



# adicciones

XXXII JORNADAS NACIONALES DE  
SOCIDROGALCOHOL. CIUDAD REAL

Vol. 17, suplemento 1  
**2005**

Subvencionado por:

Delegación del Gobierno para  
el Plan Nacional sobre Drogas



## REVISTA ADICCIONES

### Director de Adicciones

Amador Calafat. Socidrogalcohol. Palma de Mallorca.

### Editores asociados

Elisardo Becoña. Universidad de Santiago de Compostela.

Julio Bobes. Universidad de Oviedo.

#### Comité editorial

Francisco Alonso Fernández.  
*Catedrático de Psiquiatría (emérito). Madrid*  
Emilio Ambrosio Flores.  
*Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid*  
Peter Anderson.  
*Public Health Consultant. Nijmegen. Países Bajos*  
Tom Babor.  
*Connecticut University. Farmington, Connecticut, Estados Unidos*  
Jean Bergeret.  
*Catedrático de Psicología (emérito). Lyon, Francia*  
Mats Berglund.  
*Lund University. Malmö, Suecia*  
Colin Brewer.  
*The Staplefor Centre. Londres, Reino Unido*  
Teresa Brugal.  
*Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona*  
Miguel Casas.  
*Hospital Vall d'Hebron. Barcelona*  
Cheryl Cherpitel.  
*National Alcohol Research Center. Berkeley, California, Estados Unidos*  
Luis de la Fuente.  
*Instituto de Salud Carlos III. Madrid*  
Enrique Echeburúa.  
*Universidad del País Vasco, San Sebastián*  
Griffith Edwards.  
*National Addiction Center. Londres, Reino Unido*  
Maggi Farré.  
*Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona*

Joanne Fertig.  
*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville, Maryland, Estados Unidos.*  
Francesc Freixa Santfeliu.  
*Ex-Presidente de Socidrogalcohol. Barcelona*  
Normal Giesbrecht.  
*Centre for Addiction and Mental Health. Toronto, Canadá*  
Antoni Gual Solé.  
*Unitat de Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya. Barcelona*  
William B. Hansen.  
*Tanglewood Research Inc. Greensboro, North Carolina, Estados Unidos*  
Nick Heather.  
*Norhumbria University. Newcastle Upon Tyne, Reino Unido*  
Ronaldo Laranjeira.  
*Brazilian Society of Addiction. Sao Paulo, Brasil*  
Carmen Leal Cercós.  
*Universidad de Valencia. Valencia*  
Karl Leukefeld.  
*Multidisciplinary Research Center on Drug and Alcohol Abuse. Lexington, Kentucky, Estados Unidos*  
Karl Mann.  
*University of Heidelberg. Heidelberg, Alemania*  
Una McCann.  
*Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore, Maryland, Estados Unidos*  
William R. Miller.  
*University of New Mexico. Albuquerque, New Mexico, Estados Unidos*  
Miguel Navarro García.  
*Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

Esa Österberg.  
*National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki, Finlandia*  
Moirá Plant.  
*University of the West of England. Bristol. Reino Unido*  
José Antonio Ramos.  
*Universidad Complutense. Madrid*  
George Ricaurte.  
*Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore, Maryland, Estados Unidos*  
Juan Rodés Teixidor.  
*Hospital Clinic. Barcelona*  
Fernando Rodríguez de Fonseca.  
*IMABIS. Hospital Carlos Haya. Málaga*  
Jesús Rodríguez Marín.  
*Universidad Miguel Hernández. San Juan, Alicante*  
Alicia Rodríguez Martos.  
*Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona*  
Stephen Rollnick.  
*University of Wales. Llanedeyrn. Reino Unido*  
Miguel Sánchez Turet.  
*Universidad de Barcelona. Barcelona*  
Joaquín Santodomingo Carrasco.  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid*  
Kaija Seppä.  
*University of Tampere. Tampere, Finlandia*  
Marta Torrén.  
*Hospital de Ntra. Sra. del Mar. Barcelona*  
Miguel Angel Torres Fernández.  
*Ex-Presidente de Socidrogalcohol. Valencia*  
Alfonso Velasco.  
*Universidad de Valladolid. Valladolid*

#### Comité de redacción

Miquel Amengual Munar.  
*Consell de Mallorca. Palma de Mallorca.*  
Jesús Bedate Villar.  
*Universidad de Valencia. Valencia.*  
Cesáreo Fernández Gómez.  
*Irefrea. Bilbao.*  
José Ramón Fernández Hermida.  
*Universidad de Oviedo. Oviedo.*  
Juan José Fernández Miranda.  
*Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias. Gijón.*  
Xavier Ferrer Pérez.  
*Fundación Salud y Comunidad. Barcelona.*

José Antonio García del Castillo.  
*Universidad Miguel Hernández. Alicante.*  
Josep Guardia Cenegrini.  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*  
Montse Juan Jerez.  
*Irefrea. Palma de Mallorca.*  
M<sup>a</sup> Angeles Lorenzo Lago.  
*Hospital Gil Casares. Santiago de Compostela.*  
Juan José Llopis Llácer.  
*Unidad de Conductas Adictivas. Castelló.*  
Sonia Moncada.  
*Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.*

Miquel Monrás Arnau.  
*Hospital Clinic. Barcelona.*  
Enriqueta Ochoa Mangado.  
*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*  
Alfonso Palmer Pol.  
*Universitat Illes Balears. Palma de Mallorca.*  
Francisco Pascual Pastor.  
*Consellería de Sanitat. Valencia.*  
César Pereiro.  
*Plan de Galicia sobre Drogas. A Coruña.*  
Juan Luis Recio.  
*Universidad Complutense. Madrid.*  
Gabriel Rubio Valladolid.  
*Centro de Salud Mental de Retiro. Madrid*

Pilar A. Sáiz.  
*Universidad de Oviedo. Oviedo.*  
Roberto Secades.  
*Universidad de Oviedo. Oviedo.*  
Teresa Salvador Llivina.  
*Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Madrid.*  
Antonio Terán Prieto.  
*Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes "San Juan de Dios". Palencia.*  
Joan Trujols i Albet.  
*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*  
José Ramón Varo.  
*Servicio Navarro de Salud. Pamplona.*

EDITA: Socidrogalcohol • TIRADA: 2.000 ejemplares

PORTADA: Martín Impresores, S.L.

I.S.S.N.: 0214-4840 • SVPF: 89010R • DEP. LEGAL: V-1543-1989

IMPRESA: MARTIN IMPRESORES, S.L. • Pintor Jover, 1 - 46013 VALENCIA

#### DIRIGIR CORRESPONDENCIA A:

REDACCION ADICCIONES

C/. Rambla, 15, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> • 07003 Palma de Mallorca

Tel.: (+34) 971727434 • Fax: (+34) 971213306

E-mail: [secretaria@adic.e.telefonica.net](mailto:secretaria@adic.e.telefonica.net)

[www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org)

Indexada en: **Addiction Abstracts, C.A.N., C.I.C., CVDD, EMBASE/Excerpta Medica, ETOH (NIAAA), Family Studies Database (NISC), IBECs, I.M.E., INDID, ISOC, PSICODOC, PsycINFO, Tobacco and Health Abstracts (NISC), TOXIBASE, IBECs.**

La revista *Adicciones* publica artículos originales sobre el tratamiento, la prevención, estudios básicos y descriptivos en el campo de las adicciones, como son las drogas ilegales, el alcohol, el tabaco o cualquier otra adicción, procedentes de distintas disciplinas (medicina, psicología, investigación básica, investigación social, etc.). Todos los artículos son seleccionados después de pasar un proceso de revisión anónimo hecho por expertos en ese tema.

**Frecuencia.** Adicciones publica 4 números al año en Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre. Puede publicar además números suplementarios y monográficos.

**Secciones.** Adicciones consta de las secciones de editorial, artículos originales, informes breves, artículos de revisión, sección internacional (europea y latinoamericana) y cartas al director.

**Idioma.** La revista se publica en español, aunque admite artículos en inglés, especialmente en los apartados de editorial e informes breves. Cuando se publica un artículo en inglés aparece al mismo tiempo su traducción en español, o un amplio resumen del mismo en español.

**Manuscritos.** Los autores deben seguir las normas de publicación de la revista *Adicciones* para la preparación de sus manuscritos y la lista de comprobación del manuscrito antes de ser enviado para su consideración de publicación a la revista. Las mismas aparecen al final del número de forma resumida y en forma completa puede ser consultado en [www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org).

Los autores enviarán, junto con los demás documentos exigidos, una copia del artículo mecanografiado a doble espacio, así como una copia en soporte informático (conservando el autor copia del mismo) a las siguientes señas: Director de Adicciones. Rambla, nº 15, 2º, 3ª. 07003 Palma de Mallorca. Además del envío por correo postal, y para agilizar el proceso, puede enviar el trabajo por correo electrónico a: [secretaria@adic.e.telefonica.net](mailto:secretaria@adic.e.telefonica.net)

**Guías éticas.** Adicciones está adherida a las guías éticas de publicación de las revistas de adicciones, el *Acuerdo de Farmington*, acuerdo por el que se regirá el proceso de revisión de los trabajos y al que los autores que envíen sus manuscritos a la revista Adicciones tienen que adherirse estrictamente. Este acuerdo ha sido elaborado por la *International Society of Addiction Journal Editors* (ISAJE), de la que la revista Adicciones es miembro.

**Conflicto de intereses.** El autor o autores deben indicar si tienen conflicto de intereses, especialmente referido a la financiación que ha recibido el estudio realizado (directa o indirecta) y si tiene conexiones con la industria del tabaco, alcohol o industria farmacéutica, u otras relaciones que puedan llevar a un conflicto de intereses.

**Copyright y permisos.** Los derechos de copyright de todos los artículos publicados en la revista Adicciones pasan a ser propiedad de la revista. La cesión de derechos será firmada por el autor o autores cuando envíen su manuscrito para su consideración de publicación.

Los autores se comprometen a acompañar el manuscrito de todos los permisos correspondientes para reproducir material previamente publicado que se va a incluir en el manuscrito, como texto, tablas, figuras, etc.

**Separatas.** Cada autor recibirá un ejemplar del número donde se ha publicado el artículo. También puede encargar aparte separatas del mismo. Se enviará a los autores el artículo publicado en formato pdf.

**Suscripciones y números sueltos.** Suscripciones y números sueltos. Para suscribirse a la revista se debe rellenar el correspondiente boletín de suscripción, que aparece en la revista o en [www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org), y enviarlo a: Adicciones. Rambla, nº 15, 2º, 3ª. 07003 Palma de Mallorca. Para solicitar números sueltos deben dirigirse a la misma dirección o al e-mail: [secretaria@adic.e.telefonica.net](mailto:secretaria@adic.e.telefonica.net).

**Precio de la suscripción.** La revista se envía gratuitamente a los socios de Socidrogalcohol.

La suscripción individual en España es de 36 euros al año para los cuatro ejemplares, y suplementos que se publiquen, 9 euros para ejemplares sueltos y 13 euros por cada monográfico. La suscripción institucional en España es de 90 euros al año para los cuatro números y otros suplementos que se publiquen.

La suscripción individual para otros países es de 55 euros al año para los cuatro ejemplares y suplementos. La suscripción institucional es de 125 euros al año.

**Cambio de dirección.** Para informar sobre cambios de dirección de socios deben dirigirse al e-mail: [soci@alcohol@socidrogalcohol.org](mailto:soci@alcohol@socidrogalcohol.org) o al tel.: 93 210 38 54; para cambios de dirección de suscriptores dirigirse a: [secretaria@adic.e.telefonica.net](mailto:secretaria@adic.e.telefonica.net), o al tel.: 971 727 434

**Papel.** La revista Adicciones está impresa en papel estucado fabricado con pastas libres de cloro (TCF).

Subvencionado por:

Delegación del Gobierno para  
el Plan Nacional sobre Drogas



XXXII Jornadas  
Nacionales de  
Socidrogalcohol

	SALÓN de ACTOS	SALA - A	SALA - B	
<b>24</b> <b>JUEVES</b> 24 de Febrero	9:00 – 10:00 h	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN / COLOCACIÓN PÓSTERS		
	10:00 – 11:00 h	CONFERENCIA INAUGURAL		
	11:00 – 11:30 h	INAUGURACIÓN OFICIAL		
	11:30 – 12:00 h	CAFÉ		
	12:00 – 13:30 h	CALIDAD EN DROGODEPENDENCIAS	<b>SIMPOSIO:</b> COMORBILIDAD: ESQUIZOFRENIA Y ADICCIONES	EL PAPEL DE LAS DROGAS EN LA VIOLENCIA DE GENERO
	14:00 – 16:00 h	ALMUERZO / FOROS DE ENCUENTRO		
	16:00 – 17:30 h	PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MEDICO ENFERMO (PAIME)	COCAINA: ABORDAJE PSICOLÓGICO, FARMACOLÓGICO Y RESIDENCIAL	NUEVA REGULACIÓN DE ESTUDIOS DE GRADO, POSTGRADO Y ESPECIALIDADES TRAS LOS ACUERDOS DE BOLONIA
	17:30 – 18:00 h	CAFÉ		
	18:00 – 19:30 h	ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS A DROGODEPENDIENTES NO INTEGRADOS EN LOS CIRCUITOS DE TRATAMIENTO	<b>SIMPOSIO:</b> USO DE OXCARBAZEPINA EN ADICCIONES	LA PREVENCIÓN REALMENTE EXISTENTE
	19:30 – 20:00 h	ASAMBLEA GENERAL SOCIDROGALCOHOL		
20:00 – 20:30 h	ASAMBLEA EXTRAORDINARIA SOCIDROGALCOHOL			

<b>25</b> <b>VIERNES</b> 25 de Febrero	9:00 – 10:00 h	FOROS DE DEBATE CON LA HISTORIA		COMUNICACIONES ORALES
	10:00 – 11:30 h	TRATAMIENTO EN LA DEPENDENCIA DE OPIACEOS	<b>SIMPOSIO:</b> NUEVAS EVIDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DESHABITUACIÓN Y DE SUS COMORBILIDADES	TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS NOVEDOSOS EN ADICCIONES
	11:30 – 12:00 h	CAFÉ		
	12:00 – 13:00 h	CONFERENCIA		
	13:00 – 14:30 h	SEGURIDAD VIAL Y DROGAS: IDENTIFICACIÓN Y ABORDAJE DEL PROBLEMA	<b>SIMPOSIO:</b> ABORDAJES DE LOS ESTADOS DE ALTO RIESGO ADICTIVOS	TRATAMIENTOS DE HEPATITIS C EN DROGODEPENDIENTES
	14:30 – 16:00 h	ALMUERZO / FOROS DE ENCUENTRO		
	16:00 - 17:00 h	PÓSTERS		
	17:00 – 18:30 h	TABACO: TRATAMIENTOS	ABORDAJE TERAPÉUTICO DE MENORES CONSUMIDORES DE DROGAS	COMUNICACIONES ORALES

<b>26</b> <b>SÁBADO</b> 26 de Febrero	10:00 – 11:30 h	DROGAS Y DEPORTE	LA DIALÉCTICA INDIVIDUO / SOCIEDAD EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS	COMUNICACIONES ORALES
	11:30 – 12:00 h	CAFÉ		
	12:00 – 13:00 h	CONFERENCIA DE CLAUSURA		
	13:00 h	CLAUSURA		

9:00 - 10:00 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

10:00 - 11:00 **CONFERENCIA INAUGURAL**

Salón de Actos

*Ilma. Sra. D<sup>a</sup> Carmen Moya García*  
Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

11:00 - 11:30 **INAUGURACIÓN OFICIAL**

Salón de Actos

11:30 - 12:00 CAFÉ

12:00 - 13:30 **CALIDAD EN DROGODEPENDENCIAS**

Salón de Actos

Moderador:

*D. José Luis López Hernández*  
Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad.  
Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.

Ponentes:

- **VALORACIÓN DE LA CALIDAD EN ADICCIONES**  
*Prof. Ubaldo Cuesta Campra*  
Catedrático habilitado de Universidad. Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II. Universidad Complutense. Madrid
- **CALIDAD EN EL PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS**  
*D. Manuel Araujo Gallego*  
Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas
- **EXPERIENCIA ANDALUZA DE CALIDAD EN DROGODEPENDENCIAS**  
*D. Javier Guzmán Cuevas*  
Gerente de la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias
- **BARRERAS DE ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO EN DROGODEPENDENCIAS**  
*Dr. Bartolomé Pérez Gálvez*  
Director General de Atención a la Dependencia. Conselleria de Sanidad.  
Generalitat Valenciana

12:00 - 13:30 **SIMPOSIO: COMORBILIDAD: ESQUIZOFRENIA Y ADICCIONES**

Sala A

Patrocinado por Bristol-Myers Squibb

Moderador: *Prof. Julio Bobes*  
Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Junta directiva de Socidrogalcohol

- **COMORBILIDAD: UNA PERSPECTIVA DESDE LA PRÁCTICA CLÍNICA**  
*Dr. Antoni Gual*  
Director Unidad de Alcoholología del Hospital Clínico de Barcelona
- **ABILIFY: UNA NUEVA GENERACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA**  
*Dr. César Pereiro*  
Director Médico Unidad Asistencial de Drogodependencias (ACLAD).  
A Coruña. Junta directiva de Socidrogalcohol
- **REVIEW EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y SU INFLUENCIA SOBRE LA PATOLOGÍA DUAL**  
*Dr. Antonio Terán*  
Hospital San Juan de Dios (Palencia). Junta directiva de Socidrogalcohol

24  
JUEVES

24 de Febrero

12:00 - 13:30

## EL PAPEL DE LAS DROGAS EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Sala B

Moderadora:

*D<sup>a</sup> Angela Sanroma Aldea*

Delegada Provincial de Sanidad de Ciudad Real

Ponentes:

● **¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?**

*Ilmo. Sr. D. Jesús Caballero Klink*

Fiscal jefe de la Audiencia Provincial de Ciudad Real

● **ALCOHOL Y VIOLENCIA DOMÉSTICA**

*Dr. Bartolomé Cañuelo*

Director del Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja. Córdoba

● **IDENTIDAD DE GÉNERO, USO DE OTRAS DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO**

*Dr. Juan José Llopis Llácer*

Profesor de Psicobiología de la Universidad Jaume I. Castellón

● **ADICCIÓN Y MALTRATO UNA REALIDAD A AFRONTAR**

*Dra. Pilar Blanco Zamora*

Directora técnica de la Fundación Spiral. Madrid

14:00 - 16:00

ALMUERZO - FOROS DE ENCUENTRO

16:00 - 17:30

## PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MEDICO ENFERMO (PAIME)

Salón de Actos

Moderador:

*Dr. Pascual Crespo Crespo*

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

Ponentes:

● **FUNDAMENTOS CLÍNICOS DEL PAIME Y DIFICULTAD DE ATENDER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS ENFERMOS**

*Dra. Pilar Lusilla Palacios*

Psiquiatra, Jefe Clínico de la Unidad de Hospitalización del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). Barcelona

● **CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONAMIENTO DEL PAIME**

*Dr. Antoni Arteman Jané*

Gerente de la fundación Galatea. Barcelona

● **EVOLUCIÓN DEL PAIME EN ESPAÑA. PAPEL DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES**

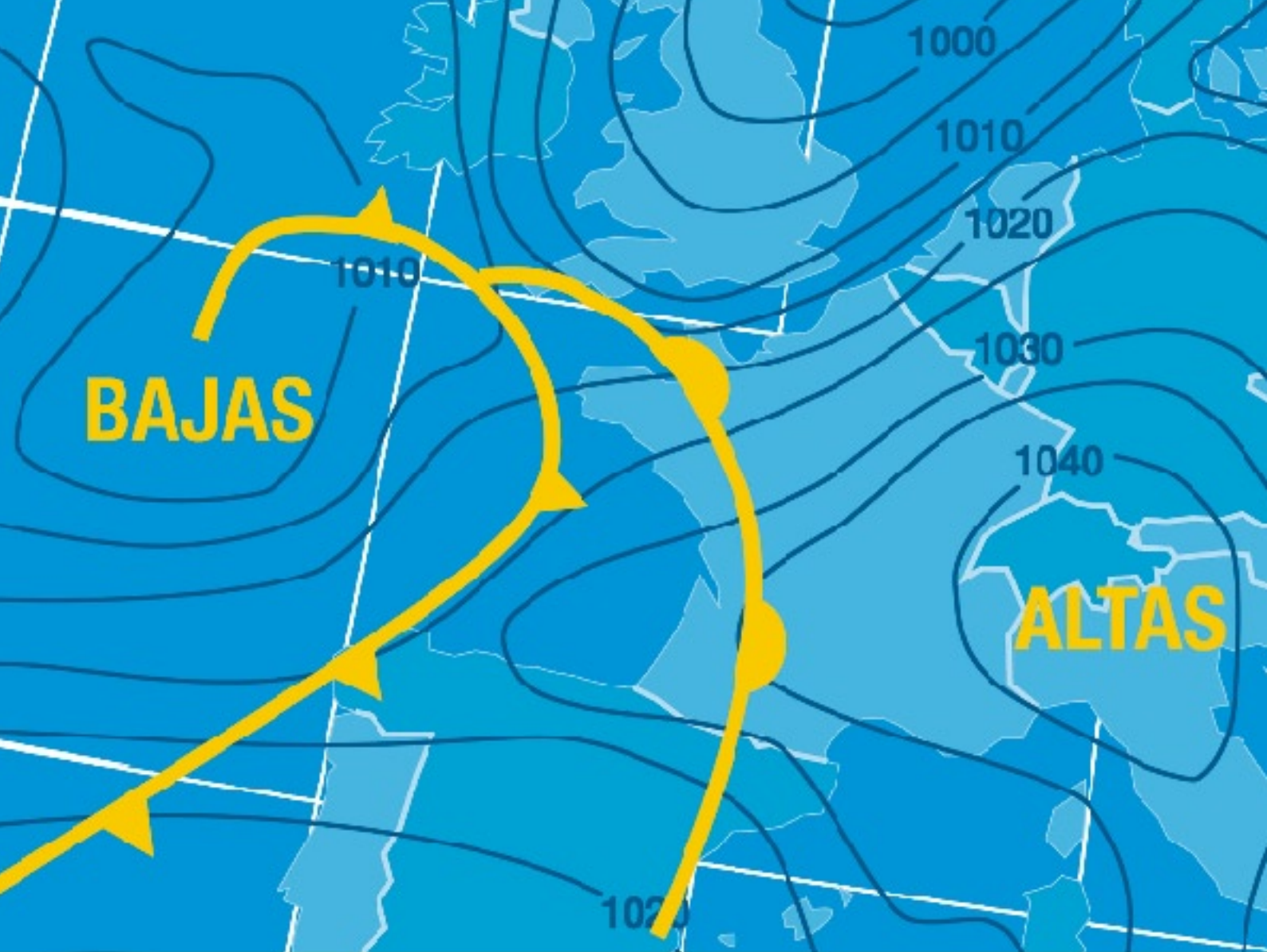
*D. Juan José Rodríguez Sendín*

Secretario Organización Médica Colegial

● **PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN CASTELLANO - MANCHEGA EN EL ABORDAJE DEL PAIME**

*D. Rafael Peñalver*

Secretario General del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM)



## MEJORES PREVISIONES EN LA DEPRESIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR

Prevención eficaz de episodios depresivos en trastorno bipolar.<sup>1,2</sup>

Presenta un buen perfil de tolerabilidad.<sup>1,3,4</sup>

Proporciona mayor calidad de vida.<sup>5</sup>



Lamotrigina  
**Lamictal**®  
dispersable

*Lamotrigina en trastorno bipolar*





24  
JUEVES

24 de Febrero

16:00 - 17:30

COCAINA: ABORDAJE PSICOLÓGICO, FARMACOLÓGICO Y RESIDENCIAL

Sala A

Moderadora:

*Dra. M<sup>a</sup> Antonia Carrasco Antuña*

Jefe de Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Ciudad Real

Ponentes:

● **TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN PSICOESTIMULANTES**

*D<sup>a</sup> Lorena Casete Fernández*

Psicóloga clínica. Unidad Asistencial de Drogodependencias ACLAD. A Coruña

● **NUEVAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS FARMACOLÓGICAS SOBRE LA COCAÍNA**

*Dr. Miguel Ángel Torres Hernández*

Psiquiatra Jefe clínico de la Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrent. Valencia

● **TRATAMIENTO HOSPITALARIO / RESIDENCIAL DE LA ADICCIÓN A COCAÍNA**

*Dr. Álvaro Rivera Villaverde*

Psiquiatra. Director Médico de la Clínica Ntra. Señora de la Paz. Madrid

16:00 - 17:30

NUEVA REGULACIÓN DE ESTUDIOS DE GRADO, POSTGRADO Y ESPECIALIDADES TRAS LOS ACUERDOS DE BOLONIA

Sala B

Moderadora:

*D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Prado Laguna*

Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Ciudad Real. Universidad de Castilla la Mancha

Ponentes:

● **ACTUALIDAD DEL PROCESO DE CONVERGENCIA EUROPEA**

*Ilmo. Sr. D. Fidel Corcuera Manso*

Consejero ECTS/DS de la Comisión Europea. Director de Relaciones Institucionales de la ANECA

● **DESARROLLO DE LAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD**

*Ilma. Sra. D<sup>a</sup> Emilia Sánchez Chamorro*

Subdirectora General de Especialidades en CC. de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría de Estado de Universidades e Investigación

● **LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS**

*D. Máximo González Jurado*

Presidente del Consejo General de Enfermería

● **NORMATIVA DE APLICACIÓN DE LOS REALES DECRETOS DE GRADO Y POSTGRADO**

*Prof. Juan Vicente Beneit Montesinos*

U.C.M. Madrid

17:30 - 18:00

CAFÉ

24  
JUEVES

24 de Febrero

18:00 -19:30

Salón de Actos

**ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS A DROGODEPENDIENTES NO INTEGRADOS EN LOS CIRCUITOS DE TRATAMIENTO**

Moderadora:

*Dra. M<sup>a</sup> del Mar Sánchez Fernández*

Médico-directora del Equipo de Atención a Drogodependencias de Ciudad Real.  
Presidenta de Socidrogalcohol de Castilla la Mancha

Ponentes:

- **EVOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES Y LAS RESPUESTAS EN REDUCCIÓN DEL DAÑO. EL EJEMPLO DEL SAPS (SERVICIO DE ATENCIÓN PREVENCIÓN SANITARIA)**  
*D. Ernesto Sierra Terrádez*  
Psicólogo clínico. Director del SAPS
- **ABORDAJE SOCIOSANITARIO EN LA FASE ACTIVA DE CONSUMO. CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL DISPOSITIVO ASISTENCIAL DE VENOPUNCIÓN (DAVE) DE MADRID**  
*Dr. Andrés Díaz Gutiérrez*  
Ex-Director del DAVE
- **EL PROGRAMA EXPERIMENTAL DE PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES EN ANDALUCIA (PEPSA)**  
*Dr. Andrés Estrada Moreno*  
Director General para las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía
- **NUEVOS FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS: PRESCRIPCIÓN DE HEROÍNA**  
*Dr. Carlos Roncero Alonso*  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Vall de Hebron. Barcelona

18:00 -19:30

Sala A

**SIMPOSIO: USO DE OXCARBAZEPINA EN ADICCIONES**

Patrocinado por Novartis

Moderador:

*Dr. Josep Guardia*

Hospital de St Pau. Barcelona. Junta directiva de Socidrogalcohol

Ponentes:

- **OXCARBAZEPINA: PERFIL DE PRODUCTO**  
*Prof. Julio Bobes*  
Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Junta directiva de Socidrogalcohol
- **USO DE OXCARBAZEPINA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL**  
*Dr. Guillermo Ponce (Madrid)*
- **USO DE OXCARBAZEPINA EN EL CONSUMO DE COCAÍNA**  
*Dra. Julia Almoguera (Toledo)*

24  
JUEVES

24 de Febrero

18:00 -19:30 LA PREVENCIÓN REALMENTE EXISTENTE

Sala B

Moderador:

*Prof. José Ramón Fernández Hermida*

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

Ponentes:

- **¿QUÉ PREVENCIÓN TENEMOS? PERSPECTIVAS EUROPEAS**  
*D<sup>a</sup> Yolanda Chacón (EMCDDA)*
- **LA PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA**  
*Dr. Iván Montoya (NIDA)*
- **LA EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN ¿UNA REALIDAD?**  
*D. Carlos Alonso (Comunidad Castilla la Mancha)*

19:30 - 20:00 ASAMBLEA GENERAL SOCIDROGALCOHOL

Salón de Actos

20:00 - 20:30 ASAMBLEA EXTRAORDINARIA SOCIDROGALCOHOL

Salón de Actos

9:00 - 10:00

FOROS DE DEBATE CON LA HISTORIA

Salón de Actos

*Dr. Francesc Freixa* (Barcelona)  
*Dr. Joaquín Santodomingo* (Madrid)  
*Dr. Miguel Angel Torres* (Valencia)

9:00 - 10:00

COMUNICACIONES ORALES

Sala B

Moderadora: *D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Mar Sanabria Ordóñez*  
Trabajadora social del Equipo de Atención a Drogodependencias de Ciudad Real

DEPENDENCIAS INTERPERSONALES EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL

M. V. Moral (1), C. Sirvent (2)  
(1)Universidad de Oviedo. (2)Instituto de Drogodependencias Spiral

EFICACIA DE LA OXCARBACEPINA EN EL CRAVING DE COCAÍNA

A. Díaz Ruano, J. Almoguera, A. I. Henche  
Unidad de Drogodependencias de Toledo

HISTORIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS DOPANTES EN EL DEPORTE

A. J. Monroy, G. Rocafort  
UCS SPAIN

EDEMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES SECUNDARIOS A TRAZODONA

S. Yelmo, C. Roncero, F. Collazos, M. Ferrer, M. López  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

PERFIL DEL PACIENTE COCAINÓMANO QUE ACUDE AL EQUIPO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS EN LA PROVINCIA DE ALBACETE

M. Esparcia, M<sup>a</sup> L. Celorrio, P. López García  
Equipo de Atención a Drogodependencias. Albacete

10:00 - 11:30

TRATAMIENTOS EN LA DEPENDENCIA DE OPIACEOS

Salón de Actos

Moderador:

*Prof. Julio Bobes*

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Junta directiva de Socidrogalcohol

Ponentes:

- **TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO, EN PACIENTES CON DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS, CON FORMULACIÓN ANTAGONISTA DE NALTREXONA DE LIBERACIÓN CONTINUA**

*Dr. J. Eduardo Carreño Renduelez*

Director médico de la Clínica Médico Psicológica Asturias

- **PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON AGONISTAS PARCIALES. ENSAYO CLÍNICO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON BUPRENORFINA (AGENCIA ANTIDROGA COMUNIDAD DE MADRID – CRUZ ROJA ESPAÑOLA)**

*Dr. Gregorio Martín Carmona*

Responsable de Unidad de tratamiento y estudio de las dependencias(UTED).  
Cruz Roja Madrid

- **2500 PACIENTES DESINTOXICADOS CON BUPRENORFINA. LECCIONES APRENDIDAS**

*Dr. Oscar D'Agnone, MD, MRCPsych*

Director Médico de Seagrave Healthcare & Seagrave Trust. Reino Unido

10:00 - 11:30

Sala A

**SIMPOSIO: NUEVAS EVIDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DESHABITUACIÓN Y DE SUS COMORBILIDADES**

Patrocinado por Pfizer

Moderador:

