sempre é recomendable unha consulta psicolóxica para desbotar factores de risco e guiarnos na prevención de recaídas. Nos casos en que estea indicado un mantemento con naltrexona, este pode realizarse perfectamente desde a consulta de Atención Primaria (AP).

Que se pode facer para diminuír o risco de contaxio do virus das hepatites C e B e do virus da inmunodeficiencia humana no consumo inxectado?

A prevención da transmisión de enfermidades virais forma parte das actividades de redución de danos. Todo profesional sanitario debería intervir nesta liña, tanto en consultas de oportunidade (atendendo, p. ex., un absceso) coma noutras concertadas.

Existen programas de redución do dano con intercambio de xiringas, que se realizan en distintas localizacións (vilas, unidades móbiles, centros específicos de drogodependentes, farmacias, etc.). Como alternativa ao uso dunha xiringa nova, estéril, o mellor método sería ferver o material empregado, pero se non se ten a posibilidade ou se teme danar os utensilios, pódese recomendar lavalos con auga fría e xabón con lixivia (a auga quente pode causar coágulos que dificultan a súa eliminación).

Abofé que indicar e administrar efectivamente a vacina do virus da hepatite B (VHB) é labor fundamental de AP. En usuarios de drogas por vía parenteral está indicada, sempre, a vacinación antigripal e antineumocócica.

A persistencia do consumo, a pesar das complicacións que orixina, é unha característica clave dos trastornos aditivos (véxase «Abuso de substancias»).

Na táboa 2 relaciónanse as diferentes dependencias coas áreas de complicación fundamentais. Como se pode observar, é moi diferente a dependencia da heroína da de nicotina (esta caracterízase, case exclusivamente, polas complicacións físicas, sen trastornos comportamentais ou das relacións interpersoais).

Táboa 2. Complicacións e dependencia*

	Estado médico xeral	Situación laboral e finaceira	Consumo de alcohol	Consumo doutras drogas	Problemas legais	Familia e relacións sociais	Estado psicolóxico
Alcohol	+++	+		+	+	+++	+++
Alucinóxenos			+	+		+	++
Benzodiazepinas	+		+	+		+	++
<i>Cannabis</i>	+	+	+	+		++	+
Cocaína	++	++	++	+	+	++	++
Éxtase e drogas de deseño			+	+		++	+
Inhalantes	++	+		+		++	++
Nicotina	++		+				+
Opioides	+++	++	++	++	++	+++	+++

*A táboa describe a situación máis típica segundo a experiencia do autor.

Moitos veces descubrimos a dependencia porque a presenza de determinadas complicacións nos levaron a sospeitala.

Esta situación é moi frecuente en AP.

COORDINACIÓN CON OUTROS PROFESIONAIS

Por que hai tantos recursos en drogas?

A finais da década de 1970 empezaron a aparecer un número importante de persoas **heroinómanas**, cunha grave **sintomatoloxía clínica, psicolóxica e social**. Nese momento deuse en producir un certo «engalaxe» do compromiso médico coa asistencia destas persoas, compromiso que acabaron asumindo outros profesionais que se responsabilizaron desa asistencia.

En 1985 púxose en marcha o Plan Nacional sobre Drogas e a partir de entón tamén se iniciaron diferentes plans rexionais, que crearon unha **rede asistencial específica** para atender os drogodependentes, rede que se desenvolveu (na meirande parte dos casos) completamente á marxe das redes normalizadas de saúde. Puxéronse en marcha os **Programas Libres de Drogas (PLD)**, que buscaban como único obxectivo terapéutico a **abstinencia** no consumo de drogas.

Á marxe do desenvolvemento da rede de drogas, nos diferentes niveis asistenciais do Sistema Nacional de Saúde (SNS) houbo un rexeitamento cara a este tipo de pacientes, que axiña foron etiquetados de «problemáticos», en relación con factores como:

- Elevada frecuencia de contactos nas urxencias hospitalarias por sobredose de heroína.
- Crecente demanda de fármacos como as benzodiazepinas nas consultas dos centros de saúde.
- O rexeitamento das unidades de saúde mental para abordar esta patoloxía.
- A falta de formación en drogodependencias dos diferentes profesionais da saúde.

A escaseza de resultados dos PLD e a experiencia de certos países do noso contorno europeo trouxeron como consecuencia a posta en marcha de programas de menor grao de esixencia: os **Programas de Redución do Dano**, cun obxectivo inmediato que non era a abstinencia da droga, senón a mellora do estado de saúde dos drogodependentes. Puxéronse en marcha os programas con substitutivos opiáceos, Programas de Mantemento con Metadona (PMM) e Programas de Intercambio de Xiringas (PIX), que demostraran reducir os problemas relacionados (doenzas infecciosas e delincuencia).

De xeito parello, as administracións locais (concellos) empezaron a desenvolver os seus propios centros de atención específicos, que reciben diferentes denominacións segundo a área xeográfica.

Cada vez foi máis frecuente a creación doutro tipo de recursos sociosanitarios que pretendían dar resposta a esta importante problemática, e así diferentes organizacións non gobernamentais, asociacións de ex consumidores, organizacións relixiosas e distintos organismos privados ampliaron a oferta de recursos: pisos de acollida, granxas de rehabilitación, comunidades terapéuticas, etc.

Non foi ata principios da década de 1990 cando, ao fío do agravamento dos problemas sanitarios que afectaban á poboación de consumidores, coa intención de desenvolver estratexias médicas de acción, formalizouse un compromiso no Consello Interterritorial do SNS, que deba ter suposto unha maior e máis directa implicación na asistencia dos problemas de drogas. Este compromiso aínda non acadou sequera o nivel de desenvolvemento que se preveu para hai máis dunha década.

A situación aínda se complica máis debido ás políticas seguidas pola maioría das consellerías de sanidade das distintas comunidades autónomas, que contratan e/ou subvencionan, para a prestación específica destes servizos en materia de drogas nos seus dispositivos específicos, diferentes empresas ou organizacións non gobernamentais (ONG) mediante contratos por períodos limitados a través de concursos públicos, o que dificulta enormemente a continuidade nos coidados e a dos propios profesionais.

Cales son as necesidades sociais en relación coas drogas?

O perfil do consumidor de drogas no momento actual dista moito do descrito na sección anterior. O consumo das diferentes drogas, legais ou ilegais, está profundamente ligado ao estilo de vida da sociedade actual. O consumismo extremo, a inmediatez de resultados, a intolerancia á frustración e a busca de pracer son «valores» predominantes que fixeron que **certas drogas se converteran nun ben de consumo máis**. Os consumos asociados ao lecer, a maior tolerancia social ás drogas, a gran accesibilidade a estas, sexan legais sexan ilegais, e o fracaso dos programas preventivos fan que as prevalencias dos diferentes consumos aumenten en todas as idades e que estean aparecendo outro tipo de demandas: efectos a longo prazo de consumos mantidos, o policonsumo de diferentes drogas, a patoloxía dual, etc. Así, as demandas relacionadas coas drogas mudaron moito nos últimos anos, tanto nos servizos de urxencias coma nos propios centros de saúde, nas unidades de saúde mental, e tamén nos dispositivos da rede específica de drogas.

A sociedade agarda unha resposta normalizada dos problemas de saúde derivados dos consumos de drogas, polo que é fundamental unha abordaxe integral e integrada deles.

Non obstante, convén salientar que a mortalidade directa debida ao consumo de drogas, os episodios de urxencia e as admisións a tratamento diminuíron de forma moi marcada nos últimos anos.

Son necesarios todos os recursos existentes para darmos resposta aos problemas relacionados co consumo de drogas?

Independentemente do número de recursos existentes, e ata que se poida falar dunha integración completa de todos os recursos e profesionais que traballan neles, é imprescindible unha **maior coordinación**, con independencia da administración da que dependan. Só así se poderá dar resposta a unha necesidade crecente e cambiante e ser, de verdade, eficientes.

Que deben facer os profesionais de Atención Primaria ao respecto?

En prevención:

En Atención Primaria é imprescindible a **colaboración cos diferentes axentes sociais** na nosa zona de actuación. Non son as actividades na comunidade as que máis caracterizan o noso labor diario, pero é nunha área deste tipo onde máis eficaces poderíamos ser, colaborando desde os nosos coñecementos con aquelas institucións, concellos, asociacións veciñais, etc., non só baixo a demanda destas, senón tamén promovendo actividades que se poidan encadrar neste terreo.

En concreto, no que se refire á poboación escolar, a participación, xunto cos pediatras, en actividades específicas nos colexios en coordinación cos propios docentes. Cómpre lembrar que a eficacia de simples «charlas» a grupos de alumnos é mínima.

É previsible que ao longo do ano 2007 se poñan en marcha unha serie de programas específicos (ARGOS) de prevención na escola, coa participación dos profesionais de Atención Primaria.

Como intervir?

A tendencia dos últimos anos é dotar de maior homoxeneidade a sistema de atención, pero aínda asistimos a situacións completamente diferentes, non xa entre distintas comunidades autónomas, senón dentro destas e ata en diferentes concellos da mesma provincia, por iso só podemos dar desde aquí orientacións moi xenéricas.

Naquelas zonas, poucas, onde a atención se centra nos recursos de saúde mental, os problemas relacionados con drogas deberían tratarse co mesmo nivel de coordinación có das patoloxías, tendo en conta que en moitas ocasións o paciente presentará problemas

orgánicos (tradicionalmente tratados en medicina interna) xunto cos de drogas (tratados en saúde mental) e será na nosa consulta onde se poidan integrar ambas situacións nunha persoa, que é o que resulta ser calquera paciente.

Nun grande número de zonas a atención realízase por parte de diferentes dispositivos da rede de drogodependencias, de características, dotacións e titularidades dispares (p. ex., municipais, ONG, Cruz Vermella, etc.). En case todos os casos o que demostrou eficacia foi a relación persoal entre membros dun e outro equipo, polo xeral aproveitando a atención que lles poidan dispensar aos nosos pacientes. Existen moitos niveis de colaboración que non sempre necesitan ser protocolizados ao inicio, pero que hai que tratar de organizar da forma máis estable posible, polo xeral partindo dunha oferta nosa de colaboración. Un exemplo é a dispensación de metadona nos centros de saúde, que se realiza con bos resultados desde hai anos.

Existen experiencias puntuais nas que se levan a cabo tratamentos farmacolóxicos de desintoxicación de opioides. Outra actividade para a que podemos estar capacitados é o control dos tratamentos de mantemento con naltrexona.

A colaboración sincera e a comunicación frecuente minimizará os problemas, como as demandas inadecuadas de fármacos e de asistencia urxente.

E... coidar?

Nos casos en que non se poden realizar tratamentos orientados á abstinencia, é fundamental a participación en actividades que minimicen os riscos para a saúde dos nosos pacientes, en colaboración tanto coas unidades específicas coma con outros servizos especializados. A captación activa para os programas de vacinación (hepatite B, gripe, pneumococo, tétano), control da tuberculose, colaboración en adherencia ao tratamento en pacientes psiquiátricos e co virus da inmunodeficiencia humana/síndrome da inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), etc.

E alá onde a medicina non chega?

É dicir, case sempre. É preciso coñecer e establecer algún nivel de relación con todos os recursos do noso contorno que poidan resultar de axuda para os nosos usuarios:

- **Traballadores sociais.** Á parte de colaborar nos aspectos socioeconómicos que afecten aos pacientes e ás súas familias, teñen unha función fundamental para avaliar as condicións familiares, tanto no que poidan influír sobre o problema de drogas coma no que resulten afectadas pola aparición dunha patoloxía deste tipo.
- **Psicólogos.** En moitos casos, os pacientes con problemas de drogas precisan de apoio psicolóxico e/ou psicoterapia. A coordinación entre estes profesionais e o médico de Atención Primaria é fundamental.
- **ONG.** Poden ser unha inestimable axuda en múltiples niveis. Recursos terapéuticos non institucionais, como Alcohólicos Anónimos, Proxecto Home, etc., poden supor un elemento fundamental para a evolución dos nosos usuarios. Outras ONG realizan apoio ás familias, actividades educativas, grupos de autoaxuda, apoio legal, etc.

SELECCIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DO CONSUMO DE DROGAS

Desde a creación do Plan Nacional sobre Drogas, en 1985, foron múltiples as iniciativas encamiñadas á prevención do consumo de drogas entre a xente nova. A suma das experiencias acumuladas no noso país, xunto cos programas internacionais con mellores avaliacións, permitiron que a década de 1990 fora un período prolífico na creación de programas de prevención adaptados ao noso contorno. A maioría deles adaptados para a súa implantación no medio escolar, sen esquecer os dirixidos ao ámbito comunitario.

Que programas preventivos sobre as drogas se implantaron nos últimos anos?

É importante insistir na importancia que poden ter as intervencións de prevención realizadas desde a Atención Primaria, sen esquecer a necesidade de as integrar e coordinar cos programas que se desenvolven no contorno comunitario. A continuación presentamos unha selección dos programas de prevención implantados en España, información que se seleccionou da *Guía práctica para unha prevención eficaz*, cuxa autora é Alicia Acero, editada por ADES e polo Plan Nacional sobre Drogas.

«En la huerta con mis amigos»

É un método para contribuír á maduración psicoafectiva, á adquisición de hábitos de saúde e ao inicio do traballo preventivo en idades moi temperás. É unha adaptación dun programa canadense. Aplícase en varias comunidades autónomas (CCAA). Diríxese a nenos de 3 a 11 anos.

Consiste na lectura e realización de actividades complementarias de 18 contos con situacións parecidas ás que viven os rapaces pero protagonizadas por hortalizas.

«Prevenir en colección»

É un programa que, mediante a implicación da familia, a escola e os recursos comunitarios, pretende fomentar a adquisición de actitudes, valores e hábitos de vida saudables na poboación infantil. Impulsado pola Axencia Antidroga de Madrid. Diríxese a nenos de 6 a 11 anos.

Aplicase mediante sesións formativas a profesores, pais e entidades comunitarias e directamente cos alumnos. Apóiase en materiais moi coñecidos, coma un álbum de 41 cromos denominado «Cousas da Vida de Esperanza e Felipe» e o CD-ROM «Esta casa é un enigma», así coma unha guía de aplicación do programa.

«La aventura de la vida»

É un programa de prevención que opta pola educación para a saúde como estratexia máis válida para traballar co alumnado e coa comunidade educativa no seu conxunto. Elaborado pola asociación EDEX, acadou unha gran expansión en España e aplícase con grande aceptación en numerosos países de América Latina. Diríxese a escolares de 8 a 11 anos.

Inclúe 36 historias agrupadas en catro áreas: autoestima, habilidades para a vida, drogas e hábitos saudables. As historias están plasmadas en álbums de cromos, dos que existe un diferente para cada curso (terceiro, cuarto, quinto e sexto de educación primaria).

«Prevenir para vivir»

Conxunto de actividades dirixidas a sistematizar a prevención no contexto escolar. Estas actividades son compatibles coas propias das diversas áreas de coñecemento, inseríndose no currículo escolar. O programa, creado e impulsado pola Fundación de Axuda contra a Drogadicción (FAD) ten unha importante extensión en varias CCAA (Valencia, Andalucía, Madrid, etc.).

Diríxese a nenos e adolescentes de 3 a 15 anos.

Cun enfoque eminentemente práctico, a estratexia que segue oriéntase a facilitar a incorporación de programas de prevención nos centros escolares mediante información, formación, axuda ao profesorado e coparticipación dos pais. Consta dunha guía por cada curso escolar, caderno para o alumno e material para o centro escolar (manuais, vídeos, fichas, etc.).

«El valor de un cuento»

Igual ca no caso anterior, baséase na literatura como vehículo para a transmisión de actitudes e valores culturais. O profesor escolle, entre os contos seleccionados, aqueles máis adecuados en función das necesidades, características dos alumnos e dos valores formativos que se desexa traballar. Promovido pola FAD.

Diríxese a nenos e adolescentes de 6 a 14 anos, estruturándose en catro bloques: primeiro ciclo de primaria (6-8 anos); segundo ciclo de primaria (8-10 anos); terceiro ciclo de primaria (10-12 anos) e primeiro ciclo de secundaria obrigatoria (12-14 anos). Cada un dos bloques consta de catro libros de lectura acompañados das súas guías didácticas.

«Tú y la música»

Preténdese que a música sexa o vehículo para a formación de valores e actitudes e para a formación integral do individuo en última instancia. Desenvolve contidos variados que entran no marco dos programas oficiais. Tamén promovido pola FAD.

Dirixido a nenos de 6 a 11 anos.

Consta dunha guía de actividades con propostas didácticas que se refiren a temas que aparecen no vídeo «Ti e a música». Busca facer pensar aos alumnos no feito de como a música inflúe na vida cotiá e ofrece posibilidades de ocio. Os concertos constitúen a culminación do programa.

«La experiencia de educar para la salud en la escuela: PPCDE»

O programa trata de aplicar na aula unha serie de contidos curriculares que teñen como finalidade dotar a comunidade educativa de instrumentos de traballo para o seu afrontamento racional do consumo de drogas. Utilízase basicamente no territorio da Comunidade Autónoma de Galicia e foi impulsado polo Plan de Galicia sobre Drogas.

Diríxese a unha poboación ampla, desde nenos de 6 anos ata mozos de 18 anos.

A súa aplicación consta de 11 sesións de media por curso e está precedida dunha fase de formación para o profesorado de 25 horas. O material didáctico está composto por unha guía do profesor, cadernos do alumno e vídeo.

«Discover»

Partindo do principio de que no consumo de drogas interveñen actitudes individuais, potenciadoras de estilos de vida que poden ser de baixo ou alto risco, o programa propón a redución dos devanditos riscos. É un programa moi completo pero, pola súa vez, moi complexo, que actualmente distribúe a asociación EDEX.

