



# Cuidando a ciegas. La persona con trastorno adictivo y su relación con la enfermería durante la pandemia de COVID-19

*Caregiving blindfolded. People with an addictive disorder and their relationship to nursing during the COVID-19 pandemic*

**Enrique Pérez-Godoy Díaz, Antonio Moreno-Guerín Baños**

Centro Provincial de Drogodependencias. Diputación de Sevilla. Sevilla, España.

Contacto: [epgodoyd@gmail.com](mailto:epgodoyd@gmail.com)

Fecha de recepción: 24 de septiembre de 2020 / Fecha de aceptación: 11 de noviembre de 2020

## Sr. director:

En estos últimos días del mes de Agosto, finalizando las vacaciones, nos proponemos revisar y reflexionar sobre el trabajo realizado durante los duros meses de confinamiento y progresiva apertura de los centros de tratamiento de adicciones donde trabajamos.

La atención y seguimiento de la persona con trastorno adictivo y especialmente de la persona con trastorno adictivo a opiáceos, sea o no politoxicómano, se ofrece de muy diversas formas en España según la comunidad autónoma en la que nos encontremos. En Andalucía, concretamente, el tratamiento, seguimiento y control se realiza desde los centros de tratamiento ambulatorio, centros dependientes de ayuntamientos o diputaciones u otras entidades conveniadas, y, en última instancia, todos estos dependen operativamente de la Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia de la Junta de Andalucía.

Aunque estamos acreditados como centro sanitario, y funcionalmente trabajamos como centro de especialidades, administrativamente dependemos de servicios sociales especializados de la Diputación de Sevilla, y para cualquier prescripción, prueba diagnóstica o tratamiento dependemos de los centros de Atención Primaria, hoy tan castigados por la pandemia.

Gran parte de nuestro trabajo es el seguimiento de una bolsa de unos 400 usuarios, a los que citamos regularmente, la mayor parte (un 95 %) con problemas de adicción a opiáceos y cocaína en programa de mantenimiento con metadona, a los que valoramos, seguimos, apoyamos, educamos, escuchamos, observamos, reforzamos, instruimos o derivamos a otros profesio-

nales o programas, y con los que en algunas ocasiones llegamos a establecer una relación terapéutica muy fuerte basada en el respeto, consideración y atención a sus necesidades, teniendo en cuenta nuestras propias competencias. Aunque pudiera parecer lo contrario, son muy respetuosos con los profesionales y muy agradecidos cuando nos implicamos con su caso. Para ello es preciso también conocer bien las necesidades y características de la persona con trastorno adictivo y la consideración de su realidad como una enfermedad con numerosas aristas biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

La alarma sanitaria, el confinamiento obligatorio de la población y la posterior desescalada han supuesto distintos retos a lo largo de estos meses.

El primero fue el cierre de los centros y la atención de las personas usuarias por vía telefónica. Tener que atender desde casa en situación de teletrabajo supuso una dificultad importante. Las citas presenciales, que son obligatorias para las personas usuarias en programa de mantenimiento con metadona, nos permiten observar y valorar la situación actual. Aspecto físico, orientación, estado nutricional, lenguaje verbal y no verbal, coherencia y congruencia en su discurso etc., nos permiten orientar hacia un cambio personal, proponer alguna modificación en el tratamiento o incluir o derivar hacia algún programa de día, comunidad terapéutica u otros, y, como mínimo, realizar educación para la salud con objetivos de reducción de daños. Aunque a algunas personas les cuesta acudir a las citas, generalmente se sienten cómodas en la entrevista donde son atendidas, escuchadas, y aprovechamos cualquier resquicio o buena intención para poder ayudarlas a mejorar su situación.

Realizar esta función por teléfono es muy difícil, por no decir imposible. Cualquier resistencia, incoherencia, confrontación u otra dificultad, manejable en situación de presencialidad, no es posible abordarla por vía telefónica.

No obstante, también hemos tenido experiencias gratas en la relación telefónica. Ha habido personas en situación de estabilidad, confinadas en su casa y viviendo solas que han agradecido enormemente que alguien les llame por teléfono, aunque sea su enfermero de adicciones. En alguna ocasión he escuchado llorar por la triste situación de soledad, penuria económica y dificultad y miedo, al padecer de una EPOC con frecuentes crisis de disnea. “Enrique, que estoy muy solo. Que no tengo a nadie”. “Muchas gracias por llamarme”. “Nadie se acuerda de mí”.

Los casos como este referido son de un perfil frecuente: varón, alrededor de 50 años, que vivía con su madre hasta que esta falleció, y que en la actualidad viven solos en el piso de su madre, con una relación nula o inestable con hermanos, con importantes secuelas físicas, en algunos casos manteniendo consumos, aunque sean esporádicos y con muy pocos recursos económicos y nulo apoyo social.

### **El caso especial de las personas sin hogar**

Tras la declaración de la situación de alarma y confinamiento obligatorio en domicilio, se presentó el problema de las personas sin hogar.