*Prof. Miguel Casas Brugué*

Catedrático de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona

● **NUEVAS EXPERIENCIAS EN DESHABITUACIÓN CON GABAPENTINA: OPIOIDES, COCAINA Y BENZODIACEPINAS**

*Dr. Antonio Terán Prieto*

Hospital San Juan de Dios (Palencia). Junta directiva de Socidrogalcohol

● **NUEVAS HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. EXPERIENCIA CLÍNICA CON GABAPENTINA**

*Dra. M<sup>a</sup> Dolores Peris Díaz*

Complejo Asistencial de Salud Mental Benito Menni. Barcelona

10:00 - 11:30

Sala B

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS NOVEDOSOS EN ADICCIONES**

Moderadora:

*D<sup>a</sup> Isabel Montoya Crous*

Psicóloga Equipo de Atención a Drogodependencias de Ciudad Real

Ponentes:

● **VALORACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LAS DISTINTAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES**

*Prof. Roberto Secades Villa*

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

● **TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS EN DROGODEPENDENCIAS**

*D. Emilio Sánchez Hervás*

Psicólogo Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat. Valencia

● **RELACIÓN TERAPÉUTICA EN TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES EN DROGODEPENDENCIAS**

*D. José Luis Furió*

Psicólogo de la Unidad de Conductas Adictivas de la Vila Joiosa. Alicante. Junta directiva de Socidrogalcohol

● **NUEVAS TERAPIAS EN ADICCIONES**

*Dr. Francisco Pascual Ortega Felipe*

Psicólogo del Equipo de Atención a Drogodependencias de Albacete

11:30 - 12:00 CAFÉ

12:00 - 13:00 CONFERENCIA

Salón de Actos

Presentación:

*Prof. Miguel Casas Brugué*

Catedrático de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona

**ORIENTACIONES E INTERESES DEL NIDA HACIA NUEVAS INVESTIGACIONES**

*Dr. Ivan Montoya (NIDA)*

13:00 - 14:30 SEGURIDAD VIAL Y DROGAS: IDENTIFICACIÓN Y ABORDAJE DEL PROBLEMA

Salón de Actos

Moderador:

*Dr. Fernando Pérez Torralba*

Comisión Profesional de Sociedades Sanitarias para la Prevención de lesiones por Accidente de Tráfico

Ponentes:

- **IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS DESDE LOS CENTROS MÉDICOS DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES**

*Dr. Juan Carlos González Luque*

Dirección General de Tráfico

- **LA PERSPECTIVA TOLERANCIA CERO**

*D. Joan Miguel Capell*

Jefe de la División de Tránsito de la Generalitat de Catalunya

- **¿QUÉ PUEDE APORTAR UNA INTERVENCIÓN BREVE EN LESIONADOS DE TRÁFICO CON ALCOHOL POSITIVO?**

*Dra. Alicia Rodríguez-Martos*

Agencia de Salud Pública de Barcelona. Junta directiva de Socidrogalcohol

13:00 - 14:30 **SIMPOSIO: ABORDAJES DE LOS ESTADOS DE ALTO RIESGO ADICTIVOS**

**Sala A**

Patrocinado por Janssen Cilag

Moderador:

*Prof. Julio Bobes*

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Junta directiva de Socidrogalcohol

Ponentes:

- **LAS ADICCIONES. UN MODELO DE ALTERACIÓN DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS. NUEVAS EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO**  
*Dr. Antonio Terán*  
Hospital San Juan de Dios (Palencia). Junta directiva de Socidrogalcohol
- **EL CRAVING Y EL AUTO-CONTROL, EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**  
*Dr. Josep Guardia*  
Hospital Sant Pau (Barcelona). Junta directiva de Socidrogalcohol
- **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH EN DROGODEPENDENCIAS**  
*Dr. J.A. Ramos-Quiroga*  
Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)

13:00 - 14:30 **TRATAMIENTOS DE HEPATITIS C EN DROGODEPENDIENTES**

**Sala B**

Moderadora:

*Dra. Gloria Cordeiro-Crespo Cabral*

Médico del Centro Integral de Tratamiento de las Drogodependencias  
Mancha-Centro de Alcázar de San Juan

Ponentes:

- **INDICACIONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HEPATITIS C, COINFECTADOS CON VHB**  
*Dr. Pedro Carpintero Briones*  
Servicio de Digestivo del Complejo Hospitalario de Ciudad Real
- **INDICACIONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HEPATITIS C EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA**  
*Dr. José Barbera Farre*  
Internista del Hospital Mancha-Centro de Alcázar de San Juan. Unidad VIH
- **SEGUIMIENTO Y OPCIONES TERAPÉUTICAS FUTURAS PARA LA HEPATITIS CRÓNICA C**  
*Dra. María Trapero Marugán*  
Servicio de Digestivo. Hospital de la Princesa (Madrid)

14:30 - 16:00 ALMUERZO / FOROS DE ENCUENTRO

16:00 - 17:00 PÓSTERS / Visita a la exposición de Pósters

17:00 - 18:30 TABACO: TRATAMIENTOS

Salón de Actos

Moderador:

*Dr. Joan Ramón Villalbí*

Dirección de Estrategia y Sistemas de Información. Agencia de Salud Pública de Barcelona

Ponentes:

● INTERVENCIÓN EN TABACO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

*Dr. Francisco Camarelles Guillem*

Coordinador del grupo de trabajo sobre tabaco de la SEMFYC

● INTERVENCIÓN EN TABACO DESDE LAS UNIDADES O CENTROS DE DROGODEPENDENCIAS

*Dr. Elisardo Becoña Iglesias*

Unidad de Tabaquismo. Universidad de Santiago de Compostela. Junta directiva de Socidrogalcohol

● ¿ES VIABLE EL TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y AL TABACO?

*Dr. Antoni Gual i Solé*

Director Unidad de Alcoholología del Hospital Clínico de Barcelona

17:00 - 18:30 ABORDAJE TERAPÉUTICO DE MENORES CONSUMIDORES DE DROGAS

Sala A

Moderadora:

*Dra. Paloma Sánchez de la Nieta Aragonés*

Médico del Equipo de Atención a Drogodependencias de Ciudad Real

Ponentes:

● MENORES CONSUMIDORES. FACTORES DE RIESGO

*D<sup>a</sup> Rosa M<sup>a</sup> Suárez Vázquez*

Psicóloga. Responsable del Servicio de orientación sobre drogas. Agencia Salud Pública. Barcelona

● MARCO LEGAL EN LA INTERVENCIÓN CON MENORES CONSUMIDORES

*D. Antonio Moreno de la Santa Limia*

Juez de menores. Ciudad Real

● INTERVENCIÓN CON MENORES CONSUMIDORES BAJO SISTEMAS DE PROTECCIÓN

*D<sup>a</sup> Nieves Herrero Yuste*

Psicóloga clínica. Jefa del departamento de reinserción. Subdirección General de Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid



MICROESFERAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA

**NUEVO**  
**Risperdal CONSTA™**  
RISPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN

Único  
antipsicótico atípico  
de larga duración



JANSSEN-CILAG, S.A.

Paseo de las Doce Estrellas, 5 - 7  
28042 - Madrid

[www.janssen-cilag.es](http://www.janssen-cilag.es)

Mantenemos un compromiso  
constante con el paciente

una vez  
cada 2 semanas

**DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO.** RISPERDAL CONSTA™ 25 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable. RISPERDAL CONSTA™ 37,5 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable. RISPERDAL CONSTA™ 50 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** RISPERDAL CONSTA™ 25 mg: Cada vial contiene Risperidona (DOE) ...25 mg. RISPERDAL CONSTA™ 37,5 mg: Cada vial contiene Risperidona (DOE) ...37,5 mg. RISPERDAL CONSTA™ 50 mg: Cada vial contiene Risperidona (DOE) ...50 mg. Ver excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA.** Polvo y disolvente para suspensión inyectable. Vial con polvo. Polvo suelto de color blanco a blanquecino. Jeringa precargada con el disolvente para la reconstitución. Solución acuosa transparente e incolora. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** RISPERDAL CONSTA™ está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con risperidona oral. **Posología y forma de administración.** El tratamiento con RISPERDAL CONSTA™ deberá iniciarse por un médico con experiencia en el manejo de pacientes esquizofrénicos. Adultos. La dosis recomendada es de 25 mg cada dos semanas por vía intramuscular. Debido a las características farmacocinéticas de RISPERDAL CONSTA™, es necesario que durante las tres primeras semanas de tratamiento los pacientes reciban además risperidona vía oral, con el fin de mantener concentraciones terapéuticas del fármaco. El cambio de la formulación oral a RISPERDAL CONSTA™ debe acompañarse de un seguimiento clínico estrecho de los pacientes, que permita identificar la dosis de RISPERDAL CONSTA™ más apropiada para cada paciente. Incremento de la dosis. No debe incrementarse la dosis de RISPERDAL CONSTA™ hasta que no hayan transcurrido, como mínimo, cuatro semanas desde el ajuste anterior. La dosis puede aumentarse de 25 mg a 37,5 mg o de 37,5 mg a 50 mg. Dado que se trata de una formulación de liberación prolongada, no cabe esperar que el efecto de cada ajuste de dosis se produzca antes de que transcurran 3 semanas de tratamiento. La dosis máxima de RISPERDAL CONSTA™ no debe sobrepasar los 50 mg cada 2 semanas. Ancianos. La dosis recomendada es la misma que en adultos, es decir, 25 mg por vía intramuscular cada dos semanas. Sin embargo, y dado que la experiencia de uso de RISPERDAL CONSTA™ en ancianos es limitada, debe utilizarse con precaución en este grupo de pacientes. **Insuficiencia hepática y renal.** La eficacia y seguridad de RISPERDAL CONSTA™ no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática y/o renal, por lo que debe administrarse con precaución por tratarse de una formulación de liberación prolongada. RISPERDAL CONSTA™ sólo deberá administrarse a pacientes con insuficiencia renal o hepática que toleren dosis de risperidona oral de al menos 2 mg al día. En estos pacientes, se recomienda una dosis de RISPERDAL CONSTA™ de 25 mg cada dos semanas que deberá administrarse con precaución. Niños. RISPERDAL CONSTA™ no se ha estudiado en niños y adolescentes menores de 18 años. **Forma de administración.** RISPERDAL CONSTA™ se debe administrar, cada dos semanas, mediante inyección intramuscular profunda utilizando la aguja de seguridad incluida en el envase. Las inyecciones se deben alternar en ambos glúteos. RISPERDAL CONSTA™ no debe administrarse por vía intravenosa (ver Instrucciones de uso). **Contraindicaciones.** RISPERDAL CONSTA™ está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a risperidona o a cualquiera de los componentes de la especialidad. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** RISPERDAL CONSTA™ solamente deberá utilizarse en pacientes que estén previamente estabilizados con risperidona oral. Debido a la actividad alfa-bloqueante de risperidona, se puede producir hipotensión ortostática especialmente durante el período de inicio de ajuste de la dosis. Se debe evaluar la relación riesgo-beneficio de continuar el tratamiento con RISPERDAL CONSTA™ si se produce hipotensión clínicamente relevante. Risperidona se debe utilizar con cuidado en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida (p. ej., insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, trastornos de la conducción, deshidratación, hipovolemia o enfermedad cerebrovascular), incluyendo las enfermedades asociadas a prolongaciones del intervalo QT. Los antagonistas de los receptores de la dopamina pueden inducir discinesia tardía, que se caracteriza por movimientos fírmicos involuntarios, predominantemente de la lengua y/o de la cara. Se ha comunicado que la aparición de síntomas extrapiramidales es un factor de riesgo del desarrollo de discinesia tardía. Dado que el potencial de RISPERDAL para inducir síntomas extrapiramidales es más bajo que el de los neurolepticos clásicos, el riesgo de inducir discinesia tardía está también reducido en comparación con estos últimos. Si aparecen signos y síntomas de discinesia tardía, deberá considerarse la necesidad de suspender el tratamiento con todos los fármacos antipsicóticos. En los pacientes tratados con antipsicóticos se puede producir el llamado síndrome neuroleptico maligno, caracterizado por hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad autonómica, alteración de la conciencia y niveles de CPK elevados. Si esto sucede, se deben suspender todos los fármacos antipsicóticos, incluyendo risperidona, y se enviará urgentemente al paciente a un centro hospitalario. Debe recordarse que después de la última administración de RISPERDAL CONSTA™ se detectan concentraciones plasmáticas de risperidona hasta un mínimo de 6 semanas. La experiencia de uso de RISPERDAL CONSTA™ en ancianos es hasta el momento limitada, por lo que debe administrarse con cuidado en este grupo de pacientes. Dado que RISPERDAL CONSTA™ no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia renal o hepática, RISPERDAL CONSTA™ debe administrarse con precaución en este grupo de pacientes. Se debe tener precaución al prescribir risperidona a pacientes con enfermedad de Parkinson, ya que puede causar un deterioro de la enfermedad. Como sucede con otros antipsicóticos, risperidona disminuye el umbral convulsivo. Se recomienda tener cuidado si RISPERDAL CONSTA™ se administra a pacientes con epilepsia. Como sucede con otros antipsicóticos, la administración de RISPERDAL CONSTA™ se asocia a aumento de peso, por lo que se aconseja, además de la administración de RISPERDAL CONSTA™, a los pacientes tratados con este fármaco, **Intercacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se ha evaluado de forma sistemática el riesgo de utilizar risperidona en combinación con otros fármacos. Dadas las acciones primarias de risperidona en el SNC, se debe utilizar con cuidado en combinación con otros fármacos de acción central. Risperidona puede antagonizar el efecto de levodopa y otros agonistas de la dopamina. Se ha demostrado que la carbamazepina reduce las concentraciones plasmáticas de la fracción activa de risperidona. Se pueden observar efectos similares con otros inductores enzimáticos hepáticos. Al suspender la administración de carbamazepina u otros inductores enzimáticos hepáticos, se debe reevaluar la dosis de risperidona y si es necesario, reducirla. Las fenotiacinas, los antidepresivos tricíclicos, fluoxetina y algunos betabloqueantes pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de risperidona, pero no las de la fracción antipsicótica. Cuando se administra risperidona con otros fármacos con elevada unión a proteínas, no existe desplazamiento clínicamente relevante de ningún fármaco de las proteínas plasmáticas. Los alimentos no afectan la absorción de RISPERDAL. Se debe aconsejar a los pacientes que eviten la ingesta de alcohol. Risperidona no afecta a los parámetros farmacocinéticos del litio y el valproato. **Embarazo y lactancia.** Embarazo. No se ha establecido la seguridad de risperidona para su utilización durante el embarazo en humanos. Aunque en animales experimentales risperidona no demostró toxicidad directa en la reproducción, se observaron algunos efectos indirectos mediados por la prolactina y por el Sistema Nervioso Central (SNC). No se registraron efectos teratogénicos de risperidona en ningún estudio. Por lo tanto, sólo se debe utilizar RISPERDAL CONSTA™ durante el embarazo si los beneficios superan a los posibles riesgos. Lactancia. En los estudios con animales, risperidona y 9-hidroxi-risperidona se excretan en la leche. Se ha demostrado que risperidona y 9-hidroxi-risperidona también se excretan en la leche humana. Por lo tanto, deberá evitarse la lactancia durante la administración de risperidona. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Risperidona puede interferir con las actividades que requieren alerta mental. Por lo tanto, se debe aconsejar a los pacientes que no conduzcan o manejen maquinaria hasta que se conozca su susceptibilidad particular al producto. **Reacciones adversas.** A continuación se listan las reacciones adversas observadas en los ensayos clínicos asociados con el uso de RISPERDAL CONSTA™ ordenados por órgano sistema y atendiendo a la siguiente clasificación en función de su frecuencia de aparición: Muy frecuente (> 1/10); frecuente (> 1/100, < 1/10); poco frecuente (> 1/1.000, < 1/100); rara (> 1/10.000, < 1/1.000); muy rara (< 1/10.000), incluyendo casos aislados. **Trastornos hematológicos.** Muy raras: aumento del recuento leucocitario. **Trastornos endocrinos.** Poco frecuentes: hiperprolactinemia, manifestada con síntomas como galactorrea no puerperal, amenorrea, disminución de la libido. **Trastornos metabólicos y de la nutrición.** Frecuente: aumento de peso (2,7 kg en 1 año). Poco frecuente: pérdida de peso. **Trastornos del sistema nervioso.** Frecuentes: depresión, fatiga, síntomas extrapiramidales. Poco frecuentes: nerviosismo, trastornos del sueño, apatía, alteración de la concentración, visión anormal. Raras: discinesia tardía, síndrome neuroleptico maligno y crisis. **Trastornos vasculares.** Poco frecuentes: hipotensión. **Trastornos hepatobiliares.** Muy raras: aumento de los niveles de enzimas hepáticas. **Trastornos de la piel y el tejido cutáneo.** Poco frecuentes: erupción cutánea, prurito, edema periférico, reacción en el punto de la inyección. **Trastornos sexuales y del sistema reproductivo.** Poco frecuentes: función sexual anormal, insuficiencia eyaculatoria e impotencia. Además, se han comunicado los siguientes efectos secundarios con risperidona oral: estreñimiento, dolor abdominal, infección urinaria, priapismo, somnolencia, mareos, insomnio, agitación, ansiedad, cefalea, dispepsia, náuseas/vómitos, alteración de la regulación de la temperatura corporal, intoxicación acuosa debido a polidipsia o al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). **Sobredosificación.** Puesto que es menos probable que se produzca una sobredosificación con la medicación parenteral que con la oral, a continuación se presenta la información correspondiente a la formulación oral. **Síntomas.** En general, los signos y síntomas comunicados tras la sobredosificación oral son una exageración de los efectos farmacológicos conocidos del fármaco. Consisten en somnolencia y sedación, taquicardia e hipotensión y síntomas extrapiramidales. Se han comunicado casos de sobredosis de hasta 300 mg de risperidona oral. Se han comunicado casos raros de prolongación del QT. En caso de sobredosificación aguda, se debe tener en cuenta la posible implicación de polimedicación. **Tratamiento.** Establecer y mantener libres las vías aéreas y garantizar una oxigenación y ventilación adecuadas. Se debe comenzar inmediatamente la monitorización cardiovascular y hay que realizar un control electrocardiográfico continuo para detectar posibles arritmias. No existe ningún antídoto específico de risperidona. Por lo tanto, se deben adoptar las medidas de soporte apropiadas. La hipotensión y el colapso circulatorio se debe tratar con medidas apropiadas, como la administración de fluidos intravenosos y/o fármacos simpaticomiméticos. En caso de síntomas extrapiramidales graves, se debe administrar tratamiento anticolinérgico. La supervisión médica estrecha y la monitorización se deben mantener hasta que el paciente se recupere. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** RISPERDAL CONSTA™. Polímero 7525 DL INT poli-(alil-lactido-co-glicólido). Disolvente. Polisorbato 20, carmelosa sódica 40 mPa, fosfato hidrogenado disódico dihidratado, ácido cítrico anhidro, cloruro sódico, hidróxido sódico, agua para inyección. **Incompatibilidades.** RISPERDAL CONSTA™ no se puede mezclar o disolver con otros fármacos o fluidos distintos al disolvente proporcionado para su administración. **Período de validez.** 24 meses a 2-8°C. Después de la reconstitución: Se ha demostrado la estabilidad química y física durante 24 horas a 25°C. Desde un punto de vista microbiológico, el producto se debe usar inmediatamente. Si no se hace, los períodos de almacenamiento reconstituido y las condiciones previas a su utilización son la responsabilidad del usuario y no deben superar las 6 horas a 25°C, a no ser que la reconstitución se haya realizado en condiciones asepticas controladas y validadas. **Precauciones especiales de conservación.** El envase se debe conservar en el frigorífico (2-8°C) y preservar de la luz. No se debe exponer a temperaturas superiores a 25°C. Si no se dispone de refrigeración, RISPERDAL CONSTA™ se puede almacenar a temperaturas no superiores a 25°C durante 7 días como máximo antes de su administración. No exponer el producto sin refrigerar a temperaturas superiores a 25°C. **Naturaleza y contenido del recipiente.** RISPERDAL CONSTA™ se acondicionará en un envase con la siguiente configuración: - Un vial que contiene RISPERDAL CONSTA™. - Una jeringa precargada que contiene el disolvente para RISPERDAL CONSTA™. - Dos agujas Hypoject™ 20G 2" TW para la reconstitución. - Una aguja Needle-Pro™ para inyección intramuscular (aguja de seguridad 20G 2" TW con dispositivo de protección). ("Sólo con receta" - producto sanitario para su venta exclusiva con fármacos con receta). **Instrucciones de uso y manipulación.**

RISPERDAL CONSTA™ sólo se puede suspender en el disolvente para RISPERDAL CONSTA™ proporcionado en el envase y se debe administrar con las agujas incluidas en el mismo.

1. Sacar el envase de RISPERDAL CONSTA™ del frigorífico y dejar que se adapte a la temperatura ambiente antes de reconstituir. 2. Retirar la cápsula de plástico coloreado del vial de RISPERDAL CONSTA™. 3. Abrir la jeringa rompiendo el sello de la cápsula blanca y quitar esta última junto con el protector de caucho de su interior. 4. Conectar una de las agujas Hypoject™ con un movimiento suave de rotación en sentido de las agujas del reloj a la conexión luer de la jeringa. 5. Tirar de la funda de la aguja Hypoject™. No girar. 6. Inyectar todo el contenido de la jeringa con el disolvente en el vial. 7. Retirar la jeringa con la aguja Hypoject™ del vial. 8. Desenroscar la aguja Hypoject™ de la jeringa y deshacerse de ella adecuadamente. 9. Antes de agitar el vial, colocar la segunda aguja Hypoject™ con un movimiento de rotación suave en el sentido de las agujas del reloj, en la conexión luer de la jeringa. NO QUITAR LA FUNDA DE LA AGUJA TODAVÍA. 10. Agitar enérgicamente el vial durante 10 segundos como mínimo. La mezcla está completa cuando la suspensión tiene un aspecto uniforme, espeso, y de color lechoso, y todo el polvo se ha dispersado por completo. 11. No guardar el vial después de la reconstitución porque la suspensión se puede depositar. 12. Tomar la jeringa y tirar de la funda de la aguja Hypoject™. No girar. 13. Insertar la aguja Hypoject™ en el vial colocado verticalmente. 14. Aspirar lentamente la suspensión del vial en posición vertical como se indica en el diagrama para asegurar que se introduce todo el contenido en la jeringa. 15. Retirar la jeringa con la aguja Hypoject™ del vial. 16. Desenroscar la aguja Hypoject™ de la jeringa y deshacerse de ella adecuadamente. 17. Abrir la bolsa de plástico del Needle-Pro™ hasta la mitad. Sujetar la funda utilizando la bolsa de plástico abierta. 18. Conectar la conexión luer del Needle-Pro™ a la jeringa con un movimiento suave de rotación en el sentido de las agujas del reloj. Fijar la aguja con firmeza sobre el Needle-Pro™ empujando con un giro en el sentido de las agujas del reloj. 19. Preparar al paciente para la inyección. 20. Será necesario realizar de nuevo la suspensión de RISPERDAL CONSTA™ antes de su administración, dado que se habrá sedimentado después de la reconstitución. Agitar vigorosamente el tiempo necesario hasta que se consiga la nueva suspensión de las microesferas. 21. Sacar la funda de la aguja. No girar la funda, ya que la aguja podría soltarse del Needle-Pro™. 22. Golpear levemente la jeringa para que cualquier burbuja de aire suba hacia la punta. 23. Quitar las burbujas del cilindro de la jeringa empujando el émbolo hacia delante con la aguja en posición vertical. Inyectar todo el contenido de la jeringa intramuscularmente en la nalga del paciente. 24. **AVISO:** Para evitar un pinchazo con una aguja contaminada: • no desconecte intencionadamente el Needle-Pro™ • no intente enderezar la aguja o conectar al Needle-Pro™ si la aguja está doblada o ha sido dañada • no manipule erróneamente el dispositivo de protección de la aguja o modo que ésta pudiera sobresalir por su funda de protección. 25. Una vez completado el procedimiento, colocar la aguja en su funda utilizando una técnica con una sola mano. Realizar esta maniobra con una mano haciendo una presión SUAVE de la funda contra una superficie plana. Al presionar sobre la funda, la aguja se conecta a ella firmemente. 26. Confirmar visualmente que la aguja está completamente conectada a su funda protectora. 27. Deshacer de forma apropiada inmediatamente. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** JANSSEN-CILAG, S.A. Paseo de Las Doce Estrellas, 5-7 28042 Madrid. **PRESENTACIONES Y P.V.P. (IVA 4%):** 25 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable: 145,76 €, 37,5 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable: 176,40 €, 50 mg, polvo y disolvente para suspensión inyectable: 207,07 €. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica, aportación reducida. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Diciembre 2002.

17:00 -18:30 COMUNICACIONES ORALES

Sala B

Moderadora:

*D<sup>a</sup> Laura Parra Fernández*

Enfermera del Equipo de Atención a Drogodependencias de Ciudad Real

**ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO EN MUJERES DROGODEPENDIENTES.  
ESTUDIO DE BARRERAS AL TRATAMIENTO Y PROPUESTAS DE CAMBIO**

J. J. Llopis, A. Castillo, M. Rebolida, P. Stocco, L. Rabuffetti

Grupo Europeo de Estudios Adicción e Identidad de Género. IREFREA

**PRINCIPALES DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE PACIENTES  
ALCOHÓLICOS CON Y SIN CONSUMO DE COCAÍNA**

R. Bravo de Medina, J. Aizpiri

Medicina Psicoorgánica S.L. Bilbao

**CAMBIOS EN EL PERFIL DEL PACIENTE DROGODEPENDIENTE EN EL E.A.D.  
DE TOLEDO ¿HACIA DÓNDE VAMOS?**

A. Díaz Ruano, A. I. Henche, J. Almoguera

Unidad de Drogodependencias de Toledo

**MORTALIDAD ATRIBUÍBLE AL CONSUMO DE ALCOHOL.**

**CASTILLA-LA MANCHA, 1998**

G. Gutiérrez Avila, J. Castell, I. Moreno, M. Sardón

Servicio de Epidemiología, DGSP, Consejería de Sanidad de la JJCC de Castilla La Mancha. Toledo. Delegación Provincial de Sanidad (DPS). Ciudad Real

**MORTALIDAD ATRIBUÍBLE AL CONSUMO DE TABACO.**

**CASTILLA-LA MANCHA, 1998**

G. Gutiérrez Avila, J. Castell, I. Moreno, M. Sardón

Servicio de Epidemiología, DGSP, Consejería de Sanidad de la JJCC de Castilla La Mancha. Toledo. Delegación Provincial de Sanidad (DPS). Ciudad Real

**FORMACIÓN EN DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE BEBIDAS  
ALCOHÓLICAS (DRA)**

A. Rodríguez-Martos (1), C. García Fuentes (2), A. Durán (2)

(1) Agencia de Salud Pública de Barcelona (2) PDS, Promoció i Desenvolupament Social. Barcelona

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE  
DROGAS EN EL MEDIO ESCOLAR APLICADO POR EL PROFESOR**

M. Martínez Lorca (1), C. Alonso (2), J. Montañés (1)

(1) Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha.