Consta de oito niveis, cada un deles destinado a un grupo de idade de entre os 3 e os 16 anos. Baséase na toma de decisións responsables e estrutúrase en tres grandes bloques de contidos: a) desenvolvemento da autoestima, b) información sobre drogas e c) habilidades para tomar decisións e construír relacións. Cada nivel consta dunha guía para o profesor, un libro do alumno e fichas para a familia.

« Y tú, ¿qué piensas?»

O programa consiste basicamente en motivar os profesores e alumnos para o debate nas aulas sobre unha serie de temas estreitamente vinculados á vida dos adolescentes e mozos. Promovido pola FAD. Diríxese a xente nova de entre 16 e 18 anos.

A actividade baséase no traballo con seis documentos informativos sobre certos temas clave: vida en grupo, tempo libre, publicidade e moda, mozos e adultos, relacións persoais, a xuventude e o mundo. O profesor dispón tamén dunha guía didáctica que o axuda e orienta sobre o uso dos materiais e a dinamización dos grupos.

«Comunidad, escuela de salud»

Programa destinado á promoción de alternativas saudables na poboación infantil. Realízase en colaboración cos concellos de Castela-A Mancha e baséase nunha metodoloxía comunitaria centrada no aproveitamento dos recursos existentes.

Diríxese a adolescentes de 10 a 15 anos.

Organízanse actividades moi variadas relacionadas coas áreas de cultura, natureza e deporte.

«Alcazul»

É un programa canalizado mediante actividades de tempo libre e destínase a facilitar o emprego saudable do lecer e a reducir a influencia de certos factores de risco (busca de sensacións, actitudes antisociais, presión do grupo de iguais, etc.). Está impulsado polo Plan Autonómico sobre Drogas de Castela-A Mancha, onde goza dunha notable implantación en colaboración con numerosos concellos, e posúe unha metodoloxía comunitaria.

Diríxese a adolescentes e mozos de 12 a 18 anos.

Organízanse unha serie de actividades estruturadas en subprogramas (coordinación, motivación, aventura, deporte, natureza, medios de comunicación, etc.).

«Construyendo salud»

Trátase da adaptación española dun dos programas mellor avaliados no campo da prevención das drogodependencias: o programa de «Adestramento en habilidades de vida», de G. Botvin. Está adaptado á realidade española pola Universidad de Santiago de Compostela. Foi impulsado no marco do Convenio de colaboración dos ministerios de Educación, Sanidade e Interior para promover a educación para a saúde na escola.

Diríxese a nenos e adolescente de 11 a 15 anos.

Consta de 13 unidades deseñadas para ser aplicadas en 17 sesións de clase de 50 minutos.

Aborda información sobre o tabaco, o alcohol e mais outras substancias, así como habilidades e recursos persoais que protexen fronte ao consumo de drogas.

«Entre todos»

Adaptación e ampliación do programa Construindo saúde.

Crea un espazo para as familias. Dota o programa dunha estratexia de supervisión.

Amplía as materias que soportan as unidades didácticas engadindo unha materia de valores.

Consta de 17 unidades didácticas agrupadas en nove materias, deseñadas para ser aplicadas ao longo de 21 sesións de titoría de 50 minutos. Curso de formación de profesorado de 20 horas de duración. Programa familiar, con actividades para realizar na casa e sesións no centro escolar.

«THC. Què fer?»

Programa de prevención do consumo de cannabis para traballar con adolescentes. O seu obxectivo xeral é diminuír o consumo de cannabis ou atrasar o seu inicio. Entre os seus obxectivos específicos atópanse: favorecer o desenvolvemento e o mantemento de actitudes favorables á saúde; a abstinencia de drogas en xeral e do cannabis en particular; fomentar actitudes e comportamentos favorables cara aos non consumidores de drogas; evitar ou atrasar o inicio de consumo de cannabis.

Estrutúrase en dúas unidades didácticas que se desenvolven nun total de catro sesións. A primeira oríentase a información sobre o cannabis e a traballar as crenzas erróneas máis frecuentes. A segunda aborda a toma de decisións, as habilidades sociais, a comunicación e a asertividade.

O programa consta dun manual para o educador que inclúe un CD-ROM, con materiais de traballo para cada sesión para o alumno.

«Déjame que te cuente algo sobre... os porros»

A intención deste programa é achegar argumentos, que axuden á xente nova a construír un sistema de crenzas baseado en informacións obxectivas e comprobadas cientificamente.

En definitiva, trátase de contribuír a romper a xa demostrada asociación: contidos dun discurso que só destaca as bondades do consumo –baixa percepción de risco/maiores índices de consumo.

O programa desenvólvese en cinco sesións de 1,5 horas de duración.

Expóñense diversos obxectivos e contidos para abordar os temas máis relevantes relacionados co consumo e a cultura positiva do cannabis.

- Guía didáctica para o educador.
- Material informativo para os mozos.

«ESO sin humo»

É un programa educativo elaborado pola Consellería de Saúde da Xunta de Andalucía, que persegue previr e atrasar a idade de inicio no consumo de tabaco dos escolares dos centros docentes andaluces. Consiste en realizar na aula unha serie de actividades educativas en prevención do consumo de tabaco, que se poden desenvolver ao longo do curso escolar.

O programa está dirixido aos alumnos de 1.º e 2.º de Educación Secundaria Obrigatoria (ESO) dos centros educativos andaluces.

Obxectivos: informar o alumnado sobre as consecuencias do consumo de tabaco; reflexionar sobre os intereses económicos e comerciais que xiran arredor da industria tabaqueira; aprender a ser críticos coa publicidade do tabaco; adquirir recursos e habilidades para resistir a presión do contorno e do grupo de iguais cara ao consumo do tabaco.

O responsable de desenvolver as actividades será unha persoa non fumadora ou, do contrario, comprometerase a non fumar ao longo do desenvolvemento do programa.

«DINO»

Programa de educación preventiva sobre drogas para preadolescentes, cuxa aplicación se sustenta na divulgación e distribución de material didáctico, apoio técnico, coordinación e seguimento do proceso de traballo do material.

Dirixido ao alumnado do terceiro ciclo de Primaria, que se enmarca no ámbito da educación para a promoción de estilos de vida saudables. As substancias en que se centra son o tabaco e o alcohol, xa que é nesta idade cando comezan os primeiros contactos sociais que o poden iniciar no seu consumo.

Obxectivos: fomentar a autoestima e as habilidades sociais (habilidades de comunicación asertiva, resolución de problemas e conflitos interpersoais); importancia de ter un corpo e unha mente sans; importancia de seguir as indicacións médicas en canto a uso dos medicamentos, os seus mecanismos de interacción co organismo e os seus posibles efectos secundarios; «sa desconfianza» en tomar substancias estrañas ao organismo (incluídos os medicamentos); factores sociais e persoais que facilitan o consumo de tabaco, alcohol ou doutras drogas (en idades próximas á puberdade), así coma explicacións axeitadas á idade e ao nivel acerca das devanditas substancias e das súas repercusións no organismo; información máis específica sobre as drogas (na adolescencia), con explicacións verbo das dependencias física e psíquica que xeran.

A súa aplicación lévase a cabo mediante a integración curricular; aproveitando os obxectivos, contidos, metodoloxía e recursos das distintas áreas, para lograr os seus obxectivos específicos e contribuír á consecución dos obxectivos xerais da etapa. O traballo realízase por parte do profesorado nas propias clases.

Programa de toma de decisións e solución de problemas «Hércules»

É un programa avaliado de prevención do consumo de drogas no ámbito extra-escolar baseado no adestramento na toma de decisións e na solución de problemas como factor de protección fronte a condutas de risco.

O programa consta de 12 sesións de traballo práctico de duración variable, nas que se van adestrando cada un dos pasos do proceso de toma de decisións e que rematan nunha sesión de peche que constitúe unha síntese de todo o aprendido nas anteriores.

O carácter lúdico constitúe un dos seus principais atractivos, por iso se toma como punto de partida unha interesante historia, como é a de Hércules e os 12 traballos que ten que resolver. Así, perséguese dotar os participantes de estratexias que lles eviten actuar de modo impulsivo e poidan tomar decisións dun xeito sistemático, racional e reflexivo. Trátase, en definitiva, de que aprendan a identificar e definir os problemas cos que se encontran, a considerar as alternativas que hai para os resolver, a sopesar as consecuencias de cada unha delas e a deseñar un plan de acción.

Programa de aprendizaxe e desenvolvemento do autocontrol emocional «Ulises»

É un programa avaliado de prevención do consumo de drogas no ámbito extra-escolar baseado no desenvolvemento do autocontrol como factor de protección fronte a condutas de risco.

O programa consta de 10 sesións máis unha sesión de peche, de traballo práctico, de duración variable, coas que mediante unha metodoloxía dinámica, activa e amena os participantes adquiren os recursos que lles permitan desenvolver un autocontrol emocional, reducir a ansiedade, lograr o éxito no contorno social e resolver situacións problemáticas sen necesidade de recorrer a alternativas non saudables.

Toma como referente a figura e vivencias de Ulises e os seus homes durante a súa longa viaxe de regreso á casa tras a guerra de Troia, a través de atractivas viñetas, o que constitúe un referente ilustrador da habilidade de manexo do autocontrol emocional.

«Órdago! o desafío de vivir sen drogas»

O programa susténtase nunha ferramenta concreta e práctica (*pack* de cadernos) que permite implantar no medio escolar e nos ámbitos familiar e comunitario un proceso dirixido a modificar os factores asociados ao consumo abusivo de drogas por parte da xente nova. Adaptado dun programa canadense pola asociación EDEX, aplícase en diferentes CCAA de España e pódese afirmar que é o que posúe unha maior cobertura de poboación escolarizada.

Diríxese a adolescentes de 12 a 15 anos.

Contempla unha sesión de catro horas co profesorado e 20 sesións co alumnado, distribuídas ao longo dos catro niveis da ESO: sete en primeiro, seis en segundo, catro en terceiro e tres en cuarto. Tamén inclúe catro sesións con pais e nais.

«Tú decides»

E un programa avaliado de prevención escolar que trata de mellorar as habilidades do adolescente para a toma de decisións, baseándose nun mellor coñecemento e no manexo das circunstancias en que se dá a oferta de drogas en conexión con outras problemáticas do adolescente. Un dos programas de prevención pioneiros e máis clásicos en España, que ten a súa orixe no Consell Insular de Mallorca e tivo unha gran implantación nas Baleares e Cataluña.

Diríxese á poboación adolescente de 12 a 15 anos.

Trabállase en grupos e coa axuda do profesor en catro historietas de cómic nas que se representan diversas situacións cotiás na vida social do adolescente manexando contidos informativos, mitos sobre as drogas e presión do grupo. A duración do programa é de sete horas e inclúe unha sesión con pais e nais.

«Cine e educación en valores»

Propón a utilización do cine como ferramenta de prevención. Aplicado por diferentes organizacións sociais entre as que se atopa a propia FAD.

Diríxese a adolescentes e mozos de 12 a 18 anos.

Preséntase a película, remárcanse aqueles valores e actitudes máis relevantes e, con posterioridade á proxección, estes aspectos trabállanse na aula.

«Barbacana»

Ten como obxectivo favorecer as condicións necesarias dirixidas cara ao «non consumo», e foi impulsado pola Universidade de Alicante.

Diríxese a adolescentes de entre 12 e 15 anos.

O programa está estruturado en oito sesións dunha duración aproximada de unha hora e cunha periodicidade semanal dentro do horario de clase. Consta dun material moi variado: caderno do director das sesións, caderno do alumno, caderno para a familia, vídeo (con 16 escenas, dúas por sesión), cuestionario de avaliación e libro sobre información de substancias.

«Los valores en la literatura»

Utiliza a literatura como recurso educativo para a adquisición de valores e habilidades persoais. Impulsado polo Plan Autonómico sobre Drogas de Murcia, ten a súa maior implantación nesta comunidade autónoma. Mediante a implicación dos profesores de literatura, ética e/ou titorías da ESO, trabállase cos alumnos mediante a lectura de obras literarias que poñen de manifesto factores de risco propios da adolescencia e situacións conflitivas que permiten trascender o ámbito da ficción, promovendo a crítica reflexiva e a toma de postura do lector.

Diríxese a adolescentes de 12 a 15 anos.

O manual para titores consta de nove cadernos independentes que recollen materiais educativos e guías didácticas. Existen tres tipos de actividades: de achegamento ao libro, durante a lectura e para despois da lectura.

«Límite 0»

Traballa a influencia do alcohol sobre a conducción e os riscos que se poden derivar desta práctica. Realmente consiste nun paquete de materiais que se ha incorporar dentro dunha unidade didáctica para que non se cinga exclusivamente a un xogo. Impulsado polo Concello de Barcelona.

Diríxese a adolescentes de 12 a 15 anos.

Propón sete actividades para levar a cabo na aula, que se han desenvolver en sete ou oito sesións dunha hora a unha hora e media de duración. O elemento central é un CD-ROM que se denomina «Límite 0» e que inclúe un programa informático interactivo que simula a conducción dun vehículo baixo os efectos de distintos niveis de alcoholemia. Tamén contempla entre os seus materiais unha guía didáctica, vídeos de actualidade sobre a relación dos consumos de alcohol e os accidentes de tráfico e un caderno con follas de exercicios e cuestionarios de avaliación para cada alumno.

«Dos ideas para ayudar a nuestros hijos». Concello de León

Trata de informar e sensibilizar os pais de alumnos dos centros educativos da cidade en dúas ideas básicas: a necesidade de asistir ás escolas de familias para estar mellor preparados para levar a cabo a educación dos fillos e a necesidade de recibir formación específica sobre prevención de drogodependencias. Confeccionáronse «estoxos» que conteñen un vídeo informativo sobre escolas de familias e prevención de drogodependencias, caderno informativo, folia de avaliación e carta de presentación ás familias. Os profesores son os encargados de distribuílos ás familias. Finalmente, avalíase o resultado da intervención.

«Formación de mediadores sociales». Concello de Cáceres

Ante as dificultades para manter un discurso educativo rigoroso e unha metodoloxía homoxénea fronte á prevención, propónse articular todos os recursos da cidade, fomentar a conexión e a comunicación entre eles e avanzar na construción dun discurso social alternativo. Inclúense accións centradas na mocidade (promoción de alternativas de lecer e tempo libre), no eido familiar (formando os pais como axentes preventivos comunitarios) e nos profesores de primaria dos centros escolares da cidade.

«Programa de intervención con menores». Concello de Madrid

Sen dúbida, un dos programas máis amplos e consolidados de intervención con menores no noso país (comezou en 1992). Trata de detectar precozmente os menores que se inician no consumo de drogas, intervindo en situacións de risco e ofertándolles un tratamento integral aos menores drogodependentes e ás súas familias.

Baséase en catro estratexias básicas:

- Coordinación con entidades e recursos da zona.
- Intervención con menores en situación de risco seguindo un estilo «de busca».
- Orientación e asesoramento a familias e outros mediadores.
- Tratamentos dos menores nos centros de atención ás drogodependencias da rede municipal.

«Entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento e solución de problemas». Concello de Granada

O programa propón previr condutas problemáticas e de consumo abusivo de drogas en menores que están en situación de alto risco, producir cambios nas súas actitudes, coñecementos e valores e desenvolver actitudes favorables cara a estilos de vida saudables mediante a aprendizaxe de habilidades ou competencias persoais. A estratexia básica son cursos de habilidades, técnicas de afrontamento e resolución de problemas, de 8 a 10 sesións, en período tanto escolar coma extraescolar.

«Prevención de conductas infractoras e promoción da convivencia en menores». Concello de La Línea de la Concepción

Os obxectivos son previr a comisión de condutas infractoras en menores e promover hábitos e actitudes que melloren a convivencia. Trabállase en habilidades sociais, estratexias de autocontrol, autoconhecimento e resolución de conflitos. Esta intervención realízase tanto co menor coma coa familia, mediante entrevistas individuais e grupais, e ofrecéndolles aos menores alternativas ocupacionais, lúdicas e deportivas.

ALCOHOL

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: alcohol etílico, etanol.
- b) *Mecanismo de acción*: alteración de membranas neuronais, interacción sobre receptores gammaaminobutirato (GABA) e N-metil-D-aspartato (NMDA).
- c) *Duración dos efectos*: 1-4 horas.
- d) *Detección*: a detección de alcohol adóitase realizar en aire espirado (etilómetro) ou en sangue (alcoholemia). A alcoholuria persiste ata 24 horas tras a inxestión.
- e) *Criterios analíticos*: aumento do volume corpuscular medio (VCM), elevación da gammaglutamil transpeptidasa (GGT) e outras enzimas hepáticas (GOT, transaminasa glutamicooxalacética [AST, antiestreptomocina] máis que GPT, transaminasa glutamicopirúvica [ALT, alanino aminotransferasa]) e da transferina desialilada.
- f) *Interaccións*: algúns fármacos de uso habitual (fenobarbital, fenitoína, antidiabéticos orais, cimetidina) ven afectado o seu metabolismo de xeito clinicamente significativo co consumo simultáneo de alcohol. Outros fármacos (cefalosporinas, metronidazol, ketoconazol).