En la ciudad de Sevilla hubo que habilitar hasta tres pabellones polideportivos donde se atendía a este grupo de personas, a quien la policía local invitaba a alojarse dada la situación especial. En total fueron casi 300 personas, que además iban variando cada día. Algunos de ellos eran personas en seguimiento en centros de nuestra localidad o de otras a los que hubo que rescatar, atender, valorar y prescribir tratamiento previo o modificado para que se les dispensara en dichos espacios. Otras eran personas con problemas adictivos, pero que nunca habían estado en tratamiento, y a los que hubo que realizar la acogida y atención pertinente a través de los medios telemáticos disponibles.

Ahí aparecieron casos como el de María (nombre ficticio), con problemas de adicción a opiáceos y otras sustancias, embarazada de 8 meses, sin hogar tras irse de casa de su madre, y a quien le retiraron el bebé en

cuanto nació con síndrome de abstinencia a opiáceos. A ella, como a otros muchos, hubo que hacerle entrevista de acogida telefónica.

O el de Luis (también ficticio), que, desde que salió hace varios años de prisión, venía consumiendo heroína y alternando con metadona para paliar los síntomas de abstinencia, y que compraba en el mercado negro.

Muchos de estos nuevos casos aparecieron con motivo del estado de alarma. Algunos se mantienen en tratamiento. Otros volvieron a su situación habitual en cuanto pudieron y, por lo tanto, a los consumos y a abandonar el programa de tratamiento sustitutivo.

### **La relajación de las medidas y finalización del estado de alarma**

La situación de confinamiento obligatorio ha hecho que hubiera dificultad para acceder a las sustancias ilegales. Esto ha permitido que algunos pacientes dieran el salto a la abstinencia. Aquellos casos que ya llevaban una abstinencia corta y que se han encontrado en esa situación inesperada les ha servido de empujón para alargar el periodo de abstinencia y poder mejorar sensiblemente su situación.

Pero para aquellos que mantenían abstinencia solo por control externo esa situación no ha sido más que un espejismo, pues, en cuanto se ha relajado la situación de confinamiento, el consumo ha llegado a ser incluso mayor que antes.

Aunque teníamos la consigna de reducir al mínimo la atención presencial una vez que se comenzó con las primeras fases de relajación del estado de alarma, nos vimos en la obligación moral, al igual que otros compañeros del servicio, de atender a algunos casos presencialmente. Personas sin teléfono ni forma de acceder a ellos, pérdida de contacto con el centro de cerca de un año, o demanda de los profesionales del centro de salud donde recogen la metadona, por las dificultades en su manejo, aconsejaban valorar presencialmente para ver necesidades y proponer soluciones. Para ello manteníamos las medidas de seguridad estrictamente, aunque otros profesionales no sanitarios del centro vieran con disgusto esa atención por el riesgo que creían correr.

En muchas ocasiones, la entrevista telefónica ha servido para detectar que se necesita una intervención presencial preferente. Es el caso de un usuario al que

llamaremos Manuel, con patología dual, sin seguimiento en salud mental, con múltiples demandas en el centro de salud donde acude a recoger metadona y presentando alteraciones de conducta en el centro.

O el de Juan, con diagnóstico médico de trastorno bipolar y alcoholismo grave, que un día decidió dejar parte del tratamiento porque pensaba que le sentaba mal. Una llamada de su mujer y tutora y una cita presencial favorecieron que le escuchara, resolviera sus dudas y le explicara que no podía dejar el tratamiento dado su estado, evolución y graves secuelas que presentaba por su patología. A la semana de la entrevista, llamamos a la mujer y nos confirmó que la entrevista había sido efectiva y ya se tomaba el tratamiento.

O el de Antonio. Que tras entrevista personal vio más claro que necesitaba reincorporarse a la comunidad terapéutica en la que inició su participación en un programa, y que, al coincidir un permiso terapéutico con el decreto del estado de alarma, este se dilató casi tres meses.

Hemos de decir que ha sido muy importante la coordinación y buena relación con las enfermeras de Atención Primaria, especialmente con enfermeras gestoras de casos y las responsables del programa de metadona. Su buena disposición y gran implicación personal han facilitado enormemente la resolución de problemas con el tratamiento, pruebas diagnósticas previas al protocolo de ingreso en cualquier centro de la red o incluso las pruebas de PCR o serología de COVID-19 para ingreso en comunidad terapéutica por primera vez o tras un permiso terapéutico. Y todo ello sirviéndonos casi en exclusiva del teléfono como herramienta de trabajo. La situación vivida ha hecho que hayamos reforzado relaciones ya existentes con un importante grado de complicidad que facilita mucho las cosas a la hora de resolver problemas.

Esperamos que esta nueva situación se dilate lo menos posible y podamos atender y cuidar a estas personas usuarias de nuestros servicios para que alcancen el mejor estado de salud posible.