(2) Servicio Sociosanitario. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

**10:00 - 11:30 DROGAS Y DEPORTE**

**Salón de Actos**

Moderador:

*Prof. José Luis Orizaola Paz*

Presidente Asociación Castellano Manchega de Medicina Deportiva. Especialista en Medicina Educación Física y Deporte. Especialista en Medicina del Trabajo

Ponentes:

● **DEPORTISTAS DE ELITE Y SUSTANCIAS ADICTIVAS**

*Prof. Miguel del Valle Soto*

Presidente del Grupo Español de Médicos Especialistas en Medicina del Deporte. Vicepresidente de la Federación Española de Medicina del Deporte. Director de la Escuela de Medicina del Deporte de Oviedo

● **DOPAJE VERSUS ADICCIÓN**

*Dr. Pedro Manonelles Marqueta*

Especialista en Medicina del Deporte. Presidente de la Asociación Aragonesa de Medicina del Deporte. Secretario General de la Federación Española de Medicina del Deporte

● **ADICCIÓN AL DEPORTE**

*Dra. M<sup>a</sup> Luisa Celorrio Bustillo*

Médico-Directora del Equipo de Atención a Drogodependencias de Albacete. Presidenta de AMAPACAM (Asociación de Médicos de Adicciones y Patologías Asociadas de Castilla La Mancha)

**10:00 - 11:30 LA DIALÉCTICA INDIVIDUO - SOCIEDAD EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS**

**Sala A**

Moderador:

*Prof. Roberto Secades Villa*

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

Ponentes:

● **ANTE UNA COLISIÓN DE DERECHOS: LAS PARADOJAS ÉTICAS DEL CONSUMO Y DEL CONTROL DE DROGAS**

*Dr. Eusebio Megías*

Director técnico de la FAD

● **LA PERSONA EN UN MUNDO DE DROGAS**

*Prof. Marino Pérez Alvarez*

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

● **EL PAPEL DE LOS MEDIADORES SOCIALES EN LA DIALÉCTICA INDIVIDUO/SOCIEDAD**

*Dr. Amador Calafat Far*

Irefrea. Director Revista Adicciones. Junta directiva de Socidrogalcohol

10:00 - 11:30 COMUNICACIONES ORALES

Sala B

Moderador: *Dr. Felipe López Menchero*  
Médico de Atención Primaria. Montilla (Córdoba)

COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS EN LA RELACIÓN INTERPERSONAL: CLAVES PSICOSOCIALES INTERPRETATIVAS

M. V. Moral  
Universidad de Oviedo

CUANDO LA SOCIEDAD ES ADICTA

I. Jáuregui

UDH: CAMBIOS EN EL PERFIL DEL CONSUMIDOR DE DROGAS

J.L. Lozano (1), J. Vada (1), A. Ferrero (1), D. Pereda (2), E. Gutiérrez Mora (3),  
J. A. Vallejo (4), S. Gracia (1)  
(1) Hospital Santa Cruz de Liencres, (2) Unidad de Trastornos Adictivos de Santander, (3)  
Unidad de Trastornos Adictivos de Laredo, (4) Unidad de Trastornos Adictivos de Torrelavega

STRONGYLOIDES STERCOLARIS Y METADONA

J. L. Lozano (1), J. Vada (1), C. Salas (1), A. Ferrero (1), L. García Mauriño (1), V. Martínez  
Pérez (2), J. Santamaría (2)  
(1) Hospital Santa Cruz de Liencres, (2) Unidad de Trastornos Adictivos de Santander

UNA WEB-SITE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON METADONA

J. C. March, E. Martín, E. Oviedo, C. Rodríguez Reinado, A. Rivadeneira  
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LAS HABILIDADES EDUCATIVAS DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES EN RIESGO: EL PROGRAMA "PROTEGO"

J. Larriba  
PDS, Promoció i Desenvolupament Social. Barcelona

HOSPITALIZACIÓN POR ALCOHOLISMO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

J. Civeira  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

TRABAJO COMUNITARIO E INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CESACIÓN TABÁQUICA (PCT), DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO "CAS HORTA-GUINARDÓ" Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

J. Serrano, J. Alvarós, M. Melgarejo  
INPROSS. Barcelona

11:30 - 12:00 CAFÉ

12:00 - 13:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA

Salón de Actos

REFLEXIONES SOBRE LAS DROGAS EN LA SOCIEDAD ACTUAL

*Ilmo. Sr. D. Fernando Lamata Cotanda*  
Secretario General del Ministerio de Sanidad y Consumo

13:00 CLAUSURA

Salón de Actos



**XXXII**  
**JORNADAS NACIONALES**  
**SOCIDROGALCOHOL**

**Ciudad Real**  
**24, 25 y 26 de febrero de 2005**





# Indice

Vol. 17, suplemento 1

## RESÚMENES PONENCIAS

### LA EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN ¿UNA REALIDAD?

*Alonso Sanz, C.* ..... 11

### CALIDAD EN EL PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS

*Araujo, M.; Carrera, I.; Fraga, J.; Morán, J.; Osorio, J.; Varela, J.;* ..... 12

### CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONAMIENTO DEL PAIME

*Arteman Jané, A.* ..... 13

### INDICACIONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HEPATITIS C EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

*Barberá Farré J.R.* ..... 14

### INTERVENCIÓN EN TABACO DESDE LAS UNIDADES O CENTROS DE DROGODEPENDENCIAS

*Becoña Iglesias, E.* ..... 15

### ADICCIÓN Y MALTRATO: UNA REALIDAD A AFRONTAR

*Blanco Zamora, P.* ..... 16

### ¿QUÉ PREVENCIÓN TENEMOS? PERSPECTIVAS EUROPEAS

*Burkhart, G.* ..... 17

### EL PAPEL DE LOS MEDIADORES SOCIALES EN LA DIALÉCTICA INDIVIDUO/SOCIEDAD.

*Calafat Far, A.* ..... 18

### INTERVENCIÓN EN TABACO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

*Camarelles Guillem, F.* ..... 19

### ALCOHOL Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

*Cañuelo Higuera, B.* ..... 20

### LA PERSPECTIVA TOLERANCIA CERO

*Capell i Manzanares, J. M.* ..... 21

### INDICACIONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTE CON HEPATITIS C, COINFECTADOS CON VHB

*Carpintero Briones, P.* ..... 22

### TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO, EN PACIENTES CON DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS, CON FORMULACIÓN DE NALTREXONA DE LIBERACIÓN CONTINUA

*Carreño Renduelez, J.E.* ..... 23

### TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN PSICOESTIMULANTES

*Casete Fernández, L.* ..... 24

### ADICCIÓN AL DEPORTE

*Celorio Bustillos, M<sup>a</sup>. L.* ..... 25

### 2500 PACIENTES DESINTOXICADOS CON BUPRENORFINA. LECCIONES APRENDIDAS

*D'Agnone O.* ..... 26

### DEPORTISTAS DE ÉLITE Y SUSTANCIAS ADICTIVAS

*del Valle Soto, M.* ..... 27

### DISPOSITIVO ASISTENCIAL DE VENOPUNCIÓN (D.A.V.E.). MADRID. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL ÁMBITO ACTIVO DEL CONSUMO INTRAVENOSO

*Díaz Gutiérrez, A.; Arrieta Algarra I.* ..... 28

### RELACIÓN TERAPÉUTICA EN TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES EN ADICCIONES

*Furió, J.L.* ..... 29

### LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

*González Jurado, M.* ..... 30

<b>IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS DESDE LOS CENTROS MÉDICOS DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES</b>	
<i>González Luque, J.C.</i> .....	31
<b>¿ES VIABLE EL TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y AL TABACO?</b>	
<i>Gual, A.; Nieva, G.; Ortega, Ll.</i> , .....	32
<b>EXPERIENCIA ANDALUZA DE CALIDAD EN DROGODEPENDENCIAS</b>	
<i>Guzmán Cuevas, J.</i> .....	33
<b>INTERVENCIÓN CON MENORES CONSUMIDORES BAJO SISTEMAS DE PROTECCIÓN</b>	
<i>Herrero Yuste, M<sup>a</sup>. N.</i> .....	34
<b>IDENTIDAD DE GÉNERO, USO DE DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO</b>	
<i>Llopis, J.J.; Castillo, A.; Rebolledo, M.; Stocco, P.</i> .....	35
<b>FUNDAMENTOS CLÍNICOS DEL PAIME Y DIFICULTAD DE ATENDER A LOS PROFESIONALES SANITARIOS ENFERMOS</b>	
<i>Lusilla Palacios, M<sup>a</sup>. P.</i> .....	37
<b>DOPAJE VERSUS ADICCIÓN</b>	
<i>Manonelles Marqueta, P.</i> .....	38
<b>ANTE UNA COLISIÓN DE DERECHOS: LAS PARADOJAS ÉTICAS DEL CONSUMO Y DEL CONTROL DE DROGAS</b>	
<i>Megías Valenzuela, E.</i> .....	39
<b>LA PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA</b>	
<i>Montoya, I. D.</i> .....	40
<b>MARCO LEGAL EN LA INTERVENCIÓN CON MENORES CONSUMIDORES</b>	
<i>Moreno de la Santa Limia, A.</i> .....	41
<b>NUEVAS TERAPIAS EN ADICCIONES</b>	
<i>Ortega Felipe, F. P.</i> .....	43
<b>PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CASTELLANO MANCHEGA EN EL ABORDAJE DEL PAIME</b>	
<i>Peñalver Castellano, R.</i> .....	44
<b>LA PERSONA EN UN MUNDO DE DROGAS</b>	
<i>Pérez Alvarez, M.</i> .....	45
<b>TRATAMIENTO HOSPITALARIO RESIDENCIAL DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA</b>	
<i>Rivera Villaverde, A.</i> .....	46
<b>¿QUÉ PUEDE APORTAR UNA INTERVENCIÓN BREVE EN LESIONADOS DE TRÁFICO CON ALCOHOL POSITIVO? EVALUACIÓN AL AÑO</b>	
<i>Rodríguez-Martos Dauer, A.</i> .....	47
<b>EVOLUCIÓN DEL PAIME EN ESPAÑA. PAPEL DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES</b>	
<i>Rodríguez Sendín, J.J.</i> .....	49
<b>NUEVOS FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS: PRESCRIPCIÓN DE HEROÍNA</b>	
<i>Roncero Alonso, C.</i> .....	50
<b>TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS EN DROGODEPENDENCIAS</b>	
<i>Sánchez Hervás, E.</i> .....	51
<b>VALORACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LAS DISTINTAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES</b>	
<i>Secades Villa, R.</i> .....	52
<b>EVOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES Y LAS RESPUESTAS EN REDUCCIÓN DEL DAÑO. EL EJEMPLO DEL SAPS</b>	
<i>Sierra Terrádez, E.</i> .....	53
<b>MENORES CONSUMIDORES. FACTORES DE RIESGO</b>	
<i>Suárez Vázquez, R.</i> .....	54
<b>NUEVAS ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS FARMACOLÓGICAS SOBRE LA COCAÍNA</b>	
<i>Torres Hernández, M.A.</i> .....	55
<b>SEGUIMIENTO Y OPCIONES TERAPÉUTICAS FUTURAS PARA LA HEPATITIS CRÓNICA C</b>	
<i>Trapero Marugán, M.; Moreno Otero, R.</i> .....	57

## RESÚMENES COMUNICACIONES Y POSTERS

### CARACTERÍSTICAS DE LA CONVOCATORIA IMPLICADOS EN LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR DE DROGODEPENDENCIAS

Al-Halabí, S.; Errasti, J.M.; Secades, R.; Fernández, R.; García, O.; Carballo, J.L. .... 61

### VARIABLES PREDICTORIAS DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN UN PROGRAMA FAMILIAR DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Al-Halabí, S.; Errasti, J.M.; Secades, R.; Fernández, R.; García, O.; Carballo, J.L. .... 61

### COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS PARA DEJAR DE FUMAR A LOS SEIS MESES DE SEGUIMIENTO DESARROLLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Alonso, F.; Secades, R.; Mediolagoitia, L.; González, M.; Fernández, J. R.; Carballo, J.L. .... 62

### CONSUMO DE COCAÍNA, IMPULSIVIDAD Y TRATAMIENTO CON TOPIRAMATO

Batlle, E.; Alvarós, J.; Andrés, I.; Bastardas, J.; Fernández, T.; Ferrer, J.; Lozano, Ll.; Martínez, J.; Melús, R.; Mir, J.; Mola, M.; Roig, J.; Vázquez, G.; Tremoleda, J. .... 63

### PATOLOGÍA DUAL Y RISPERIDONA DE LARGA DURACIÓN: EFECTOS SOBRE CRAVING Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Batlle, E.; Andrés, I.; Bastardas, J.; Fernández, T.; Ferrer, J.; lozano, Ll.; Martínez, J.; Melús, R.; Mola, M.; Roig, J.; Vázquez G.; Vázquez, J.M. .... 64

### ESTUDIO DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAÍNA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES DE TALAVERA DE LA REINA

Benítez Montero, M.; Gallego Bellido, J.M.; de Horteiga de Frutos, E.; Castellote Zaurín, L. .... 65

### PRINCIPALES DIFERENCIAS DE PERSONALIDAD ENTRE PACIENTES ALCOHÓLICOS CON Y SIN CONSUMO DE COCAÍNA

Bravo de Medina Hernández, R.; Aizpiri Díaz, J. .... 66

### ESTRATEGIAS DE AUTO-CAMBIO EN LA ADICCIÓN AL TABACO

Carballo Crespo, J.L.; Bobes Bascarán, M<sup>a</sup>.T.; Fernández Hermida, J.R.; García Rodríguez, O.; Secades Villa, R.; Al-Halabí Díaz, S.; Errasti Pérez, J.M. .... 67

### CANNABIS... ¿CÓMO LO VIVES?

Casado Sierra, M.; Duran Vinyeta, A.; Larriba Montull, J.; Rodríguez-Martos, A. .... 68

### ESTUDIO DEL PERFIL Y EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO DE LAS MUJERES EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN LA CIUDAD DE ALBACETE (1998-2004)

Celorrío, M<sup>a</sup>. L.; Santiago, M.; Sánchez, A. B.; .... 70

### EFICACIA DEL TOPIRAMATO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES CON IMPULSIVIDAD ASOCIADA

Celorrío Bustillo, M.L.; del Amo Mansilla, I. .... 71

### HOSPITALIZACIÓN POR ALCOHOLISMO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Civiera, J. .... 72

### CAMBIOS EN EL PERFIL DEL PACIENTE DROGODEPENDIENTE EN EL E.A.D. DE TOLEDO ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Díaz Ruano, A.; Henche Ruiz, A.I.; Almoguera Montero, J. .... 73

### EFICACIA DE LA OXCARBACEPINA EN EL CRAVING DE COCAÍNA

Díaz Ruano, A.; Almoguera Montero, J.; Henche Ruiz, A.I. .... 74

### PATOLOGÍA DUAL EN PACIENTES DE UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Díaz, R.; González-Riesco L.; Serrano, L.; Calvo, R.; Gual, A.; Castro, J. .... 75

### PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL CÁNNABIS

díaz-Maroto Tello, M<sup>a</sup>. A.; Palomino Santos, E.I.; López Suarez, E. .... 76

### PERFIL DEL PACIENTE COCAINÓMANO QUE ACUDE AL EQUIPO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS EN LA PROVINCIA DE ALBACETE

Esparcia Moreno, M.; Celorrío Bustillo, M.L. .... 77

### ESTIMACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA DEL SUR DE TENERIFE, MEDIANTE ENCUESTA ANÓNIMA AUTOCUMPLIMENTADA

Fernández Molina, J.C.; Pérez y Pérez, V.; González Guerra, R. L.; González Guerra, M<sup>a</sup>.J.; Chávez Díaz, A. C.; García González, M<sup>a</sup>. L.; Medina Afonso, M.J. .... 78

### ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL SESCAM DE TALAVERA DE LA REINA

Galego Bellido, J.M. .... 79

<b>ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PACIENTES EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL SESCAM EN TALAVERA DE LA REINA</b> <i>Galego Bellido, J.M.</i> .....	80
<b>ESTUDIO PERFIL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA QUE ACUDEN A GRUPO DE AUTOAYUDA EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL SESCAM DE TALAVERA DE LA REINA</b> <i>Galego Bellido, J.M.</i> .....	81
<b>¿INFLUYE EL GÉNERO EN LA EVOLUCIÓN FAVORABLE DENTRO DE UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA?</b> <i>García Escudero, M.J.</i> .....	82
<b>PERFIL DE PERSONALIDAD Y FACTORES DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CON DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN EL EAD DE GUADALAJARA</b> <i>García García, J.L.; López Moreno, A.B.</i> .....	83
<b>VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES INTERPERSONALES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA (FIR-CD)</b> <i>García Rodríguez, O.; Secades Villa, R.; Carballo Crespo, J.I.; Fernández Hermida, R.; Errasti Pérez, J.M.; Al-Halabí Díaz, S.</i> .....	85
<b>MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE ALCOHOL. CASTILLA-LA MANCHA, 1998</b> <i>Gutiérrez Ávila, G.; Castell Monsalve, J.; Moreno Alía, I.; Sardón Rodríguez, M.</i> .....	86
<b>MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE TABACO. CASTILLA-LA MANCHA, 1998</b> <i>Gutiérrez Ávila, G.; Castell Monsalve, J.; Moreno Alía, I.; Sardón Rodríguez, M.</i> .....	87
<b>CUANDO LA SOCIEDAD ES ADICTA</b> <i>Jáuregui Balenciaga, I.</i> .....	88
<b>UNA PROPUESTA PARA MEJORAR LAS HABILIDADES EDUCATIVAS DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES EN RIESGO: EL PROGRAMA "PROTEGO"</b> <i>Larriba Montull, J.</i> .....	89
<b>ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE EL USO DE LA OXCARBAZEPINA SOBRE EL CRAVING DE ALCOHOL Y COCAÍNA</b> <i>Lastrucci Ruiz, J.L.; Morera Bielsa, A.; Reina Galán F.L.</i> .....	90
<b>ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO EN MUJERES DROGODEPENDIENTES. ESTUDIO DE BARRERAS AL TRATAMIENTO Y PROPUESTAS DE CAMBIO</b> <i>Llopis Llácer, J.J.; Castillo, A.; Rebolida, M.; Stocco, P.; Rabuffetti, L.</i> .....	92
<b>STRONGYLOIDES STERCOLARIS Y METADONA</b> <i>Lozano Polo, J.L.; Vada Sánchez, J.; Salas Venero, C.; Ferrero Gatón, A.; García Mauriño, L.; Martínez Pérez, V.; Santamaría Gutiérrez, J.</i> .....	93
<b>UDH: CAMBIOS EN EL PERFIL DEL CONSUMIDOR DE DROGAS</b> <i>Lozano Polo, J.L.; Vada Sánchez, J.; Ferrero Gatón, A.; Pereda Beaure, D.; Gutiérrez Mora, E.; Vallejo Correas, J.A.; Gracia Tejera, S.</i> .....	94
<b>UNA WEB-SITE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON METADONA</b> <i>March Cerdá, J.C.; Martín Ruiz, E.; Oviedo Joekes, E.; Rodríguez Reinado, C.; Rivadeneira Sicilia, A.</i> .....	95
<b>EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL MEDIO ESCOLAR APLICADO POR EL PROFESOR</b> <i>Martínez Lorca, M.; Alonso Sanz, C.; Montañés Rodríguez, J.</i> .....	96
<b>EVALUACIÓN DE PENSAMIENTOS IRRACIONALES EN PERSONAS ADICTAS A SUSTANCIAS</b> <i>Mas-Bagà, M.; Rincón, L.; Prunera, A.; Banús I.; Martínez R.; Torrecilla, S.; Trujillo, J.L.</i> .....	97
<b>ESTILO COGNITIVO Y MMPI EN PERSONAS ADICTAS A SUSTANCIAS. RESULTADOS PREY POSTTRATAMIENTO</b> <i>Mas-Bagà, M.; Rincón, L.; Trujillo, J.L.</i> .....	99
<b>EVOLUCIÓN DEL GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAÍNA EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL SESCAM DE TALAVERA DE LA REINA</b> <i>Mayoral Gontán, Y.</i> .....	100
<b>LA OXCARBAZEPINA EN LA DESINTOXICACIÓN DE ALCOHÓLICOS CRÓNICOS</b> <i>Mondon, S.; Jou, J.; Gual, A.</i> .....	101
<b>MORTALIDAD Y REHOSPITALIZACIÓN DE LOS ALCOHÓLICOS EN UN HOSPITAL GENERAL. ¿ES EFICAZ SU TRATAMIENTO?</b> <i>Monras, M.; Mondon, S.; Ortega, L.I.; Gual, A.</i> .....	103

## ROCEDENCIA ÉTNICO-CULTURAL Y ADHERENCIA A TERAPIA GRUPAL PARA ALCOHÓLICOS

<i>Monras, M.; Freixa, N.; Ortega, Ll.; Lligoña, A.; Mondon, S.</i> .....	104
<b>HISTORIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS DOPANTES EN EL DEPORTE</b>	
<i>Monroy Antón, A.J.</i> .....	105
<b>PERFIL ACTUAL DEL USUARIO QUE ACUDE A UN EQUIPO DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS POR CONSUMO DE CANNABIS</b>	
<i>Montoya Crous, I.; Rodríguez González, M.F.; Sanabria Ordoñez, M.M.</i> .....	107
<b>COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS EN LA RELACIÓN INTERPERSONAL: CLAVES PSICOSOCIALES INTERPRETATIVAS</b>	
<i>Moral Jiménez, M. de la V.</i> .....	108
<b>DEPENDENCIAS INTERPERSONALES EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL</b>	
<i>Moral Jiménez, M. de la V.; Sirvent Ruiz, C.</i> .....	109
<b>ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR</b>	
<i>Palacios garcía, N.; Cernuda, J.L.; Vázquez Moure, A.</i> .....	110
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS ANALÍTICOS CON RESPECTO A HEROÍNA Y COCAÍNA EN PACIENTES EN P.M.M. DURANTE LOS CINCO ÚLTIMOS AÑOS EN EL E.A.D. DE CIUDAD REAL</b>	
<i>Parra Fernández, M.L.; Rodríguez González, M.F.</i> .....	112
<b>CONSUMO DE OPIÁCEOS Y COCAÍNA EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA DEL NORTE DE TENERIFE</b>	
<i>Pérez y Pérez, V.; Fernández Molina, J.C.; Chávez Díaz, A.C.; García González, M<sup>a</sup>.L.; Medina Afonso, M<sup>a</sup>. J.; González Guerra, R.L.; González Guerra, M<sup>a</sup>. J.</i> .....	113
<b>EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS TRAS LA INSTAURACIÓN DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN EL E.A.D. DE CIUDAD REAL</b>	
<i>Rodríguez González, M.F.; Parra Fernández, M.L.</i> .....	114
<b>FORMACIÓN EN DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS (DRA)</b>	
<i>Rodríguez-Martos, A.; García Fuentes, C.; Duran Vinyeta, A.; Larriba Montull, J.</i> .....	115
<b>EL TEST DE APOMORFINA: PROTOCOLO DE REALIZACIÓN</b>	
<i>Roncero, C.; Castells, X.; Corominas, M.; Ramos-Quiroga, J.A.; Linars, M.; Casas, M.</i> .....	117
<b>INDUCCIÓN DE LAMOTRIGINA EN PACIENTES DEPENDIENTES DE METADONA CON TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	
<i>Roncero, C.; Bruguera, E.; Barcons, C.; García-Giménez, E.; Rubio, M.A.; Casas, M.</i> .....	118
<b>EVOLUCIÓN EN EL PERFIL DEL USUARIO QUE ACUDE A UN EQUIPO DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS POR UN CONSUMO DE CANNABIS</b>	
<i>Sanabria Ordoñez, M.M.; Rodríguez González, M.F.; Montoya Crous, I.</i> .....	118
<b>REVISIÓN DE LAS CAUSAS DE BAJA EN UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA DURANTE 5 AÑOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS</b>	
<i>Sánchez de la Nieta Aragonés, P.; Sánchez Fernández, M. M.; Parra Fernández, M. L.</i> .....	120
<b>DISTRIBUCIÓN DE INICIOS DE TRATAMIENTO SEGÚN LA VÍA DE ACCESO A UN EQUIPO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS</b>	
<i>Sánchez Fernández, M. M.; Sánchez de la Nieta, P.</i> .....	121
<b>JUEGO PATOLÓGICO ASOCIADO A ALCOHOLISMO: UN ESTUDIO DE COMORBILIDAD</b>	
<i>Sánchez Peña, J. F.; Rodríguez Solano, J.J.</i> .....	122
<b>EFICACIA DIFERENCIAL A LOS SEIS MESES DE SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA CONDUCTUAL FRENTE A UN TRATAMIENTO COMBINADO APLICADOS EN UN CENTRO DE SALUD</b>	
<i>Secades Villa, R.; Alonso Pérez, F.; Mirón Ortega, D.; Fernández Hermida, J.R.; Gracia Rodríguez, O.</i> .....	123
<b>LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA BEVEU MENYS. EL PUNTO DE VISTA DE LOS FORMADORES</b>	
<i>Segura, L.; Gual, A.; Montserrat, O.; Bueno, A. Fernández, C.; Colom, J.</i> .....	124
<b>INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN EL MEDIO ESCOLAR DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS "CAS HORTA-GUINARDÓ" Y "ASSOCIACIÓ ALCOHOLICS RECUPERATS TERAL"</b>	
<i>Serrano, J.; Tor, M.G.; Valls, E.; Hortal, N.</i> .....	126
<b>TRABAJO COMUNITARIO E INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CESACIÓN TABÁQUICA (PCT), DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO "CAS HORTA-GUINARDÓ" Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA"</b>	
<i>Serrano, J.; Alvarós, J.; Melgarejo, M.</i> .....	127

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: PREVALENCIA EN DOS CENTROS DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE DROGODEPENDENCIA DEL "CAS GARBIVENT" Y "CAS HORTA-GUINARDÓ" DE LA CIUDAD DE BARCELONA**

*Valls, E.; Alvarós, J.; Serrano, J. ....* 129

**EDEMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES SECUNDARIOS A TRAZODONA**

*Yélmo, S.; Roncero, C.; Collazos, F.; Ferrer, M.; López, M. ....* 130

# **RESÚMENES PONENCIAS**

---





---

---

# La efectividad de la prevención ¿Una realidad?

**CARLOS ALONSO SANZ**

Consejería de sanidad del Gobierno de Castilla La Mancha.Toledo

---

---

La población tiene una elevada opinión acerca de la utilidad de las medidas preventivas y ello quizá se deba a dos creencias. En primer lugar, la reducción de los problemas y la alarma social asociados al consumo de heroína, ha llevado a pensar que el fenómeno de las drogas está bajo control y que los consumos han disminuido notablemente.

En segundo lugar, la creencia ampliamente extendida en el ámbito estrictamente técnico de que es posible una prevención eficaz con un esfuerzo mínimo, generándose así un discurso esencialmente optimista en relación a las posibilidades de las actuaciones preventivas en marcha.

La tesis que se defiende en esta ponencia es que estas dos creencias, aunque parecen apoyarse y confirmarse mutuamente, son esencialmente falsas y están configurando una percepción social de la prevención y de la situación del consumo de drogas que poco tiene que ver con la realidad. Por un lado, los datos muestran que -por un lado- el consumo de drogas, lejos de disminuir, se convierte cada día en un problema más grave y, por otro lado, que los programas preventivos no son tan efectivos como nos gusta creer.

El desarrollo en EE.UU., especialmente en la década de los 80, de los grandes programas basados en el modelo de la influencia social (DARE, LST, STAR, SHOUT, Alert, y un largo etc) muestra que los resultados de este tipo de programas son dispares y ello justifica que todavía hoy no sepamos realmente cuáles son los factores que explican la efectividad de unos programas y no de otros.

La evaluación de programas en España es escasa y sus resultados son también inciertos. Además, si revisamos los programas incluidos en la base de datos EDDRA, vemos que muy pocos tienen datos de evaluación de resultados finales y menos aún incluyen datos de resultados sobre variables intermedias.

También en algunas publicaciones recientes se muestra un panorama de la prevención en España caracterizado por la falta de definición de las intervenciones y se expresa abiertamente la dificultad de conocer sus resultados. Ello es especialmente notorio en ámbitos como los programas de ocio saludable, en los que la evaluación brilla por su ausencia.

Sin embargo, al mismo tiempo, encontramos constantes referencias a los grandes avances alcanzados en este terreno y al extenso conocimiento acumulado en la prevención del consumo de drogas.

Ante esta situación, se proponen algunas líneas de trabajo orientadas fundamentalmente a:

- Aumentar la investigación sobre las intervenciones eficaces, especialmente desarrollando investigación más básica acerca de las intervenciones útiles para modificar las variables intermedias.
- Trabajar más en programas globales multicomponentes
- Aplicar las intervenciones con criterios de calidad, controlando mejor los procesos.
- Evaluar las intervenciones y utilizar los resultados para modificar los programas.

---

---

# Calidad en el Plan de Galicia sobre drogas

**M. ARAUJO, I. CARRERA, J. FRAGA, J. MORÁN, J. OSORIO, J. VARELA.**

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade - Xunta de Galicia.  
Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. 15703 Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a:  
Manuel Araujo Gallego; Teléfono: 981 541860; E-mail: cpgd@sergas.es.

---

---

## INTRODUCCIÓN:

En Galicia, ya en 1987, año en que se redactó el primer texto del entonces denominado Plan Autonómico sobre Drogodependencias, se puso el énfasis en la planificación y el establecimiento de objetivos cuantificables en las distintas áreas de intervención de dicho Plan, diseñándose herramientas de evaluación que constituyen actualmente el Conjunto Básico de Indicadores de Drogodependencias (CBID) del Observatorio de Galicia sobre Drogas.

En 2004, se puso en marcha un programa específico con el objetivo de consolidar una cultura de calidad en la prestación de los servicios, tanto en el ámbito de la prevención, asistencia, incorporación social, como de la formación en drogodependencias.

## OBJETIVOS:

Descripción del actual "Programa de Gestión de Calidad *E.F.Q.M.* del Plan de Galicia sobre Drogas"; incluyendo: 1) Análisis de las medidas implantadas en las áreas de prevención, asistencia e incorporación social; 2) Análisis de la influencia de su implantación sobre la evolución de los indicadores del CBID, desde la perspectiva de una estrategia de gestión de "dirección por objetivos".

## METODOLOGÍA:

Se basa en: 1) La implantación de un modelo de excelencia europea, el European Foundation Quality Management (EFQM), centrado en una primera fase en los servicios centrales del Plan y en el área asistencial ambulatoria; 2) En la aplicación anual de los Protocolos Internos de Actividad-Financiación (PIAF) con las entidades con las que se establecen convenios para la gestión de servicios en las áreas preventiva, asistencial y de incorporación social y su repercusión en el comportamiento de los indicadores de las respectivas áreas.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

de los resultados disponibles actualmente destacamos:

**1.** En lo referido al Programa de Gestión de Calidad *E.F.Q.M.*, procedemos actualmente a la adaptación de este modelo a la realidad del Plan de Galicia sobre Drogas, para iniciar la fase de diagnóstico y autoevaluación en 2005-06.

**2.** Sobre la implantación de los PIAF en las áreas de prevención e incorporación social, comentar que se comenzó con esta dinámica de dirección por objetivos en 2003, mientras que en asistencia llevan implantados desde 1997, destacando entre sus resultados:

- Altas terapéuticas en programas libres de de drogas (PTLD): es un programa finalista, previo al alta terapéutica y en el último trienio, este indicador se sitúa en valores  $\geq 25\%$ .
- Abandonos: descendieron y en el último trienio están estabilizados en torno al  $\leq 25\%$  en los programas de mayor exigencia terapéutica y  $\leq 20\%$  en los de menor (mantenimiento con derivados opiáceos), siendo las "exclusiones" prácticamente inexistentes.
- La media de días de permanencia en programas, así como las actividades (grupales) se vienen incrementando de manera sostenida desde la puesta en marcha de los PIAF.

- La cumplimentación de los objetivos planteados en los PIAF se sitúa por encima del 80% desde 1999, evidenciándose como un buen instrumento para mejorar la calidad asistencial, dentro de la óptica de gestión asistencial de dirección por objetivos.

En definitiva, una vez alcanzado un aceptable desarrollo de los servicios y programas impulsados por el PGD, se considera llegado el momento de implantar un sistema de calidad con el fin, no sólo de mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios de los distintos servicios y programas, sino también de mejorar la satisfacción de los propios profesionales implicados en la prestación de servicios, incrementando con ello el impacto de los mismos en el conjunto de la sociedad.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Calidad, evaluación, gestión, indicadores.

---

---

## **Características y funcionamiento del PAIME**

**ANTONI ARTEMAN JANÉ**

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade - Xunta de Galicia.  
Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. 15703 Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a:

Fundación Galatea. Paseo de la Bonanova 47; 08017 – Barcelona. Teléfono: 902.362.492. Correo Electrónico: [paimm.net](mailto:paimm.net) · Página Web: [www.paimm.net](http://www.paimm.net).

---

---

### **RESUMEN**

El PAIME, Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, se creó específicamente en 1998 para atender a aquellos médicos que presentaran trastornos mentales y/o conductas adictivas al alcohol y/o a otras sustancias, incluidos los psicofármacos. Aunque el programa PAIME es sólo para médicos, la esencia del problema es aplicable, en mayor o menor medida, a todos los profesionales de la salud, si bien depende de la iniciativa de sus respectivos colegios profesionales, el que tengan o no un programa propio de estas mismas características.

La razón de ser del PAIME es que estos médicos enfermos no piden ayuda para resolver sus problemas, los ocultan y siguen trabajando como si nada ocurriera con el consiguiente riesgo para la salud de sus pacientes. Si ya de por sí, cuando los profesionales de la salud, y sobre todo los médicos, enferman por otro tipo de padecimientos, no se comportan como ellos mismos aconsejan a los demás pacientes, cuando se trata de problemas mentales y/o adictivos, entonces todo se complica mucho más. La prepotencia y la desconfianza, pero también la vergüenza y, sobre todo, el miedo, son los sentimientos predominantes en las acciones y reacciones de estos profesionales enfermos. Vergüenza ante sus colegas i familiares por haber “enfermado” (fracasado), miedo a ser reconocidos por sus pacientes como enfermo y, más, por estas dolencias, miedo a perder el prestigio profesional o a perder el trabajo e, incluso, a no poder volver a ejercer como médico.

Por todos estos motivos es esencial que la atención para estos pacientes sea específica y muy confidencial. Para que esto sea así, el programa debe basarse en un esquema de funcionamiento muy claro, que establezca los distintos ámbitos de responsabilidad, sobre todo el colegial y el terapéutico; que disponga de un sistema de entrada y salida del programa claramente delimitado, sobre todo según sea el acceso, voluntario o forzado; con protocolos de confidencialidad bien establecidos, que tengan sumo cuidado con el manejo de la información a terceros y de terceros. Cuando los pacientes sean de riesgo y hayan accedido al programa forzados por terceros, el compromiso mutuo debe de explicitarse documentalmente y, además, se tienen que establecer unas adecuadas medidas de control del cumplimiento terapéutico.

En esta ponencia se presentan los procedimientos que están en uso en el PAIME de Cataluña, que fue el primero que se creó en 1998, siguiendo el modelo, si bien muy adaptado a la mentalidad latina, de los que hay en cada estado y provincia de los Estados Unidos de Norteamérica, del Canadá, de Australia y de Nueva Zelanda, los cuales empezaron a funcionar en los años 70.

**PALABRAS CLAVE:**

Médico enfermo, confidencialidad, especificidad de los servicios, vías de acceso, procedimientos colegiales, contratos terapéuticos, cumplimiento terapéutico.