2. Formas e vías de administración

A vía de administración máis habitual é a oral. Unha unidade de bebida estándar (UBE) é a cantidade de alcohol (= 10 g) que contén un vaso de viño (100 ml), unha caña (200 ml) ou media copa de whisky (25 ml).

$$\text{Gramos de alcohol} = \text{volume (dl)} \times \text{graduación (ml/100)} \times 0,79$$

3. Efectos

- a) *Buscados*: euforia moderada, desinhibición, relaxación, hilaridade.
- b) *Adversos*:
 - **Agudos**: alteracións psicomotoras e do comportamento, gastrite, náuseas, vómitos, cefalea, paranoia ou celotipia alcohólica, trastornos do soño, trastornos do ánimo, trastornos de ansiedade.
 - **Crónicos**: esteatose, hepatopatía alcohólica, cirrose hepática, pancreatite aguda e crónica, esofaxite, miocardiopatía, úlcera gástrica, disfunción eréctil, encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, mielinose central pontina, enfermidade de Marchifava-Bignami, esclerose laminar de Morel, pseudoparálise xeral alcohólica.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

O consumo habitual de alcohol leva ao desenvolvemento de tolerancia e dependencia. O cuestionario CAGE pódese aplicar de forma sinxela e rápida en Atención Primaria (AP) para valorar unha posible síndrome de dependencia alcohólica. A confirmación do diagnóstico pódese obter mediante cuestionarios de maior especificidade como o MALT, se ben cómpre ter en conta que o tempo necesario para aplicar o cuestionario é maior. A síndrome de abstinencia alcohólica pode ter unha intensidade variable, de pasar desapercibida a constituír unha ameaza para a vida do paciente. Ás 24-48 horas despois do cesamento da inxestión alcohólica se cadra aparecen insomnio, ansiedade, náuseas, vómitos, sudación, alucinacións e crises epilépticas. Nunha pequena porcentaxe de pacientes poden darse de forma tardía formas máis graves caracterizadas pola presenza de alteración da consciencia e delírium, habitualmente acompañado dun maior grao de hiperactividade neurovexetativa (delírium tremens).

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda*: en xeral, o tratamento consiste en observar o paciente ata que recupere a sobriedade, valorando as posibles lesións asociadas e prestando atención ás complicacións que poidan aparecer. Os pacientes alcohólicos crónicos deben recibir tiamina, ácido fólico e complexos polivitamínicos. Un traumatismo cranial cunha puntuación na escala de Glasgow < 15 , calquera mínima deterioración mental ou a falta de melloría pasadas tres horas son indicación de tomografía computarizada (TC) inmediata. Se non hai signos clínicos de deshidratación, non é necesario utilizar a vía venosa ou fluidoterapia. O lavado gástrico e a administración de carbón activado non son útiles. A intoxicación etílica grave require soporte vital avanzado (SVA), estudo analítico (risco de cetoacidose alcohólica) e consulta co intensivista.
- b) *Desintoxicación*: as benzodiazepinas son os fármacos máis eficaces para manexar os síntomas de abstinencia na desintoxicación do paciente alcohólico. O seu potencial de adicción e de efectos adversos fan que se deban utilizar durante un período de tempo limitado. Aínda que o clometiazol se empregou con frecuencia nos síndromes de abstinencia leves, ten un perfil de seguridade menor có das benzodiazepinas e os riscos ao interactuar co alcohol son maiores. A desintoxicación alcohólica pode precipitar unha encefalopatía de Wernicke, que debe ser tratada de forma urxente con tiamina parenteral, pero non existe evidencia de que os suplementos vitamínicos por vía oral ou intramuscular durante a desintoxicación reduzan este risco.
- c) *Deshabitación*: tras a desintoxicación, son fundamentais o seguimento do paciente alcohólico e a instauración dun programa para evitarmos recaídas. Durante a fase de deshabitación é posible utilizar apoio farmacolóxico. O

acamprosato actúa modulando o sistema do glutamato, que se cre que ten unha importancia nos cambios neurobiolóxicos asociados á dependencia alcohólica. A naltrexona reduce o consumo de alcohol e aumenta as taxas de abstinencia mediante unha diminución do reforzo positivo dos efectos prazenteiros do alcohol. O disulfiram emprégase como un interdicator e aversivo. Estes tres fármacos demostraron eficacia e efectividade na prevención de recaídas no alcoholismo.

Táboa 1. Criterios del PAPPS para a detección de consumo de risco*

Ingesta diaria	Ingesta semanal
Homes 40 g (4 unidades*)	280 g (28 unidades*)
Mulleres 24 g (2,4 unidades*)	168 g (17 unidades*)

6. Cuestionarios e táboas

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas e de Promoción da Saúde.
*1 unidade = 10 g de alcohol puro.

Táboa 2. Test AUDIT

- Con que frecuencia toma algunha bebida que conteña alcohol?
 - Nunca
 - 1 ou menos veces ao mes
 - 2 ou 4 veces ao mes
 - 2 ou 3 veces á semana
 - 4 ou máis veces á semana
- Cantas consumicións de bebidas alcohólicas acostuma realizar nun día típico en que bebeu?
 - 1 ou 2
 - 3 ou 4
 - 5 ou 6
 - 7 a 9
 - 10 ou máis
- Con que frecuencia toma 6 ou máis bebidas alcohólicas nunha soa ocasión?
 - Nunca
 - Menos de 1 vez ao mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario ou case a diario
- Con que frecuencia no curso do último ano non foi quen de parar de beber unha vez que empezara?
 - Nunca
 - Menos de 1 vez ao mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario ou case a diario

Táboa 2. Test AUDIT (Continuación)

5. Con que frecuencia no curso do último ano non puido facer o que se esperaba de vostede porque bebera?
(0) Nunca
(1) Menos de 1 vez ao mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario ou case a diario
-
6. Con que frecuencia no curso do último ano necesitou beber en xaxún para se recuperar despois de ter bebido moito o día anterior?
(0) Nunca
(1) Menos de 1 vez ao mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario ou case a diario
-
7. Con que frecuencia no curso do último ano tivo remorsos ou sentimentos de culpa despois de ter bebido?
(0) Nunca
(1) Menos de 1 vez ao mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario ou case a diario
-
8. Con que frecuencia no curso do último ano non puido lembrar o que sucedeu a noite anterior porque estivera bebendo?
(0) Nunca
(1) Menos de 1 vez ao mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario ou case a diario
-
9. Vostede ou algunha outra persoa resultaron feridos porque vostede bebera?
(0) Non
(2) Si, pero non no curso do último ano
(4) Si, no último ano
-
10. Algún familiar, amigo, médico ou profesional sanitario amosaron preocupación polo seu consumo de bebidas alcohólicas ou indicáronlle que deixe de beber?
(0) Non
(2) Si, pero non no curso do último ano
(4) Si, no último ano

Puntuación: súmanse os resultados de cada resposta que están entre paréntese diante desta.

Versión orixinal: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, da Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;88:791-804.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

Táboa 3. Encuesta semiestructurada sobre consumo de alcohol*

Bebida	Preguntas básicas	Preguntas complementarias	Cantidad
Viño	1. Toma viño nas comidas?	Ao redor de ½ litro?
	2. Toma algún viño fóra das comidas?	Canto lle dura a botella?
Cervexa	3. Toma cervexas a diario?	¿Bebe cervexa a fin de semana?
Copas	4. Toma algunha copa?	Coñac, anís, whisky...?
	5. Algún <i>carajillo</i> ?	Sol e sombra, revoltó...?
Combinados	6. Algún cubalibre?	Outros combinados: ron, whisky, calimocho...?
Outros	7. Toma algunha vez sidra, vermú, xerez?	
		Total de unidades por semana

Tomado de Córdoba R.

Táboa 4. Propostas PAPPs

	Si	No
1. Pensa vostede que come demasiados doces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ofrecéronlle algunha vez un "porro" ou unha dose de cocaína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Molestoulle algunha vez que a xente criticara a súa forma de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Propúxose nalgunha ocasión facer algo de exercicio semanalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Considera vostede que dorme as horas necesarias para estar a ton durante o día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tivo algunha vez a impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Propúxose seriamente nalgunha ocasión deixar de fumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Comentáronlle nalgunha ocasión que debería fumar menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentíuse algunha vez mal ou culpable polo seu costume de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Algunha vez o primeiro que fixo pola mañá foi beber para calmar os seus nervios e librarse dunha resaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Propúxose nalgunha ocasión cambiar o seu costume de consumir pastillas para durmir por técnicas de relaxación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAPPs: Programa de Actividades Preventivas e de Promoción da Saúde.

NOTA: as preguntas 3, 6, 9 e 11 configuran o test de CAGE. Unha resposta afirmativa a dúas ou máis destas catro preguntas indica a posible dependencia de alcohol.

Fonte: Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Altisent R, Forés D. Estudio de intervención breve no consumo excesivo de alcohol (EIBAL).

BENZODIAZEPINAS

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: 1,4-benzodiazepinas (p. ex., diazepam).
1,5-benzodiazepinas (p. ex., clobazam).
Benzodiazepinas tricíclicas (p. ex., triazolam).
- b) *Mecanismo de acción*: estimulación indirecta dos receptores gammaamino-butírico (GABA)/benzodiazepínicos.
- c) *Duración dos efectos (véxase a táboa)*: variable. Existen benzodiazepinas de vida media curta (midazolam), intermedia (lorazepam) e longa (flurazepam).
- d) *Detección en urina e outros*: detectable en urina mediante os reactivos utilizados habitualmente. O tempo de detección está relacionado coa vida media de cada substancia.
- e) *Interaccións*: o uso simultáneo de depresores do sistema nervioso central (incluído o alcohol e os opiáceos) incrementa o risco de intoxicación de xeito notable.

2. Formas e vías de administración

As benzodiazepinas acostuman administrarse en contexto terapéutico por vía oral, sublingual ou intravenosa. Fóra deste contexto, a vía de administración máis habitual é a oral, aínda que son posibles outras (intravenosa, intranasal, etc.). En ambientes marxinais estas substancias son coñecidas polo seu nome comercial (*trankis, rohipnoles, etc.*) ou *pastillas* (non confundir con MDMA/éxtase).

3. Efectos

- a) *Buscados*: todas as benzodiazepinas comparten efectos ansiolíticos, miorelaxantes, anticonvulsivos e hipnóticos. Fóra de contexto terapéutico o efecto buscado é o ansiolítico/desinhibidor.
- b) *Adversos*:
 - Agudos: sedación, somnolencia, ataxia, disartria, incoordinación, diplopía, vertixe. Amnesia en fase de consolidación.
 - A intoxicación aguda por benzodiazepinas cursa como un cadro de diminución do nivel de conciencia que pode chegar ao coma profundo. As benzodiazepinas son fármacos considerablemente seguros, pero en asociación con outras substancias o risco de parada cardiorrespiratoria é elevado.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

As benzodiazepinas inducen tolerancia con rapidez. A supresión brusca despois do uso habitual pode dar lugar á aparición dunha síndrome de abstinencia (irritabilidade, agresividade, convulsións, etc.). Pode producir dependencia. O grao de dependencia e a gravidade da síndrome de abstinencia está en relación coa

cantidad total consumida e a semivida da substancia (as benzodiazepinas de semivida curta producen dependencia con maior rapidez).

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredose*: medidas xerais segundo a gravidade do cadro de diminución da conciencia. O flumazenil é o antídoto específico para a intoxicación por benzodiazepinas. O seu uso débese restringir a pacientes con sedación profunda, depresión respiratoria ou coma.
- b) *Desintoxicación/deshabituación*: a substitución de benzodiazepinas de semivida curta por outras de semivida longa e a redución progresiva da dose é a base do tratamento farmacolóxico. A deshabituación está centrada nunha abordaxe de tipo psicoterapéutico.

6. Cuestionarios e táboas

Táboa 1. Clasificación das benzodiazepinas segundo a súa semivida

Acción ultracurta/rápida	(< 6 h)
Benzazepam	25 mg/8 h
Brotizolam	0,25-0,5 mg/día
Midazolam	7,5-15 mg/día
Triazolam	0,125-0,25 mg/día
Acción curta/intermedia	(6-24 h)
Alprazolam	0,25-0,5 mg/8 h
Bromazepam	1,5-6 mg/8 h
Flunitrazepam	0,5-1 mg/día
Ketazolam	15-60 mg/día
Loprazolam	1 mg/día
Lorazepam	2-6 mg/día o 1-2 mg/8-12
Lormetazepam	1-2 mg/día
Oxazepam	15-30 mg/día o 10-30 mg/6-8 h
Temazepam	7,5-30 mg/día
Acción longa	(> 24 h):
Clobazam	20-30 mg/día o 10-15 mg/12 h
Clonazepam	0,5 mg/8 h
Clorazepato	15-30 mg/día o 5-15 mg/12 h
Clordiazepóxido	5-25 mg/6-8 h
Diazepam	5-10 mg/día o 2-10 mg/12 h
Flurazepam	15-30 mg/día
Halazepam	20-40 mg/8-24 h
Medazepam	30 mg/24 h
Nitrazepam	5-10 mg/día
Prazepam	20-60 mg/día
Quazepam	7,5-15 mg/día

Táboa 2. Test de predicción de dependencia a benzodiazepinas

Benzodiazepina	3
Doses elevadas*	2
Duración > 3 meses	2
Personalidade dependente**	2
Semivida curta (< 8 h)	2
Tolerancia, aumento dose	2

* Doses superiores á dose media.

** O historia de dependencia ás drogas ou ao alcohol.

Resultados:

0: non dependencia, retirada brusca posible.

1-4: certo risco de dependencia, retirada gradual, mínimo 2 semanas.

5-8: elevado risco de dependencia, retirada gradual entre 4 e 12 semanas.

8-13: dependencia presente. Programa de retirada individualizado.

Tomada de Peter Tyrer (*ABC of Sleep Disorders*).

Táboa 3. Doses orais equivalentes de benzodiazepinas

Diazepam	5 mg
Alprazolam	0,5 mg
Bromazepam	3-6 mg
Clobazam	10 mg
Clorazepato	7,5 mg
Flunitrazepam	0,5-1 mg
Flurazepam	15 mg
Halazepam	10 mg
Ketazolam	7,5 mg
Loprazolam	0,5-1 mg
Lorazepam	0,5-1 mg
Lormetazepam	0,5-1 mg
Midazolam	7,5 mg
Nitrazepam	5 mg
Oxacepam	15 mg
Quazepam	10 mg
Triazolam	0,5 mg

CANNABIS

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: cannabinoides: delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), cannabidiol (CBD), cannabinol (CBN), cannabicitrol (CBL), cannabigerol (CBG), cannabitrilol (CBT), etc.
- b) *Mecanismo de acción*: interacción con receptores do sistema cannabinoide endógeno (CB1 e CB2), distribuídos no sistema nervioso central, retina, testículo e sistema inmunolóxico.
- c) *Duración de efectos*: en función da vía de administración:
 - Fumada: inicio rápido, duración 2-4 horas.
 - Oral: inicio 1-2 horas, duración 6-8 horas con metabolismo errático.
- d) *Detección en urina e outros*: si. En consumos ocasionais, ata sete días, en consumidores habituais, ata 28 días.

2. Formas e vías de administración

- a) Extracto de *resina sólida* (*haxix, costo, hash, chocolate*).
- b) *Mestura de unidades florais secas e trituradas* (*marihuana, herba, grass*).
- c) *Aceite ou tintura alcohólica* (pouco frecuente).

3. Efectos

- a) *Buscados*: euforia, relaxación, modificación dos patróns habituais de pensamento. Incremento na percepción visual, auditiva e autopercepción. Incremento do apetito.
- b) *Adversos*
 - Taquicardia, ansiedade, mareo, hipotensión ortostática, pensamentos obsesivos, hiperemia conxuntival.
 - Alteracións na memoria a curto prazo durante períodos de uso, patoloxía respiratoria frecuente. Factor de risco para doenza pulmonar obstrutiva crónica (EPOC), neoplasias, etc., en relación con combustión. Pode desencadear cadros psiquiátricos en persoas con predisposición.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

Desenvolvemento de tolerancia con rapidez. Non está admitida a síndrome de abstinencia de forma universal (as características farmacolóxicas da substancia e a súa elevada liposolubilidade dan lugar a un metabolismo lento).

5. Alternativas terapéuticas

a) *Intoxicación aguda/sobredose*: a intoxicación aguda por cannabis non reviste, en xeral, gravidade. Son comúns os cadros de hipotensión ortostática que se tratan de forma sintomática. As crises de ansiedade tamén son frecuentes, e responden a medidas de apoio psicolóxico ou benzodiazepinas.

A aparición dun cadro de psicose tóxica aguda require o ingreso do paciente e o seguimento en atención especializada. Se o episodio non reverte nuns días, pódese tratar dun primeiro brote psicótico en personalidades predispostas.

COCAÍNA

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo: esterbenzoil de metilecgonina*, principal alcaloide do arbusto *erythroxylon coca*.
- b) *Mecanismo de acción*: estimulante do sistema nervioso central (SNC). Inhibe a recaptación de noradrenalina, dopamina e serotonina. A semivida plasmática é de 40-90 minutos. Topicamente, actúa como vasoconstrictor e anestésico local.
- c) *Duración dos efectos*: segundo a vía de administración:
 - Fumada e inxectada*: inicio, 5-10 segundos; duración, 5-20 minutos.
 - Aspirada polo nariz*: inicio, 3-5 minutos; duración 10-40 minutos.
- d) *Detección en urina e outros*: 48-72 horas tras a exposición. Metabolito benzoilecgonina. (Pódese prolongar se se trata dun consumo moi intenso.)
- e) *Interaccións*:
 - Alcohol*: metabolito cocaetileno, aumenta a súa toxicidade.

2. Vías e formas de administración. Xerga

- a) *Sulfato de cocaína (pasta de coca) basuco* (pouco usada en Europa): é produto da maceración da folla de coca. Consómese fumada.
- b) *Clorhidrato de cocaína*: po branco, fino e cristalino que se coñece como *coca*, *neve*, *camerusa*, *dama branca*, *talco*, *perico*, *farla* ou *farlopa*. A forma máis común de administración é inhalada polo nariz. Menos frecuente é a súa disolución en auga para a administración intravenosa (mesturada con heroína coñécese como *speedball*). Como adulterante utilízanse manitol, lactosa, maicena, talco, procaína, lidocaína e anfetaminas.
- c) *Cristais de cocaína (base libre)*: a máis adictóxena. Para producir un produto apto para fumar hai que transformar o clorhidrato de cocaína na súa forma base neutralizando a súa forma ácida con bicarbonato ou amoníaco. En forma de pedras brancas ou amarelas, coñécese como *crack*, *base*, *roca*. A vía de administración é fumada (inhalada en pipa ou cun *tururo*).

3. Efectos

- a) *Buscados*: euforia, excitabilidade (podendo chegar á irritabilidade), hiperactividade, locuacidade, sociabilidade, elevación da autoestima e aumento do desexo sexual. Insomnio e perda de apetito.

b) *Adversos:*

• *Agudos:*

- Signos xerais: excitación, locuacidade, sudación, midriase, tremor, hipertermia, tensión muscular.
- Cardiovasculares: taquicardia, hipertensión arterial (HTA), arritmia, infarto agudo de miocardio (IAM). Nos casos máis graves, edema agudo de pulmón (EAP) e morte.
- Respiratorios: taquipnea, neumomediastino, neumotórax.
- Neurolóxicos: cefalea, insomnio, discinesias ou distonías. En casos máis graves, accidente cerebrovascular agudo (ACVA), convulsión, coma e morte.
- Psiquiátricos: hipervixilancia, suspicacia, ideación paranoide (sintomatoloxía autorreferencial principalmente), alucinacións (auditivas, olfactivas ou táctiles) e crises de pánico.
- Gastrointestinais: perda de apetito, náuseas, vómitos e hiperperistalses. En casos máis graves, isquemia intestinal.
- Renais: fallo renal agudo.
- Musculares: mialxias, rabdomiólises.
- Obstétricos: placenta previa, malformacións, aborto.

• *Crónicos:*

- Psiquiátricos: depresión, amotivación, irritabilidade, trastorno ciclotímico, déficit de atención, apatía sexual, síndrome psicótica.
- Neurolóxicos: estudos recentes demostran atrofia cerebral e deterioración cognitiva (memoria e cálculo, principalmente).
- Asociados á vía de administración: rinite, sinusite e atrofia do tabique nasal (esnifada). Problemas respiratorios (fumada). Úlceras, equimoses e patoloxía infecciosa como virus da inmunodeficiencia humana (VIH), virus da hepatitis C (VHC) e virus da hepatitis B (VHB) (parenteral).

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

A síndrome de abstinencia caracterízase por presentar un intenso desexo de consumo (*craving*) cunha primeira fase de letarxia, irritabilidade e trastorno do sono que dura de un a tres días, seguida de cansazo e depresión, que se pode prolongar ata 10 días. (En casos graves prolóngase no tempo e pode aparecer ideación autolítica.)

5. Alternativas terapéuticas

a) *Intoxicación aguda/sobredose:*

- Benzodiazepinas en caso de convulsión.
- Neurolépticos se presenta agresividade ou sintomatoloxía psicótica.
- Betabloqueantes ou vasodilatadores para complicacións cardiovasculares
- (control da presión arterial [PA] e electrocardiograma [ECG]).

b) *Desintoxicación:*

- Benzodiazepinas como tratamento sintomático para diminuír a ansiedade

c) *Deshabitación en caso de dependencia:* como apoio farmacolóxico á psicoterapia:

- Eutimizantes (topiramato, oxcarbamazepina, lamotrixina): diminúen o efecto reforzador da cocaína e o *craving* ante sinais relacionados co consumo. Diminúen a impulsividade.
- Antidepresivos: en caso de depresión asociada.
- Disulfiram: se o consumo de cocaína se asocia á inxestión de alcohol.
- Neurolépticos atípicos (risperidona, tioridazina, levopromazina e olanzapina): se hai psicose residual, agresividade asociada (cara a un mesmo ou cara aos outros) ou ideación autolítica.
- Vacina anticocaína: en estudo.

ÉXTASE

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA).
- b) *Mecanismo de acción*: facilitación da liberación de serotonina nas neuronas presinápticas e inhibición da recaptación nas neuronas postsinápticas. Incrementa a cantidade de serotonina libre na fendedura sináptica.
- c) *Duración dos efectos*: 4-6 horas
- d) *Detección en urina e outros*: si. Resultado positivo en urina ata 3-4 días despois do consumo.
- e) *Interaccións*: farmacocinética en combinación con inhibidores da proteasa (ritonavir) ou inhibidores da monoaminoxidasa (IMAO). Coñécense casos de intoxicación mortal ao combinar MDMA con estes fármacos.

2. Formas e vías de administración. Xerga

A substancia pódese presentar en comprimidos (*pastillas, pastis, tostis, rulas, pirulas, pirus, mimosíns*) ou cristalizada (*cristal, M*). A vía de administración máis frecuente é a oral, aínda que é posible o uso intranasal (pouco habitual). A dose habitual activa oscila entre 40-150 mg.

3. Efectos

- a) *Buscados*: empatía, incremento da enerxía e sensualidade, benestar, confianza e seguridade nun mesmo, incremento na percepción visual e auditiva.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: é frecuente a aparición de náuseas, mareo, nistagmo, trismo, bruxismo, xerostomía ou taquicardia. Os episodios de distimia (24-48 horas de duración aos 2-3 días do consumo) son tamén comúns. Os cadros de hipertermia, hepatotoxicidade, hiponatremia, psicose ou accidentes cerebrovasculares son moi pouco frecuentes pero graves.
 - *Crónicos*: relacionouse o uso habitual de grandes cantidades de MDMA durante longos períodos coa aparición de déficit neurocognitivos, en particular alteracións na memoria.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

Produce **tolerancia** con rapidez. Produce fenómeno de **tolerancia crónica** (é necesario administrar doses crecentes para alcanzar efectos parellos, pero este efecto non reverte coa abstinencia). As primeiras experiencias adoitan vivirse de forma especialmente intensa, pero en posteriores ocasións é difícil atinxir este efecto (*fenómeno de «perda da maxia»*).

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredose*: os cadros leves precisan de monitorización, observación e tratamento sintomático das posibles complicacións (ansiedade, taquicardia, axitación psicomotriz, etc.). A aparición de febre pode apuntar a un cadro de hipertermia que precisa de tratamento na unidade de coidados intensivos.

GHB

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: gammahidroxibutirato de sodio (GHB) (oxibato sódico).
- b) *Mecanismo de acción*: interacción cos receptores do ácido gammaaminobutírico (GABA).
- c) *Duración dos efectos*: 1-2 horas.
- d) *Detección en urina e outros*: non se detecta en urina mediante os reactivos utilizados habitualmente.
- e) *Interaccións*: o uso simultáneo de depresores do sistema nervioso central (SNC) (alcohol) incrementa o risco e a gravidade de intoxicación de forma notable.

2. Formas e vías de administración

GHB pódese atopar en po ou, con maior frecuencia, como líquido incoloro, transparente e de sabor lixeiramente salgado. A forma de uso máis habitual é bebido, de forma directa ou disolto en copa ou refresco. É coñecido como *potes*, *biberóns* ou *éxtase líquida*. A dose recreativa oscila entre 1 e 2 g. Pequenos incrementos na dose producen efectos moi importantes.

3. Efectos

- a) *Buscados*: desinhibición e euforia, incremento da sensualidade.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: é frecuente a aparición de náuseas, vómitos ou cefalea.
A *intoxicación aguda* por GHB cursa como un cadro de diminución do nivel de conciencia que pode chegar ao coma profundo con depresión respiratoria (sobre todo se se combina con alcohol). As intoxicacións por GHB son frecuentes xa que é imposible coñecer a cantidade de substancia que contén un envase, e a adulteración é sinxela, con auga ou outros líquidos.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

Induce tolerancia con rapidez. A supresión brusca despois do uso habitual pode dar lugar á aparición de síndrome de abstinencia (convulsións, alucinacións visuais, febre, etc.) que pode chegar a ser mortal. Pode producir dependencia.

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredose*: o cadro de diminución da conciencia reverte de forma rápida e espontánea ao cabo de poucas horas. Na maioría dos casos abonda con monitorizar e observar o paciente. Se a puntuación na escala de Glasgow é inferior a 7, aparece desaturación ou abolición de reflexo farínxeo e pode estar indicada a intubación orotraqueal.
- b) *Desintoxicación/deshabituación*: as benzodiazepinas de semivida longa son o tratamento médico de elección durante a desintoxicación. A deshabituación está centrada nunha abordaxe de tipo psicoterapéutico.

HEROÍNA

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo: 3.6-diacetilmorfina.* Opiáceo semisintético derivado da morfina extraída da belota da mapoula, tamén coñecida como durmideira asiática (*Papaver somniferum*).
- b) *Mecanismo de acción: depresor do sistema nervioso central (SNC),* actúa como agonista puro do sistema endógeno opioide (receptores μ [μ] de maior efecto analxésico, δ [δ] e κ [κ]). A semivida plasmática é de 40 minutos.
- c) *Duración dos efectos:* inicio 5-10 segundos, duración 4-6 horas.
- d) *Detección en urina e outros:* 24-96 horas (tamén detecta morfina ou codeína).

2. Vías e formas de administración

Coñecida como *cabalo, jaco, burro, potro, H, raíña, dama branca.* Ten forma de po branco ou marrón, e adoita consumirse fumada (heroína marrón: «facerse un chino»), e endovenosa (heroína branca: mesturada con cocaína, coñécese como *speedball*). Tamén se consome por vía oral, esnifada, subcutánea e intramuscular. Como adulterante utilízase cafeína, paracetamol, piracetam, salicilatos, metacualona, lidocaína.

3. Efectos

- a) *Buscados:* intenso efecto de pracer, benestar e gratificación («flash») de escasos segundos que se continúa de euforia, analxesia, relaxación e ausencia de sensacións dispracentes. Unha vez xerada dependencia, o efecto buscado é evitar a síndrome de abstinencia.
- b) *Adversos:*
 - *Agudos*
 - Signos xerais: miose puntiforme (no caso de sobredose, midriase por anoxia). Linguaxe farfallante, apatía, disforia, bradicardia, hipotensión.
 - Neurolóxicos: inhibición ou axitación psicomotriz, dificultade na atención ou memoria, somnolencia, e no caso de sobredose, coma por parada respiratoria e morte.
 - Respiratorios: inhibición da tose, bradipnea, depresión respiratoria.
 - Gastrointestinais: perda de apetito, náuseas, vómitos, estrinximento.
 - Obstétricos: baixo peso, síndrome de dependencia neonatal, aborto.

- Asociados coa administración parenteral: úlceras, equimose, endocardite.

A sobredose accidental pódese deber a que se trate de heroína de extrema pureza, á interacción con outras drogas depresoras do SNC (benzodiazepinas, alcohol) e á perda de tolerancia tras un período de abstinencia.

- *Crónicos:*
 - Psiquiátricos: trastornos do estado de ánimo, trastornos de ansiedade, alteracións do soño e disfuncións sexuais.
 - Asociados coa vía de administración: problemas respiratorios (fumada), patoloxía infecciosa como consecuencia de compartir material de inxección: virus da inmunodeficiencia humana (VIH), virus da hepatitis C (VHC) e virus da hepatitis B (VHB) (parenteral).

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

O seu consumo habitual xera tolerancia con rapidez, o que significa que o usuario ten que tomar unha maior cantidade de heroína para obter a mesma intensidade do efecto. Isto producirá un estado de adaptación neurobiolóxica que se coñece como dependencia.

A síndrome de abstinencia, moi temida polos adictos, non reviste gravidade agás en neonatos e en casos de importante deterioración orgánica previa. Ten unha duración aproximada de 5-8 días e un pico máximo o terceiro e cuarto días. Fisiopatoloxicamente, tradúcese en hiperactividade adrenérxica. Caracterízase por unha forte ansiedade por consumir, acompañada dunha primeira fase de lagrimexo ou rinorrea, sudación, bocexos e debilidade, seguida de calafríos, piloerección, midriase, axitación psicomotriz, alxias e cambras musculares que culmina con febrícula, diarrea, insomnio, náuseas ou vómitos, taquipnea, taquicardia e aumento da presión arterial. A abstinencia a opiáceos, polo seu efecto antipsicótico, pode pór de manifesto patoloxía psiquiátrica comórbida (brote psicótico en esquizofrenia).

5. Alternativas terapéuticas

a) Intoxicación aguda/sobredose:

- Permeabilidade vía aérea. Traslado á unidade de coidados intensivos (UCI).
- *Naloxona*: como antagonista, despraza a heroína dos receptores opioides e reverte de forma inmediata o coma e a depresión respiratoria.
- *Flumazenil (Anexate®)*: se non reverten os síntomas e se sospeita unha intoxicación tamén por benzodiazepinas.

b) Desintoxicación:

- Dextropropoxifeno: opioide agonista parcial. Ben tolerado se se trata dun consumo inferior a 0,5 g/día, pois ten limitada a súa dosificación por risco de convulsión (máx. 1.200 mg/día).
- Buprenorfina: opioide agonista parcial. Semivida prolongada (unha toma cada 2-3 días). Seguro por actuar como antagonista se se consome outro opiáceo, reducindo o risco de sobredose e eficaz ao diminuír o *craving* e a síndrome de abstinencia por opiáceos (SAO). Comercializado en España só para tratar a dor.
- Metadona: opioide agonista puro sintético. Semivida máis longa, o que permite a administración nunha soa toma ao día. Especialmente indicado en consumos elevados.
- LAAM (levoalfaacetilmetadol): derivado da metadona, con acción prolongada (unha toma cada 2-3 días). Está en suspensión por alongamento electrocardiográfico do QT.
- Agonistas alfa-2 adrenérxicos (clonidina): frean a hiperactividade noradrenérxica do SAO. Polo seu efecto hipertensor, límitase o seu uso practicamente ao réxime hospitalario.
- Codeína: opioide agonista en desuso para este fin.
- Benzodiazepinas: como ansiolíticos.
- Hipnóticos: zolpidem, hidroxizina e trazodona.
- Analxésicos: ibuprofeno e/ou paracetamol.
- Neurolépticos: tioridazina, levopromacina e olanzapina. Utilízase como estabilizante e sedante maior.
- Eutimizantes: topiramato ou gabapentina. Especialmente útiles se existe codependencia a benzodiazepinas.

c) Deshabitución en caso de dependencia: como apoio á psicoterapia:

- Metadona: programas de mantemento que permiten a rehabilitación e reinserción laboral. En doses axeitadas non lle afecta á realización de tarefas mentais nin físicas. Pódese prolongar o tratamento durante anos.
- Heroína: o tratamento substitutivo con heroína pode ser útil en enfermos seleccionados.
- Buprenorfina: non comercializado en España para este fin.
- Naltrexona: antagonista puro. Realízase indución 5-7 días tras a desintoxicación. O paciente pode tomar heroína, pero non sentirá o seu efecto. Pode haber risco de sobredose se se consomen opiáceos de forma masiva. Recoméndase manter o tratamento durante un período mínimo de 6 meses.
- Antidepressivos: no caso de depresión asociada.

d) Outros opiáceos:

- Flumaceniilo, pentazocina, fentanilo, loperamida, dextrometorfano, meperidina, tramadol.

FUNGOS ALUCINÓXENOS

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: psilocina (4-OH-DMT, 4-hidroxidimetiltriptamina) e psilocibina (P-4-OH-DMT).
- b) *Mecanismo de acción*: agonista e antagonista de distintos subtipos dos receptores serotoninéxicos 5-HT₂. Mecanismo de acción non ben comprendido.
- c) *Duración dos efectos*: 4-8 horas.
- d) *Detección en urina e outros*: non detectable mediante os tests de urina habituais.

2. Formas e vías de administración

Os fungos psilocibios, pertencentes ás familias *Psilocybe sp.* e *Strophoria sp.*, crecen de forma espontánea na maioría dos climas (cogomelos, *monguis*). Nalgúns países europeos a súa venda é legal. Pódense atopar como cogomelos frescos, secos ou conxelados. Consómense por vía oral ou en infusión. Tamén se toman outros fungos con efectos muscarínicos (*Amanita muscaria* e *panterina*).

3. Efectos

- a) *Buscados*: ilusións e alucinacións visuais e propioceptivas. Alteración na percepción do tempo e o espazo. Modificación do estado de consciencia.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*. «*Mal viaxe*»: cadro de intensas alucinacións visuais e propioceptivas con contido intensamente desagradable e terrorífico. Describíronse casos illados de hepatopatía con hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia asociados ao consumo de fungos.
 - *Crónicos*: desencadeante de cadros psiquiátricos (psicose, trastornos depresivos e de ansiedade) en suxeitos con predisposición previa.
 - Trastorno persistente da percepción por alucinóxenos (flashbacks). Consiste na reexperimentación involuntaria dos efectos da substancia días ou semanas despois de tela tomado. É un trastorno grave, invalidante, con tendencia á cronicidade, pero moi infrecuente.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

Os fungos psilocibios inducen tolerancia farmacolóxica con extraordinaria rapidez, o que practicamente impide un consumo cotián. A intensidade da experiencia fai que o patrón de consumo máis frecuente sexa ou ocasional ou esporádico. Non existe síndrome de abstinencia nin produce dependencia.

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredose*: os episodios de «mal viaxe» acostuman responder ben a medidas de apoio psicolóxico (lembrarlle á persoa que se atopa baixo os efectos pasaxeiros dunha substancia e que non se vai volver tolo, orientalo en persoa, espazo e tempo, establecer contacto físico, etc.). Se existe ansiedade intensa, autoagresividade ou heteroagresividade, pódense utilizar benzodiazepinas ou neurolépticos.
- b) *Trastorno persistente da percepción por alucinó xenos* (flashbacks). Ensaíouse o uso de distintos fármacos (benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos, inhibidores selectivos da recaptación de serotonina [ISRS], anticonvulsivos, neurolépticos, etc.) con escasos resultados.