---

---

## **Indicaciones de tratamiento en pacientes con Hepatitis C en programa de mantenimiento con metadona**

**JOSÉ RAMÓN BARBERÁ FARRÉ.**

Servicio de Medicina Interna. Unidad VIH del Hospital General "La Mancha-Centro" de Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

---

---

Hemos asistido en los últimos años a grandes avances en el tratamiento de las infecciones causadas por virus, y más destacable aun por su gran incidencia la curación de la hepatitis C. Los pacientes que se han inyectado drogas por vía parenteral muestran una elevada seroprevalencia de infección por el virus de la hepatitis C, que oscila entre el 35% y 95%. En estos pacientes la hepatitis C representa una importante causa de morbimortalidad. Los nuevos tratamientos (interferón pegilado asociado a ribavirina) y los aceptables resultados, han contribuido a generalizar el tratamiento a todos los pacientes infectados, sin embargo sus efectos secundarios y su alto coste han inducido a los médicos a seleccionar muy bien los pacientes que deben iniciar la terapia; siendo en principio muy restrictivos en los pacientes con persistencia de su drogodependencia y/o alcoholismo asociado. Un número considerable de pacientes adictos a los opiáceos reciben metadona, y aunque pudiera verse dificultado por el escaso cumplimiento que éstos suelen presentar ante un tratamiento prolongado, no está justificado el no proporcionárselo, y por ello en todos los centros se han administrado tratamientos. La experiencia en general es satisfactoria, sin embargo no hay estudios amplios que analicen bien los resultados. En los pacientes coinfectados además por el virus de la inmunodeficiencia humana, cuando ya reciben antirretrovirales, aumenta la complejidad del tratamiento por efectos adversos e interacciones entre todos los fármacos que reciben, y sin un correcto control puede resultar más perjudicial que beneficioso. Sin embargo en pacientes motivados y con la colaboración encomiable que realizan los profesionales en los centros con programa de metadona, para sensibilizar a la correcta cumplimentación terapéutica, es posible completar el tratamiento y alcanzar el éxito terapéutico. Diversos estudios ponen de manifiesto que es posible tratar la hepatitis C de modo satisfactorio en los pacientes drogadictos que siguen un programa de mantenimiento con metadona. Una proporción significativa abandona el tratamiento durante las primeras semanas, pero una vez superadas éstas cabe esperar un buen cumplimiento. Las ventajas del tratamiento con peginterferón y ribavirina superan los inconvenientes.

**REFERENCIAS:**

Mauss S et al. A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance. *Hepatology* 2004; 40: 120-124.

Schaefer M et al. Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules? *Addiction* 2004; 99: 1167-75

Sylvestre DL. Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 117-23.

---

---

# Intervención en tabaco desde las Unidades o Centros de Drogodependencias

**ELISARDO BECOÑA**

Vicepresidente 2º de Socidrogalcohol.  
Unidad de Tabaquismo, Universidad de Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia:  
Elisardo Becoña. Unidad de Tabaquismo. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Campus Sur. 15782 Santiago de Compostela.

---

---

El tratamiento de los fumadores se ha ido expandiendo en España en las dos últimas décadas, siendo esto especialmente claro en los últimos años. La mayor información, concienciación social y profesional del problema del tabaquismo, la disponibilidad de adecuados tratamientos eficaces y el incremento de las normativas reguladoras del consumo de tabaco están en la base de la creciente demanda de los fumadores que quieren dejar de fumar.

Las Unidades o Centros de Drogodependencias españoles han cumplido y seguirán cumpliendo un importante papel en el tratamiento de las personas con dependencia de la nicotina. Su especialización concreta en adicciones, como es el tabaquismo, ha llevado a que en dichos centros, aunque no en todos, se vengán realizando tratamientos especializados para que las personas dejen de fumar, en unos casos dirigidos los tratamientos a la población general, en otros a personas atendidas en atención primaria que son remitidas o tratadas por los profesionales de drogodependencias, y en otros casos los tratamientos para dejar de fumar se aplican en sus propios usuarios adictos que han acudido a las Unidades o Centros de Drogodependencias por su dependencia a otra droga (ej., heroína, cocaína, cannabis). Los tratamientos que se vienen aplicando en los distintos centros de drogodependencias españoles son psicológicos, farmacológicos o una combinación de ambos, utilizando aquellos tratamientos que han mostrado ser eficaces.

Junto a la descripción de la situación del tratamiento de los fumadores en las distintas Unidades o Centros de Drogodependencias españoles, con las variaciones que existen entre distintas Comunidades Autónomas, se expondrán cuáles son las perspectivas de futuro para este tipo de tratamiento, tanto en los usuarios habituales de estos centros, como en los nuevos usuarios que se van incrementando año a año: los fumadores con solo dependencia de la nicotina que demanda tratamiento para su consumo de tabaco.

Se concluye que toda Unidad o Centro de Drogodependencias tiene que incluir entre su cartera de servicios el tratamiento de la dependencia de la nicotina, tener más en cuenta la comorbilidad entre el consumo de otras drogas y la dependencia de la nicotina, o entre la dependencia de la nicotina y otros trastornos psicopatológicos, y la necesidad de incrementar la información y formación de otros profesionales de la salud interesados en el tabaquismo de lo que se hace en los Centros de Drogodependencias. Este es uno de los sitios ideales para el tratamiento de aquellos fumadores con mayor nivel de dependencia de la nicotina, de los más resistentes al tratamiento, como es habitual en una parte de los adictos a cualquier sustancia, y de cualquier otro que quiera dejar de fumar con un tratamiento clínico especializado.

## **PALABRAS CLAVE:**

Tabaco, dejar de fumar, tratamiento, centros de drogodependencias

---

---

# Adicción y maltrato: una realidad a afrontar

**PILAR BLANCO ZAMORA**

Médico Psicoterapeuta de Fundación Instituto Spiral  
Madrid.

Enviar correspondencia:  
pbz@institutospiral.com.

---

---

Las mujeres adictas a cualquier tipo de sustancias son más propensas a recibir malos tratos físicos y/o psicológicos. Ser mujer y ser usuaria de drogas son los dos principales factores para encontrarse en situación de vulnerabilidad y/o violencia.

La práctica clínica y terapéutica con adictas está poniendo cada vez más de relieve que un porcentaje elevado de las mismas ha sido objeto de malos tratos físicos y/o psicológicos proporcionados por figuras tan significativas como la pareja (o parejas), los progenitores y, en menor medida, otros familiares cercanos.

La necesidad de incidir sobre las secuelas psicofísicas de la violencia sufrida por estas mujeres se hace así parte imprescindible de su proceso terapéutico, máxime cuando tales circunstancias poseen además un importante peso etiológico en la aparición y mantenimiento de la patología adictiva.

Por otro lado, hay que tener en cuenta también aquellas situaciones de violencia potencial o real (agresiones sexuales, robos, etc.) que, por efecto de la vulnerabilidad e indefensión que acompañan a la mujer adicta, suelen formar parte de las experiencias de la mujer con el alcohol y/u otras drogas y que, de igual manera, tienen consecuencias negativas para la evolución de quienes las sufren.

Desde esta perspectiva, el trabajo pretende presentar algunos datos epidemiológicos que confirmen lo que aún se trata de un reto de hoy, aunque el problema ya viene de antaño. De la misma manera, se presentarán los datos de una investigación principalmente en el ámbito de las variables referidas a las relaciones interpersonales (familia origen y núcleo familiar) a determinar su incidencia en el desarrollo y mantenimiento del maltrato dentro del comportamiento drogodependiente.

## **INVESTIGACIÓN:**

El objetivo fundamental del presente trabajo es hacer un análisis de la relación que tiene el consumo abusivo de alcohol y otras drogas en la problemática de la violencia de género a través de la revisión de elementos conceptuales y estudios relacionados con la temática.

## **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se incluyen en el estudio las pacientes filiadadas en el DSM-IV como trastorno por uso de sustancias, que acuden a los recursos del Instituto Spiral para ser atendidas por su adicción al alcohol y/ u otras drogas y a los recursos de la red por motivo de maltrato.

El monto total de muestra es de superior a 60 mujeres, donde la Variable Criterio referida a la situación estresante de malos tratos se operativizará de acuerdo con la tipología de maltrato que sufran las mujeres, la frecuencia, la severidad de las acciones agresivas, la percepción de peligrosidad, el momento de inicio de las agresiones y el tiempo de duración de la relación –diferenciando si se mantiene o no en la actualidad- y la de adicción siguiendo los criterios clínicos del DSM – IV.

## **LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS SON:**

1. Cuestionario de evaluación de maltrato construido "ad hoc" para la ocasión, basado en los trabajos de I.S.A. de Hudson y Mc Intosh (1.961), C.P.S. de Strauss (1.979), I.A.I. de Dobash y Dbas, Cabanagh y Lewis (1.998). Dicho cuestionario explora distintas áreas de interés seleccionados por los investigadores. Estos cuestionarios se han aplicado directamente a grupos de mujeres adictas maltratadas convocadas al efecto.
2. Protocolo de evaluación inicial de Instituto Spiral

## RESULTADOS:

Mucho se ha dicho y escrito sobre estas dos entidades por separado (maltrato y adicción) pero poco acerca de las relaciones que puedan existir entre ambas. Nuestra experiencia clínica nos apunta que no sólo se encuentran asociadas en muchos casos sino que urge llevar a cabo trabajos de investigación que aporten una base empírica al respecto y permitan habilitar instrumentos de intervención eficaces. De los resultados obtenidos se espera localizar y concretar posibles factores de relevancia presentes en el binomio adicción – maltrato que nos permita realizar el diseño y puesta en práctica de un programa de intervención para subsanar las carencias o deficiencias de recursos personales y sociales para el afrontamiento y/o prevención de la violencia de género.

---

---

## ¿Qué prevención tenemos?. Perspectivas europeas.

**GREGOR BURKHART.**

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisboa. Portugal.

Enviar correspondencia a:  
Gregor.Bukhart@emcdda.eu.int

---

---

En la actualidad, las intervenciones en prevención de drogas se clasifican en universales y selectivas. La prevención en ámbito escolar es el ejemplo más conocido y mejor investigado de la prevención universal. En este caso, el objetivo está puesto en toda la comunidad escolar y se pretende retrasar la iniciación en el consumo de sustancias o fortalecer la abstinencia. El OEDT presenta nueva información sobre la implementación, organización y contenidos de la prevención de drogas en escuelas de la Unión Europea. Estos datos permiten evaluar hasta qué punto la prevención hace uso de las conclusiones que emanan de las investigaciones. El alcance y la calidad de la prevención dependen en gran medida de las decisiones políticas, estructurales y conceptuales, las que por lo general no se basan en la evidencia ni siguen consideraciones estratégicas de salud pública. Hay grandes diferencias en el alcance y la cantidad de programas de prevención estructurados entre los estados miembro. Positivamente destacan un número alto de programas en Grecia y España y una cobertura casi total del alumnado en España, Irlanda y Holanda. La intervención que más se aplica es el método de Habilidades para la vida (Life skills). En varios estados miembro, la prevención en las escuelas no se efectúa a través de programas estructurados.

La prevención selectiva es una esencial estrategia complementaria que se concentra en grupos o barrios que, según las investigaciones, reúnen varios factores de vulnerabilidad. En estos casos, el objetivo es identificar y suministrar apoyo a quienes son más propensos a desarrollar problemas de drogas serios y evitar que la experimentación con drogas se convierta en consumo y deterioro social. Los ejemplos que aquí se presentan abarcan una amplia gama de problemas sociales y de posibles respuestas de prevención. En muchos estados miembro, la política de drogas no logra responder al desafío que implica la vulnerabilidad de los jóvenes. Si tenemos en cuenta lo heterogéneo del panorama, podríamos pensar que el intercambio de información y experiencias entre los estados de la Unión Europea (ahora ampliada) sobre nuevos tipos de intervenciones que hayan sido evaluadas, puede ser muy positivo. A pesar del incremento de las dificultades logísticas que implica llevar a cabo evaluaciones en esta área, el efecto de estas intervenciones es mayor que en las intervenciones de prevención universal, debido a la magnitud de los problemas iniciales y la homogeneidad del grupo diana. Las pocas evaluaciones con las que contamos arrojan resultados alentadores, en particular en lo que respecta a los delincuentes jóvenes, a los jóvenes provenientes de minorías étnicas y a los jóvenes de barrios desfavorecidos. Sin embargo, en algunos estados miembro hay graves preocupaciones éticas con respecto a las intervenciones selectivas: el temor a que se rote a la población diana.

Si se consigue distribuir los recursos de un modo inteligente entre estas dos estrategias de prevención, tomando en cuenta las necesidades y concentrándose solo en métodos basados en la evidencia, se logrará optimizar los beneficios de la prevención de drogas.

---

---

# El papel de los mediadores sociales en la dialéctica individuo/sociedad.

**AMADOR CALAFAT FAR.**

Irefrea

Enviar correspondencia a:

Irefrea. Rambla, 15, 2º, 3º. 07003 Palma de Mallorca. Tel 971727434. E-mail: irefrea@irefrea.org.

---

---

Dado que el espacio recreativo debemos considerarlo como un espacio socializador clave en nuestra cultura en estos momentos, en consecuencia los colectivos de profesionales que están implicados dentro del ámbito recreativo, el ocio y el tiempo libre deben ser considerados como socializadores de los jóvenes, como transmisores de conocimientos e inductores de estilos de vida. Puesto que ocupan este lugar de referencia para la juventud, en esta investigación se ha tratado de averiguar quienes son y como actúan.

Estos conocimientos pueden ser validos en diversos sentidos. Primero, para conocer que tipo de influencia están ejerciendo sobre los jóvenes, pero también para saber su disponibilidad hacia colaborar en tareas preventivas, así como para valorar la preparación de esos profesionales para el trato con los jóvenes y para una supuesta colaboración en tareas preventivas dentro de la vida recreativa de los jóvenes

Para realizar el estudio empírico se ha realizado durante el 2004 una encuesta a 246 profesionales repartidos en cinco Comunidades Autónomas (Baleares, Galicia, Valencia, Madrid, País Vasco). Además se han realizado un total de 20 entrevistas en profundidad a distintos profesionales.

Hay cuatro grupos de estos mediadores representados en este estudio: a) aquellos que trabajan en la industria recreativa, b) los que trabajan en los medios de comunicación dirigidos a los jóvenes, c) los que realizan actividades relacionadas con la prevención y servicios sociales con alguna relación con el espacio recreativo y d) los que trabajan en asociaciones juveniles con actividades de ocio.

Hay cuestiones que se han relevado claves para determinar sus opiniones, sus actitudes, su disposición para colaborar con la prevención,... Sorprende el consumo relativamente elevado de cannabis y de otras drogas ilegales y las embriagueces dentro de este colectivo, aunque los porcentajes varían bastante según el subgrupo que consideremos. Estos consumos de drogas por parte de los profesionales que trabajan directa o indirectamente en los espacios recreativos influye notablemente la visión que tienen de los jóvenes y de los ambientes recreativos y la predisposición a querer trabajar en tareas preventivas o de promoción de la salud y la seguridad. Además el consumo influye en la creencia de que las drogas forma parte intrínseca de la diversión.

Los datos confirman la importancia que tiene la formación de los mediadores en la vida recreativa como estrategia para favorecer un mayor compromiso con la prevención y un estilo recreativo saludable. Esta formación debería incorporar conocimientos actualizados sobre la problemática juvenil asociada al uso de drogas, los determinantes ambientales de estos consumos y sus riesgos (especialmente en los espacios recreativos) y las dinámicas de actuación comunitaria en estos entornos (supervisión, control y actuación preventiva).

Una parte de estos mediadores no parece interesarse mucho por la necesidad de los jóvenes en alcanzar su desarrollo personal y social y un estilo de vida saludable que garantice este desarrollo. Asimismo, una buena parte tampoco parece entender la vulnerabilidad de estos jóvenes a diversas influencias ambientales (oferta de consumo en general y recreativa en particular, normas grupales, etc.). No es de extrañar entonces que como resultado los mediadores que ven las cosas así *tengan una menor predisposición* e interés hacia la promoción de la salud y la prevención del consumo recreativo de drogas y los riesgos asociados. Los resultados de nuestro estudio sugieren que esta deficiente predisposición podría mejorarse favoreciendo la formación de estos mediadores en psicología juvenil y social. Esta formación les ayudaría a entender mejor las necesidades y motivación de los jóvenes hacia su propio desarrollo, cómo su conducta hacia metas está determinada por el contexto en general y por los contextos recreativos en particular, así como en la idea de proyecto comunitario y de salud pública.

## **PALABRAS CLAVE:**

Jóvenes, socialización, contexto recreativo, mediadores sociales.



---

---

# Intervención en tabaco desde atención primaria.

**FRANCISCO CAMARELLES GUILLEM**

Médico de familia.

Enviar correspondencia a:  
C/ San Vicente Ferrer 61 Apto A. 28015 Madrid.

---

---

La atención primaria de salud puede jugar un papel clave en el control del tabaquismo, ya que los datos de nuestro medio muestran que, en muchas zonas, más del 75% de la población pasa anualmente por las consultas de atención primaria, y el promedio de veces que se les atiende anualmente está entre 5 y 6. Por otro lado más del 60% de los fumadores quieren dejar de fumar y la mayoría han hecho algún intento para conseguirlo; pero, muchos de ellos no saben dónde pueden pedir ayuda.

Se puede intervenir sobre los fumadores mediante las llamadas intervenciones breves y/o intervenciones intensivas.

## **INTERVENCIONES BREVES**

Es una estrategia de intervención en pacientes fumadores que se sustenta, en parte, en la evidencia científica y en parte en la opinión de expertos en el tratamiento del tabaquismo. El concepto de intervención breve es confuso, debido a que esta intervención puede tener una intensidad variable, y se aplica sobre todo a fumador que acude a la consulta, adaptándola al estadio de cambio en que se encuentra el fumador. No superara los treinta minutos de intervención en total. Frente a la intervención breve está la intervención intensiva, dirigida a fumadores que por sus características personales requieran un mayor tiempo de intervención, más de 10 minutos por sesión, 4 o más sesiones y más de treinta minutos en total de intervención. Se ha podido comprobar que alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono aunque no alcancen la abstinencia. Por último, muchos fumadores son reticentes a acudir a programas intensivos para dejar de fumar y, por lo menos, deben recibir intervenciones breves cuando acudan a consulta.

Las intervenciones breves pueden ir dirigidas a fumadores que deseen dejar de fumar, a aquellos que son reticentes al abandono y a los fumadores que han abandonado recientemente el tabaco. La intervención breve se sustenta en 5 pasos o estrategias, siendo la intervención recomendada por el US Public Health Service Report del año 2000. Es importante preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar al fumador en el intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento.

La mayoría de los fumadores atendido en atención primaria están en etapas de cambio de precontemplación y de contemplación del abandono del tabaco, por lo que adquiere especial importancia el paso del consejo sanitario para el abandono del tabaco.

Según la clásica revisión de Schwartz de las intervenciones para controlar el tabaquismo, realizadas desde 1978 a 1985, la mediana de las tasas de abstinencia al año para el consejo médico aislado era del 6%, con un rango del 3-13 %. Intervenciones más allá del consejo médico conseguían mejores resultados.

## **INTERVENCIONES INTENSIVAS**

El tratamiento intensivo contra la dependencia al tabaco puede ser prestado por cualquier profesional sanitario formado que disponga de los recursos necesarios para llevar a cabo las intervenciones intensivas. Estos programas de intervención intensiva deberían aplicarse a todos los fumadores que desean participar en dichos esfuerzos (aproximadamente 1 de cada 5) y podemos proponerle un protocolo de visitas, en formato individual, o en formato grupal.

## **PALABRAS CLAVE:**

Tabaquismo, atención primaria, intervención breve.

---

---

# Alcohol y violencia doméstica.

**BARTOLOMÉ CAÑUELO HIGUERA**

Director Servicio Drogodependencias. Cruz Roja. Córdoba.

---

---

Es una realidad que desde siempre se haya relacionado la violencia en general y la violencia doméstica en particular con el consumo abusivo de alcohol, sobre todo cuando es el varón el afectado por el trastorno, siendo la esposa y los hijos los que directamente perciben las consecuencias de la conducta del consumidor.

Otro error conceptual, clásicamente admitido, es considerar la violencia desde el punto de vista del maltrato físico, olvidándonos de otras formas de violencia, que posiblemente ocasionen mayor daño, es menos visible y posiblemente de mayor calado por lo que de invalidación puede suponer básicamente para la mujer, sin que ello signifique que pueda y de hecho se produce este maltrato en sentido inverso desde el punto de vista de género.

Estudios recientes nos demuestran, que la violencia doméstica se detecta en función de la capacidad de pensar en ella que tengan los profesionales de centros sanitarios fundamentalmente y que es significativamente más alta cuando se ha realizado una preparación específica para ello, al mismo tiempo que se extingue con rapidez, si no se realiza una labor de formación continuada, volviendo a niveles iniciales de detección.

Una serie de mitos anclados en el acervo cultural condicionan que este tipo de conducta pueda considerarse como clásica, lo que le daría un halo de "normalidad", que la hace más invisible socialmente y menos punible jurídicamente.

El cambio de los roles en la familia y la sociedad de los últimos años exigen una reestructuración y una redefinición con todo lo que de ello implica de reordenación y de derechos y percepción social.

Por otro lado, los últimos estudios demuestran que la tan admitida relación directa del consumo patológico de alcohol y violencia doméstica, puede tener que ser cuestionada, ya que seguimientos de varios años, donde la conducta de consumo alcohólico se extingue, no conlleva la extinción de la conducta violenta del agresor, ni la actitud de agresión psíquica para destruir la autoestima de la víctima, ni la sensación de ser una cuestión del 'ámbito privado'.

Al examinar población femenina afectada por dependencia alcohólica, la cuestión de violencia es aún más compleja, ya que con frecuencia es doble objeto de violencia, por su condición de mujer y de alcohólica, además de que con frecuencia conviven con parejas también dependientes ó abusadores del alcohol que desarrollan conductas agresivas.

## **PALABRAS CLAVE:**

Abuso, dependencia, violencia doméstica, género.

---

---

# La perspectiva Tolerancia Cero.

DR. JOAN MIQUEL CAPELL I MANZANARES

Enviar correspondencia a:

Intendente de la División de Tráfico. Policía de la Generalitat – Mossos d'Esquadra. Carretera de la Samson núm. 70 - 089 80 Sant Feliu de Llobregat.  
itpg155@gencat.net.

---

---

En los últimos años la abundante investigación de los accidentes de tráfico ha permitido evolucionar desde perspectivas basadas en factores de "compensación del riesgo constante" a la aplicación de políticas de seguridad vial basadas en el enfoque conocido como "Visión Cero".

Ambas visiones concluyen en la puesta en práctica de acciones que permitan **reducir el peligro y actuar sobre el nivel de riesgo** que los usuarios perciben cuando utilizan su vehículo, ya que el compromiso de aceptación de riesgos se hace más evidente en los casos de conducción habiendo ingerido alcohol o drogas.

Un ejemplo para simbolizar el problema sería pensar en un navío al que se le han abierto diferentes vías de agua de pequeño tamaño en la proa, otras en popa, así como en los costados.

La entrada de agua por estas vías harán que el navío zozobre, pero seguro que ninguno de los marineros podría pensar en encontrar un trozo de madera que pudiera taponar todas las vías simultáneamente.

Al análisis de las cifras macro de los accidentes no se pueden trasladar comportamientos como el del Sr. JB, que habiendo ingerido una gran dosis de alcohol y colisionando contra otro vehículo produjo la muerte de dos de sus ocupantes.

El caso del Sr. F. Del Valle, que tenía 8 antecedentes por conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas no es diferente al de otros conductores implicados en accidentes mortales del año pasado, siendo evidente que esta vía de agua en nuestro barco es una más en el problema del alcohol.

En algunas ponencias se ha hecho hincapié en el significado de las palabras **peligro** - situación de la que puede derivar daño - y **riesgo** - posibilidad de se concrete el peligro, observando como en este ejemplo el vehículo en manos del Sr. F. del Valle, representaría el peligro para el resto de usuarios.

El enfoque de "tolerancia cero" tiene que llevar aparejado el cambio de la perspectiva de "seguridad vial" a un planteamiento de "seguridad ciudadana", haciendo descender lo que aparentemente es objetivo de la especialidad de "policía de tráfico" para convertirlo directamente en un objetivo de "policía".

Atajar cada vía de agua individualmente, significa marcar objetivos de "información" como hacer público aquellos casos que son significativamente peligrosos para los usuarios o de "revisión" como sería instar a una aplicación más rigurosa de las revisiones periódicas de los conductores reincidentes en alcohol a semejanza de una ITV.

Por estos motivos reducir las tasas de alcohol máximas permitidas para circular, como sería fijar en 0,2 g./l en sangre (0,1 mg./l en aire) la tasa de registro de alcoholemia es reducir la perspectiva de la visión "tolerancia cero", aunque científicamente exista la posibilidad de detectar una tasa de alcohol 0.0

Ésta es la visión que la aparición de la Honorable Consellera de Interior Montserrat Tura intentó trasladar de "La Visión Cero" por lo que respecta a conductas relacionadas con la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, y que seguramente continuará siendo objeto de extenso debate y discusión.

## PALABRAS CLAVE :

Tolerancia cero, concepto de peligro, concepto de riesgo

---

---

# Indicaciones de tratamiento en pacientes con Hepatitis C, coinfectados con VHB.

**PEDRO CARPINTERO BRIONES**

Servicio de Digestivo del Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

Enviar correspondencia a:

Dr. Pedro Carpintero Briones. Unidad de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Ciudad Real. Avda. Pío XII s/n. 13002. Ciudad Real.

Correo electrónico: pcarpintero@medynet.com.

---

---

La coinfección por VHC y VHB en pacientes con hepatitis crónica es frecuente, lo que es debido a que comparten las mismas vías de transmisión, y a la alta prevalencia de ambas infecciones a nivel mundial, que se estima en 5% para el VHB y el 3% para el VHC. La prevalencia a nivel mundial de infección por VHC en pacientes con infección crónica por VHB podría alcanzar el 10-15%, es decir, la prevalencia mundial de la coinfección VHB/VHC alcanzaría el 0,5%, 30 millones de personas.

En España, la prevalencia de infección por VHB es del 1%, con tendencia a la baja por la vacunación masiva en recién nacidos y adolescentes (tendencia modificada por la inmigración existente), mientras que la del VHC alcanza el 2%. Se ha demostrado una prevalencia de coinfección por VHC del 7% en pacientes con HBsAg +. En el caso de existir una hepatitis crónica por VHB, la coinfección alcanza el 25%.

Los pacientes coinfectados con VHC y VHB tienen un riesgo mayor de desarrollar fibrosis hepática, cirrosis y hepatocarcinoma que los infectados sólo con VHC.

Algunos estudios recientes sugieren que la presencia de infección por VHB "oculta", definida como presencia detectable del DNA del VHB con marcadores serológicos de replicación (HBsAg y HBeAg) negativos, puede asociarse a mayor riesgo y gravedad de enfermedad hepática, a mayor aumento de transaminasas y a no respuesta al tratamiento de la hepatitis C. Se desconoce la prevalencia de infección oculta por VHB en los infectados por VHC, aunque en algunas series publicadas alcanza el 50%.

Se ha demostrado la interacción inhibitoria entre el VHC y el VHB, que resulta en niveles disminuidos de RNA del VHC en los coinfectados. A pesar de esta inhibición de la replicación del VHC, la coinfección con VHB parece disminuir la eficacia del tratamiento antivírico de la hepatitis crónica C.

No hay actualmente ninguna Guía de Consenso para el tratamiento de la hepatitis C en pacientes coinfectados con VHB. En los pacientes infectados por VHC que son portadores crónicos de VHB (HBsAg positivo, HBeAg y DNA negativos durante 1 año), el tratamiento debe dirigirse hacia la infección por VHC. El tratamiento con interferón alfa produce una pobre respuesta sostenida en pacientes con coinfección VHC/VHB, incluyendo a pacientes con infección "oculta" por VHB. Algunos estudios han observado que la respuesta virológica sostenida era superior utilizando dosis de interferón alfa de 9 MU. Aunque hay datos preliminares de la eficacia del peg-interferón en la hepatitis crónica B, todavía no se dispone de los resultados de los ensayos en curso con peg-interferón, con o sin ribavirina en la coinfección.

La decisión de tratar la infección por VHB en el contexto de una coinfección depende, en gran medida, del estado replicativo del VHB. En los pacientes con replicación (HBeAg y DNA positivo), se podría emplear dosis altas de interferón (5 MU/diarios o 10 MU/3 días por semana) durante 4-6 meses además de ribavirina, aunque faltan datos que apoyen este tratamiento.

Como conclusión, el tratamiento óptimo de la hepatitis crónica por VHC en pacientes coinfectados por VHB no se ha definido, pero puede incluir peg-interferón alfa y ribavirina, con o sin agentes antivíricos adicionales, como la lamivudina, el adefovir, o ambos.

## **PALABRAS CLAVE:**

Coinfección VHC/VHB, coinfección VHC, coinfección VHB, hepatitis C, hepatitis B, infección oculta VHB, prevalencia de hepatitis, hepatocarcinoma, interferón, ribavirina, lamivudina, adefovir

---

---

# Tratamiento de mantenimiento, en pacientes con dependencia de opiáceos, con formulación antagonista de Naltrexona de liberación continua.

**J. EDUARDO CARREÑO R.**

Director médico de la Clínica Médico Psicológica Asturias; Area de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia a:

Clínica Médico Psicológica Asturias. C/ Asturias, 8 – 5º ; 33206 – Gijón – Asturias. Tel: 985341607 Fax: 985171553 e-mail: cmedico@telecable.es

---

---

El Trastorno por Dependencia de Opiáceos, a pesar de la actual tendencia hacia la estabilización, e incluso disminución de su prevalencia, ha sido y es la conducta adictiva que mas alarma social ha producido. También ha sido por tanto, aquella para la que se han implementado mas abordajes terapéuticos, en algunos casos (casi siempre obligados por las circunstancias), sin el debido rigor científico, y en algunos otros guiados por la ideología, o la necesidad (tomemos por ejemplo la extensión de los programas con sustitutivos, dada la epidemia de hepatitis y VIH de mediados de los 80s).

El criterio del rigor científico, va unido en la actualidad a la exigencia de control de calidad de los programas de tratamiento. La calidad de un programa de tratamiento, se refiere tanto a la coherencia del mismo con los criterios científicos actualmente aceptados, como a la satisfacción percibida por los usuarios del mismo.

Así mismo, dentro de la evaluación de la calidad de un programa, también debemos tener en cuenta criterios de eficiencia, es decir de rendimiento del mismo en función de sus necesidades económicas. Sobre todo, cuando el programa se aplica desde administraciones públicas.

Es aceptado ampliamente, que el factor mas relacionado con el éxito de un tratamiento, no es el modelo de este, sino el tiempo que el paciente pasa en contacto con el dispositivo terapéutico sin consumo del toxico. Por tanto desde siempre se ha buscado como característica más relevante de la efectividad de un tratamiento, que este tenga el mayor índice de retención posible.

En el caso de los tratamientos con antagonistas opiáceos, el hecho de presentar un menor índice de retención que los tratamientos con agonistas (en la mayor parte de los estudios realizados, aunque no en todos, es una de las razones de su menor implantación en los diversos sistemas sanitarios. Este menor índice de retención, se debe indudablemente a la escasa duración de efecto de su presentación oral (24-36 h. según los estudios, que favorece la aparición de recaídas y abandonos del tratamiento. Por ello, se han buscado formulas galénicas que aumentasen dicha duración.