KETAMINA

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: clorhidrato de ketamina.
- b) *Mecanismo de acción*: antagonista de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA).
- c) *Duración dos efectos*: 1-2 horas.
- d) *Detección en urina e outros*: non se detecta en urina mediante os reactivos utilizados habitualmente.

2. Formas e vías de administración

En ambientes recreativos, a forma de administración máis frecuente é a presentación en po para uso intranasal en pequenas doses (10-40 mg). Tamén é posible o uso intramuscular ou intravenoso. É coñecido como *K*, *Special K* ou *Kit-Kat*.

3. Efectos

- a) *Buscados*: sensación de ingravidez, distorsións sensoriais leves, estados dissociativos.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: é frecuente a aparición de náuseas, vómitos ou cefalea. A intoxicación aguda por ketamina cursa como un cadro de diminución do nivel de conciencia acompañado dun estado dissociativo profundo. Neste estado son frecuentes os episodios alucinatorios do tipo experiencia próxima á morte (visión de túnel e luz, fusión coa eternidade, etc.), que están cientificamente documentados.
 - *Crónicos*: relacionouse o uso habitual de ketamina con problemas de memoria e concentración, deterioración das habilidades lingüísticas e aparición de trastorno persistente da percepción por alucinóxenos (TPPA ou *flashbacks*).

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

Induce tolerancia con rapidez. Malia que non hai aínda moitos datos (trátase dunha droga de escasa prevalencia de consumo na poboación xeral), parece ser que pode inducir cadros de dependencia psicolóxica intensa nalgúns persoas.

5. Alternativas terapéuticas

a) *Intoxicación aguda/sobredose*: a ketamina non deprime o reflexo farínxeo e é considerada un anestésico moi seguro. Na meirande parte dos casos, só é necesario observación e monitorización xa que o cadro reverte ao cabo de poucas horas.

A aparición dun cadro de psicose tóxica aguda require o ingreso do paciente e o seguimento en Atención Especializada. Se o episodio non reverte nuns días, pódese tratar dun primeiro brote psicótico en personalidades predispostas.

b) *Desintoxicación/deshabituación*: fundamentalmente, abordaxe de tipo psicoterapéutico.

LSD

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: dietilamida de ácido N-lisérxico.
- b) *Mecanismo de acción*: agonista e antagonista de distintos subtipos dos receptores serotoninérxicos 5-HT₂. Mecanismo de acción non ben comprendido.
- c) *Duración do efecto*: 6-14 horas.
- d) *Detección en urina e outros*: detéctase no test de urina ata 2-3 días despois do seu consumo.

2. Formas e vías de administración

A LSD é o psicoactivo sintético de maior potencia. É activo no rango dos microgramos. A dose habitual oscila entre 50-150 µg. A forma de presentación máis habitual consiste en pequenos papeis secantes que conteñen disolta a substancia (*tripis, ácidos, allos*), aínda que ocasionalmente se pode encontrar en forma de micropuntos ou xelatinas.

3. Efectos

- a) *Buscados*: ilusións e alucinacións visuais e propioceptivas. Alteración na percepción do tempo e do espazo. Modificación do estado de conciencia.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*. «Mal viaxe»: cadro de intensas alucinacións visuais e propioceptivas de contido intensamente desagradable e terrorífico.
 - *Crónicos*: desencadeante de cadros psiquiátricos (psicose, trastornos depresivos e de ansiedade) en suxeitos con predisposición previa.
Trastorno persistente da percepción por alucinóxenos (*flashbacks*): consiste na reexperimentación involuntaria dos efectos da substancia días ou semanas despois de tomala. É un trastorno grave, invalidante, con tendencia á cronicidade, pero moi infrecuente.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

A LSD induce tolerancia farmacolóxica con extraordinaria rapidez, polo que é case imposible un consumo cotián. A intensidade da experiencia fai que o patrón de consumo máis frecuente sexa o ocasional ou esporádico. Non existe síndrome de abstinencia nin produce dependencia.

Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredose*: os episodios de «mal viaxe» adoitan responder ben a medidas de apoio psicolóxico (Lembrar á persoa que se encontra baixo os efectos pasaxeiros dunha substancia e que non se vai volver tola, orientala en persoa, espazo e tempo, establecer contacto físico, etc.). Se existe ansiedade intensa, autoagresividade ou heteroagresividade, poden utilizarse benzodiazepinas ou neurolépticos.
- b) *Trastorno persistente da percepción por alucinó xenos* (flashbacks): ensaiouse o uso de distintos fármacos (benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos, inhibidores selectivos da recaptación de serotonina [ISRS], anticonvulsivos, neurolépticos, etc.) con escasos resultados.

POPPERS

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: nitrito de amilo, nitrito de isobutilo.
- b) *Mecanismo de acción*: vasodilatación e relaxación do músculo liso a través da liberación de radicais óxido nitroso (NO) e activación da guanilatociclasa.
- c) *Duración dos efectos*: 1-2 minutos.
- d) *Detección en urina e outros*: non detectable mediante os tests de urina habituais.
- e) *Interaccións*: o uso simultáneo de fármacos para o tratamento da impotencia (sildenafil, tadalafilo, vardenafilo) pode producir cadros de hipotensión grave e síncope.

2. Formas y vías administración

A vía de administración máis habitual é a inhalada.

3. Efectos

- a) *Buscados*: rubefacción, mareo. Intensificador do orgasmo e dilatador do músculo liso (utilízase para facilitar a penetración anal).
- b) *Adversos*:
 - Agudos*: rubefacción facial, cefalea, náuseas e vómitos, taquicardia con hipotensión ortostática.
 - Crónicos*: describíronse casos illados de metahemoglobinemia e acidose metabólica en consumidores moi intensivos.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

Como todos os nitratos, induce tolerancia farmacolóxica con moita rapidez. Os cadros de abuso son infrecuentes, sendo o patrón de consumo máis habitual o ocasional ou esporádico.

5. Alternativas terapéuticas

Intoxicación aguda/sobredose: o cadro máis frecuente é o de hipotensión ortostática con taquicardia reflexa, que se pode manexar de forma sintomática.

SPEED

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: clorhidrato ou sulfato de metanfetamina.
- b) *Mecanismo de acción*: liberación e inhibición da recaptación de dopamina e noradrenalina.
- c) *Duración dos efectos*: 6-8 horas.
- d) *Detección de urina e outros*: pódese detectar en urina ata 3-4 días despois do último consumo.

2. Formas e vías de administración

O patrón de consumo máis habitual en Europa é o uso recreativo intranasal de pequenas cantidades (5-20 mg) de po de metanfetamina (*speed, pichu*). En Estados Unidos e, máis recentemente, nalgúns zonas de Europa central, estase a difundir o uso intensivo de base libre de metanfetamina (*meth, ice, cristal, cranck*) fumada ou inxectada por vía intravenosa.

3. Efectos

- a) *Buscados*: euforia, estimulación, diminución do cansanzo e soño, enerxía.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: son frecuentes e dependentes da dose a aparición de distonías mandibulares, diarrea, insomnio, ansiedade, taquicardia, etc. A intoxicación aguda pode cursar como unha psicose paranoide. Tamén é posible (de forma infrecuente) a aparición de accidentes cardiovasculares ou cerebrovasculares. A vía de administración fumada ou intravenosa incrementa o risco de efectos adversos e tóxicos.
 - *Crónicos*: o uso crónico de metanfetamina pode dar lugar a alteracións motoras relacionadas con toxicidade sobre o sistema dopaminérxico. Descríronse cadros de nefrotoxicidade e hepatotoxicidade.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

Xera tolerancia farmacolóxica con rapidez. Non está admitida a dependencia física, pero pode xerar dependencia psicolóxica.

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredose*: tratamento sintomático: benzodiazepinas en caso de convulsión ou ansiedade, neurolépticos se hai agresividade ou sintomatoloxía psicótica, betabloqueantes ou vasodilatadores para complicacións cardiovasculares (control da presión arterial [PA] e electrocardiograma [ECG]).
- a) *Desintoxicación e deshabitación*: fundamentalmente, abordaxe psicoterapéutica, e farmacolóxico segundo sintomatoloxía.

TABACO

1. Xeneralidades

- a) *Principio activo*: nicotina.
- b) *Mecanismo de acción*: interacción con receptores nicotínicos.
- c) *Duración dos efectos*: 3-60 minutos.
- d) *Detección en urina e outros*: a cotinina (1-metil-5-(3-pirindil)-2-pirrolidina) é un metabolito da nicotina. Aínda que non é un marcador de uso habitual, a súa cuantificación pódese utilizar como indicador de consumo de tabaco e de abstinencia. A medición de monóxido de carbono en aire espirado utilízase, ademais, como medio de reforzo positivo á hora de deixar de fumar, posto que xa nos primeiros días se produce unha normalización dos valores obtidos e isto axuda ás persoas que están intentando deixar de fumar.
- e) *Interaccións*: algúns fármacos de uso habitual (teofilina, heparina, haloperidol, risperidona, betabloqueantes, etc.) ven afectado o seu metabolismo de forma clinicamente significativa en persoas fumadoras. A asociación de tabaquismo e anticoncepción oral aumenta o risco de infarto de miocardio ou enfermidade tromboembólica na muller.

2. Formas e vías de administración

A máis habitual é a fumada (cigarros, puros, pipa, etc.), menos frecuente é o uso intranasal (rapé) ou oral. Algunhas variedades de tabaco nativo de Centroamérica posúen propiedades alucinóxicas, ausentes no tabaco cultivado industrialmente en Europa.

3. Efectos

- a) *Buscados*: estimulación/depresión leve do sistema nervioso central. Efecto euforizante/ansiolítico.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: incremento da frecuencia cardíaca e da presión arterial, tose, farinxe, cefalea.
 - *Crónicos*: cefalea, disnea, incremento da susceptibilidade a infeccións respiratorias, aumento do risco cardiovascular, bronquite crónica, enfisema pulmonar, neoplasias no pulmón, boca, larinxe, vexiga, páncreas e esófago e mama nas mulleres.

4. Tolerancia e síndrome de abstinencia

O consumo habitual de tabaco leva ao desenvolvemento de *tolerancia e dependencia*. O cesamento brusco do consumo dá lugar á aparición dunha síndrome de abstinencia característica (insomnio, irritabilidade, ansiedade, incremento do apetito, etc.). Algúns destes síntomas pódense prolongar durante varias semanas tras o cesamento do hábito.

5. Alternativas terapéuticas

Desintoxicación/deshabitación: a terapia substitutiva con nicotina (habitualmente en forma de chicles, aínda que tamén dispoñible en parches ou *spray* nasal) busca reducir os síntomas de abstinencia que se producen ao deixar de fumar. En xeral, utilízase en pacientes con puntuacións altas no test de Fagerström (dependencia alta á nicotina). O bupropión tamén demostrou eficacia a longo prazo na deshabitación tabáquica. É un antidepressivo inhibidor da recaptación da dopamina e noradrenalina. Preséntase en comprimidos de 150 mg. A posoloxía recomendada é de 150 mg/24 h durante os primeiros seis días seguido de 150 mg dúas veces ao día (con polo menos oito horas de separación). O rimonabant, antagonista selectivo dos receptores CB1 do sistema cannabinoide endógeno, é un fármaco de recente comercialización indicado na deshabitación tabáquica.

6. Cuestionarios e táboas

Táboa 1. Doses orais equivalentes de benzodiazepinas

¿Fuma vostede habitualmente?

- Si
- Non, deixouno nos últimos 6 meses: ACCIÓN
- Non, deixouno hai máis de 6 meses: MANTEMENTO

Só nas persoas que fuman

A) No último ano, cantas veces deixou de fumar polo menos 24 horas?

B) Está pensando seriamente en deixar de fumar?

- Si, nos próximos 30 días:
Se fixo polo menos un intento no último ano PREPARACIÓN

Táboa 2. Test de Richmond para valorar a motivación para deixar de fumar

- Gustaríalle deixar de fumar se o puidera facer doadamente?
(0, non; 1, si)
- Canto interese ten vostede en deixar de fumar?
(Desde 0, nada en absoluto; ata 3, moito)
- Intentará deixar de fumar completamente nas vindeiras 2 semanas?
(Desde 0, definitivamente non; ata 3, definitivamente si)
- Cre que dentro de 6 meses vostede non fumará?
(Desde 0, definitivamente non; ata 3, definitivamente si)

Adaptada de: Richmond, 1993.

Táboa 3. Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina (1991)

Preguntas	Respuestas	Puntos
Canto tempo pasa entre que se ergue e fuma o seu primeiro cigarro?	• Ata 5 minutos	3
	• Entre 6 e 30 minutos	2
	• Entre 31 e 60 minutos	1
	• Máis de 60 minutos	0
Encontra difícil non fumar en lugares onde non está permitido coma o cine ou unha biblioteca?	• Si	1
	• Non	0
Que cigarro lle desagrada máis deixar de fumar?	• O primeiro da mañá	1
	• Calquera outro	0
Cantos cigarros fuma cada día?	• 10 ou menos	0
	• 11-20	1
	• 21-30	2
	• 31 ou máis	3
Fuma con máis frecuencia durante as primeiras horas despois de se erguer que durante o resto do día?	• Si	1
	• Non	0
Fuma aínda que estea tan enfermo que teña que gardar cama a maior parte do día?	• Si	1
	• Non	0

A puntuación máxima desta versión é 10; os fumadores que obteñen 8 ou máis puntos son os máis dependentes, os de 4 a 7 teñen unha dependencia moderada e, por debaixo de 4, a dependencia é baixa.

Táboa 4. Versión reducida del test de Fagerström para la valoración de la dependencia del tabaco

1. Cantos cigarros fuma cada día?

- Máis de 30: 3 puntos
- De 21 a 30: 2 puntos
- De 11 a 20: 1 punto
- 10 ou menos: 0 puntos

2. Canto tempo pasa entre que se levanta e fuma o primeiro cigarro?

- Menos de 5 minutos: 3 puntos
- De 5 a 30 minutos: 2 puntos
- De 31 a 60 minutos: 1 punto
- Máis de 60 minutos: 0 puntos

Σ 1 + 2:	Grao de DEPENDENCIA
5-6	Alta
3-4	Moderada
0-2	Baixa

Súmase a puntuación das dúas preguntas, e de 5 a 6 corresponde a dependencia alta; de 3 a 4, a dependencia moderada, e de 0 a 2, a dependencia baixa.

Táboa 5. Pasos básicos para ayudar a deixar de fumar

1. PREGUNTAR: identificar sistemáticamente todos os fumadores en cada visita
 - Incluir a valoración do consumo de tabaco como unha máis das constantes vitais
 - Usar etiquetas recordatorias de papel na historia clínica de Atención Primaria, e sistemas de alarma ou recordo nos sistemas informatizados

2. ACONSELLAR a todos os pacientes que deixen de fumar. O consello debe ser:
 - Claro: «Como o seu médico/enfermeira, aconséllolle que deixe de fumar e pode axudalo»
 - Forte: «Deixar de fumar é o mellor que pode facer pola súa saúde actual e futura. Nós habémolo axudar»
 - Personalizado: segundo a condición clínica, a historia do consumo de tabaco, a motivación/dispoñibilidade para o cambio, os antecedentes familiares, os intereses persoais ou os custos sociais e económicos

3. VALORAR A DISPOÑIBILIDADE PARA FACER UN INTENTO DE DEIXAR DE FUMAR e actuar segundo esta:
 - Se o paciente é quen de facer un intento só Axudar
 - Se o paciente quere axuda intensiva Proporcionarlla ou derivalo
 - Se claramente di que non é capaz de deixar de fumar neste momento Entrevista motivacional
 - Se é adolescente, embarazada ou dunha minoría étnica Información adicional

4. AXUDAR ao paciente a deixar de fumar:
 - Fixar unha data. Axudar ao paciente a fixar unha data nas catro semanas seguintes, recoñecendo que nunca é o momento ideal
 - Buscar o apoio do contorno social: familia, amigos, compañeiros de traballo
 - Prever as dificultades ao deixar de fumar, sobre todo as primeiras semanas, incluíndo os síntomas de abstinencia
 - Eliminar todos os produtos relacionados co tabaco do contorno habitual. Antes de deixar de fumar, evitar fumar nos sitios en que se pasa moito tempo (na casa, no traballo, no coche, etc.)
 - Dar consellos prácticos sobre como resolver problemas ou adestramento de habilidades: propor abstinencia total, aproveitar experiencias anteriores, evitar/afrontar as situacións moi asociadas ao consumo de tabaco, limitar/evitar o consumo de alcohol namentres se está deixando, buscar o apoio/respecto dos outros fumadores do seu contorno
 - Dar apoio claro desde o centro de saúde

- Axudarlle ao paciente a obter apoio social fóra do centro de saúde: no seu contorno social
- Recomendar axudas farmacolóxicas (substitutos da nicotina ou/e bupropión): explicar que aumentan a probabilidade de éxito e reducen os síntomas de abstinencia, especialmente en fumadores dependentes (os que fuman 15 cigarros ou máis cada día, os que fuman o seu primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos despois de se ergueren e os que fixeron intentos previos con recaídas nas primeiras semanas)
- Proporcionar material de autoaxuda e ofrecerse a discutilo co paciente

5. FIXAR visitas de seguimento:

- Fixar unha visita de seguimento enseguida despois de deixar de fumar, idealmente na primeira semana e outra visita durante o primeiro mes
- Nas visitas de seguimento: felicitar; se consumiu tabaco, revisar as circunstancias e lograr de novo o compromiso de o deixar totalmente. Lembrarlle ao paciente que unha recaída debe ser usada como unha experiencia de aprendizaxe, identificar os problemas que se tiveron e anticipar os obstáculos futuros. Valorar o cumprimento coa farmacoterapia, os efectos adversos e os cambios nas doses. Considerar se se necesita un seguimento máis intensivo (véxase o protocolo de visitas de axuda) ou unha derivación

Intervención recomendada polo US Public Health Service Report 2000.
Adaptada de Fiore, 2000.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Actualización 2005 PAPPS. Aten Primaria. 2005;36(Supl 2):131-40.
- Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, et al. Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Madrid: CEPS; 2004.
- Anónimo. Éxtasis: confesiones de un consumidor maduro. Madrid: Ed. Trama; 2003.
- Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: DGPNSD; 2002.
- Bobes García J, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica; 2003.
- Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
- Burroughs W. Yonqui. Barcelona: Anagrama; 1999.
- Cabezas Peña MC. Evidencias das intervencions sobre os estilos de vida. C@P-semFYC. 2006. Disponible en: URL: <http://www.cap-semfyc.com/>.
- Calafat A, Juan M, Becoña E, et al. Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: DGPNSD; 2000.
- Carnwaht T, Smith I. El siglo de la heroína. Barcelona: Melusina; 2006.
- Caudevilla F. El éxtasis: una revisión da literatura científica sobre la MA. Med Clín (Barc). 2003;120:505-15.
- Caudevilla F. Éxtasis (MDMA). Madrid: AMARGORD; 2006.
- Ellis BE. Menos que cero. Barcelona: Anagrama; 2002.
- Enquisa domiciliaria sobre abuso de drogas en España 2003. Dirección Xeral do Plan Nacional Sobre Drogas (DXPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid, 2004. Disponible en: URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf>.
- Enquisa estatal sobre uso de drogas en Ensinanzas Secundarias 2004. Dirección Xeral do Plan Nacional Sobre Drogas (DXPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid, 2004. Disponible en: URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>.
- Escámez J. Drogas y escuela, una propuesta de prevención. Madrid: Dykinson; 1990.
- Escohotado A. Historia elemental de las drogas. Barcelona: Anagrama; 2003.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev. 2005 (2):CD003020. Disponible en: URL: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003020.html>.
- Galanter M, Kleber HD. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson; 1997.
- Gardner S, et al. Guide to science-based practices 1: Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.