Preparaciones de liberación lenta de Naltrexona, se han referenciado habitualmente en literatura, ya desde 1975, quince años antes de que se autorizase su uso comercial en España. Generalmente, estas publicaciones se referían a uso animal, en experimentación sobre modificación diversos efectos metabólicos derivados del uso crónico de agonistas, pero ya demostraban que se podían obtener niveles eficaces de Naltrexona y de 6- $\beta$ -naltrexol, durante periodos superiores a un mes.

Tras una serie de estudios auspiciados por el NIDA de EE.UU. entre los años 1975 y 1981. Chiang et al en 1984, referencia por primera vez el uso en humanos de una preparación de liberación sostenida de Naltrexona, por vía subcutánea, encontrando niveles eficaces de bloqueo durante un mes. Entre dicha fecha y 1998, en que Brewer, comunica por primera vez el uso seriado de implantes de Naltrexona como programa terapéutico en pacientes dependientes de opiáceos, se abre un periodo de nulas referencias, quizá como consecuencia de la falta de preparaciones comerciales de Naltrexona depot, que hacían difícil su utilización en estudios.

En 1999, nuestro equipo publica por primera vez resultados de la primera serie de pacientes españoles, tratados con este método.

En la ponencia, evaluaremos el programa de tratamiento de pacientes dependientes de opiáceos (criterios CIE-10, DSM-IV-TR), mediante mantenimiento con implantes subcutáneos de Naltrexona (con una duración de 380 días de producto útil), y psicoterapia cognitivo-motivacional individual asociada, en medio ambulatorio.

Comentaremos el fundamento del programa, y desarrollaremos su protocolo, tal como se viene empleando en nuestro país y en otros (UK, Holanda, Australia...), que han aceptado el mismo. Presentaremos los resultados obtenidos y se plantearán así mismo, alternativas a dicho programa.

---

---

## Tratamiento psicológicos en psicoestimulantes.

**LORENA CASETE FERNÁNDEZ.**

Psicóloga clínica ACLAD – UAD A Coruña, Plan de Galicia sobre Drogas.

Enviar correspondencia a:

UAD - ACLAD A Coruña. C/ Ermita 2. 15008 A Coruña. tel.. 670 446 606. Correo electrónico: lorek7@cop.es

---

---

Los **tratamientos empíricamente apoyados** hacen referencia a procedimientos terapéuticos que han sido evaluados para valorar su eficacia y que usan métodos aceptados por la ciencia. Los profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental tenemos como referencia tres organismos internacionales que evalúan las intervenciones psicológicas y farmacológicas en este ámbito:

- A. Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Promueve guías de tratamiento para trastornos psicopatológicos, incluyendo los trastornos adictivos y establece tres niveles de confianza: I. Suficiente confianza clínica; II. Confianza clínica moderada y III. Aplicables en función de circunstancias individuales.
- B. División 12. Asociación Psicológica Americana (APA). Creó un Grupo de Trabajo para la Diseminación y Promoción de Procedimientos Psicológicos que ha establecido los criterios que definen los “tratamientos bien establecidos” y los “tratamientos probablemente eficaces” (Chambless et al. 1998).  
Destacan como “tratamientos bien establecidos” la terapia cognitivo-conductual multicomponente con prevención de recaídas para dejar de fumar; y como “tratamientos probablemente eficaces” otras seis intervenciones, de las que cinco son cognitivo-conductuales.
- C. NIDA. National Institute of Drug Addicction. Evalúa la eficacia de intervenciones psicológicas con criterios de aplicabilidad. Estas intervenciones se explicarán en la ponencia.

Hay un reconocimiento internacional de la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de los problemas mentales y de comportamiento incluidos los trastornos adictivos. En los últimos años ha crecido considerablemente el número de personas que demandan tratamiento por cocaína; en algunas comunidades autónomas es la primera droga de demanda. Sin pretender homogeneizarlos con la siguiente consideración, este colectivo aparece más conservado que el de dependientes de opiáceos, en el análisis de las fichas de admisión a tratamiento. Otra diferencia con el paciente “clásico” dependiente de opiáceos es su estilo en la interacción paciente-terapeuta y su relación general con el servicio.

Teniendo en cuenta el modelo de deshabitación de Gawin y Kleber (1985), la intervención psicológica comienza en el primer contacto del paciente con el servicio. En esta fase (**crash**) se orienta sobre el síndrome de abstinencia y la extrema condicionalidad a señales. Para la intervención grupal es preferible una mínima estabilidad. Las estructuras residenciales para la deshabitación resultan de gran utilidad.

Se debe tener en cuenta que cada tipo de consumidores de psicoestimulantes necesitará su estrategia específica (Cocaína única sustancia, como segunda sustancia, policonsumo o junto con un trastorno mental).

### **PALABRAS CLAVE:**

Tratamiento psicológico cocaína.

---

---

# Adicción al deporte.

**M<sup>a</sup> LUISA CELORRIO BUSTILLO.**

Directora-médico del Equipo de Atención a Drogodependencias de Albacete.

Enviar correspondencia a:

M<sup>a</sup> Luisa Celorrio. C/ Miguel López de Legáspi, 2. 02005 – Albacete. tfno/fax 967-21-53-76

---

---

## RESUMEN

Hacer un diagnóstico es difícil, tanto por ser unas conductas que pueden quedar en ocasiones ocultas y enmascaradas como “normales, así como por no incluirse como una categoría diagnóstica separada en el DSM-IV-TR ni en la CIE-10.

En la sinopsis de Psiquiatría de Kaplan se describe la compra compulsiva, la compulsión por internet y la compulsión por el teléfono móvil dentro de otros Trastornos de control de los impulsos sin otra especificación, aunque dice que también se les puede denominar **adicciones**.

Se ha observado un aumento significativo dentro de la Adicción al Deporte.

Si atendemos a los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de dependencia de sustancias podemos ver las similitudes que encontramos con la Adicción al Deporte.

1. TOLERANCIA: Necesidad de hacer cada vez más deporte
2. SINDROME DE ABSTINENCIA: Ansiedad, Irritabilidad, Insomnio, Depresión cuando no se puede realizar la sesión diaria de ejercicio
3. PERDIDA DE CONTROL: No se puede parar o cambiar de actividad
4. Se realiza más ejercicio del que inicialmente se pretende
5. Se emplea más tiempo en realizar deporte del que se desea, llegando a dedicar varias horas al día
6. Reducción importante de actividades familiares, sociales, laborales o recreativas
7. Se continua haciendo deporte a pesar de tener conciencia de problemas físicos (lesiones), alteraciones psicológicas (depresión) y en ocasiones, se asocia Trastornos de la alimentación.

En esta sociedad de consumismo y perfección que nos venden diariamente los medios de comunicación en la televisión y el cine, la imagen del cuerpo ha adquirido una importancia preponderante. Esto ha provocado que miles de hombres de la sociedad actual iniciaran actividades deportivas y practicasen ejercicio físico en los gimnasios para mejorar su aspecto físico.

Esta observación lleva al Psiquiatra Harrison G. Pope ha estudiar una muestra significativa de los nueve millones de americanos que frecuentaban los gimnasios, en su opinión un millón, aproximadamente el 10% podría estar afectado de un Trastorno obsesivo por tener un cuerpo musculoso.

Los síntomas más frecuentes de esta Trastorno llamado VIGOREXIA son:

- Alteraciones cognitivas de la imagen corporal
- Mirarse constantemente al espejo
- Invertir todo el tiempo posible en hacer deporte para aumentar la musculatura
- Pesarse varias veces al día
- Compararse con otras personas que realizan fisioculturismo
- Pensamientos obsesivos
- Alteraciones del comportamiento alimentario: Dietas bajas en grasas y aumento de proteínas e hidratos de carbono a veces artificiales
- Mayor riesgo de consumo de sustancias como hormonas y anabolizantes esteroideos
- Afectación del área social

Desencadenando en un cuadro obsesivo-compulsivo con sentimiento de fracaso y dependencia al deporte.

El término de vigorexia es acuñado por H.G. Pope en 1.993, aunque también se ha denominado Complejo de Adonis, Dismorfia Muscular y Anorexia inversa.

En España se considera que la mayoría de las personas que sufren vigorexia son hombres de entre 18 y 35 años y que dedican entre 3 y 4 horas diarias al gimnasio.

Las consecuencias son las siguientes:

- Desproporciones corporales (cuerpo muy voluminoso respecto a la cabeza)
- Alteraciones en huesos, tendones, músculos y articulaciones, son frecuentes los desgarros musculares y los esguinces
- Trastornos de la alimentación. El exceso de proteínas e hidratos de carbono puede provocar Trastornos metabólicos
- Mayor riesgo de uso de esteroides anabolizantes con serias consecuencias como problemas cardiacos, atrofia testicular, etc.

El protocolo de Tratamiento es el uso de inhibidores de la recaptación de la serotonina y Terapia cognitiva-conductual.

## **PALABRAS CLAVE**

Adicción, deporte, vigorexia, complejo de Adonis

---

---

# **2500 Pacientes desintoxicados con Buprenorfina. Lecciones aprendidas.**

**OSCAR D'AGNONE.**

Psiquiatra  
Seagrave Healthcare and the Seagrave Trust.

---

---

## **RESUMEN**

Sobre un total de 2500 pacientes asistidos en dos prisiones de alta seguridad de Inglaterra, tomamos una muestra de 1321 pacientes para establecer patrones de uso, gasto en drogas, sentencias relacionadas con el uso de drogas. Todos los pacientes fueron desintoxicados con Subutex (buprenorfina).

En la presentación se detallan los regimenes de prescripción y desintoxicación en 1,2 y 3 semanas, medicación acompañante, uso de benzodiazepinas, y otras medicaciones.

Se compara este modelo de desintoxicación con otros clásicos como la desintoxicación con methadone, clonidina, lofexidina, dehidrocodeina, y la implementación de naltrexona en quienes desean mantenerse limpios en la comunidad luego de ser liberados.

Comentamos nuestra experiencia en ambos grupos de pacientes, la opinión de los pacientes y del personal participante en el programa.

Discutiremos el futuro de los programas de desintoxicación.



## REFERENCIAS

- H M Prison Service, (1998), *Tackling Drugs in Prison: The Prison Service Drug Strategy*. London: H M Prison Service.
- H M Prison Service, (2004), *The Prison Service Drug Strategy*. Retrieved on 22nd May, 2004 from <http://www.hmprisonerservice.gov.uk/assets/documents/10000157drugstrategyGenBriefingNote171203.doc>
- HMSO, (1998), *Tackling Drugs To Build a Better Britain: The Governments Ten Year Strategy for Tackling Drug Misuse*. Retrieved on 22nd May, 2004 from <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/3945.htm>  
<<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/3945.htm>>
- Home Office, (2001), *Inside the Home Office: Statement of Purpose and Aims*. Retrieved on 17th July 2004 from <http://www.homeoffice.gov.uk/inside/aims/index.html>  
<<http://www.homeoffice.gov.uk/inside/aims/index.html>>
- Home Office, (2003), *The Prison Population in 2002: a statistical review*. Home Office Research Findings 228. London: Home Office.
- Home Office, (2004), *Updated Drug Strategy 2002*. Retrieved on 22nd May 2004 from <http://www.homeoffice.gov.uk/drugs/index.html>  
<<http://www.homeoffice.gov.uk/drugs/index.html>>
- Department of Health Statistics From The National Drug Treatment Monitoring System In England, 2001/02  
Published: 03/12/2002 Reference number: 2002/0509
- Gawin FH; Kleber HD: (1986) Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. Clinical observations. Arch. Gen. Psychiatric, 43: 107-113.
- Katz JL; Griffiths JW; Sharpe LG et al: (1993) Cocaine tolerance and cross- tolerance. Journal of Phamlacology & Experimental Therapeutics, 264: 183-192.
- D'Agnone O: El Síndrome de Abstinencia, Chapter 6, Adicción a Cocaine. CTM. Buenos Aires. 1994.

---

---

# Droga y deporte. Deportistas de élite y sustancias adictivas

**MIGUEL DEL VALLE SOTO.**

Director de la escuela de medicina del deporte. Universidad de Oviedo.

---

---

La drogadicción es una enfermedad que se caracteriza por el deseo y uso compulsivo de drogas que tienen una serie de efectos negativos que dependen del tipo de sustancia utilizada, así como de la cantidad, frecuencia y tiempo que se haya estado consumiendo.

Existen muchos estudios que demuestran que el deporte es una de las mejores formas de alejar a los jóvenes del mundo de las drogas. Sin embargo, los deportistas de alto nivel, y siguiendo sus pasos, los aficionados, con el propósito de incrementar el rendimiento, retrasar la fatiga y acortar el periodo de recuperación, utilizan determinadas ayudas que, en muchos casos, producen adicción, además de estar prohibidas.

La causa en un elevado porcentaje de casos, se debe a la presión social que se ejerce sobre el deportista que se siente obligado a una superación continua de su rendimiento. Además, los lucrativos contratos o el miedo a las rescisiones de los mismos, llevan a los deportistas a realizar tremendos esfuerzos y a una superación permanente. Ello les resulta a veces tan difícil de conseguir con medios naturales que recurren al doping y una

vez que comienzan a utilizar sustancias o métodos que supuestamente mejoran su rendimiento, les resultan imprescindibles para seguir entrenando y compitiendo.

Otro deportistas consumen determinadas drogas que son claramente adictivas (como la marihuana) por otros motivos como puede ser la evasión, ....

Entre los deportistas existen diferentes formas de drogodependencia:

- Deportistas que con el propósito de mejorar su rendimiento consumen determinadas sustancias (tipificadas o no como dopantes) que son adictivas por lo que su utilización va a generar una dependencia física y/o psíquica.
- Consumo de sustancias adictivas por un deportista sin intención de mejorar su rendimiento deportivo.
- Utilización de sustancias para mejorar el rendimiento que no producen dependencia en la población general, pero sí en los deportistas que se hacen adictos a ellas y sus entrenamientos dependen de las drogas. Es el caso más frecuente.

Dentro de los productos utilizados por los deportistas para mejorar el rendimiento existen determinadas sustancias estimulantes como las anfetaminas, la cafeína, la cocaína que pueden crear adicción.

También los analgésicos narcóticos tipo morfina, heroína, codeína... (que son productos dopantes) son usados en el deporte y se consideran sustancias adictivas.

Pero además, existen otras drogas que crean verdadera adicción deportiva. Los deportistas las consumen para mejorar (o intentar mejorar) su rendimiento a lo largo de su vida deportiva y las abandonan cuando llegan a la jubilación deportiva. Estas sustancias crean una adicción especial en los deportistas y pueden llegar a ser igualmente peligrosas porque sus efectos secundarios a lo largo del tiempo pueden perjudicar la salud individual de los deportistas. Tal es el caso de los bloqueantes beta-adrenérgicos, los esteroides anabolizantes androgénicos u otras sustancias con actividad anabolizante, las hormonas peptídicas y glicoproteínicas o los corticosteroides.

Deportistas, enfrentados a las mismas situaciones y problemas deciden resolverlas de manera muy distinta. En general, los deportistas que no se sienten bien consigo mismos o precisan reafirmarse, explorar nuevas experiencias, integrarse en grupos de éxito deportivo y que globalmente tienen una baja autoestima son los que terminan cayendo en alguno de los tipos de drogadicción que hemos mencionado.

La adicción a determinadas sustancias para mejorar el rendimiento es una solución errónea en la que se ve involucrado el deportista y, en la mayoría de las ocasiones, su entorno (médicos, entrenadores, directivos, compañeros...).

Cuando intentamos romper este vínculo deportista-sustancias adictivas nos encontramos con muchas resistencias y dificultades. Es necesario ayudar a los deportistas a sentirse bien ofreciéndoles confianza, estimulándoles en sus éxitos, evitando comparaciones innecesarias entre resultados y demostrándoles amistad y cariño no condicionados a éxitos o marcas. Lógicamente, la intervención psicológica es crucial en estos casos, especialmente para prevenir que los deportistas comiencen a utilizar este tipo de sustancias y sería una justificación clara de la presencia de psicólogos en los equipos.

---

---

# **Dispositivo asistencial de venopunción. (D.A.E.). Madrid. 5 años de experiencia en el ámbito activo del consumo intravenoso.**

**ANDRÉS DÍAZ GUTIÉRREZ\*.  
IGNACIO ARRIETA ALGARRA\*\*.**

\*Ex-Director Técnico D.A.VE.

\*\*Ex-Coordenador D.A.VE.

---

---

## **RESUMEN:**

El D.A.VE es el primer centro que se abre en España en el campo de las políticas de Reducción de Daños de las redes asistenciales a drogodependientes, para desarrollar los programas de intervención con usuarios inyectores de drogas, en el propio lugar donde se produce el consumo.

Por lo tanto el escenario donde se produce la conjunción de la oferta y demanda de sustancias ilegales, la existencia de supuestos jurídicos fuera del marco legal y la susceptibilidad a depender de ideologías e intereses creados que el abordaje del consumo y dependencia de drogas genera en todas las esferas sociales, incluido el sector asistencial, ha hecho de este centro un verdadero laboratorio del fenómeno de las drogas y de los usuarios consumidores por vía intravenosa en el territorio español.

El transcurrir del tiempo parece que provoca cambios en los intereses de la administración donde fue creado, se deduce que no es conveniente un análisis riguroso de dicho centro por parte de los nuevos dirigentes y esto provoca que se produzca el cambio de las personas responsables de haberlo materializado y de aportar las claves para su rigurosa evaluación.

Teniendo en cuenta esta situación, trataremos de difundir en esta ponencia, nuestra experiencia de casi cinco años, hasta el 31 de diciembre de 2004, en el marco de la asistencia al drogodependiente en la fase aguda de la enfermedad, desde una visión científica donde se evidencia que si queremos abordar la drogodependencia como enfermedad en toda su extensión, es ineludible abordar la fase de consumo activo y de inyección higiénica in situ.

## **PALABRAS CLAVE:**

Salas de consumo higiénico, usuarios de drogas por vía intravenosa.

---

---

# Relación terapéutica y tratamientos psicosociales en adicciones.

**JOSÉ LUIS FURIÓ.**

Psicólogo de la Unidad de Conductas Adictivas de Villajoyosa (Alicante).

---

---

La importancia de las diferencias individuales del terapeuta y la relación terapéutica que emerge entre el paciente y este, es considerada por algunos como el fenómeno más poderoso dentro del tratamiento psicoterapéutico. Siguiendo esta línea de investigación, Norcross conjuntamente con otros profesionales crearon el grupo de trabajo **The División 29 Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships del APA** (Grupo de Trabajo 29, sobre las Relaciones Terapéuticas que obtienen Apoyo Empírico), persiguiendo fundamentalmente dos metas: identificar los elementos que conforman una relación terapéutica eficaz y determinar aquellos métodos que se han mostrados eficaces a la hora de permitir adaptar la terapia a medida del cliente individual. Se presentan las conclusiones de dicho grupo de trabajo (Norcross, J.C., 2002).

Por otra parte los tratamientos psicosociales son un componente esencial de un tratamiento completo en adicciones. Se reflexiona sobre la necesidad de considerar modelos terapéuticos de relación eficaces y con capacidad de integrar técnicas de muy diversa procedencia.

---

---

## Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

**MÁXIMO GONZÁLEZ JURADO.**

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisboa. Portugal.

Enviar correspondencia a:

Máximo González Jurado. Consejo General de Enfermería. C/ Fuente del Rey, 2. Madrid 28023

---

---

Lejos de aquella “**función subordinada**” a tenor de la cual la actividad enfermera debía realizarse “bajo la dirección e indicación de un médico” a quien debería auxiliar como expresión casi única de su quehacer pseudoprofesional, la Enfermería de este siglo XXI ha recibido como misión propia la de “**prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo**”.

Una misión que pone en relación directa al enfermero con la persona en un **quehacer conjunto** que no se queda en manos de la buena fe sino que exige, para su realización, de un **método consistente en**:

- Valorar y evaluar científicamente
- Basar sus intervenciones en principios de carácter humanístico, científico y ético
- Obtener resultados mediante la evidencia científica y utilizando recursos clínicos y tecnológicos adecuados.

Basándonos exclusivamente en la legislación hoy vigente el enfermero es “un profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero, con conocimientos y aptitudes suficientes sobre

su cuerpo de doctrina y que basa su práctica en la evidencia científica." Hoy se reconocen funciones propias en términos: asistenciales, investigadores, docentes y de gestión.

Y en concreto la nueva Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece como función definitiva de los enfermeros **"la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud así como a la prevención de enfermedades y discapacidades"**. La Ley ha venido a consagrar un nuevo concepto de **"enfermero facultativo"** al atribuir al Diplomado Sanitario, *dentro del ámbito de actuación para que le faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso*

#### **PALABRAS CLAVE:**

Cuidar, Facultativos, Paradigma, Funciones, Competencia.

---

---

## **Identificación de problemas de alcohol u otras drogas desde los centros médicos de reconocimiento de conductores.**

**DR. JUAN CARLOS GONZÁLEZ LUQUE.**

Asesor Médico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Dirección General de Tráfico.

Enviar correspondencia a:

Dr. Juan Carlos González Luque. C/ Josefa Valcárcel 28 · 28071 Madrid. Tel.: 91 301 83 82. Fax: 91 301 77 11. Correo electrónico: [jcluque@dgt.es](mailto:jcluque@dgt.es)

---

---

Los centros de reconocimiento de conductores tienen como objetivo valorar las aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar el permiso o licencia de conducción, de acuerdo a la norma española vigente al respecto. Esta norma, armonizada en el contexto europeo, incluye como causas de limitación y/o exclusión de la autorización para la conducción, el consumo de sustancias, su abuso y su dependencia.

En la ponencia se expone, en primer lugar, el procedimiento y la normativa actualmente existentes en España y en el contexto europeo respecto a la evaluación médica de conductores. Asimismo se presentan los proyectos en marcha promovidos por la Administración y dirigidos a mejorar la capacidad de cribado de estos centros.

A través de los centros de reconocimiento es posible conocer las pautas de consumo de sustancias entre los conductores españoles. Seis de cada diez conductores son bebedores semanales y dos de cada diez lo son diarios. Además, existe evidencia de que el uso de procedimientos de cribado de uso de sustancias, adecuadamente protocolizados, en los centros de reconocimiento de conductores, permite hallar prevalencias de consumo de alcohol similares a las halladas en ámbitos clínicos (atención primaria) con similares instrumentos. Un 1,6% de los conductores cumple criterios de abuso alcohólico y un 2% sufre abuso, dependencia o trastorno inducido por alcohol.

A pesar de estas posibilidades de prevención, pocas son las iniciativas en marcha para utilizar los centros de reconocimiento de conductores en la prevención y control de los accidentes relacionados

con el consumo de sustancias. En la ponencia se presentan los datos disponibles de la participación de centros de reconocimiento de conductores en proyectos nacionales y europeos al respecto y se discute el papel y las perspectivas de futuro de estos centros en la prevención de la accidentalidad vial relacionada con el alcohol.

**PALABRAS CLAVE:**

Accidentes de tráfico; Conducción de vehículos; Alcohol.

---

---

## ¿Es viable el tratamiento simultáneo de la dependencia al alcohol y al tabaco?

**ANTONI GUAL, GEMMA NIEVA, LLUISA ORTEGA.**

Unidad de Alcoholología de la Generalitat. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico. Barcelona.

---

---

Entre el 80% y el 90% de los alcohólicos son fumadores. Se ha preconizado que los alcohólicos tienen un mayor grado de dependencia de la nicotina y por tanto mayores dificultades para dejar de fumar. Múltiples estudios concluyen que la severidad de la dependencia nicotínica y por tanto, una mayor proliferación de la sintomatología debida a la abstinencia, no se traduce en una menor predisposición para dejar de fumar, sino que la mayoría de los alcohólicos fumadores quieren dejar el tabaco. Sin evidencia científica suficiente, muchos profesionales han considerado que el tratamiento antitabáquico en alcohólicos recientemente desintoxicados o abstinentes provoca recaídas etílicas. Por ello, habitualmente se pospone el tratamiento para dejar de fumar hasta el momento en que la abstinencia alcohólica está más consolidada (a los 12 meses). Este postulado ha sido puesto en cuestión por algunos estudios que muestran que tratar el tabaquismo no provoca recaídas alcohólicas y que el tiempo de abstinencia etílica no se relaciona con la abstinencia tabáquica, aunque los resultados del tratamiento antitabáquico son poco alentadores para esta población. Por ello, el objetivo general de este trabajo es primeramente valorar la predisposición de los pacientes alcohólicos que acuden en demanda de tratamiento en una Unidad de Alcoholología de Barcelona para formar parte de un programa con abordaje simultáneo para dejar de fumar y beber. En segundo término, se pretende conocer qué características diferenciales hay entre los pacientes que aceptan recibir ayuda para dejar de fumar además de lograr la abstinencia etílica y los que la rechazan. Para ello se entrevistaron 230 pacientes que acudieron a dicha Unidad del 1 de marzo al 30 de septiembre del 2004. 131 pacientes no cumplían los requisitos para entrar en el estudio en el momento de la entrevista. De los pacientes susceptibles de tratamiento para dejar el tabaco, aceptaron 44 (44,4% sobre la muestra que cumplía criterios y 19,13% del total de pacientes que acudieron a la Unidad en esas fechas) rechazaron los restantes 55. No se hallaron diferencias significativas entre los pacientes que rechazaron entrar en el programa para dejar de fumar y los que aceptaron, en cuanto a edad, género, estado civil, situación de convivencia, situación laboral, formación académica, categoría laboral y estatus social. Tampoco se encontraron diferencias entre los dos grupos en cuanto al consumo de otras drogas. Los datos actuales permiten concluir que 1 de cada 4 alcohólicos que acuden a tratamiento por su alcoholismo en un centro especializado está dispuesto a recibir ayuda para dejar de fumar además de dejar de beber. El tamaño de la muestra no ha permitido que podamos predecir qué características tiene la población que acepta un tratamiento para dejar de fumar, aunque se observa en las mujeres alcohólicas una mayor tendencia a rechazar el programa de cesación tabáquica.

**PALABRAS CLAVE:**

Alcohólicos fumadores, intervención antitabáquica, dependencia nicotínica, dependencia alcohólica..

---

---

# Experiencia andaluza de calidad en drogodependencias.

**D. JAVIER GUZMÁN CUEVAS.**

Gerente. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias..

Enviar correspondencia a:

D. Javier Guzmán Cuevas. Avda. Hytasa. Edf. Toledo II. Planta 2ª. Oficina 3:

---

---

La Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias es una entidad pública que tiene como finalidad la gestión de programas y centros que presten atención a las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, apoyar la incorporación social y laboral de éstas, así como mejorar su calidad de vida. Esta organización gestiona en la actualidad seis centros.

La decisión de implantar un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9000 nace de la inquietud de tener un marco general que ordene y estructure las actuaciones que se realizan desde diferentes ámbitos de la organización. Se selecciona como Organismo Certificador a AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación). La implantación de este Sistema comprendió diferentes ciclos o etapas.

Entre los objetivos estratégicos de gestión de la Fundación sujetos a evaluación destacan los siguientes:

- Organización enfocada al cliente: los clientes son los usuarios que desarrollan su proceso terapéutico en los centros como los terapeutas de los centros de tratamiento que los derivan.

Esta orientación al cliente exige escuchar sus necesidades y deseos, traducirlos en requisitos, planificar las actividades para satisfacerlos, verificar el grado de satisfacción del cliente y esforzarse por superar sus expectativas. Estos mecanismos son los que permiten que se estructuren mejoras continuas en el sistema, que una vez puestas en marcha, recibidas y evaluadas por los clientes, aportan información sobre si se han satisfecho o no sus necesidades.

- Enfoques a procesos: esto permite evaluar, analizar y mejorar de forma continua el rendimiento de la organización, asegurando una óptima utilización de los recursos y actuación de las personas. La Fundación lleva a cabo una medición y seguimiento de procesos mediante la asociación de indicadores a los mismos, que permiten evaluar la calidad y su progreso en el tiempo.
- Mejora continua: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos. La Fundación mejora continuamente la eficacia de su Sistema de Gestión de Calidad mediante el uso de los resultados de la auditora, el análisis de datos, la política y objetivos de Calidad y las acciones correctivas y preventivas.

En definitiva, "la calidad es un medio que ayuda a realizar un buen trabajo, es por tanto un sentimiento de respeto y de servicio hacia los demás"

## **PALABRAS CLAVES:**

Sistema, Gestión, Calidad, Cliente, Proceso, Mejora continua.

---

---

# Intervención con menores consumidores bajo sistemas de protección.

**M<sup>a</sup> NIEVES HERRERO YUSTE.**

Gerente. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias..

Enviar correspondencia a:

M<sup>a</sup> Nieves Herrero. Departamento de Reinserción del Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. Carrera de S. Francisco, 16. 28005 - MADRID:

---

---

Los menores que se encuentran bajo sistemas de protección constituyen un grupo de riesgo importante en lo que al consumo de drogas se refiere. La relación que mantienen con el alcohol y las demás drogas va desde el consumo más o menos ocasional hasta situaciones de abuso frecuente cuando no de una clara dependencia. En cualquier caso el consumo de drogas supone otra conducta de riesgo importante que dificulta los procesos de tratamiento o de rehabilitación e integración social de este colectivo. Es necesario, por lo tanto, poner en marcha medidas que permitan una detección e intervención precoces, así como articular sistemas de coordinación entre los centros de menores y las redes de atención a las drogodependencias, encaminadas a ofertar un tratamiento integral y adecuado a las características particulares de los menores.

Las líneas de actuación prioritarias son las siguientes:

- **Detección precoz de los consumos:** Generalmente, cuando se trata de menores bajo sistemas de protección, se tiende a minimizar la importancia del consumo de alcohol o de otras drogas salvo que se trate de consumos importantes o llamativos. La búsqueda de ayuda o tratamiento especializado se reserva en muchas ocasiones para los casos más problemáticos, es decir, cuando el consumo de drogas constituye un problema grave en sí mismo. La detección y la intervención precoz es fundamental. La estrecha coordinación entre los equipos especializados en drogodependencias y los centros de protección puede facilitar de modo importante la detección precoz de los consumos, proporcionando información acerca de conductas o síntomas observables en los menores que puedan dar la pista sobre consumos más o menos incipientes. La realización de tests o analíticas toxicológicas no siempre constituyen una medida adecuada, pero, en cualquier caso la coordinación inter - servicios puede ayudar a dar la pauta sobre la mejor conducta a seguir en cada situación.
- **Intervención con menores que presentan consumos de riesgo:** El riesgo asociado a los consumos de alcohol o de otras drogas no es fácilmente percibido por los menores. El alcohol y el cannabis son considerados casi inocuos, especialmente si se consumen de forma más o menos esporádica. Una tarea importante ante esta situación, será por lo tanto lograr que el menor tome conciencia de los riesgos que para su salud y su seguridad pueden tener los consumos de drogas, aunque no pueda hablarse de una clara situación de drogodependencia. Se trata de un trabajo educativo y terapéutico a la vez que debe ser desempeñado por personas (educadores, terapeutas especializados en drogodependencias) que gocen de un valor como fuentes fiables de información para los menores. Siempre es importante trasladar al menor la responsabilidad sobre su propia conducta y los efectos de la misma para su salud y la de los otros.
- **Tratamiento de menores drogodependientes:** Cuando existe una situación clara de drogodependencia en un menor, la intervención de los centros especializados es imprescindible, si bien es importante tener en cuenta algunos matices:
  - o Los centros de menores pueden ser el marco idóneo para realizar un apoyo al tratamiento y una labor de contención que resulta absolutamente necesaria para conseguir un buen resultado. Por lo tanto, las actuaciones desde los centros especializados en drogodependencias deben ser lo más puntuales. La coordinación entre estos equipos y los profesionales de los centros de menores constituye el modo más adecuado de actuación.



- o La existencia de grupos terapéuticos para menores consumidores en los centros de drogas, pueden constituir una importante herramienta terapéutica, que facilita la contención en situaciones de crisis y la adhesión al tratamiento.
  - o Los educadores u otros profesionales especializados en el trabajo con adolescentes adictos son las personas indicadas para hacer el vínculo personal con el menor proveniente de un centro de protección, vínculo que resulta absolutamente imprescindible para mantener el tratamiento.
  - o El trabajo paralelo con la familia del menor es siempre un tema importante, que puede facilitar el propio proceso de tratamiento así como la integración familiar y social.
  - o Si tratamiento e integración social son siempre las dos caras de un mismo proceso, cuando se trata de menores, esto resulta especialmente claro. La utilización adecuada de recursos de todo tipo (educativos, ocupacionales, lúdicos, de capacitación para el empleo, etc.) supone siempre un importante apoyo a los procesos de tratamiento e integración social de los menores consumidores.
- Por último, señalar la importancia de la **formación, asesoramiento y apoyo mutuo continuado entre los equipos de menores y los equipos especializados en drogodependencias** como clave del éxito o del fracaso de las actuaciones con menores de centros de protección con problemas de drogodependencias.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Menor, consumo, abuso, drogodependencias.

---

## **Identidad de género, uso de drogas y violencia de género.**

**J. J. LLOPIS\*, A. CASTILLO\*\*, M. REBOLLIDA\*\*, P. STOCCO. IREFREA.\*\*\*\*.**

\*Universitat Jaume I. UCA, Castellón.

\*\*Irefrea.

\*\*\*\* Grupo Europeo Adicción e Identidad de Género. Irefrea

---

#### **METODOLOGÍA**

El Grupo de Estudios IREFREA sobre Toxicomanía e Identidad de Género revisa los datos referidos a malos tratos en mujeres adictas a opiáceos de seis países europeos, tras seis años de investigación centrados en diferentes aspectos cruciales para entender la adicción en relación con la identidad de género.

La metodología simultanea técnicas cuantitativas y cualitativas epidemiológicas mediante selección al azar de los sujetos a estudiar, investigaciones cualitativas con técnicas de *focus group* de mujeres adictas y de informadores clave, estudios delphi con grupos de expertos.

Presentamos los resultados cuantitativos de las variables que relacionan malos tratos y/o abuso sexual con la evolución de la adicción a opiáceos en la mujer, junto a los aspectos cualitativos del mismo.

#### **OBJETIVOS**

- ▲ Conocer la incidencia y características de los malos tratos y abusos sexuales entre las mujeres adictas.
- ▲ Divulgar un conocimiento de la realidad de la mujer drogodependiente que suele quedar oculto en las estadísticas oficiales.

- ▲ Poder planificar estrategias que mejoren la evolución de la mujer adicta contemplando el abuso sexual y los malos tratos como factor de riesgo y mal pronóstico.

## RESULTADOS

- ☞ Incidencia de abuso sexual ( 55.5%) y malos tratos (66%) entre las adictas europeas estudiadas muy superior a los datos de población femenina general (20-25%).
- ☞ El abuso sexual a adictas se produce a cualquier edad. Predomina la edad adulta (18 y 30 años), una vez instaurado el consumo de drogas o la adicción.
- ☞ El abuso sexual en la infancia aparece como factor determinante en la aparición de Trastornos por Estrés Postraumático y en el desarrollo de Adicción.
- ☞ Los malos tratos a las adictas se producen dentro de un ambiente familiar desadaptado. Se inician en el seno de la familia de origen protagonizados por el padre o los hermanos, para continuar en el seno de la pareja con el varón adicto protagonista de la mayor parte de malos tratos y violencia sexual.
- ☞ Encontramos grandes diferencias en la incidencia de maltrato sexual y físico entre las adictas de los seis países estudiados. Mayor incidencia de malos tratos en España (84%) y abuso sexual en Francia (80%). Los más bajos porcentajes los presentan Francia en malos tratos (56%) e Italia en abuso sexual (29%).
- ☞ La violencia sexual sobre la adicta presenta características especiales: violencia ejercida en relaciones sexuales sin protección, en el propio acto de administración de la droga, y en la circunstancia de que, tras su pareja, quienes mayormente ejercen el maltrato son personas desconocidas que en el contexto de la conducta adictiva abusan de la adicta, reflejando de papel de sumisión adoptado por la drogodependiente y la dominación del varón en todas las esferas de su relación social.
- ☞ Dependencia relacional o afectiva, inseguridad ante el futuro, bajo nivel educativo, insuficiente capacitación laboral, dependencia económica provocan incapacidad para la toma de decisiones autónomas. El resultado es una conducta de subordinación ante el hombre, habitualmente sucesivas parejas de adictos, que mantiene la espiral de violencia en la que sobrevive la mujer drogodependiente desde su infancia.

## PALABRAS CLAVE.

Adicción a Opiáceos, género, abuso sexual, malos tratos.

---

---

# Fundamentos clínicos del PAIME y dificultad de atender a los profesionales sanitarios enfermos.

**DRA. M<sup>a</sup> PILAR LUSILLA PALACIOS.**

Jefe Clínico de la Unidad de Hospitalización del PAIME. Barcelona.

Enviar correspondencia a:

M<sup>a</sup> Pilar Lusilla Palacios. Via Augusta 229, bajos. 08021- Barcelona · e-mail: plusilla.paimm@comb.es

---

---

Desde el momento en que un futuro médico entra en la Facultad de Medicina, el aprendizaje que realiza desde entonces es doble. Por un lado aprenderá las materias necesarias para el correcto ejercicio de la profesión y por otro a desarrollar ciertas capacidades que le permitan ejercer el "rol de médico". A partir de ahí, el médico aprende básicamente a ayudar, pero también a "prepararse" lo mejor posible, a sacrificar su tiempo por el estudio o las prácticas, a posponer sus actividades de ocio y a ser competitivo. Lo que es más difícil que el médico aprenda, es que él mismo es una persona que afronta cada día muchos retos, que la profesión puede ser absorbente o agotadora y que no siempre obtiene las gratificaciones que espera por el esfuerzo invertido.

En este contexto, los médicos afrontan hoy día además una situación de cambio: la salud es entendida como un derecho y no un privilegio, la medicina es cada vez más técnica, los pacientes desean obtener cada vez más información sobre su proceso, las críticas sobre actos médicos están aumentando y la autonomía de los médicos disminuyendo.

Todos estos condicionantes pueden influir en el desarrollo de estrés. La literatura recoge el elevado nivel de burn-out y estrés que presentan los profesionales de la sanidad, y la alta incidencia de trastornos por consumo de alcohol y afectivos comparados con la población general. Es por todo esto que la actitud del médico deberá cambiar también y de la misma forma que está dispuesto a cuidar a los demás debe aprender a cuidarse a sí mismo o a pedir ayuda caso de que por sí solo no pueda solucionar sus problemas de salud.

No obstante esto no es tarea fácil para el médico que se encuentra en esta tesitura, padeciendo un trastorno afectivo o un problema de consumo de tóxicos. Diferentes factores pueden dificultar el acceso a la ayuda tan necesaria: desde factores personales como la autosuficiencia y la automedicación, pasando por el miedo a la estigmatización y a la pérdida de la credibilidad y del empleo y, especialmente, la dificultad del médico a colocarse en el rol de enfermo. Todas ellas son barreras que colocan al profesional sanitario de forma paradójica en inferioridad de condiciones en comparación con la población general para acceder a un tratamiento adecuado.

El PAIME es un programa desarrollado y tutelado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona bajo los auspicios del Departamento de Sanidad de la Generalitat y del Consejo General de Colegios de Médicos de Catalunya que proporciona asistencia desde 1998 a médicos afectados de patología psíquica y/o conductas adictivas al alcohol y otros tóxicos incluidos los psicofármacos. Desde el año 2000, se presta la misma asistencia a personal de enfermería.

El objetivo del PAIME es la rehabilitación y la vuelta al trabajo de los colegiados, y, como un programa colegial, garantizar la buena praxis de los mismos. Todo ello en un marco de estricta confidencialidad que facilita el acceso y el tratamiento de los pacientes.

Pero el PAIME, es además un reto para el propio sistema de salud debido a que la asistencia del profesional sanitario presenta unas peculiaridades intrínsecas.

En la ponencia presentada se explicitan las características clínicas de los pacientes atendidos en el programa en los seis primeros años de funcionamiento, se analizan las principales dificultades que subyacen en la atención a los médicos enfermos y la forma en cómo pueden ser superadas así como los resultados obtenidos una vez que los pacientes asumen la necesidad de tratamiento.

## **PALABRAS CLAVE:**

Médico enfermo, médico adicto, burn-out, programas para médicos.

Sick physician, impaired doctor, burn out, physician healthcare, physicians health program.

---

---

# Dopaje VS adicción.

**PEDRO MANONELLES MARQUETA.**

Especialista en Medicina del Deporte.

Enviar correspondencia a:  
Pedro Manonelles Marqueta. Avda. de Movera nº 420-14. 50194 Zaragoza.

---

---

Algunos deportistas, con el fin de mejorar su rendimiento deportivo, utilizan técnicas prohibidas que se denominan dopaje.

El dopaje tiene diversas consideraciones pero la más importante es la utilización de sustancias incluidas en el listado que periódicamente establece la Agencia Mundial Antidopaje.

La OMS entiende por adicción, conducta adictiva o drogodependencia el estado de intoxicación producido por el consumo repetido de una droga caracterizado por el deseo de seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, la tendencia a incrementar la dosis, la dependencia física y generalmente psicológica y la aparición de efectos nocivos para el individuo o la sociedad.

El deportista, que no vive ajeno a la sociedad, puede ser un adicto en el sentido convencional de la palabra, pero lo que plantea este trabajo es si el dopaje constituye una forma de adicción a determinadas drogas o no. Entre el amplio catálogo de sustancias prohibidas se encuentran algunas con potencial adictivo, consideradas como drogas por diversas clasificaciones, como el alcohol, el cannabis, los analgésicos narcóticos y los estimulantes. También se ha descrito potencial adictivo de otras sustancias como los esteroides anabolizantes androgénicos.

Las conductas adictivas a estas drogas tienen consecuencias muy marcadas sobre la salud y hacen difícil pensar que el deportista con niveles razonables de rendimiento pueda ser un adicto. En general, el deportista de cierto nivel sitúa su práctica deportiva entre las actividades más importantes de su vida y, si su nivel es elevado, será la actividad a la que preste más dedicación. Este concepto es, prácticamente, incompatible con la drogodependencia, que se caracteriza por ocupar una gran parte de la vida diaria y porque la adicción llega a comprometer generalmente la capacidad de trabajar, estudiar o relacionarse normalmente y, con toda seguridad, de rendir a un nivel físico moderado o alto.

El deportista tiene como objetivo fundamental conseguir resultados deportivos. Es muy consciente de que para conseguir sus objetivos deportivos debe seguir unas pautas bien conocidas. El deportista que se dopa lo hará para mejorar sus resultados y dejará de hacerlo si comprueba que éstos disminuyen.

Por otra parte, la descripción de la denominada personalidad adictiva, caracterizada por una baja autoestima, inmadurez, facilidad para la frustración, dificultad de resolución de problemas personales, introversión, tendencia a la depresión, se aleja bastante de las personalidades de los deportistas que se caracterizan por aspectos contrarios a los descritos.

Analizando los efectos de las drogas se puede entender su uso en deportistas. La alteración de la coordinación, disminución de los reflejos y afectación del rendimiento, tanto físico como psíquico, hacen prácticamente incompatible el deporte con la adicción al alcohol.

El hallazgo de 378 resultados de cannabinoides de los 2716 resultados positivos (13,9%) encontrados en los controles de dopaje en el año 2003 (151.210 muestras analizadas en el mundo), hace suponer una elevada utilización y la existencia de tendencias adictivas de estas sustancias, de las que no están claros sus efectos ergogénicos, entre deportistas. No obstante no se puede descartar consumo ocasional debido a que su presencia es detectable hasta tres meses después de su consumo.

Se encontraron 26 narcóticos (22 por morfina) en los controles de dopaje. Suponen menos del 1% de los resultados positivos. Esto sugiere una baja utilización de narcóticos con fines dopantes y que no existen conductas adictivas en los deportistas, considerando la intensa dependencia física y psicológica y la tolerancia que provocan los narcóticos.

Por lo que respecta a los estimulantes se encontraron 516 positivos en los controles de dopaje en el año 2003. Suponen el 19% del total de positivos y las sustancias encontradas con más frecuencia fueron pseu-

doefedrina (199), efedrina (100), cocaína (48), anfetamina (43), cafeína (39), MDMA (9). Es difícil valorar usos adictivos porque su uso en deporte de competición suele relacionarse con momentos puntuales para conseguir una intensa estimulación.

A la luz de los datos actuales, es difícil pensar en hábitos de drogadicción generalizados y secundarios al uso de sustancias dopantes en deportistas, a excepción de casos puntuales. Cabría decir que, en deporte de rendimiento moderado-alto, el uso de drogas se hace mayoritariamente con fines dopantes y no de drogadicción.

**PALABRAS CLAVE:**

Dopaje, adicción, deporte.

---

---

## **Ante la conclusión de derechos: las paradojas éticas del consumo y del control de drogas\*.**

**EUSEBIO MEGÍAS VALENZUELA.**

Especialista en Medicina del Deporte.

Enviar correspondencia a:

Eusebio Megías Valenzuela. FAD. Avda. Burgos, 1 y 3. Madrid 28036. Tfno: +91 302 4045.

---

---

1. Los mecanismos de control de la oferta y del consumo de drogas forman parte esencial de las políticas internacionales en la materia y del debate sobre las mismas. Por un lado, hay evidencias empíricas de que la fácil accesibilidad y la "buena imagen" de las drogas contribuyen a incrementar el número de consumidores, aumentando el nivel de riesgo global. Por otro, también son innegables los efectos perversos de las políticas, señalados por voces críticas con los mecanismos prácticos de control.
2. El control de la oferta y del consumo de drogas está constituido por una serie de mecanismos, individuales y sociales, destinados a la ordenación de los comportamientos personales y colectivos y al establecimiento de límites a esos comportamientos; teóricamente, con dos objetivos fundamentales: la conciliación de los diferentes modos de vida y de las distintas posturas que, en relación con los usos de drogas, pueden darse en nuestras sociedades, y la protección del bien común, de la seguridad de todos y cada uno de los miembros de estas sociedades, en especial de los más vulnerables.
3. Estos dos objetivos atraviesan transversalmente todos los planteamientos de control, teniendo mayor o menor relevancia en función del tipo operativo del mismo.
4. Para la protección del bien común y de la seguridad son más precisos mecanismos de control de carácter coercitivo (presentes en las normas jurídicas). Para la ordenación de las diferentes posturas relacionadas con la voluntad de las personas y con la gestión autónoma de sus vidas, es preciso apelar a la exhortación y a la promoción y crítica de valores éticos y sociales.
5. El control es siempre, en consecuencia, un proceso dinámico que busca simultáneamente ambos objetivos, y que se materializa a través de fórmulas de articulación de los distintos tipos de controles: el autocontrol, el control cultural o ritual y el control normativo y legislativo (cuya expresión máxima sería el control penal).

---

\* Este Resumen reproduce las conclusiones del capítulo "El control de la oferta y del consumo de drogas", redactado por Eusebio Megías, de la Obra Colectiva "CONSUMO Y CONTROL DE DROGAS: reflexiones desde la ética", editada en 2004 por FCS y FAD

6. En teoría, el predominio de una u otra de estas fórmulas debe venir dada por la relevancia del bien a defender, por la complejidad del contexto social en el que se desenvuelva el comportamiento y por el fracaso de fórmulas más simples. Expresado de otra manera, en el conflicto entre libertad y seguridad, la protección de la seguridad debería garantizarse a través de fórmulas que sólo supusieran limitaciones a la libertad en la medida en que resultase imprescindible.
7. A lo largo del siglo XX se ha sustituido el tradicional control social difuso del abuso de drogas por controles jurídicos cada vez más vigorosos, inicialmente fiscales, luego administrativos, surgiendo más tarde un control penal que, si bien en un principio se vio como complementario de los anteriores, más tarde, a partir de los años 70, ha adquirido un fuerte protagonismo.
8. Una sociedad que quiera ser madura debería contemplar el horizonte del autocontrol como el fundamental. No obstante, cuanto más complejas resulten las sociedades y cuanto más plurales sean los valores de sus miembros, más se precisará de formas externas de control de los comportamientos. Las fórmulas culturales o rituales, más respetuosas con la libre opción de los grupos y menos positivamente impuestas, tienen el carácter de mecanismos intermedios de control entre la libre autogestión y los sistemas externos de control normativo o coactivo.
9. La normativa penal, en la medida en que resulta ser la más extrema y puesto que inevitablemente tiene unas consecuencias importantes para el individuo, debería estar reservada a la protección de los bienes más incuestionables y ser utilizada sólo en la medida en que resulte imprescindible.
10. En cualquier caso, la diversidad de objetivos de control de la oferta y del consumo de drogas, la multiplicidad y variabilidad de los riesgos a enfrentar, la movilidad social y los dinamismos culturales, hacen que la articulación razonada de las diversas fórmulas operativas de control tengan que ser revisadas en cada momento histórico.

**PALABRAS CLAVE:**

Drogas, consumo, control, bioética.

---

---

## La prevención basada en la evidencia científica.

**IVÁN D. MONTOYA.**

Enviar correspondencia a:

Iván D. Montoya. Clinical Director, Pharmacotherapies and Medical Consequences Grants. Division of Pharmacotherapies and Medical Consequences of Drug Abuse. NIH - National Institute on Drug Abuse. 6001 Executive Blvd. Room 4143. Bethesda, MD 20982. Phone: 301-443-8639. Fax: 301-443-2599  
E-mail: imontoya@mail.nih.gov

---

---

### RESUMEN

El abuso de drogas puede iniciarse en personas de cualquier edad; sin embargo, los jóvenes parecen ser más susceptibles al abuso de drogas y sus efectos pueden tener consecuencias devastadoras a corto y a largo plazo. El objetivo de la prevención del abuso de drogas es evitar que los individuos, particularmente los jóvenes, se expongan por primera vez al consumo de drogas (prevención primaria) o evitar la progresión hacia la adicción en quienes ya experimentaron el uso. Desde la perspectiva del Instituto Nacional sobre Drogas de los Estados Unidos (NIDA), el uso de cualquier droga ilícita o el uso inapropiado de las drogas lícitas se considera abuso de drogas.

Recientemente se han realizado importantes investigaciones acerca de los factores de riesgo y protección del consumo de drogas, evaluaciones científicas de la eficacia de programas de prevención y estudios del costo-beneficio de los mismos. Los resultados de estas investigaciones han permitido el desarrollo de principios básicos de prevención basados en la evidencia que están siendo ampliamente divulgados por el NIDA. Estos

principios sugieren que los programas de prevención deberían propender por mejorar los factores de protección y reducir los factores de riesgo. Se ha encontrado que el riesgo de convertirse en un abusador de drogas esta en relación con el número y tipo de factores de riesgo y protección; los cuales van cambiando según la edad, genero, raza y condiciones socio-económicas del individuo. La intervención temprana sobre estos factores puede tener un impacto mayor que si se hace en forma temprana y los programas deberían desarrollarse a largo plazo con intervenciones repetidas de refuerzo con el fin de fortalecer las metas preventivas.

Los programas pueden orientarse hacia la prevención del consumo drogas en general o de algunas drogas en particular, por ejemplo drogas legales (e.g., alcohol y tabaco), drogas ilegales (e.g., heroína y cocaína) o al uso indebido de medicamentos de prescripción (e.g., tranquilizantes o analgésicos opiáceos). Los programas pueden ser dirigidos a las familias, ambientes escolares, o la comunidad en general. Los programas dirigidos a familias deberían ofrecer las herramientas para fomentar la unión familiar, fortalecer las relaciones entre los miembros de la familia, fomentar el monitoreo de las actividades de los hijos y la disciplina con afecto, e incluir educación acerca del abuso de drogas. Los programas de prevención a nivel escolar deberían enfocarse en el fortalecimiento de habilidades para evitar el consumo de drogas tales como auto-control, conciencia emocional, apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros y mantener el compromiso de los jóvenes contra el abuso de drogas.

Durante la mesa redonda se discutirá el desarrollo científico de la investigación en el área de prevención primaria del consumo de drogas al igual que los hallazgos más sobresalientes y su utilidad práctica en la implementación de programas de prevención a nivel familiar, escolar y comunitario.

---

---

## **Marco legal en la intervención con menores consumidores .**

**ANTONIO MORENO DE LA SANTA LIMIA.**

Magistrado Juez especialista en Menores. Juzgado de Menores de Ciudad Real.

---

---

Se expone la intervención específica que, dentro de la normativa legal y con los recursos de todo tipo con los que se cuenta, se realiza actualmente con los menores infractores que, además, son consumidores.

### 1.- Introducción:

- La minoría de edad como fase vital del individuo.
- La minoría de edad como fundamentos de derechos y libertades.
- La minoría de edad como justificación de especial protección legal.
- Concepto de minoría de edad. Minoría de edad a efectos penales.

### 2.- Normativa legal aplicable:

- Normativa internacional.
  - o Declaración Universal de los derechos del Niño.
  - o Convención de los derechos del Niño.
  - o Reglas de Beijing.
  - o Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil.
  - o Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre medidas no privativas de libertad.
  - o Recomendación 20 del Comité de Ministros del Consejo de Europa.

- Normativa estatal.
  - Constitución Española.
  - Ley Orgánica 5/2000 reguladora de la Responsabilidad Penal de los menores.
  - Código Penal y Ley de Enjuiciamiento Crimino.l
- 3.- Separación de la competencia en materia de protección y reforma de los menores. Fundamento y problemática.
- 4.- Principios inspiradores:
- El "interés del menor" como eje superior en la intervención penal con los menores. Consecuencias
    - a) conocimiento del menor y su medio.
    - b) flexibilización de la norma.
    - c) adecuación temporal de la intervención individualizada.
  - naturaleza sancionadora-educativa.
  - el menor como titular de derechos y de garantías.
  - oportunidad, intervención mínima y no proporcionalidad.
  - especialización de los intervinientes.
  - adecuación del proceso al menor: rapidez y sencillez.
- 5.- Breve idea del Procedimiento de la Ley Orgánica 5/2000
- Fase inicial, desistimiento.
  - Fase instructora:
    - a) intervención del Ministerio Fiscal.
    - b) informe del equipo técnico del Juzgado de Menores.
    - c) informes de terceros.
    - d) acusador particular.
    - e) finalización: mediación, reparación y conciliación.
  - Audiencia: intervinientes, finalidad y desarrollo.
  - Sentencia. Recursos.
  - Fase de ejecución. Medidas: actuación y control judicial. Suspensión del fallo, modificación de las medidas y su sustitución. Finalización de las medidas.
- 6.- Problemática específica respecto de menores consumidores.
- a) prevención especial.
  - b) detección precoz.
  - c) evaluación y diagnóstico.
  - e) tratamiento individualizado.
  - f) Centros y recursos en materia de menores consumidores.
  - g) Delincuencia juvenil relacionada con el consumo: supuestos más comunes.
- 7.- Medidas judiciales a imponer a los menores consumidores.
- Medidas cautelares: finalidad.
  - Estudio de las medidas terapéuticas.
    - a) como medida única o como complemento a otras.
    - b) internamiento terapéutico: contenido
    - c) tratamiento ambulatorio: contenido
    - d) Libertad vigilada: contenido
    - e) otras
  - Reglas de conducta
  - consentimiento del menor, padres, tutores o representantes legales
  - Imposición de otras medidas con el complemento de actuación en materia de consumo



---

---

# Nuevas terapias en adicciones.

**FRANCISCO PASCUAL ORTEGA FELIPE.**

Enviar correspondencia a:

Francisco Pascual Ortega Felipe. Psicólogo del Equipo de Atención a Drogodependencias. C/ Miguel López de Legazpi, 2. 02005 - Albacete. Tfno/fax 967 21 52 76..

---

---

Dentro del panorama actual de la terapia de conducta, han surgido recientemente con base en el conductismo radical, y el análisis de la conducta clínica nuevas formas de hacer terapia y de entender los problemas psicológicos. Estas "nuevas" terapias son la Terapia de Conducta Dialéctica (DBT, Linehan, 1993), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Será de esta última de la que nos ocuparemos en la presente ponencia.

La Terapia de Aceptación y Compromiso es un tratamiento psicológico con orientación conductista radical, analítico funcional y estructurada en el contextualismo funcional. Tal y como estas filosofías indican, la base está en el análisis funcional de la conducta. En concreto en ACT, se hace un análisis funcional del papel que juega el lenguaje en los problemas psicológicos. Además ACT hace un análisis cultural del sufrimiento humano, y de cómo el lenguaje influye en este sufrimiento. Es un tratamiento orientado de forma explícita hacia los valores personales del cliente, entendidos éstos como acciones, es decir, cómo cosas que hace el cliente, y que son importantes para su vida, en tanto en cuanto supondrán contingencias de reforzamiento simbólicas que mantendrán y/o provocarán los cambios conductuales desde el cambio de los contextos verbales de los eventos privados, y no desde la modificación de la topografía de los eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, etc).

En el análisis de los problemas psicológicos lo importante de estos desde un punto de vista funcional, no es su topografía sino la función que dicho trastorno cumple en la conducta del individuo. Así, muchos de los trastornos que se encuentran en las clasificaciones sindrómicas (DSM y CIE) cabrían bajo lo que se ha denominado como Trastorno Evitativo Experiencial (TEE) (Luciano y Hayes, 2001; Hayes et al, 1999; Wilson y Luciano, 2002): "El TEE cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (...) y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o la frecuencia de tales experiencias como las condiciones que las generan" (Luciano y Hayes, 2001). De esta forma el TEE conforma una clase funcional (conjunto de respuestas que cumplen la misma función) evitativa, cuyo fin último es la evitación de los eventos privados. La evitación experiencial ha sido identificada explícitamente en abuso de sustancias (Hayes et al, 2002; Luciano et al, 2001; Marlatt, 1994; Wulfert, 1994). ACT es una terapia que se encarga del tratamiento del TEE, para lo que se ha basado en el análisis de la conducta verbal desde la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

En concreto en el ámbito del consumo de sustancias se han realizado estudios experimentales así como estudios de caso, que han llevado a desarrollar un protocolo de actuación específico para el tratamiento de policonsumidores en los programas de mantenimiento con metadona (Wilson, Gifford y Batten, 2004).

Durante la ponencia se desarrollará una visión general de la ACT así como su aplicación en el tratamiento de pacientes consumidores de alcohol, cocaína y policonsumidores.

## **PALABRAS CLAVE:**

Terapia de Aceptación y Compromiso. Trastorno Evitativo experiencial. Consumo de sustancias. Alcohol. Metadona. Cocaína.

---

---

# Papel de la administración pública Castellano-Manchega en el abordaje del PAIME.

**RAFAEL PEÑALVER CASTELLANO.**

Secretario General del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

---

---

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001/2010 y el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000/2004, así como el nuevo Plan de Salud Mental, reconocen las posibilidades de mejora del proceso de atención a los grupos de población más vulnerables, al progreso de la competencia profesional y a la atención de los problemas de drogadicción, alcoholismo y enfermedades mentales. Igualmente reconoce que las personas con problemas severos de salud mental tienen en su mayoría discapacidades que afectan gravemente a su vida laboral lo que en el caso de la población médica por sus especificidades adquiere una relevancia especial. Estos objetivos planteados en el Plan coinciden con las líneas de actuación de los Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha en relación con sus colegiados.

Para realizar una atención integral al médico enfermo en los problemas objeto de atención, teniendo en cuenta las características laborales y sanitarias específicas así como los condicionantes especiales del profesional sanitario ante los mismos, es recomendable la implantación de mecanismos especiales de tratamiento como han demostrado experiencias realizadas en nuestro país pioneras en el mundo.

Con la experiencia acumulada se ha podido constatar que cuando se establece para estos profesionales, enfermos y en ejercicio, una vía de acceso confidencial a un dispositivo asistencial especializado y específico, bien ellos mismos, o bien las personas de su entorno familiar y/o laboral piden ayuda, siendo fundamental el papel de los Colegios en la facilitación del acceso y gestión de estos apoyos.

Fruto del **Acuerdo firmado entre el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y los Colegios Oficiales de Médicos de Castilla-La Mancha, para el desarrollo de un programa de atención integral al médico enfermo en ejercicio en Castilla-La Mancha**, surge la disposición para dar cumplimiento a una serie de actividades que se tramitan en las cláusulas que a continuación se detallan:

**1ª** El Programa de Atención al Médico enfermo, firmado por los Colegios de Médicos de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo, en colaboración con el SESCAM, se destina a procurar una atención específica para los médicos que trabajan para el SESCAM..

**2ª** El Programa también incidirá en el ámbito de formación y asesoramiento en dichas materias, a fin de fomentar acciones preventivas desde la óptica de la salud pública que impida o limiten las conductas de riesgo de los profesionales de la medicina afectados por estas enfermedades.

**3ª** El Programa, dentro del campo de la medicina de la empresa, colaborará con las entidades proveedoras de servicios del SESCAM con la finalidad de impedir o limitar los riesgos indeseables de una mala práctica de la medicina por estos motivos.

**4ª** El SESCAM contribuirá en la financiación del Programa de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias y con las cuantías máximas siguientes:

Año 2004	72.000 €
Año 2005	144.000 €
Año 2006	144.000 €

En todo caso y para que esta previsión sea efectiva, se procederá a la tramitación del correspondiente expediente plurianual de reserva de crédito.

El funcionamiento de este Programa se ajustará a los objetivos asistenciales y de gestión previamente acordados con los Colegios. Creándose una Comisión Mixta de seguimiento del Convenio con la finalidad de velar por el cumplimiento de los objetivos del Programa PAIME y de las previsiones de actividad asistencial (y económica) que periódicamente se establezcan para su desarrollo.

La vigencia del Convenio se establece hasta el 31 de diciembre del 2006.

---

---

# La persona en un mundo de drogas.

MARINO PÉREZ ÁLVAREZ.