- Goldstein A. Adicción. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1995.
- Gordon R. An operational classification of disease prevention. En: Steinberg JA, Silverman MM.
- Preventing mental disorders. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 1986.
- Hulscher MEJL, Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Intervenciones para la implementación de prevención en atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: URL: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Informe 2004. Dirección Xeral do Plan Nacional Sobre Drogas (DXPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid, 2004.
- Informe Anual 2006. Observatorio Europeo da Droga e das Toxicomanías (OEDT). Luxemburgo, 2005. Disponible en: URL: <http://www.ar2006.emcdda.europa.eu/es/home-es.html>.
- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, et al. Recomendacións na abordaxe diagnóstica e terapéutica do tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2003;39:35-41. Disponible en: URL: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n8/colabora.pdf>.
- Leary T. LSD: Flashbacks. Una autobiografía. Barcelona: Ed. Alpha Decay; 2003.
- Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. 2002. Disponible en: URL: <http://www.cfnavarra.es/saúde /anais /textos/vol24/suple2/suple6.html>.
- Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 2 ed. Madrid: Panamericana; 2003.
- Luengo Martín MA, Romero Tamales E, Gómez Fragüela JA, et al. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa. Madrid, 1999.
- Marlowe A. Cómo detener el tiempo. La heroína de la A a la Z. Barcelona: Anagrama; 2002.
- Martín E. De los objetivos de la prevención a la prevención de los objetivos. En: Becoña E, Rodríguez A y Salazar I. Drogodependencias 4. Prevención. Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela; 1995.
- Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas. NIDA. Madrid: Ed. FAD; 1999.
- Megias E, Bravo MJ, Júdez J, Navarro J, Rodríguez E, Zarco J. La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias. Madrid: FAD, 2001.

- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change. 2 ed. Nueva York: Guilford Press; 2002.
- Moncada S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En: Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: PNSD; 1997. p. 85-101.
- Physician Leadership on National Drug Policy. Adolescent substance abuse: a Public Health priority. An evidence-based, comprehensive, and integrative approach. 2002. Disponible en: URL: <http://www.plndp.org/>.
- Prados JA, Cebriá J, Bosch JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC. 2000;7:83-8.
- Pratt HD. Office counseling for the adolescent. Prim Care Office Pract. 2006;33:349-71.
- Prochaska JP, DiClemente CC. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dpw Jones/Irwin; 1984.
- Prochaska J, Prochaska J. Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas. En: Recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Ed. Neurociencias, 1993.
- Rogers C. El poder de la persona. México: o Manual Moderno, 1980.
- Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Madrid: Paidós, 1970.
- Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change. A guide for practitioners. Londres: Churchill Livingstone, 1999.
- Silagy C. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, 2002, número 3. Oxford: Update Software.
- Shulgin A, Shulgin A. Phenethylamines I have known and loved: A chemical love story. Berkeley: Transform Press, 1991.
- Szasz TS. Nuestro derecho a las drogas. Barcelona: Anagrama, 2001.
- The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Edimburgo, 2003. Disponible en: URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf> e en URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- Welsh I. Éxtasis: tres relatos de amor químico. Barcelona: Anagrama, 1998.
- Zarco Montejo J, Caudevilla Gálligo F, Casado Vicente V. Atención a las personas con hábitos tóxicos y conductas de riesgo. En: Serrano M, Casado V, Bonal P, editores. Medicina de Familia. Barcelona: Ariel, 2005.
- Zarco Montejo J, Caudevilla Gálligo F, Cabezas Peña C, Navarro Cañadas C. Conductas de riesgo adictivo. En: Casado Vicente V, Calero Muñoz S, Córdón Granados, et al, editores. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semfyc ediciones; 2007. p. 1201-64.

RECURSOS WEB SOBRE DROGAS

Existen innumerables sitios web dispoñibles na actualidade, non obstante, tan só referenciamos algúns dos máis significativos porque a partir dos seus enlaces (*links*) se poden alcanzar practicamente todos os existentes.

www.pnsd.msc.es/

Web do Plan Nacional de Drogas.

Obrigatoria para coñecer o tema en España. Toda a información de carácter oficial e institucional do estado está centralizada no Plan Nacional.

<http://www.emcdda.org/>

Páxina oficial do Observatorio Europeo da Droga e as Toxicomanías (OEDT), con información obxectiva, fiable e comparable en Europa sobre o fenómeno das drogas e as toxicomanías, así como sobre as súas consecuencias:

- Uso problemático de drogas.
- As enfermidades infecciosas entre os inxectores.
- As demandas de tratamento polos usuarios de drogas.
- Resposta do consumo á medidas adoptadas nos diferentes países.
- Análise e seguimento das estratexias e políticas nacionais e comunitarias.
- Detección e avaliación das novas drogas sintéticas.

Tamén inclúe todas as publicacións do OEDT, a texto completo ou con descrições, e unha base de datos bibliográfica de máis de 2.700 documentos accesibles mediante unha biblioteca virtual, así como un catálogo de publicacións absolutamente imprescindibles.

<http://www.socidrogalcohol.org/>

Sociedade Científica Española de Estudos sobre o Alcohol, o Alcoholismo e as outras Toxicomanías.

Páxina da principal Sociedade Científica Española en Adiccións, inclúe o acceso gratuíto (excepto para os dous últimos números) á revista *Adicciones*, unha das máis importantes en castelán.

www.lasdrogas.info/

Web do Instituto para o Estudo das Adiccións.

Unha boa páxina, moi útil, con gran cantidade de servizos. A suscripción (gratuíta) aos servizos de correo electrónico permite manterse actualizado, case en exceso; remiten información diariamente.

Os enlaces desta páxina permiten acceder a case que toda a información en drogas.

<http://www.setox.org>

Páxina da Sociedade Española de Toxicomanías.

Proporciona información actualizada sobre cursos, congresos, seminarios, conferencias e outras actividades formativas. Ofrece acceso ás revistas *Conductas Adictivas* e *Trastornos Adictivos*, así como unha selección actualizada de artigos científicos. A súa páxina de enlaces é ampla, completa e actualizada.

<http://www.fad.es/>

Web da ONG/Fundación privada, sen ánimo de lucro, dedicada á loita contra as drogodependencias, con estatus consultivo ante o Consello Económico e Social das Nacións Unidas. Desenvolve campañas de comunicación co obxectivo de sensibilizar a sociedade sobre a problemática do consumo de drogas. A súa páxina web é atractiva e áxil. Dispón de detallados resumos dos seus excelentes estudos e investigacións cualitativas en relación coas drogodependencias, ademais de facilitar o acceso a un gran número de publicacións, programas preventivos e cursos de formación. Tamén se pode consultar calquera tipo de dúbida e dispón dun ordenado e completo directorio de recursos sobre drogas na internet.

www.nida.nih.gov/

NIDA é o Plan Nacional de Drogas de Estados Unidos.

É unha páxina realmente útil e práctica. A parte ideolóxica-institucional está algo afastada dos parámetros europeos, pero contén moitísima información útil, accesible e con material para formación, cursos, etc., que se poden descargar.

www.asaupam.info/

Web da Asociación de Apoio a Persoas con Problemas de Drogas.

O mundo das drogas desde a rúa. O material máis próximo para as persoas afectadas. Achega publicacións (completas, en pdf, de libre uso) que son das mellores en prevención do dano e en información en linguaxe da rúa.

www.faudas.red2002.org.es/

FAUDAS é a federación estatal de asociacións de persoas afectadas polas drogas, o virus da inmunodeficiencia humana (VIH) e grupos afíns.

www.energycontrol.org/

Páxina web de EnergyControl, organización non governamental (ONG) pioneira en España en políticas de redución de riscos en espazos recreativos. Achega información xeral sobre as substancias máis consumidas en lugares de ocio. O seu estilo é sinxelo, directo e obxectivo, se ben en ocasións os contidos poden resultar insuficientes para persoas que buscan información avanzada.

A listaxe de correo asociada a esta páxina web, centrada fundamentalmente na redución de riscos en drogas de síntese, agrupa máis de mil suscripcións. A listaxe constitúe un excelente observatorio deste fenómeno, ademais de proporcionar información sobre resultados de análises cuantitativos de pastillas.

<http://www.erowid.org>

The Vaults of Erowid: este portal contén máis de 20.000 documentos con información exhaustiva e variada sobre todo tipo de drogas, desde as máis coñecidas ata aqueles psicoactivos de uso máis restrinxido. Desde unha perspectiva multidisciplinar e obxectiva, aborda temas como a investigación científica, experiencias, doses e efectos, química, saúde, leis, medios de comunicación ou usos tradicionais e espirituais.

O sitio web contén documentos de interese para profesionais sanitarios e investigadores. Por exemplo, é posible acceder ao contido íntegro de todos os artigos científicos publicados sobre a MDMA (éxtase) ou a LSD. A gran cantidade de información dificulta en ocasións realizar buscas rápidas e algúns dos contidos máis interesantes non se encontran facilmente. É unha páxina imprescindible, aínda que require de certo tempo para aproveitarmos todas as súas posibilidades.

www.red2002.org.es/

Rede Comunitaria sobre o VIH/sida do Estado español.
Non fai falla dicir máis.

DIRECTORIO DE ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN COAS DROGAS

Administración Central

Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas
Recoletos, 22. 28071 Madrid
Teléfono: 91 822 60 88. Fax: 91 822 60 90

Comunidades e cidades autónomas

Comunidade Autónoma de Andalucía

Director xeral para as
Drogodependencias e Adicións
Consellería para a Igualdade e o
Benestar Social
Avda. Hytasa, 14
Edificio Junta de Andalucía
41071 Sevilla
Teléfono: 95 504 83 32
Fax: 95 504 83 46

Comunidade Autónoma de Aragón

Xefe do Servizo de Promoción da Saúde
e Prevención da Enfermidade
Consellería de Saúde e Consumo
Ramón y Cajal, 68. 50004 Zaragoza
Teléfono: 976 71 43 75. Fax: 976 71 43 38

Comunidade Autónoma do Principado de Asturias

Xefe da Unidade de Coordinación do
Plan de Drogas
Consellería de Saúde e Servizos Sanitarios
Ildfonso Sánchez del Río, 5
33001 Oviedo
Teléfono: 985 66 81 53. Fax: 985 66 81 52

Comunidade Autónoma das Illas Baleares autónomas

Coordinador Autonómico de Drogas
Consellería de Saúde e Consumo
R/ Zuloaga, 2. 07005 Palma de Mallorca
Teléfono: 971 47 30 38. Fax: 971 47 33 85

Comunidade Autónoma de Canarias

Director xeral de Atención
ás Drogodependencias
Consellería de Sanidade
Rambla General Franco, 53
38006 Santa Cruz de Tenerife
Teléfono: 922 47 46 69. Fax: 922 47 43 65

Comunidade Autónoma de Cantabria

Director xeral de Saúde Pública
Consellería de Sanidade e Servizos Sociais
Federico Vial, 13. 39002 Santander
Teléfono: 942 20 76 47. Fax: 942 20 81 90

Comunidade Autónoma de Castela- A Mancha

Director xeral de Planificación
E Atención Sociosanitaria
Consellería de Sanidade
Avda. de Francia, 4. 45071 Toledo
Teléfono: 925 26 77 52/63
Fax: 925 26 77 62

Comunidade Autónoma de Castela e León

Comisionada rexional para a Droga
Consellería de Familia e Igualdade de
Oportunidades
Paseo Filipinos, 1. 47071 Valladolid
Teléfono: 983 41 36 74
Fax: 983 41 09 88

Comunidade Autónoma de Cataluña

Director do Órgano Técnico de
Drogodependencias
Consellería de Saúde
Travessera de Les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Teléfono: 93 227 29 73
Fax: 93 227 29 74

Cidade Autónoma de Ceuta

Responsable Plan sobre Drogas e Sida
Juan de Juanes, 4. 11702 Ceuta
Teléfono: 956 50 33 59
Fax: 956 50 92 93

Comunidade Autónoma de Estremadura

Secretario técnico de
Drogodependencias
Consellería de Sanidade e Consumo
Adriano, 4, 4.ª planta
06800 Mérida (Badaxoz)
Teléfono: 924 00 41 33
Fax: 924 00 41 71

Comunidade Autónoma de Galicia

Subdirector xeral de Saúde Mental
e Drogodependencias
Consellería de Sanidade
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 Santiago de Compostela
(A Coruña)
Teléfono: 981 54 18 59
Fax: 981 54 18 65

Comunidade Autónoma de Madrid

Director-xerente da Axencia
Antidroga
Consellería de Sanidade e Consumo
Julián Camarillo, 4-B. 28037 Madrid
Teléfono: 91 426 95 58
Fax: 91 426 95 51

Cidade Autónoma de Melilla

Comisionado autonómico para o Plan
de Drogas
Consellería de Benestar Social e Sanidade
Carlos Ramírez de Arellano, 10
52004 Melilla
Teléfono: 952 69 93 01
Fax: 952 69 93 02

Comunidade Autónoma da Rexión de Murcia

Secretario autonómico de Atención ao
Cidadán,
Ordenación Sanitaria e Drogodependencias
Consellería de Sanidade
Pinares, 4. 30071 Murcia
Teléfono: 968 36 58 49
Fax: 968 22 24 17

Comunidade Foral de Navarra

Director técnico do Plan Foral
de Drogodependencias
Consellería de Saúde
Amaya, 2 A. 31002 Pamplona
Teléfono: 848 42 14 39
Fax: 848 42 35 10

Comunidade Autónoma do País Vasco

Directora de Drogodependencias
Consellería de Vivenda e Asuntos Sociais
Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria
Teléfono: 945 01 81 04. Fax: 945 01 64

Comunidade Autónoma da Ríoxa

Comisionado Rexional para a Droga

Consellería de Saúde

Vara de Rey, 42. 26071 Logroño

Consellería de Sanidade

Teléfono: 941 29 18 70

Fax: 941 29 18 71

Comunidade Valenciana

Directora general de Drogodependencias

Consejería de Sanidad

Guardia Civil, 30, entlo. 4

46020 Valencia

Teléfono: 96 387 03 80

Fax: 96 387 03 51

RECURSOS ASISTENCIAIS E DE INCORPORACION SOCIAL DE TRASTORNOS ADICTIVOS EN GALICIA

1. Recursos asistenciais de trastornos adictivos

O conxunto de tratamentos así como as actividades relacionadas conforman o proceso asistencial, que ten como fin último lograr a abstinencia e curación dos pacientes. De xeito xeral, o proceso asistencial comeza nos dispositivos de atención primaria de saúde, excepto no caso de drogas ilegais, no que tanto o interesado como persoas achegadas poden pedir cita directamente nas unidades asistenciais especializadas. Asimesmo, se poden realizar derivación para tratamento desde as Unidades de Saude Mental, Centros de Servizos Sociais, Institucións penitenciarias, xulgados, etc.

A partir da valoración de cada caso por parte do equipo terapéutico das unidades asistenciais, poderase considerar indicado derivar ao paciente a outros recursos de tratamento máis específicos (Unidade de Día ou Comunidade Terapéutica).

A continuación, descríbense os distintos tipos de recursos asistenciais:

1.1 Unidade Asistencial de Drogodependencias (UAD)

As Unidades Asistenciais de Drogodependencias (UAD) son centros ou servizos de tratamento ambulatorio nos que se desenvolven diferentes tipos de programas terapéuticos para o tratamento dos trastornos adictivos.