Universidad De Oviedo (Asturias)

---

---

El tema bajo el título propuesto, *La persona en un mundo de drogas*, tiene al menos dos sugerencias. Por un lado, sugiere el desafío que para la persona pueden suponer las drogas, llevando a un camino de perdición. Por otro, sugiere también el afrontamiento de las drogas que cabe esperar de la persona, haciéndose fuerte ante ellas. En todo caso, la clave para una u otra vicisitud parece estar en un cierto des-equilibrio entre el imperioso deseo de la droga y la fortaleza de la persona. Aunque se trata, en principio, de un pulso entre dos impulsos (la pulsión de la droga y el conato de la persona), el punto está en que el deseo debido a la droga, para quien ha entrado en un proceso de 'intoxicación', es prácticamente insaciable y la fuerza de la persona no parece ser tanta como para no sucumbir a las tentaciones (a juzgar por la terrible súplica dirigida al altísimo de 'líbranos de las tentaciones', como diciendo que no respondemos de lo que pueda pasar ante ellas). No en vano la 'intoxicación' viene a ser el 'cuarto impulso' tras la comida, la bebida y la copulación (Siegel, 1989). No es que la búsqueda de 'intoxicación' sea un objetivo de la vida, pero puede convertirse en el objetivo de una vida. 'Intoxicación' se refiere aquí, a pesar del nombre, al efecto doblemente reforzante, debido al malestar que quita y al bienestar que proporciona. Aun cuando el primero sería un placer negativo, placer es al fin y al cabo (Sissa, 1997/1998).

El problema es que la búsqueda de 'intoxicación' forma parte de la vida cotidiana ('un mundo de drogas'), donde no sólo figuran, sin ir más lejos, el café, el tabaco y el alcohol, sino la medicación para estar 'mejor que bien' (Elliott, 2003). Dicho esto, aun cabría añadir que la 'intoxicación' no sería más anormal que la búsqueda, también prácticamente insaciable, póngase por caso, del amor, la sabiduría o experiencias nuevas (Walton, 2001/2003). Tocante al daño, estas búsquedas también pueden llevar a un camino de perdición y, por contra, la droga no siempre es una ruina. Como quiera que sea, la solución al problema de la droga no está en apartarse del mundo. La cuestión sería tomar drogas, si fuera el caso, pero, en todo caso, no estar tomado por ellas. Si bien estamos constituidos por los deseos, uno debe elegir sus deseos (Sissa, 1997/1998). Aquí reaparece de nuevo la persona.

Ahora bien, la persona se constituye en la dialéctica individuo/sociedad, de manera que cada sociedad tienen las personas que ella misma crea. Si la partida la gana la droga frente a la persona, quiere decir que la sociedad algo está haciendo mal, supuesto que esté de parte de las personas. A este respecto, es de señalar que la persona drogadicta viene a ser el modelo que promueve la no en balde autodenominada sociedad del consumo y del bienestar. En efecto, es condición para el funcionamiento de la sociedad de consumo la preponderancia del deseo sobre la satisfacción, de un modo tal que el deseo de algo (y el ansia por conseguirlo) resulta más gratificante que el objeto mismo, puesto que al tenerlo, por definición, ya no se desea, siendo otro deseo lo que sustituye al objeto previamente deseado. Esta dinámica en la que el deseo del objeto prevalece sobre el objeto del deseo es la propia de 'la ética romántica y el espíritu del consumismo' (Campbell, 1987). Por su parte, la sociedad del bienestar supone 'el deber de ser feliz' y, así, de disfrutar de un estado de 'euforia perpetua' (Bruckner, 2000/2002). El problema es que querer estar en euforia perpetua es una carga más de infelicidad. Consiguientemente, la propia sociedad crea personas propicias para el consumo y, por tanto, no puede sorprender que queden 'enganchadas' o 'colgadas' de su misma dinámica (deseo y euforia).

Puesto que el consumo, incluyendo el de drogas, forma parte de esta sociedad, se requeriría de personas que no se consumaran en el consumo. Por lo que aquí respecta, se apunta a una persona operante (Pérez Álvarez, 2004), con voluntad (se excusa decir que aprendida) y responsabilidad (igualmente aprendida en las contingencias socialmente organizadas al efecto). Mientras se siga haciendo creer a los niños que van a la escuela a divertirse y reciban parabienes por cualquier chorrada que hagan y los adultos crean que la autoestima es cuestión de auto-inyectarse frases halagadoras completamente gratuitas, el balance estará más a favor de las drogas que de las personas.

## REFERENCIAS

- Bruckner, P. (2000/2002). *La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz*. Tusquets.  
Campbel, C. (1987). *The romantic ethic and the spirit of modern consumerism*. Blacwell.

- Elliott, C. (2003). *Better than well. American medicine meets the American dream*. Norton.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Minerva.
- Siegel, R. (1989). *Intoxication: life in pursuit of artificial paradise*. Nueva York: Dutton.
- Sissa, G. (1997/1998). *El placer y el mal. Filosofía de la droga*. Buenos Aires: Manatíal.
- Walton, S. (2001/2003). *Colocados. Una historia cultural de la intoxicación*. Barcelona: Alba.

---

---

## **Tratamiento hospitalario residencial de la adicción a cocaína.**

**ALVARO RIVERA VILLAVERDE.**

Enviar correspondencia a:

Alvaro Rivera Villaverde. Director Médico Clínica Nuestra Señora de la Paz. C/ López de Hoyos 259. Madrid 28043

---

---

Varios estudios publicados, en concreto, el "Drug Abuse Treatment Outcome Studies" (DATOS)<sup>1,2</sup> con estudios de seguimiento a 1 y 5 años, sobre una muestra original de 10.010 pacientes han demostrado la utilidad de los dispositivos de hospitalización en el tratamiento de la adicción a la cocaína. Estos estudios han validado la utilidad de los mismos para niveles adictivos elevados, siendo más coste/efectivos los realizados a nivel ambulatorio para adicciones leves-moderadas. Estos efectos son significativos tanto en el cambio en las pautas de consumo, como en la reducción de actividades ilegales e incremento en los niveles de empleo a tiempo completo.

En el año 2001 se crea en la Comunidad Autónoma de Madrid y financiada por la Agencia Antidroga la primera unidad específica de tratamiento en régimen de hospitalización del paciente cocainómano.

El Centro de Atención Integral al paciente Cocainómano (CAIC), está ubicado en la Clínica Nuestra Señora de la Paz de Madrid perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, teniendo un equipo profesional y un circuito asistencial diferenciado del resto de la clínica. El régimen de funcionamiento trata de incorporar los aspectos positivos tanto de las unidades de desintoxicación hospitalaria como de las comunidades terapéuticas. El tiempo de estancia en el centro es de 3 meses. Los programas terapéuticos son: Programa de Prevención de recaídas, Control de ansiedad/estrés, Psicoeducación, Habilidades sociales, Terapia Ocupacional, Psicomotricidad y Ocio/tiempo libre.

El equipo profesional está compuesto por psiquiatras, psicólogos, médico internista, enfermería, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales y educadores sociales.

Hasta la fecha han sido atendidos 555 pacientes, siendo varones el 80.8%, con una edad media de 32.9 años, solteros el 54.6%, vive con sus padres el 56.7%, nivel socioeconómico medio el 77.4%, estudios básicos el 76.8% y sin antecedentes legales el 50.5%. La vía principal de consumo es la esnifada (43%), seguida de la combinada (39.3%) y en menor proporción la intravenosa (9.6%) y la fumada (8%). El 90 % de los pacientes consumen la cocaína a diario y el 47% en dosis entre 1 y 5 gramos al día. El 38.8% de los pacientes tenían un trastorno de la personalidad asociado. El 49.7% habían tenido ingresos previos en otros dispositivos asistenciales.

Se ha realizado un estudio de las variables asociadas a la previsión de un alta planificada en la unidad. Un 65% han tenido un alta planificada. Las variables asociadas a la misma eran la vía esnifada de consumo, gravedad leve del síndrome de abstinencia, nivel socioeconómico medio y alto, tener actividad laboral, no estar en Programa de mantenimiento con Metadona, no tener consumo actual de heroína, la ausencia de antecedentes legales, no consumir cannabis y ausencia de trastorno de la personalidad. Otras variables que se revelaron como significativamente asociadas a un alta planificada eran un menor número de meses en tratamiento en los CAID/CAD, el no haber tenido ingresos previos en otros dispositivos asistenciales y la ausencia de HIV y Hepatitis B y C.

Las variables que no se asociaron al tipo de alta fueron el sexo, la edad, la edad de inicio de contacto con la cocaína, el estado civil, los estudios alcanzados, la dosis diaria de cocaína, los antecedentes familiares de consumo de sustancias, el consumo asociado de alcohol, LSD, drogas de diseño y anfetaminas y la psicosis asociada al consumo.

**PALABRAS CLAVE:**

Cocaína, Tratamiento, Hospitalización

**REFERENCIAS**

1 - Hubbard RL, Craddock SG, et al. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS) J. of Substance Abuse Treatment 25, 125-134, (2003)

2 - Simpsons DD, Joe GW, Broome KM. A national 5 year follow up of treatment outcomes for cocaine dependence. Arch. Gen. Psychiatry 59, 538-544, (2002)

---

---

## ¿Qué puede aportar una intervención breve en lesionados de tráfico con alcohol positivo?.

**ALICIA RODRÍGUEZ-MARTOS<sup>1</sup>, ELENA SANTAMARIÑA<sup>1</sup>, MERCÈ ESCAYOLA<sup>2</sup>, JOSEP MARTÍ<sup>2</sup>, ANTONI PLASÈNCIA<sup>1</sup>, LUÍS TORRALBA<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Agencia de Salud Pública de Barcelona, <sup>2</sup>Hospital Valle de Hebrón, Barcelona.

---

---

**INTRODUCCIÓN:**

La accidentalidad viaria es atribuible al factor humano en más del 80% de casos. Entre ellos, el alcohol juega un papel destacado. En pacientes traumáticos, tener una alcoholemia positiva es el mejor indicador de un consumo habitual de riesgo. El momento del accidente representa una ventana de oportunidad para identificar a los bebedores que incurrir en riesgos, interviniendo sobre ellos.

El presente estudio se propuso verificar la efectividad de la intervención breve para la reducción del consumo de alcohol en adultos lesionados de tráfico que acudían a urgencias con alcoholemia positiva.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Se trata de un estudio con diseño casi-experimental, con distribución aleatoria entre grupo experimental (IB: intervención breve) y control (IM: intervención mínima) y seguimiento ciego a los 3,6 y 12 meses. Eran población elegible los adultos que acudían al hospital tras haber sufrido un accidente de tráfico en las 6 horas precedentes. El criterio de inclusión en el estudio era la presencia de alcohol, determinada en saliva. A los pacientes positivos se les ofrecía una intervención, realizada sobre el paciente sobrio y consistente en una entrevista motivacional de 15 minutos (IB) o en simple consejo de 5 minutos (IM). Antes de la intervención, el paciente era evaluado mediante el cuestionario AUDIT de identificación de problemas de alcohol, unas escalas de atribución al alcohol y de disposición para el cambio, y un cuestionario ad hoc de conductas y actitudes. El seguimiento del consumo alcohólico se hacía mediante las 3 primeras preguntas del AUDIT (AUDIT-C). La evolución se valoró tomando como indicadores los valores basales del grupo seguido en cada control. Los parámetros estudiados fueron: la puntuación en el AUDIT-C (porcentaje de pacientes que redujo y magnitud del cambio y la reducción), porcentaje de pacientes con un consumo de riesgo (AUDIT-C +) y porcentaje de pacientes que, habiendo sido inicialmente catalogados como bebedores de riesgo, habían dejado de serlo.

Se detectaron 1106 lesionados elegibles. De los 948 en que se pudo determinar la presencia de alcohol, 126 (13,3%, IC 95% [11,1-15,5] ) fueron positivos. Su edad mediana era 26 años, el 88% eran varones y el 63,5% conductores, necesitando ingresar el 33%. Recibieron la intervención 85 pacientes y, al año, se siguieron 57. Las muestras IB e IM, así como las seguidas y perdidas, eran homogéneas. Los resultados fueron analizados por protocolo y por intención de tratar. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS, versión 12.0.

## **RESULTADOS:**

A los 12 meses, con un seguimiento del 67% y analizando los resultados por protocolo, habían reducido consumos el 67% de pacientes, sin diferencias significativas por grupo de intervención. El porcentaje de pacientes con un AUDIT-C positivo (bebedores de riesgo) se había reducido en un 47% y el 62% de los catalogados como bebedores de riesgo al inicio, habían dejado de serlo. La magnitud de la reducción fue de un 56%, entre los pacientes que redujeron, y de un 23%, en el total de la muestra seguida. Según el análisis por intención de tratar, redujeron consumos el 47% y dejaron de ser bebedores de riesgo el 50% de los que lo fueron al inicio. La magnitud de la reducción fue de un 53% en quienes redujeron y un 20% en el total de la muestra.

La evolución al año fue coherente con los seguimientos anteriores, manteniéndose la tendencia a la reducción de consumos y de consumidores de riesgo. No se hallaron diferencias significativas entre IB e IM en ninguno de los parámetros analizados, pero sí una significativa superioridad de resultados en quienes habían puntuado como bebedores de riesgo (AUDIT/AUDIT-C positivos) al inicio, comparados con los AUDIT/AUDIT-C negativos.

## **DISCUSIÓN:**

No se ha comprobado que la IB obtenga mejores resultados que el simple consejo en los lesionados de tráfico con alcohol positivo. El reducido tamaño de la muestra no permite descartar la significación de alguna de las diferencias observadas a favor de la IB. Ambas muestras mejoraron sensiblemente, manteniéndose al año. Posiblemente, tras el impacto del accidente, basta una intervención mínima para obtener un efecto. Aunque los cambios podrían atribuirse al propio accidente y a la evaluación, su mantenimiento y magnitud permiten pensar en un efecto real de la intervención, de la que se beneficiaron significativamente más quienes realmente lo necesitaban (AUDIT/AUDIT-C +). Una intervención, incluso mínima, aprovechando el momento receptivo del accidente, puede aportar notables beneficios a los bebedores de riesgo.

*Estudio subvencionado por FIS (01/0903; GO3/005) y SCT*

---

---

# **Evolución del PAIME en España. Papel de los colegios profesionales. A propósito de la seguridad de los pacientes en su relación con el médico**

**JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDIN.**

Secretario General  
Organización Médica Colegial.

---

---

## **RESUMEN:**

La asistencia sanitaria es una área de extraordinaria complejidad y de gran sensibilidad social a la que es preciso prestar una atención especial y tener en cuenta el nuevo orden en la relación médico paciente donde los enfermos demandan una relación basada en el respeto y la confianza mutua y, en general, más simétrica y satisfactoria (1).

Por otra parte la medicina es la profesión que acumula más cantidad de conocimiento, con un dinamismo científico y tecnológico difícil de superar, con alto nivel de autoexigencia y necesidad de actualización y puesta al día constante, donde se producen a diario agregación de nuevos conocimientos y aplicaciones tecnológicas que se incorporan inmediatamente al ejercicio diario. Sin embargo su ejercicio puede provocar riesgos para la salud del médico lo que condiciona sus actuaciones y en consecuencia puede constituir un riesgo para los pacientes.

El Institute of Medicine de EEUU en 1999, estimó que las muertes anuales por errores y accidentes pudieron ser entre 45-98000, de las que fueron evitables la mitad. En los sistemas sanitarios de la Unión Europea no figuran directamente entre sus prioridades la gestión de riesgos y procesos adversos, limitándose la misma a los dispositivos médicos y a los medicamentos.

Con frecuencia el médico precisa una alta capacidad de adaptación, bien ante la incertidumbre de las situaciones que afrontan, bien ante lo imprevisible o inesperado de las mismas, para lo cual es preciso una fuerza mental y entrenamiento que condiciona las respuestas y los resultados. Todo lo contrario ocurre en caso de que el médico sufra enfermedad mental, estrés, alcoholismo o consuma otros tóxicos. Estudios realizados sobre estudiantes, médicos residentes y especialistas en ejercicio han demostrado que el estrés, la depresión, la ansiedad, el consumo de alcohol, de drogas, la enfermedad mental condicionan la práctica médica, provocan actuaciones individuales incorrectas y es causa de errores médicos.

Los pacientes y los médicos viven e interactúan en una cultura caracterizada por la ira, la vergüenza, la culpa, el miedo, la frustración y la desconfianza con relación a los errores médicos. Los médicos y algunos hospitales históricamente han reaccionado ocultándolos, encubriéndose entre sí, negándose a contestar." Leape et al., 1998.

El papel de los Colegios Profesionales ante este tipo de problemas es asegurar una práctica profesional correcta ante la sociedad, ayudar a los médicos a conseguirlo mediante información útil, actividades formativas y programas de atención a la salud específicos y bajo condiciones de estricta confidencialidad.

El programa de atención al médico enfermo (PAIME), tiene como objetivo velar por el mejor ejercicio profesional y por la seguridad de los pacientes mediante la atención integral a los médicos en ejercicio cuya actuación puede afectar negativamente su práctica profesional por causa de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol y/o a otras drogas, incluidos los psicofármacos. Precizando por ello de un tratamiento especializado, sea en régimen ambulatorio o de internamiento supervisado por su Colegio Oficial de Médicos con unas características específicas que determinan su éxito: acceso voluntario y confidencial, servicios integrales con asistencia en unidades específicas, implicación de los Colegios Profesionales, compromiso terapéutico, intervenciones clínicas frecuentes con controles periódicos de abstinencia e internamientos en unidades específicas

## **PALABRAS CLAVE:**

Errores médicos, seguridad paciente, médico enfermo, PAIME

---

---

# Nuevos fármacos en el tratamiento de la dependencia de opiáceos: prescripción de heroína.

**CARLOS RONCERO ALONSO.**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.

---

---

En España existen en la actualidad alrededor de 90.000 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. Sin embargo es ampliamente conocido que muchos de estos pacientes realizan consumos de opiáceos, como la heroína, y de otras drogas de abuso, como la cocaína. Existen pacientes en los que el tratamiento de mantenimiento con metadona (PMM) fracasa sistemáticamente. Se ha planteado diversas hipótesis sobre las posibles causas que expliquen el fracaso, desde la producción de anticuerpos frente a la metadona, que disminuirán la eficacia del fármaco o lo inutilizaría, como explicaciones desde el punto de vista farmacocinético y farmacodinámico. En relación a las explicaciones farmacocinéticas, se conoce que existen diversos genotipos de metabolizadores de metadona. Las enzimas hepáticas encargadas de metabolizarla pertenecen al sistema microsomal del citocromo P450, y las distintas isoenzimas que intervienen tienen una marcada variabilidad interindividual de causa genética y medioambiental. La velocidad de metabolización, y por la tanto la efectividad clínica, depende de la existencia de un polimorfismo genético. Se ha implicado en el metabolismo de la metadona el CYP1A2, CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, que están presentes en el hígado, y el CYP3A4 que se puede encontrar en el hígado y en el tubo digestivo. El citocromo CYP2D6, tiene en población europea tres genotipos de metabolizadores (Eap et al 1999), los lentos, los extensos y los Ultrarrápidos. Los lentos representarían el 7% de la población, los extensos, suponen el 90% de la población y los ultrarrápidos son entre el 1 y el 10% de la población (7% en España). La mayor parte de los efectos secundarios se producen en el grupo de metabolizadores lentos o ultrarrápidos, lo que modifica la tolerabilidad y puede condicionar el éxito o fracaso del tratamiento.

Por todo lo referido es necesario estudiar nuevos fármacos que pudieran ser útiles en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. En este sentido se está desarrollando un estudio multicéntrico, (en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Valle Hebrón, Unidad de conductas adictivas Hospital de San Pau y el Hospital Mutua de Tarrasa) en el que se ensaya el tratamiento con heroína denominado: "Estudio comparativo de la eficacia de las presentaciones orales del clorhidrato de diacilmorfina, del sulfato de morfina y del clorhidrato de metadona, en el tratamiento de desintoxicación de pacientes dependientes de heroína que hayan fracasado en programas de mantenimiento con metadona". En la actualidad se está finalizando el reclutamiento de la muestra. Los pacientes incluidos deben haber seguido al menos un PMM recibiendo una dosis, como mínimo de 60 mg de heroína al día, durante al menos dos meses. Durante el proceso de selección se investiga el consumo actual de heroína, mediante urinoanálisis, y el no consumo de metadona procedente del mercado ilegal. El problema fundamental detectado durante el reclutamiento es la detección de metadona en el urinoanálisis, aunque se han detectado otras dificultades, como son la dependencia de alcohol o la existencia de problemas legales que han impedido participar en el estudio a algún candidato. Por cada paciente que ha comenzado el estudio, en nuestra unidad, ha sido necesario evaluar a dos pacientes candidatos. Se describirá el proceso de selección de los sujetos y las impresiones clínicas de los primeros pacientes que han finalizado el estudio.

## REFERENCIAS:

Casas M., Roncero C., Duro P, Pinet C., Ribalta E. Abordaje de la dependencia de opiáceos y atención primaria. *Psiquiatría y Atención primaria*: 2001, 2; (2),4-12

Casas M., Roncero C., Ramos JA, Collazos F, Bocsh R., Valero S. Abordaje actual de la dependencia a opiáceos. Master de drogodependencias 2001. Universidad de Barcelona. Curso de formación a distancia por internet Director prof. Sanchez-Turet

Eap C.B., Déglon J. J., Bauman P. Pharmacokinetics and pharmacogenetics of methadone: Clinical Relevance. *Heroin Add & Rel Clin Probl*; 1 (1):19-34 , 1999

Trujol J, Casas M, Colom J. Programas de mantenimiento con heroína En: Casas M, Collazos F, Ramos JA, Roncero C: *Psicofarmacología de las drogodependencias* Fundación Promedic. Barcelona (2002): 323-340



---

---

# Tratamientos psicológicos empíricamente validados en drogodependencias.

**EMILIO SÁNCHEZ HERVÁS.**

Unidad de Conductas Adictivas Catarroja. Consellería de Sanidad. Valencia.

---

---

## RESUMEN

El tratamiento psicológico de los trastornos adictivos ha experimentado importantes cambios en los últimos años, y en la actualidad diferentes alternativas de tratamiento pueden utilizarse para tratar los problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas. Los afectados tienen a su vez el derecho de recibir el mejor de los tratamientos disponibles, y los profesionales, la obligación ética de prescribirlos. En este contexto, surge la necesidad de la validación empírica de los tratamientos psicológicos en conductas adictivas. En la actualidad, los resultados de las investigaciones son suficientemente claros en cuanto a la capacidad de ciertas modalidades de tratamiento psicológico, de lograr que las personas tratadas reduzcan el uso de sustancias psicotrópicas y mejoren otros aspectos de su vida.

El interés por identificar las mejores opciones psicoterapéuticas para tratar los problemas de los pacientes, ha supuesto la adopción de una estrategia de trabajo fundamentada en la recogida, integración e interpretación de la mejor evidencia científica, unida al juicio clínico y experiencia del clínico, lo que ha venido a denominarse Psicología Basada en la Evidencia ó también Psicología Basada en Pruebas (PBE-PBP). Un posicionamiento importante está apareciendo en torno a la utilización de la PBE-PBP, lo que ha tenido como consecuencia la publicación de listas de tratamiento empíricamente validados ó apoyados (TEV-TEA) y de guías para desarrollarlos. Se realizará en breve recorrido sobre la identificación y desarrollo de los TEA en drogodependencias y, las implicaciones que para la práctica clínica supone la adopción de esta estrategia de trabajo (PBE-PBP). Se exponen algunas de las limitaciones y ventajas que plantea la utilización de las guías y manuales en el tratamiento en los trastornos adictivos. Se concluye que la utilización de tratamientos que han demostrado eficacia es una obligación ética para los profesionales, aunque hayan de considerarse las necesidades de los pacientes y por tanto, la adopción a menudo de abordajes flexibles y personalizados. Finalmente, se señala la necesidad de fomentar la investigación en contextos reales (estudios de efectividad y eficiencia), la adecuación y mejora de los currículos formativos de pre y post-grado de los profesionales, y el desarrollo de una gestión clínica que permita el desarrollo científico de la psicología de las conductas adictivas.

## PALABRAS CLAVE:

Tratamientos psicológicos, adicciones, eficacia, efectividad, eficiencia.

---

---

# Valoración de la eficacia de las distintas técnicas de intervención psicológica en adicciones.

ROBERTO SECADES VILLA.

Universidad de Oviedo.

---

---

Los trastornos por abuso de drogas constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes, por lo que el desarrollo de programas de tratamiento eficaces es un asunto de gran relevancia. Hasta el momento, la investigación sobre la eficacia o la efectividad de los tratamientos del abuso de drogas no ha resuelto aun algunos problemas que dificultan la comparación de los resultados, no obstante, existe un importante soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta (incluyendo la formulación cognitivo-conductual) cuenta con tratamientos empíricamente validados. Por otra parte, las técnicas conductuales muestran mejores resultados cuando no son utilizadas de forma aislada, sino dentro de programas multimodales o multicomponentes más amplios.

Desde el reconocido modelo bio-psico-social, se asume que los factores relacionados con el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas son múltiples y de diferente índole. Una clara implicación de esta formulación bio-psicosocial (en donde el consumo de sustancias se inicia y se mantiene por unas complejas interacciones entre la susceptibilidad, el contexto, la conducta y sus consecuencias) es que los trastornos por abuso de sustancias pueden afectar a muchas áreas del funcionamiento del individuo y que, por tanto, requieren con frecuencia un abordaje de igual modo multimodal, que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales.

Algunos componentes del tratamiento pueden ir orientados directamente a los efectos del uso de la sustancia, mientras que otros se deben centrar en las condiciones que han contribuido o que han sido el resultado del consumo de drogas. De aquí se deduce, en gran medida, que la eficacia de las estrategias conductuales viene dada por su utilización dentro de programas multicomponentes, incluyendo, dentro de estos programas, la posible utilización de terapias farmacológicas. Se asume que ambos enfoques funcionan a través de mecanismos diferentes y que afectan también a aspectos distintos (aunque muy relacionados entre sí) del problema. En definitiva, las terapias farmacológicas y las psicológicas no han de entenderse como estrategias competitivas, sino complementarias.

La evidencia acumulada demuestra que en la actualidad se dispone de tratamientos conductuales de primera elección (tratamientos bien establecidos) para la adicción severa a las drogas y que las terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogadicción. Así, se han señalado tratamientos eficaces para la adicción al alcohol (la CRA, la terapia-cognitivo conductual o la terapia conductual familiar y de pareja), la cocaína (CRA más terapia de incentivo), heroína (manejo de contingencias) o nicotina (programas multicomponentes).

Sin embargo, a pesar de esta relativa eficacia, en la práctica totalidad de las conductas adictivas, las tasas de recaídas a largo plazo siguen siendo altas. Por tanto, las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo de los programas. Entre estas cuestiones destacamos las siguientes: la investigación del efecto diferencial de las técnicas y, sobre todo, de las diferentes combinaciones particulares o secuencias concretas de los componentes, que optimicen los resultados con pacientes específicos. La descripción y delimitación de la estructura y los parámetros del tratamiento de algunos de estos programas. La comprobación empírica de la validez de determinadas terapias en el tratamiento de la adicción a algunas drogas. Los estudios sobre la adecuación paciente-tratamiento. La investigación acerca de la vinculación entre los tratamientos específicos y los diferentes contextos o modalidades de tratamiento en que pueden ser aplicados. La realización de estudios que avalen la validez externa de estas estrategias mediante su aplicación en contextos clínicos comunitarios. Y, por último, el estudio de la eficiencia de los diferentes programas que ya han demostrado cierta eficacia.

---

---

# **Evolución de las necesidades y las respuestas en reducción de daños. El ejemplo del SAPS.**

**ERNESTO SIERRA TERRÀDEZ.**

Director del SAPS

Enviar correspondencia a:

Ernesto Sierra. SAPS. Avd. Drassanes 13 – 15 Barcelona, 08001. E-mail: ernestosierra@creuroja.org

---

---

En una relación perfecta entre necesidades y recursos, estos aparecerían al hacerlo las necesidades y desaparecerían al extinguirse el factor que las motivó. La realidad es que pueden preceder los recursos a las necesidades, no aparecer o hacerlo con cierta demora.

Las percepciones de las necesidades están condicionadas por la conceptualización del problema, sus causas y sus soluciones. Puede haber consenso o conflicto de intereses dentro de la comunidad científica que condicione las propuestas. Aunque haya consenso técnico, el conflicto de intereses puede existir entre los responsables de las políticas socio sanitarias.

En el caso de nuestro país había conocimiento de las necesidades y había conocimiento parcial del papel de los programas de reducción de daño por experiencias externas. Desde el modelo terapéutico orientado a los programas libres de drogas, se culpaba al usuario de falta de motivación y se ignoraba a los que no lo intentaban.

A mediados de los años ochenta la obstinada realidad obligaba a varios equipos de Cruz Roja a modificar sus planteamientos, y haciendo de la necesidad virtud, se iniciaron programas que actualmente denominaremos de bajo umbral por su tolerancia para mantener a los usuarios en tratamiento con el fin de mejorar su salud.

El incremento de casos de SIDA en inyectores de drogas fue un factor determinante en el cambio de políticas asistenciales, acelerándose los tratamientos con agonistas. En 1993, año en el que se estructuraban los programas de intercambio de jeringuillas en algunas comunidades, se abrió el SAPS, dentro de la filosofía de programas de reducción de daño.

En los dos años siguientes se consolidaron los modelos de atención médica con la realización de analíticas y programas de vacunación. En 1996 se vio la necesidad de reconcertar camas en pensiones para poder estabilizar a pacientes post-hospitalizados o en situación de transición a otro recurso. El programa de recogida de jeringuillas en la calle se inició en 1997, estructurándose asociaciones de usuarios. Durante el siguiente año se editó material audiovisual de soporte para la formación de talleres de reducción de riesgo y de daño. El último recurso incorporado ha sido en octubre de 2003 con la apertura de una sala de venopunción higiénica o taller permanente de inyección supervisada.

Con relación a los posibles cambios en el perfil de usuarios que oriente nuevos recursos se ha tomado una muestra aleatoria de primeras entrevistas realizadas en el periodo 1993 a 1997, y comparándolo con el último periodo de 2000 a 2003, se aprecian pocas diferencias en la distribución por sexos, 81% de hombres y 19% de mujeres, frente a 82% y 18% para el segundo periodo. Tampoco son significativas las diferencias de edad en el momento de realizar la entrevista, aunque si se analiza de forma más desagregada, la tendencia general es al incremento de casi dos años para cada trienio de evolución. La media es de 30.45 años. En cuanto a la edad de inicio por vía intravenosa es de 20.55 años para el primer periodo y de 21.13 para el segundo.

Tanto el consumo de heroína como la vía de administración permanecen estables. Hay que recordar que el recurso está destinado a drogodependientes por vía endovenosa.

La diferencia es significativa en el incremento del consumo de cocaína (50% para el primer periodo frente a 76% en el segundo) siendo preocupante la proporción de inyectores que pasa del 28% año 42%. Con frecuencia el consumo de cocaína acompaña al de heroína.

Desciende el porcentaje de HIV positivos de 29.4 a 16%, al tiempo que se reducen las conductas de riesgo al inyectarse pasando del 33% al 27%, con significación estadística. Por el contrario en este periodo se han incrementado las conductas de riesgo en la actividad sexual (relaciones sin preservativo), pasando del 36% año 48%.

Los cambios más importantes en cuanto a la situación legal es la disminución de los pendientes de juicio y el aumento de los que han cumplido condena. Se muestra sin cambios los que carecen de antecedentes penales y son casi un tercio de la población.

Las diferencias en cuanto al país o lugar de procedencia son significativas. La población española asistida era en el primer periodo del 53%, un 15% de la Unión Europea y un 32% extracomunitarios. En el segundo periodo la población española se ha reducido al 33%, se mantiene la de la Unión Europea en 16.7% y ha subido al 51.5% la extracomunitaria, en particular el norte de África y los países del Este.