Na actualidade, as UAD do PGD subvencionadas polo SERGAS son 17 e dan cobertura a toda a comunidade:

Táboa 1: Unidades Asistenciais de Drogodependencias (UAD). Ano 2010

ENTIDADE	UAD
Asociación cidadá de loita contra a droga (Alborada)	Vigo
Asociación cidadá de loita contra a droga (ACLAD)	A Coruña
Asociación ferrolá de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Asociación Cruz Vermella de Lugo	Lugo
Concello de Burela	Burela
Concello de Cangas	Cangas
Concello de Carballo	Carballo
Concello de O Grove	O Grove
Concello de Monforte de Lemos	Monforte
Concello de Noia	Noia
Concello de Ourense	Ourense
Concello de Pontevedra	Pontevedra
Concello de O Porriño	O Porriño
Concello de Ribeira	Ribeira
Concello de Santiago de Compostela	Santiago de Compostela
Concello de Vigo	Vigo
Concello de Vilagarcía de Arousa	Vilagarcía de Arousa

1.2 Unidade de Tratamento de Alcoholismo (UTA)

As Unidades de Tratamento de Alcoholismo (UTA) son centros ou servizos de tratamento ambulatorio nos que se desenvolven diferentes tipos de programas terapéuticos para o tratamento dos trastornos adictivos. Nestas unidades non se abordan dependencias de drogas ilegais.

Na actualidade, as UTAs que estan en funcionamento son:

Táboa 2: Unidades de Tratamento de Alcoholismo. Ano 2010

ENTIDADE	UTA
Asociacion Luis Miguel Moras	A Coruña
Asociación Ferrolterra	Ferrol
Asociacion Viguesa de Alcoholología (ASVIDAL)	Vigo
Asociacion As Burgas	Ourense
Servizo Galego de Saúde	Lugo
Servizo Galego de saúde	Santiago

1.3 Unidade Móbil (UM)

Debido á grande dispersión xeográfica, e coa finalidade de facilitar o acercamento dos recursos a todos os usuarios, habilitáronse as unidades móbiles e servizos tipo dispensario.

As unidades móbiles (UM) facilitan o labor de acercamento dos recursos aos usuarios de drogas a tratamento, a modo de extensión das propias UAD. Trátase de dispositivos asistenciais dirixidos aos usuarios dos programas de tratamento con derivados opiáceos, principalmente os de baixa esixencia, sempre que sexan pacientes xa a tratamento nas UAD de referencia.

Neste momento só existe unha unidade móbil en funcionamento na cidade de A Coruña.

1.4 Servizo Tipo Dispensario (STD)

Este tipo de servizo asistencial supón o desprazamento de varios profesionais da UAD de referencia a un centro sanitario colaborador, para desenvolver alí as actividades asistenciais propias dunha UAD. Na actualidade, os servizos tipo dispensario do PGD son os seguintes:

Táboa 3: Servizos Tipo Dispensario. Ano 2010

Dispensario	UAD da que depende
Cee	UAD de Carballo
O Barco	UAD de Monforte
Portonovo	UAD do Grove

1.5 Centro de Acollida (CA) do Proxecto Home

Neste centro faise unha avaliación e diagnose da problemática do usuario co obxecto de determinar o tipo de tratamento que precisa. A continuación, os pacientes poden ser derivados a outros dispositivos asistenciais e, nestes, a distintos programas segundo a sustancia consumida.

Desenvólvese neste centro a primeira fase do tratamento para usuarios adictos a opiáceos (denominado tamén Programa Tradicional) que dura aproximadamente 3-4 meses, a terceira fase deste programa de 11-12 meses de duración denominada Reinserción Social e o Programa para persoas adictas aos psicoestimulantes (Programa de Cocaína)

Na actualidade, o Proxecto Home conta con 4 Centros de Acollida, que son os seguintes.

Táboa 4: Centros de Acollida do Proxecto Home. Ano 2010

ENTIDADE	CENTRO	LOCALIDADE
Fundación Monte do Gozo	Acollida	Santiago
Fundación Monte do Gozo	Acollida	Lugo
Fundación Monte do Gozo	Acollida	Vigo
Fundación Monte do Gozo	Acollida	Ourense

Figura 1: Localización dos centros ambulatorios de atención a trastornos adictivos.



1.6 Unidade de Día (UD)

Este dispositivo asistencial funciona en modalidade semiresidencial e ofrece un abano de actividades terapéuticas e ocupacionais dirixidas á deshabitación e rehabilitación, quedando fóra das súas funcións os procesos de desintoxicación e a súa utilización como residencia. Dadas as súas características (réxime de internamento parcial) permite a non desvinculación do paciente do seu ambiente, favorecendo a colaboración familiar e facilitando a súa incorporación social. Na actualidade, as unidades de día en funcionamento son as seguintes:

Táboa 5: Unidades de Día. Ano 2010

ENTIDADE	UAD
Asociación cidadá de loita contra a droga (Alborada)	Vigo
Asociación cidadá de loita contra a droga (ACLAD)	A Coruña
Asociación ferrolá de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Asamblea provincial da Cruz Vermella de Lugo	Lugo
Concello de Ourense	Ourense
Concello de Pontevedra	Pontevedra
Concello de Ribeira	Ribeira
Concello de Santiago de Compostela	Santiago de Compostela
Concello de Vigo	Vigo
Concello de Vilagarcía de Arousa	Vilagarcía de Arousa

1.7 Comunidade Terapéutica (CT)

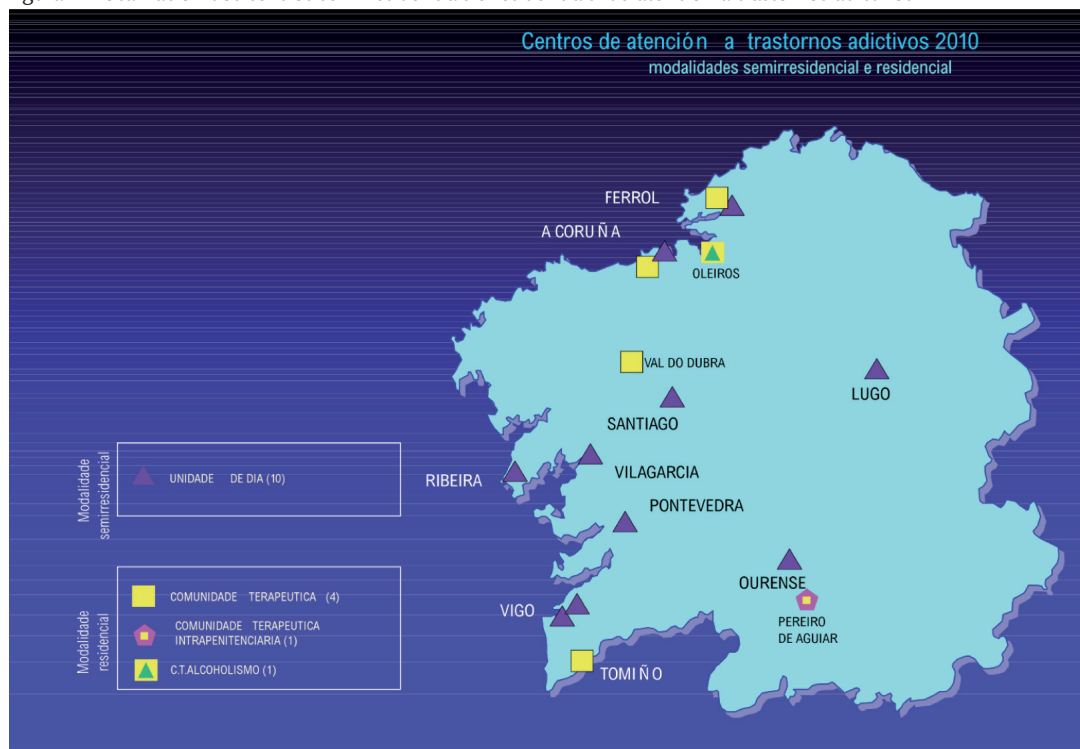
As Comunidades Terapéuticas son dispositivos que realizan tratamentos de deshabitación e rehabilitación en réxime residencial (internamento). Concíbense como un marco físico que permite a ruptura temporal co medio habitual do drogodependente. Así mesmo, constitúense como un sistema no que o individuo ten a posibilidade de desenvolver novas pautas de comportamento tendentes a facilitar a súa incorporación social. Na actualidade, as Comunidades Terapéuticas coas que conta o PGD son as seguintes:

Táboa 6: Comunidades Terapéuticas. Ano 2010

ENTIDADE	Localidade
Asociación cidadá de loita contra a droga (Alborada)	Vigo
Asociación cidadá de loita contra a droga (ACLAD)	A Coruña
Asociación ferrolá de drogodependencias (ASFEDRO)	Ferrol
Fundación Monte do Gozo	Val do Dubra
Fundación Monte do Gozo (1)	Pereiro de Aguiar
Fundación Monte do Gozo (2)	Oleiros

CT Intrapenitenciaria
CT de Alcoholismo

Figura 2: Localización dos centros semirresidenciais e residenciais de atención a trastornos adictivos.



2 Recursos de incorporación social en trastornos adictivos

Os procesos de incorporación social apóianse de cotío na utilización, tanto de recursos xerais ou normalizados, como específicos para poboación drogodependente. A coordinación destes recursos é unha das tarefas que deben ser acometidas no deseño e execución dos itinerarios individualizados de incorporación social, priorizándose a utilización dos recursos normalizados nos procesos de incorporación social.

Considéranse recursos xerais os programas e recursos promovidos polas distintas administracións e entidades aos que poden acceder as persoas drogodependentes, aínda que non foran deseñados especificamente para elas. Por outra banda, os recursos específicos do Plan de Galicia sobre Drogas son aqueles deseñados especificamente para poboación drogodependente e que ofrecen distintas alternativas de tipo socioeducativo, formativo-laboral, legal e/ou relacional a este colectivo.

2.1. Vivendas de incorporación social

En xeral, son unidades de aloxamento en convivencia situadas en edificios ou zonas de vivendas normalizadas destinadas a drogodependentes carentes dun sistema de relacións e de vinculación co contorno axeitado ou en risco de desestructuración. O acceso a estes recurso require a indicación do equipo terapéutico das unidades asistenciais.

2.2. Programa de Atención Xurídico Social

Este programa ofrece asesoramento xurídico e orientación a todos/as os/as usuarios/as e facilita a busca de alternativas á prisión naqueles casos nos que exista condea xudicial. Deste xeito, acádase unha maior efectividade nos tratamentos e redúcense simultaneamente os delitos.

Como complemento a estas actuacións tamén se asesora en materia administrativa, civil, laboral, etc. e calquera outra na que os/as usuarios/as do Centro poidan ter dúbidas. Así mesmo, as súas familias vense favorecidas por este programa ao estar directamente afectadas pola problemática xudicial. No suposto de poder acollerse á asistencia xurídica gratuíta oriéntanse nos pasos a seguir para nomear avogado/a de oficio.

Este programa esta funcionando actualmente nas seguintes localidades:

ENTIDADE	LOCALIDADE
Asociación Antonio Noche	A Coruña
Asociación Vieiro	Carballo
Unidad Asistencial de Drogodependencias (UMAD)	Santiago
Asociación Renacer	Ribeira
Asociación ALIAD	Lugo
Asociación ATOX	Ourense
Asociación Rexurdir Provincial	Pontevedra
Asociación Érguete Baixo Miño	Vigo

LISTADOS DE RECURSOS ASISTENCIAS DE TRASTORNOS ADICTIVOS EN GALIIA**UNIDADES ASISTENCIAIS DE DROGODEPENDENCIAS****PROVINCIA DE A CORUÑA**

- UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Asociación Ferrolá de Drogodependencias (ASFEDRO)
R/ Cádiz, s/n
15406 CARANZA - FERROL
DIRECTOR: GERARDO SABIO FERNÁNDEZ
Teléfono: (981) 37 21 12 / 13
Fax: (981) 31 95 74

- UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Carballo
Avda. do Ambulatorio, s/n
15100 CARBALLO
DIRECTORA : LOURDES SUÁREZ FERNÁNDEZ
Teléfono y fax: (981) 75 62 75

- UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Asociación Cidadá de Loita contra a Droga (ACLAD)
R/ Ermita, 2-A. Polígono de La Grela
15008 A CORUÑA
DIRECTOR: MIGUEL PLAZA CANCELA
Teléfono: (981) 24 33 27/ 24 30 00
Fax: (981) 24 30 40

- * UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Noia
R/ República Argentina. Casa do Mar
15200 NOIA
DIRECTOR: JOAQUÍN POMARES BOTANA
Teléfono e fax (981) 82 25 00

- UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Ribeira
Avda. da Coruña, 174 - C (tra-lo Instituto F.P.)
15960 RIBEIRA
DIRECTOR: JESUS CARTELLE FERNANDEZ
Teléfono: (981) 87 38 27/ (981) 83 56 63
Fax : (981) 87 38 24

- * UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Santiago
Manuel María, 8 UMAD
15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA
DIRECTORA: PILAR BERMEJO GONZALEZ
Teléfono: (981) 52 87 70
Fax: (981) 52 87 80

PROVINCIA DE LUGO

- * UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Burela
R/ Laxelas, s/n
(Escolas Vellas)
27880 BURELA
DIRECTORA: M^a CONCEPCIÓN ABAD ALASTRUEY
Teléfono: (982) 58 02 01 Fax: (982) 58 06 65

- UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS.
Asamblea provincial da CRUZ VERMELLA
R/ San Eufrasio, s/n
27002 LUGO
DIRECTOR: MANUEL BOUZA CARO
Teléfono: (982) 28 0434
Fax: (982) 28 08 48

- * UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Monforte de Lemos
R/ Otero Pedrayo, s/n (Ant. Casa de Socorro)
27400 MONFORTE DE LEMOS
DIRECTORA: ANA FERNANDEZ SOBRINO
Teléfono: (982) 40 04 95
Fax: (982) 40 51 72

PROVINCIA DE OURENSE

- UNIDADE DE CONDUCTAS ADICTIVAS
Concello de Ourense
Complexo Hospitalario de Ourense
R/ Ramón Puga, 52-56
32005 OURENSE

DIRECTOR: GERARDO FLÓREZ MENÉNDEZ
Teléfono: (988) 36 98 29
Fax: (988) 38 54 82

PROVINCIA DE PONTEVEDRA

- * UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Cangas
Avda. de Ourense, 46
36940 CANGAS
DIRECTOR: MAXIMINO PORTELA FREIRE
Teléfono: (986) 30 34 02/30 05 14
Fax: (986) 30 06 87

- * UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de O Grove
R/ Lordelo, s/n (Edificio Policía Municipal)
36980 O GROVE
DIRECTORA: ANA MARÍA CANEDA PÉRE
Teléfono: (986) 73 16 14. Fax: (986) 73 35 26

- * UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Pontevedra
Praza de Valentín García Escudero, 1, baixo
36002 PONTEVEDRA
DIRECTOR: CARLOS MARTIN PICOLA
Teléfono: (986) 85 86 09
Fax: (986) 86 07 12

- * UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Concello de Porriño
R/ Domingo Bueno, 15-Sótano
36400 PORRIÑO-PONTEVEDRA
DIRECTORA: M^a DOLORES PAZOS AREA
Teléfono (986) 33 08 61
Fax.: (986) 33 54 62

- UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Asociación Cidadá de Loita contra a Droga "ALBORADA"
R/ Isaac Peral nº 8 - A - Baixo
36201 VIGO

DIRECTOR: JESUS CANELO MARTINEZ

Teléfono: (986) 22 48 48

Fax: (986) 22 42 36

* UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS "CEDRO"

Concello de Vigo

R/ Pintor Colmeiro, 9

36211 VIGO

DIRECTOR: FRANCISCO ABEL OTERO LAMAS

Teléfono: (986) 48 27 50

Fax: (986) 48 30 19

* UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

Concello de Vilagarcía

Avenida de Juan Carlos I, 38

36600 VILAGARCIA DE AROUSA

DIRECTORA: MAR LOJO CAAMAÑO

Teléfono: (986) 50 79 70

Fax: (986) 50 57 96

UNIDADES DE TRATAMENTO DO ALCOHOLISMO

PROVINCIA DE A CORUÑA

- UNIDADE DE TRATAMENTO DO ALCOHOLISMO
Servizo Galego de Saúde
HOSPITAL CLÍNICO (CONSULTAS EXTERNAS. CONTROL D) – (CHUS)
A Choupana, s/n
15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono : (981) 95 10 66 Fax: (981) 95 10 61
- UNIDADE DE TRATAMENTO DO ALCOHOLISMO
ASOCIACIÓN DE EXALCOHÓLICOS DA CORUÑA
Praza Laxes de Orro, 2 baixo-Birloque
15008 A CORUÑA
Teléfono: (981) 29 30 00 Fax: (981) 29 31 21
- UNIDADE DE TRATAMENTO DO ALCOHOLISMO
ASOCIACIÓN DE EXALCOHÓLICOS DE FERROLTERRA
C/ Álvaro Cunqueiro, 6 baixo – APDO Correos 546
15402 FERROL
Teléfono : (981) 35 13 95 Fax: (981) 35 99 88

PROVINCIA DE LUGO

- UNIDADE DE TRATAMENTO DO ALCOHOLISMO
Servizo Galego de Saúde
HOSPITAL SAN JOSÉ
C/ Santiago, s/n
27004 LUGO
Teléfono: (982) 29 63 75 Fax: (982) 29 67 14

PROVINCIA DE OURENSE

- UNIDADE DE TRATAMENTO DO ALCOHOLISMO
Servizo Galego de Saúde
Hospital Santa María Nai (CHOU)
R/ Ramón Puga, 52-56
32005 OURENSE
Teléfono: (988) 36 98 29 Fax: (988) 36 98 28

PROVINCIA DE PONTEVEDRA

- UNIDADE DE TRATAMENTO DO ALCOHOLISMO
ASOCIACIÓN VIGUESA DE ALCOHOLOGÍA
C/ Escultor Gregorio Fernández, 8 - baixo
36204 VIGO
Teléfono: (986) 22 62 69 Fax: (986) 22 62 40

OUTROS RECURSOS

PROVINCIA DE A CORUÑA

- * CENTRO DE ACOLLIDA
Asociación Proxecto Home Galicia
R/ Virxe da Cerca, 6
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
DIRECTOR: RAMON GOMEZ CRESPO
Teléfono: (981) 57 25 24/ 57 30 20
Fax.: (981) 57 36 06

PROVINCIA DE LUGO

- * CENTRO DE ACOLLIDA
Asociación Proxecto Home Galicia
R/ Monte Faro, 2
27003 LUGO
DIRECTOR: MANUEL REGAL LEDO
Teléfono: (982) 20 26 93
Fax: (982) 20 26 33

PROVINCIA DE OURENSE

- * CENTRO DE ACOLLIDA
Asociación Proxecto Home Galicia
Pazo de Guizamonde, s/n
32001 OURENSE
DIRECTORA: OFELIA DEBEN RODRIGUEZ
Teléfono: (988) 37 11 92
Fax: (988) 37 25 60

PROVINCIA DE PONTEVEDRA

- * CENTRO DE ACOLLIDA
Asociación Proxecto Home Galicia
Avda. Ramón Nieto, 245
36205 VIGO
DIRECTOR: MANUEL ESTÉVEZ
Teléfono: (986) 37 46 46
Fax: (986) 37 44 88

PROGRAMAS HOSPITALARIOS DE TRASTORNOS ADICTIVOS**PROVINCIA DE A CORUÑA**

HOSPITAL GIL CASARES. SERV. DE PSIQUIATRÍA (CHUS).
SERVIZO DE PSIQUIATRIA
A Choupana, s/n
15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono : (981) 95 00 00 Fax: (981) 95 09 85

COMPLEXO HOSP. JUAN CANALEJO-MARITIMO DE OZA (CHUAC)
SERVIZO DE PSIQUIATRIA
Estrada das Xubias, 84
15006 A CORUÑA
Teléfono: (981) 17 81 72 Fax: (981) 17 80 01

COMPLEXO HOSP. ARQUITECTO MARCIDE-NOVOA SANTOS.
SERVIZO DE PSIQUIATRÍA
Estrada de San Pedro de Leixa, s/n
15405 FERROL
Teléfono : (981) 33 40 00 Fax: (981) 33 40 78

PROVINCIA DE LUGO

COMPLEXO HOSPITALARIO XERAL-CALDE.
SERVIZO DE PSIQUIATRIA
R/ Doutor Severo Ochoa, s/n
27004 LUGO
Teléfono: (982) 29 68 32-30 Fax: (982) 29 62 81

PROVINCIA DE OURENSE

HOSPITAL SANTA M^a NAI (CHOU)
SERVIZO DE PSIQUIATRIA
R/ Ramón Puga, 56
32005 OURENSE
Teléfono: (988) 38 54 99 Fax: (988) 38 54 62

PROVINCIA DE PONTEVEDRA

COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO. SERVIZO DE
PSIQUIATRIA

R/ Pizarro, 22

36204 VIGO

Teléfono: (986) 816000

COMPLEXO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA. SERVIZO DE PSIQUIATRIA

R/ Mourente, s/n

36071 PONTEVEDRA

Teléfono: (986) 800000

COMUNIDADES TERAPEUTICAS**PROVINCIA DE A CORUÑA**

- * COMUNIDADE TERAPEUTICA DE ACLAD "FONTE DE OURO"
Fonte de Ouro, s/n
15189 TARRIO-CULLEREDO
RESPONSABLE: ANA M^a GONZÁLEZ LÓPEZ
Teléfono .: (981) 66 10 29
Fax.: 981 243 040

- COMUNIDADE TERAPEUTICA DE ASFEDRO " O CONFURCO "
DONIÑOS-FERROL
RESPONSABLE: SONIA NÚÑEZ FERNÁNDEZ
Teléfono: 981 44 50 51
Fax.: 981 31 95 74

- * COMUNIDADE TERAPEUTICA DO PROXECTO HOME
Cernadas-Portomouro
VAL DO DUBRA
RESPONSABLE: RAMON GOMEZ CRESPO
Teléfono: 981 57 25 24 – 57 30 20
Fax. 981 57 36 06

- COMUNIDADE TERAPEUTICA DE ALCOHOLISMO (P.HOME)
Rúa Ocaso, 2 Bastiagueiro
15172 OLEIROS
Telefono: 981 295432
Fax: 981 299788

PROVINCIA DE PONTEVEDRA

- COMUNIDADE TERAPEUTICA DE "ALBORADA"
Piñeiro – Rías, 10
36739 TOMIÑO - PONTEVEDRA
RESPONSABLE: MANUEL LLOVES MORATINOS
Teléfono y Fax.: 986 63 34 02

UNIDADES DE DIA**PROVINCIA DE A CORUÑA**

- * UNIDADE DE DÍA "ASFEDRO"
R/ Cádiz, s/n
15406 CARANZA - FERROL
RESPONSABLE: GERARDO SABIO FERNÁNDEZ
Teléfono: (981) 37 21 12 / 13
Fax: (981) 31 95 74

- * UNIDADE DE DIA DE ACLAD
R/ Ermita, 2-A. Polígono de la Grela
15008 A CORUÑA
RESPONSABLE: M^a TERESA LAGE LÓPEZ
Teléfono y Fax: (981) 24 33 27

- * UNIDADE DE DIA DE RIBEIRA
Avda. da Coruña, 174- C (tra-lo Instituto F.P.)
15960 RIBEIRA
RESPONSABLE: JESUS CARTELLE FERNANDEZ
Teléfono: (981) 87 05 59
Fax.: (981) 87 38 24

- * UNIDADE DE DIA DE SANTIAGO
R/ Manuel María, 8 -UMAD-
15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA
RESPONSABLE: MARIA CAROU LOPEZ
Teléfono: (981) 52 87 70 Fax. 52 87 80

PROVINCIA DE LUGO

- * UNIDADE DE DIA DA CRUZ VERMELLA
Cidade de Vivero, 14 baixo
LUGO
RESPONSABLE: M^a JOSE GIL CRESPO
Teléfono: (982) 23 03 15
Fax.: (de la UAD) (982)-28 08 48

PROVINCIA DE OURENSE

- * UNIDADE DE DIA DE OURENSE
Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU)
R/ Ramón Puga, 52-56
32005 OURENSE
RESPONSABLE: JOSE MANUEL IGLESIAS OTERO
Teléfono: (988) 23 14 61
Fax: (988) 24 71 00

PROVINCIA DE PONTEVEDRA

- * UNIDADE DE DIA DE ALBORADA
Isaac Peral, 8-A-Baixo
36201 VIGO
RESPONSABLE: JESUS CANCELO MARTINEZ
Teléfono: (986) 22 48 48
Fax.: (986) 22 42 36

- * UNIDADE DE DIA DE VILAGARCIA
Avenida de Juan Carlos I, 38,
36600 VILAGARCIA DE AROUSA
RESPONSABLE: BLANCA VAZQUEZ CORRAL
Teléfono: (986) 50 79 70. Fax: (986) 50 57 96

- * UNIDADE DE DIA DE CEDRO
R/ Pintor Colmeiro, 9
36211 VIGO
RESPONSABLE: JORGE CABRERA RIANDE
Teléfono y Fax: (986) 48 27 50

- * UNIDADE DE DIA DE PONTEVEDRA
Rúa Sor Lucía, 2, 2º
36002 PONTEVEDRA
RESPONSABLE: JUAN LUIS GONZALEZ PEREZ
Teléfono y fax.: 986 85 14 89

PROGRAMAS PENITENCIARIOS DE TRASTORNOS ADICTIVOS

- * CENTRO PENITENCIARIO DE A CORUÑA
Carretera de Paradela, s/n
15310 TEIXEIRO-CURTIS- A CORUÑA
Teléfono: (981) 77 95 00
Fax: (981) 77 95 85
DIRECTOR: ANTONIO JOSÉ VÁZQUEZ PRADO

- * CENTRO PENITENCIARIO DE BONXE
Outeiro de Rei, s/n
27153 LUGO
Teléfono: (982) 39 32 18
Fax: (982) 39 32 25
DIRECTOR: MODESTO GUTIÉRREZ LLAMAZARES

- * CENTRO PENITENCIARIO DE MONTERROSO
Carretera Vegadeo-Pontevedra, s/n
27071 MONTERROSO-LUGO
Teléfono: (982) 37 70 43
Fax: (982) 37 71 62
DIRECTOR: VÍCTOR FRAGA GAYOSO

- * CENTRO PENITENCIARIO DE PEREIRO DE AGUIAR
32071 OURENSE
Teléfono: (988) 40 55 66
Fax: (988) 40 56 21
DIRECTOR: JUAN CARLOS SALVADOR

- * CENTRO PENITENCIARIO DE A LAMA
Avda Racelo, s/n
A LAMA-PONTECALDELAS-PONTEVEDRA
Teléfono: (986) 75 80 00
Fax: (986) 75 80 11
DIRECTOR: JOSÉ ANTONIO GÓMEZ NOVOA

CONCELLOS QUE ATENDE CADA UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

CONCELLOS	UAD
Abadín	Lugo
Abegondo	A Coruña
Agolada	Santiago de Compostela
Alfoz	Burela
Allariz	Ourense
Ames	Santiago de Compostela
Amoeiro	Ourense
Antas de Ulla	Lugo
Aranga	A Coruña
Arbo	Porriño
Ares	Asfedro
Arnoia (A)	Ourense
Arteixo	A Coruña
Arzúa	Santiago de Compostela
Avión	Ourense
Baiona	Cedro
Baiona	Alborada
Baleira	Lugo
Baltar	Ourense
Bande	Ourense
Baña (A)	Santiago de Compostela
Baños de Molgas	Ourense
Baralla	Lugo
Barbadás	Ourense
Barco de Valdeorras (O)	Monforte
Barreiros	Burela
Barro	Pontevedra
Beade	Ourense
Beariz	Ourense
Becerreá	Lugo
Begonte	Lugo
Bergondo	A Coruña
Betanzos	A Coruña
Blancos (Os)	Ourense
Boborás	Ourense
Boimorto	Santiago de Compostela
Boiro	Ribeira
Bola (A)	Ourense
Bolo (O)	Monforte
Boqueixón	Santiago de Compostela
Bóveda	Monforte
Brión	Santiago de Compostela
Bueu	Cangas
Burela	Burela
Cabana de Bergantiños	Carballo

CONCELLOS	UNIDADE
Monforte de Lemos	Monforte
Montederramo	Ourense
Monterrei	Ourense
Monterroso	Lugo
Moraña	Pontevedra
Mos	Porriño
Mugardos	Asfedro
Muíños	Ourense
Muras	Lugo
Muros	Noia
Muxía	Carballo
Narón	Asfedro
Navia de Suarna	Lugo
Neda	Asfedro
Negreira	Santiago de Compostela
Negueira de Muñiz	Lugo
Neves (As)	Porriño
Nigrán	Cedro
Nigrán	Alborada
Nogais (As)	Lugo
Nogueira de Ramuín	Ourense
Noia	Noia
Noia	Noia
Oia	Porriño
Oímbra	Ourense
Oleiros	A Coruña
Ordes	Santiago de Compostela
Oroso	Santiago de Compostela
Ortigueira	Asfedro
Ourense	Ourense
Ourol	Burela
Outeiro de Rei	Lugo
Outes	Noia
Oza dos Ríos	A Coruña
Paderne	A Coruña
Paderne de Allariz	Ourense
Padrenda	Ourense
Padrón	Santiago de Compostela
Palas de Rei	Lugo
Pantón	Monforte
Parada de Sil	Ourense
Paradela	Lugo
Páramo (O)	Lugo
Pastoriza (A)	Lugo
Pazos de Borbén	Porriño

CONCELLOS QUE ATENDE CADA UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

CONCELLOS	UAD
Cabanas	Asfedro
Caldas de Reis	Vilagarcía de Arousa
Calvos de Randín	Ourense
Camariñas	Carballo
Cambados	Vilagarcía de Arousa
Cambre	A Coruña
Campo Lameiro	Pontevedra
Cangas	Cangas
Cañiza (A)	Porriño
Capela (A)	Asfedro
Carballeda de Avia	Ourense
Carballeda de Valdeorras	Monforte
Carballedo	Monforte
Carballiño (O)	Ourense
Carballo	Carballo
Cariño	Asfedro
Carnota	Noia
Carral	A Coruña
Cartelle	Ourense
Castrelo de Miño	Ourense
Castrelo do Val	Ourense
Castro Caldelas	Ourense
Castro de Rei	Lugo
Castroverde	Lugo
Catoira	Vilagarcía de Arousa
Cedeira	Asfedro
Cee	Carballo
Celanova	Ourense
Cenlle	Ourense
Cerceda	A Coruña
Cerdedo	Pontevedra
Cerdido	Asfedro
Cervantes	Lugo
Cervo	Burela
Cesuras	A Coruña
Chandrea de Queixa	Ourense
Chantada	Monforte
Coirós	A Coruña
Coles	Ourense
Corcubión	Carballo
Corgo (O)	Lugo
Coristanco	Carballo
Cortegada	Ourense
Coruña (A)	A Coruña
Cospeito	Lugo

CONCELLOS	UNIDADE
Pedrafita do Cebreiro	Lugo
Pereiro de Aguiar (O)	Ourense
Peroxa (A)	Ourense
Petín	Monforte
Pino (O)	Santiago de Compostela
Piñor	Ourense
Pobra de Brollón (A)	Monforte
Pobra de Trives (A)	Ourense
Pobra do Caramiñal (A)	Ribeira
Poio	Pontevedra
Pol	Lugo
Pontearreas	Porriño
Pontecaldelas	Pontevedra
Ponteceso	Carballo
Pontecesures	Santiago de Compostela
Pontedeume	Asfedro
Pontedeva	Ourense
Pontenova (A)	Lugo
Pontes de García Rodríguez (As)	Asfedro
Pontevedra	Pontevedra
Porqueira	Ourense
Porriño (O)	Porriño
Portas	Vilagarcía de Arousa
Porto do Son	Noia
Portomarín	Lugo
Punxín	Ourense
Quintela de Leirado	Ourense
Quiroga	Monforte
Rábade	Lugo
Rairiz de Veiga	Ourense
Ramirás	Ourense
Redondela	Porriño
Rianxo	Ribeira
Ribadavia	Ourense
Ribadeo	Burela
Ribadumia	O Grove
Ribas de Sil	Monforte
Ribeira	Ribeira
Ribeira de Piquín	Lugo
Riós	Ourense
Riotorto	Lugo
Rodeiro	Santiago de Compostela
Rois	Santiago de Compostela
Rosal (O)	Porriño
Rúa (A)	Monforte

CONCELLOS QUE ATENDE CADA UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

CONCELLOS	UAD
Covelo (O)	Porriño
Crecente	Porriño
Cualedro	Ourense
Culleredo	A Coruña
Cuntis	Santiago de Compostela
Curtis	Santiago de Compostela
Dodro	Santiago de Compostela
Dozón	Santiago de Compostela
Dumbría	Carballo
Entrimo	Ourense
Esgos	Ourense
Estrada (A)	Santiago de Compostela
Fene	Asfedro
Ferrol	Asfedro
Fisterra	Carballo
Folgosos do Courel	Monforte
Fonsagrada (A)	Lugo
Forcarei	Pontevedra
Fornelos de Montes	Porriño
Foz	Burela
Frades	Santiago de Compostela
Friol	Lugo
Gomesende	Ourense
Gondomar	Cedro
Gondomar	Alborada
Grove (O)	O Grove
Guarda (A)	Porriño
Gudiña (A)	Ourense
Guitiriz	Lugo
Guntín	Lugo
Illa de Arousa (A)	Vilagarcía de Arousa
Incio (O)	Lugo
Irixo (O)	Ourense
Irixoa	A Coruña
Lalín	Santiago de Compostela
Lama (A)	Pontevedra
Láncara	Lugo
Laracha	Carballo
Larouco	Monforte
Laxe	Carballo
Laza	Ourense
Leiro	Ourense
Lobeira	Ourense
Lobios	Ourense
Lourenzá	Burela

CONCELLOS	UNIDADE
Sada	A Coruña
Salceda de Caselas	Porriño
Salvaterra de Miño	Porriño
Samos	Lugo
San Amaro	Ourense
San Cibrao das Viñas	Ourense
San Cristovo de Cea	Ourense
San Sadurniño	Asfedro
San Xoán de Río	Ourense
Sandiás	Ourense
Santa Comba	Santiago de Compostela
Santiago de Compostela	Santiago de Compostela
Santiso	Santiago de Compostela
Sanxenxo	O Grove
Sarreaus	Ourense
Sarria	Lugo
Saviñao (O)	Monforte
Silleda	Santiago de Compostela
Sober	Monforte
Sobrado	Santiago de Compostela
Somozas (As)	Asfedro
Soutomaior	Pontevedra
Taboada	Lugo
Taboadela	Ourense
Teixeira (A)	Ourense
Teo	Santiago de Compostela
Toén	Ourense
Tomiño	Porriño
Toques	Santiago de Compostela
Tordoia	Santiago de Compostela
Touro	Santiago de Compostela
Trabada	Burela
Trasmiras	Ourense
Trazo	Santiago de Compostela
Triacastela	Lugo
Tui	Porriño
Val do Dubra	Santiago de Compostela
Valadouro (O)	Burela
Valdoviño	Asfedro
Valga	Santiago de Compostela
Vedra	Santiago de Compostela
Veiga (A)	Monforte
Verea	Ourense
Verín	Ourense
Viana do Bolo	Ourense

UNIDADES ASISTENCIAIS DE DROGODEPENDENCIAS (UAD)

AREAS DE INFLUENCIA