Hay un claro aumento en el proceso de exclusión social. La población que disponía de domicilio, familiar o institucional, ha pasado del 27% al 11%, incrementándose los de residencia inestable de 10.4% al 29% y los "sin techo" del 58% al 67%.

En síntesis los cambios pueden resumirse en mayor proporción de los nacidos fuera del país por la precariedad y factores de exclusión social, el aumento de personas sin techo y el incremento del consumo de cocaína. Aunque se aprecia mejoras en la salud, el análisis debería hacerse sobre la evolución de los usuarios en el recurso y no sobre las primeras visitas.

Los retos para estos dispositivos están en su adecuación a nuevos perfiles y en ser puente hacia recursos más normalizados.

#### **PALABRAS CLAVES:**

Reducción de daño, salas de consumo, perfil de drogodependientes, necesidades y recursos.

---

---

## **Menores consumidores: factores de riesgos.**

**ROSA SUÁREZ VÁZQUEZ.**

Responsable del Servicio de Orientación sobre Drogas  
Agencia de Salut Pública de Barcelona

---

---

Los numerosos estudios sobre consumo de drogas y las encuestas que periódicamente se realizan a población de 14 a 18 años, sitúan las edades de inicio en el contacto con las distintas sustancias en el intervalo de edad que corresponde a la etapa de la adolescencia, incluso en algunas de ellas como el alcohol y el tabaco en la pre-adolescencia, de ello se deduce que

podríamos considerar dicha etapa como de especial riesgo para la adquisición de patrones de consumo y de relación con la sustancia que sentarían las bases de una futura drogodependencia. De ahí que los técnicos en prevención dediquemos numerosos esfuerzos a identificar aquellos factores que unidos a esta etapa expliquen el hecho de que determinadas personas se sientan más atraídas hacia el consumo y lo integren en su estilo de vida. ¿Podríamos describir una serie de rasgos comunes en el perfil de los adolescentes consumidores de distintos tipos de drogas?.

Nuestra intervención se plantea por una parte reflexionar sobre los condicionantes que influyen en el paso de la experimentación al consumo habitual en mayor o menor frecuencia pero siempre de riesgo y por otra incidir en el papel de los adultos de referencia. ¿Qué pueden hacer aquellos adultos que están presentes en el día a día del adolescente para establecer un vínculo positivo que permita desarrollar factores de protección? ¿Cómo pueden lograr que los adolescentes sean más sensibles a los mensajes que les transmiten. En el curso de la intervención intentaremos dar respuestas a estas preguntas.

---

---

# Nuevas orientaciones terapéuticas farmacológicas sobre la cocaína.

**MIGUEL ÁNGEL TORRES HERNÁNDEZ..**

Ex-presidente de Socidrogalcohol.

Enviar correspondencia a:

Miguel Ángel Torres Hernández. Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrent. Calle Hernández Malillos, 14, bajo. 46900 Torrent (Valencia)  
matorresh@telefonica.net

---

---

## FÁRMACOS PARA REDUCIR SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA O DESEO DE COCAÍNA.

Desde hace muchos años, los diversos tratamientos ensayados, han dado resultados dispares, y los que han sido utilizados, en muchas ocasiones no han pasado por diseños de investigación de muestras amplias, falta de estandarización en las muestras, falta de claridad respecto a la importancia del deseo de cocaína.

Una de las primeras esperanzas se fijó en la **desipramina**<sup>1</sup> frente a litio, que no dieron un resultado definitivo (antidepresivo frente a normalizador del estado de ánimo y mejorador de las conductas).

La **carbamazepina**<sup>2</sup> tampoco demostró su total eficacia en otros estudios.

**Pergolida**<sup>3</sup>, **L-Dopa/Carbidopa**<sup>4</sup>, **Fluoxetina**<sup>56</sup>, **Flupentixol**<sup>7</sup>, **Bupropion**<sup>8</sup>, **Amantadina**<sup>9</sup>, **Maprotilina**<sup>10</sup>, **Fenelzina**<sup>11</sup> etc. todos estos medicamentos fueron ensayados en estudios poco controlados y relativamente bajas muestras, por lo que no se pudieron inferir resultados definitivos, aunque algunos con éxitos moderados y algunos con efectos secundarios como crisis hipertensivas.

**Trazodona y neurolépticos**<sup>12</sup> también han sido utilizados con cierta frecuencia y con éxitos relativos en el tratamiento de la cocaína. También se ha utilizado el **Mazindol**<sup>13</sup> Tampoco este medicamento mostró una eficacia a las dosis que se administraban y que requerían dosis no administrables por su toxicidad.

También se ha ensayado el empleo de **Buprenorfina**<sup>1415</sup> dieron algunos resultados prometedores, pero debía utilizarse la Buprenorfina a dosis altas, y por ejemplo, los consumidores de metadona que usaban de la cocaína, no descendían su consumo, aún con el empleo de esta sustancia, aunque todavía sigue en estudio por parte del NIDA.

## FÁRMACOS QUE BLOQUEAN LOS EFECTOS SUBJETIVOS DE LA COCAÍNA

Ha habido múltiples intentos por encontrar medicamentos que ayuden a reducir, bloquear o atenuar los efectos subjetivos reforzantes, euforizantes, placenteros, como por ejemplo **Imipramina, Desipramina, Bromocriptina**<sup>16</sup>, **Trazodona, neurolépticos, Mazindol**.

Aún sin tener una relación directa, en la actualidad se sigue estudiando el posible bloqueo de la cocaína a través de una vacuna que impida la fijación de la cocaína a proteínas plasmáticas y se produzca un rechazo por parte del organismo a la fijación y acción de ésta.

En los momentos presentes, se están iniciando múltiples estudios con los antiepilépticos atípicos de segunda generación como es el caso de la gabapentina, la oxcarbacepina, el topiramato, la lamotrigina, etc. con unas buenas expectativas en cuanto a reducir el deseo y ciertas conductas impulsivas de consumo.

## TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN

Los efectos psicóticos producidos por intoxicaciones graves han sido tratados desde hace tiempo con el uso de neurolépticos de primera y segunda generación. Hay que decir, que la mayoría de intoxicaciones por cocaína que cursan con psicosis, pueden remitir espontáneamente en cuanto cede la intoxicación.

En el caso de existir una agitación importante procede el uso de algún tranquilizante relajante muscular como una benzodiacepina.

Para la hipertensión, taquicardia, crisis convulsivas, no deben utilizarse bloqueadores adrenérgicos y antagonistas dopaminérgicos, pueden utilizarse benzodiacepinas y algún anticonvulsivante de primera o segunda generación.

## TRATAMIENTO DE LA ABSTINENCIA

La falta de consumo de cocaína en un adicto, es probable que genere problemas como anhedonia, deseo de consumo, etc. Además de un síndrome de abstinencia característico, que cada día se va definiendo y perfilando más.

Históricamente se empezaron a tratar estos síntomas con amantadina (agonistas de dopamina), bromocriptina, antidepresivos tanto tricíclicos como ISRS.

## TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Desde la sintomatología depresiva, ansiosa y delirante, se han podido ir estableciendo diversos niveles de intervención: antidepresivos tricíclicos, los ISRS, los ansiolíticos para los trastornos ansioso y los neurolépticos tanto de primera como de segunda generación, denominados atípicos.

## TRATAMIENTOS MÁS RECIENTES PARA REDUCIR EL DESEO O CRAVING DE LA COCAÍNA.

En este apartado vamos a hacer hincapié en los medicamentos específicos para reducir la demanda de cocaína por parte de los pacientes bloqueando sus conductas de consumo, la impulsividad y compulsividad al mismo y que en la actualidad han cobrado una larga pujanza siendo vías de investigación preferente como es el caso del **Topiramato**<sup>17</sup>, así como la **Gabapentina y Oxcarbacepina**<sup>18</sup>, también activadores del glutamato como el **Modafinil**<sup>19</sup>, en la actualidad en nuestra unidad y en diferentes Unidades Asistenciales de la comunidad Valenciana se va a iniciar un estudio sobre la eficacia de la Lamotrigina en las personas dependientes a la cocaína.

Con este pequeño resumen no hemos hecho más que apuntar algunas de las líneas que se están siguiendo en los diversos abordajes farmacológicos de las personas con adicción o abuso de cocaína.

## REFERENCIAS

- 1 Gawin, FH, Cléber, HD, Byck, R, Rounsaville, BJ, Kosten, TR, Jetlow, PL, Morgan, C (1989) Desipramine facilitation of initial cocaine abstinence. *Arch Gen Psych*, 1989, 46: 117-121.
- 2 Halikas, JD, Crosby, RD, Carlos, GA, Crea, F, Graves, NM, Bowers, LD (1991) Cocaine reduction in unmotivated crack users using carbamazepine versus placebo in a short-term, double blind crossover design. *Clin Pharmacol Ther* 50: 81-95.
- 3 Malcom, R, Hutto, BR, Phillips, JD, Ballenger, JC (1991) Pergolyde mesilate treatment of cocaine withdrawal. *J Clin Psychiatr* 52: 39-40.
- 4 Wolfsohn, R, Anguist, B (1990) A pilot trial of levodopa/carbidopa in early cocaine abstinence (setter) *J Clin Psychopharmacol*, 10: 440-442.
- 5 Pollack, MM, Rosenbaum, JF (1991) Fluoxetine treatment of cocaine abuse in heroin addicts. *J Clin Psychiatry* 52: 31-33.
- 6 Batki, SL, Manfredi, LB, Jacob, P III, Jones, RT (1993) Fluoxetin for cocaine dependence in methadone maintenance: quantitative plasma and urine cocaine/benzoylcegonine concentrations. *J Clin Psychopharmacol*, 13: 243-250.
- 7 Gawking, FH, Allen, D, Humblestone, E (1989) Outpatient treatment of "crack" cocaine smoking with flupentixol decanoate: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry*, 46: 322-325.
- 8 Mergolin, A, Kosten, T, Petrakis, I, Avantas, SK, Kosten, T (1991) an open pilot study of bupropion and psychotherapy for the treatment of cocaine abuse in methadone-maintained patients. *NIDA Res Monogr*, 105: 367-368.
- 9 Kosten, TR, Morgan, CH, Schottenfeld, RS (1991) Amantadine and desipramine in the treatment of cocaine abusing methadone maintenance patients. *NIDA Res Monograf*, 105: 510-511.
- 10 Brotman, AW, Witkien, SM, Gelenberg, AJ, Falk, WE, Wojcik, J, Leía, L (1988) An open trial of maprotiline for the treatment of cocaine abuse a pilot study. *J Clin Psychopharmacol*, 8: 125-127.
- 11 Golwyn, DH (1988) Cocaine abuse treated with fenelzine. *Int J Addict* 23: 897-905.
- 12 Gawin, FH (1986) Neuroleptic reduction of cocaine-induced paranoia but not euphoria? *Psychopharmacology (Berl)*, 90: 142-143.
- 13 Margolin, A, Azents, SK, Kosten, TR, Nichon, C (1994) A double blind study of mazindol for the treatment of cocaine abuse in newly abstinent cocaine abusing methadone-maintained patients: a preliminary report. *NIDA Res Monograph*, 1994, 141-146.
- 14 Kosten, TR, Cléber, HD, Morgan, C (1989) Treatment of cocaine abuse with buprenorphine. *Boil Psychiatry*, 26: 170-172.
- 15 Gastfriend, DR, Mendelson, JH, Mello, NK, Teoh, SK (1995) Preliminary results of an open trial of buprenorphine in the outpatient treatment of combined heroin and cocaine dependence. *NIDA Res Monograph* (in press).
- 16 Dakis, CA, Gold, MS (1985): Bromocriptine as treatment of cocaine abuse. *Lancet*, 1: 1151-1152.
- 17 Bobes, J, Carreño, E, Gutiérrez, CE, San Narciso, G, Antuna, MJ, Diaz, T, Fernández, JJ, Alvarez, CE, Marina, P, García, M (2004) Study of effectiveness of craving control with topiramato in patients with substance dependence disorders. *Actas Esp. Psiquiatr.* 32 (5): 299-306.

- 18 Sáez, C, Camañes, C, García, MJ, Torres, MA, García, JM, Martínez, L (2003) Eficacia comparada de gabapentina y oxcarbacepina en el control de la ansiedad e impulsividad de pacientes con abuso/dependencia de cocaína o cocaína y alcohol. Póster en el Congreso Nacional de Psiquiatría, Palma de Mallorca, octubre de 2003.
- 19 Dackis, CA, Kampman, KM, Lynch Kg, Pettinati, HM, O'Brien CP (2004) A double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Modafinil for Cocaine Dependence. *Neuropsychopharmacology* Nov. 2003. (in press)

---

---

## Seguimiento y opciones terapéuticas futuras para la Hepatitis crónica C.

**MARÍA TRAPERO MARUGÁN; RICARDO MORENO OTERO**

Unidad de Hepatología, Hospital Universitario de La Princesa  
Universidad Autónoma de Madrid

---

---

Las secuelas a largo plazo de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) pueden ser una fibrosis hepática progresiva, con riesgo de evolucionar a cirrosis, y el desarrollo de carcinoma hepatocelular. A partir de 1990 se han producido unos avances terapéuticos considerables con fármacos con acciones antivirales e inmunomoduladoras, de forma que las tasas de respuesta virológica han mejorado progresivamente en los pacientes con hepatitis crónica C (HCC). La consecuencia práctica de este constante avance terapéutico ha sido el incremento del número de enfermos en los que se ha logrado la erradicación del VHC, equivalente a curación de la infección, o el retardo en la progresión de la HCC en aquellos pacientes en los que no se consiguió eliminar el virus. Según los resultados de varios estudios clínicos controlados el riesgo de progresión de la fibrosis hepática es significativamente menor en los pacientes tratados, aún en ausencia de respuesta virológica.

Los ensayos clínicos con interferón pegilado (Peg-IFN) más ribavirina han sido definitivos para confirmar el aumento de las tasas de respuesta virológica sostenida (RVS).

El objetivo del tratamiento antiviral combinado se cifra en alcanzar una RVS definida como la ausencia de viremia (ARN-VHC negativo) y normalización de las transaminasas 6 meses después de la finalización del tratamiento. Aquellos pacientes que logran una respuesta al final del tratamiento, pero en los que posteriormente reaparece una viremia positiva, son considerados recidivantes; la mayoría de las recidivas ocurren en los primeros meses de seguimiento. El mayor determinante pre-tratamiento de RVS con la combinación de Peg-IFN más ribavirina es el genotipo del VHC, con una tasa de RVS del 45% para los pacientes con genotipo 1 y superior al 80% para aquellos infectados por un genotipo 2 / 3. Una vez iniciado el tratamiento, los factores más importantes asociados con una RVS tras seis meses de seguimiento son: 1) una respuesta virológica precoz, definida como la disminución de la viremia en al menos 2 log en el análisis realizado a la semana 12 de terapia combinada, y 2) un cumplimiento adecuado del tratamiento (adherencia), definido por el hecho de que el paciente reciba más del 80% de las dosis programadas de ambos fármacos durante más del 80% del tiempo de duración de la pauta terapéutica con Peg-IFN más ribavirina.

Todos los pacientes, independientemente del genotipo, deberán continuar un seguimiento clínico a los 6 meses tras la finalización del tratamiento, puesto que será el momento en el que se valoren las tasas de RVS. A las doce semanas de iniciar el tratamiento en los pacientes con genotipo 1 se debe reevaluar la carga viral, ya que se ha demostrado en numerosos estudios que presenta un elevado valor pronóstico: si ésta persiste positiva, las posibilidades de respuesta son muy bajas, por lo que se recomienda suspender el mismo. Este hecho no se cumple de forma tan estricta en el resto de los genotipos.

Debido a las elevadas tasas de respuesta virológica sostenida que se pueden obtener con la combinación de Peg-IFN más ribavirina, los objetivos futuros se centran: 1) en la optimización de las dosis de ambos fármacos, ajustándose a las características de cada paciente (individualización del tratamiento), y 2) en la investigación de

la eficacia, tolerancia y seguridad de dicho tratamiento combinado en los pacientes definidos como “difíciles de tratar”; tales como no respondedores, cirróticos, trasplantados, nefrópatas o coinfectados por el VHC y el virus de la inmunodeficiencia humana.

El futuro terapéutico de la HCC es esperanzador y se basa en diferentes opciones, aún admitiendo que el desarrollo clínico se encuentra en fases iniciales, como: 1) Oligonucleótidos sintéticos antisentido, con capacidad para inhibir a nivel celular la expresión génica del VHC; 2) Ribozimas, con acción enzimática eficaz para degradar el ADN viral; 3) Inhibidores de las enzimas de VHC, como proteasa, helicasa y polimerasa (NS5B), que son determinantes para mantener la actividad replicativa del virus. Por último, la proteína NS3 puede constituir una diana terapéutica adecuada, por lo que se están realizando estudios para identificar inhibidores eficaces de NS3; esto último es aplicable a la investigación de inhibidores enzimáticos más potentes y específicos que la ribavirina.



# **RESÚMENES COMUNICACIONES Y POSTERS**

---



---

---

# Características de la convocatoria implicados en la participación de los padres en los programas de prevención familiar de drogodependencias.

**SUSANA AL-HALABÍ DÍAZ; JOSÉ MANUEL ERRASTI PÉREZ; ROBERTO SECADES VILLA;  
JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA; OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ; JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO.**

Unitat d'Alcoholologia de l'Hospital Clínic de Barcelona.  
"Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona

Enviar correspondencia:  
José Manuel Errasti· errasti@uniovi.es

---

---

## RESUMEN:

Los programas de prevención familiar adolecen de una escasa participación de aquellos padres que más pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones. El objetivo de este trabajo consistió en comprobar hasta qué punto se incrementa la asistencia a un programa de prevención familiar cuando la convocatoria enviada a los padres acentúa especialmente la gravedad del consumo de drogas o la posibilidad de que el propio hijo sufra un problema con las drogas, tal y como sugiere el modelo propuesto por Spoth y Redmond de 1995. La muestra utilizada se compuso de 314 estudiantes de entre 12 y 14 años. Los resultados encontrados no satisfacen plenamente las hipótesis de partida basadas en el modelo norteamericano formulado por Spoth y Redmond.

## PALABRAS CLAVE

Convocatoria, prevención familiar, participación paterna.

---

---

# Variables predictorias de la participación de los padres en un programa familiar de prevención de las drogodependencias.

**SUSANA AL-HALABÍ DÍAZ; JOSÉ MANUEL ERRASTI PÉREZ; ROBERTO SECADES VILLA;  
JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA; OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ; JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO.**

Enviar correspondencia:  
José Manuel Errasti· errasti@uniovi.es

---

---

## RESUMEN:

La baja tasa de participación es un problema grave con el que se enfrentan los programas de prevención familiar del uso de drogas. En este estudio se analizan los factores relacionados con la asistencia de los padres al Life Skill Training llevado a cabo en tres colegios de España. Los participantes fueron 485 estudiantes de entre 12 y 14 años y sus respectivos padres. Las variables que predicen la asistencia al programa fueron: el número de hijos y el nivel educativo de los padres, el uso de drogas de los hijos, el conflicto familiar, el estilo educativo parental, las relaciones entre padres e hijos y la comunicación familiar. Los resultados hallados en España son similares a los encontrados en estudios internacionales y señalan que las familias con mayor riesgo de consumo son las que menos participan en los programas de prevención. Se requieren estrategias que incrementen la asistencia de las familias con mayor riesgo a este tipo de intervenciones.

## PALABRAS CLAVE:

Prevención familiar, participación paterna, variables predictorias.

---

---

---

# Comparación de dos métodos para dejar de fumar a los seis meses de seguimiento desarrollados en atención primaria.

**FERNANDO ALONSO PÉREZ\***; **ROBERTO SECADES VILLA\*\***; **LUIS MEDIOLAGOITIA CORTINA\***;  
**MARTA GONZÁLEZ PISANO\***; **JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA\*\***; **JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO\*\***.

*\*Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

*\*\*Grupo de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.*

Enviar correspondencia:

Roberto Secades Villa. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n, 33003. Oviedo (Asturias). Teléfono: 985-104139. Email: secades@uniovi.es.  
Teléfono: 985-104139. Email: secades@uniovi.es

---

---

La atención primaria ocupa una posición privilegiada para estimular el abandono del hábito tabáquico. En este contexto ha predominado el consejo breve, de eficacia limitada, aunque altamente coste-efectivo. Una vía para incrementar la efectividad de las intervenciones es intentar diseminar en contextos comunitarios, programas que han demostrado ser eficaces en la clínica a través, por ejemplo, de programas de autoayuda.

En este estudio se comparó la eficacia de dos métodos para dejar de fumar desarrollados en un centro de salud: el consejo breve más entrega de un folleto, y un programa de autoayuda con seguimiento telefónico.

Se incluyeron en el estudio 50 fumadores de 10 ó más cigarrillos diarios y edad entre 15 y 64 años, pertenecientes a dos centros de salud del Área de Mieres (Asturias). El reclutamiento se llevó a cabo de manera oportunista en las consultas de medicina y enfermería. La asignación a los grupos fue aleatoria. Las intervenciones consistían en: 1) consejo de 5 minutos en una única visita y entrega de folleto; 2) consejo más la entrega de un manual de autoayuda y seguimiento telefónico proactivo a través de 4 llamadas (a las semanas 1, 4, 8 y 12).

Los resultados que se presentan demuestran la eficacia diferencial de los procedimientos comparados. Se comenta aplicación clínica de la autoayuda y el consejo telefónico y su adecuación al ámbito de la atención primaria como medio para diseminar los tratamientos conductuales entre grandes poblaciones de fumadores y mejorar la adhesión al tratamiento pautado.

## **PALABRAS CLAVE:**

Tabaco, consejo médico, autoayuda, Atención Primaria

---

---

# Consumo de Cocaína, impulsividad y tratamiento con Topiramato.

**J. BATLLE E, ALVARÓS\*, I. ANDRÉS\*\*, J. BASTARDAS\*\*\*, T. FERNÁNDEZ, J. FERRER\*\*\*, LL. LOZANO\*\*\*, J. MARTÍNEZ\*\*\*\*, R. MELÚS, J. MIR\*\*\*, M. MOLA, J. ROIG\*\*\*, G. VÁZQUEZ\*\*\*, J. TREMOLEDA\*\*\*\*.**

Unitat de Drogodependències, Servei de Psiquiatria, Hospital de Mataró

\*CAS Garbí-Vent, Barcelona

\*\*CAS Granollers

\*\*\*CAS Delta, Badalona

\*\*\*\*Servei d'Alcoholisme i Toxicomanies, Hospital de Calella

Enviar correspondència a:

Enric Batlle. Unidad de Drogodependencias, Servicio de Psiquiatria, Hospital de Mataró. Carretera de Cirera s/n, 08304 Mataró.

Tel 937417700. Fax 937417703, ce 11740ebs@comb.es.

---

---

## RESUMEN

Diversos estudios sugieren la utilidad de topiramato en impulsividad y trastornos del control de los impulsos, así como en la dependencia alcohólica, por lo que es razonable pensar que éste fármaco puede ser eficaz en el tratamiento de pacientes que presenten trastornos por consumo de cocaína y alcohol e impulsividad.

## OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del tratamiento con topiramato en la reducción del craving y el consumo de cocaína y alcohol, y de los síntomas y conductas relacionadas con impulsividad en pacientes diagnosticados de abuso o dependencia de cocaína, sola o asociada a consumo de alcohol.

## MÉTODOS

Estudio preliminar, observacional y multicéntrico, que evalúa retrospectivamente datos de 117 pacientes con criterios de abuso o dependencia de cocaína atendidos en Centros de Atención y Seguimiento de Drogodependencias y que han recibido tratamiento con topiramato. Se analizan variables sociodemográficas, de consumo y craving para cocaína y alcohol y se relacionan con niveles de impulsividad registrados en escalas clínicas.

## RESULTADOS

El análisis muestra una reducción en el craving y en la frecuencia y dosis de consumo de cocaína y también de la ingesta de alcohol, de forma paralela a una reducción de los niveles de impulsividad.

## CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que topiramato puede ser eficaz en el tratamiento del abuso y la dependencia de cocaína, y del abuso o dependencia de alcohol concomitante, especialmente en pacientes con niveles altos de impulsividad.

## PALABRAS CLAVE:

Cocaína, impulsividad, topiramato

---

---

# Patología dual y Risperidona de larga duración: efectos sobre Craving y consumo de sustancias.

**E. BATLLE, I. ANDRÉS\*, J. BASTARDAS\*\*, T. FERNÁNDEZ, J. FERRER\*\*, LL. LOZANO\*\*, J. MARTÍNEZ\*\*\*, R. MELÚS, M. MOLA, J. ROIG\*\*, G. VÁZQUEZ\*\*, J.M. VÁZQUEZ\*\*\*\*.**

Unitat de Drogodependències, Servei de Psiquiatria, Hospital de Mataró

\*CAS Granollers

\*\*CAS Delta, Badalona

\*\*\*Servei d'Alcoholisme i Toxicomanies, Hospital de Calella

\*\*\*\* CAS Sants, Barcelona.

Enviar correspondència a:

Enric Batlle. Unidad de Drogodependencias, Servicio de Psiquiatria, Hospital de Mataró. Carretera de Cirera s/n 08304 Mataró (Barcelona). Tel 93 7417700, fax 93 7417703, ce 11740ebs@comb.es.

---

---

## RESUMEN

Diversos estudios muestran la eficacia de risperidona en pacientes con patología dual, especialmente cuando coinciden en el mismo paciente consumo de sustancias y trastornos psicóticos u otros diagnósticos psiquiátricos que cursan con alteración conductual. Debido al perfil farmacológico y farmacodinámico de risperidona de larga duración parece posible que éste fármaco pueda ser eficaz en el tratamiento de pacientes que presenten trastornos por consumo de sustancias y trastornos psicóticos o de personalidad con clínica conductual grave y que presenten dificultades en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y del seguimiento clínico.

## OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del tratamiento con risperidona de larga duración sobre la adherencia al tratamiento, la clínica conductual, el uso de sustancias y el craving en pacientes con patología dual.

## MÉTODOS

Estudio preliminar, observacional y multicéntrico, que evalúa retrospectivamente datos de 45 pacientes con criterios de abuso o dependencia de sustancias atendidos en Centros de Atención y Seguimiento de Drogodependencias y que han recibido tratamiento con risperidona de larga duración. Se analizan variables sociodemográficas, de consumo y craving para diferentes sustancias y los datos de escalas clínicas y de adherencia terapéutica.

## RESULTADOS

El análisis muestra una reducción en el craving y en la frecuencia y dosis de consumo de diversas sustancias, así como una mejoría en las escalas clínicas y de adherencia terapéutica.

## CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que risperidona de larga duración puede ser eficaz en el tratamiento de pacientes con patología dual que presentan baja adherencia terapéutica.

## PALABRAS CLAVE

Patología dual, risperidona, craving, consumo de sustancias

---

---

# **Estudio de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes dependientes de cocaína en el servicio de atención a drogodependientes de Talavera de la Reina.**

**MANUEL BENÍTEZ MONTERO\*;** **JOSÉ MANUEL GALLEGO BELLIDO\*\*;** **ESTHER DE HORTEGA DE FRUTOS\*\*\*;**  
**LORENZO CASTELLOTE ZAURÍN\*\*\*\*.**

\*Psiquiatra de Equipo de Atención a Drogodependientes de Talavera de la Reina.

\*\*Médico internista del Equipo de Atención a Drogodependientes de Talavera de la Reina.

\*\*\*Psiquiatra del Servicio ambulatorio de Salud Mental de Talavera de la Reina.

\*\*\*\* Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina.

Enviar correspondencia:

Manuel Benítez Montero. Centro Regional de Salud Pública. Ctra. Madrid, Km. 114. 45600 Talavera de la Reina (Toledo).

---

---

## **OBJETIVO:**

Estudiar la Prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes consumidores de cocaína, como única sustancia, que cumplen criterios de dependencia a la misma según la clasificación DSM-IV, en pacientes sin antecedentes psicopatológicos previos al consumo.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Planteamos un estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a un año de seguimiento (desde noviembre de 2003 a noviembre de 2004), en el ámbito del Equipo de Atención a Drogodependientes del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina. Se seleccionaron pacientes que cumplieran criterios de dependencia a cocaína como única sustancia según DSM-IV, buena adhesión al tratamiento con cumplimiento regular del seguimiento ambulatorio cada quince días, y sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico o psicológico previo. Se excluyeron de la muestra a los pacientes dependientes de cocaína consumidores de otras sustancias a excepción de tabaco(alcohol, cannabis, heroína y benzodicepinas).

## **RESULTADOS:**

De los 62 pacientes seleccionados 50 eran hombres y 12 mujeres. De ellos 35 no presentaron comorbilidad asociada a la dependencia de cocaína y 27 sí. Entre éstos últimos los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos afectivos, trastorno del control de los impulsos y psicosis por consumo de cocaína.

## **PALABRAS CLAVE:**

Cocaína, dependencia, comorbilidad psiquiátrica.

---

---

# Principales diferencias de personalidad entre pacientes alcohólicos con y sin consumo de cocaína.

R. BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ\*, J. AIZPURI DÍAZ\*.

\*Medicina Psico-orgánica, S.L. Bilbao. Ambulatorio Médico y Terapéutico. Licenciado Poza 14-1º. 48011. Bilbao.

Enviar correspondencia:  
rbravo@neuro-psiQuiatria.com.

---

---

## OBJETIVOS

Conocer las características sociodemográficas. Determinar la tasa de comorbilidad comparando los valores entre los diferentes instrumentos empleados, los trastornos más frecuentes, los perfiles de personalidad, la tipología según cluster y el número de los trastornos de personalidad (TP) en pacientes con dependencia a alcohol con y sin consumo de cocaína comparándolos a su vez con una muestra de pacientes psiquiátricos no-adictos y con una muestra de sujetos normales.

## MÉTODO

Grupo experimental; pacientes con dependencia de alcohol (N=63) (Media = 41.16; DS = 11.903) que cumplen con los criterios diagnósticos *DSM-IV-TR*. Este grupo se subdivide en dos grupos; el grupo "puro" (N=30) sin consumo de cocaína y el grupo "Cocaetileno" (N=33) con consumo de cocaína

Grupo clínico de control; pacientes (N=30) (Media = 44.13; DS = 13.072) con diagnóstico clínico en eje I del *DSM-IV-TR* diferente de dependencia a sustancias.

Grupo normativo de control; (N=31) (Media = 44.55; DS = 13.793), ningún tipo de tratamiento psiquiátrico.

### Instrumentos:

Entrevista clínica estructurada en profundidad. MALT. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (PT > 84); Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE), (Prueba de cribado y entrevista clínica); SPSS 11.5

**Se exige respuesta positiva y coincidente en MCMI-II e IPDE para hacer diagnóstico de TP.**

## RESULTADOS

En cuanto a las características sociodemográficas dentro del grupo experimental el subgrupo denominado Cocaetileno presenta una media de edad inferior, son más jóvenes, y con un mayor número de divorcios y separaciones que el grupo denominado "puro".

La tasa de comorbilidad de Trastornos de Personalidad es significativamente mayor para todos los grupos de estudio y según instrumentos MCMI-II,  $\chi^2=12.542^{**}$ ; IPDE  $\chi^2=21.322^{**}$ ; MCMI + IPDE  $\chi^2=16.371^{**}$ .

Al subdividir y comparar intra e intergrupalmente el Grupo Experimental observamos que sus frecuencias y perfiles se distribuyen significativamente de diferente forma. Grupo "Cocaetileno": Antisocial  $\chi^2=17381^{**}$ ; y Narcisista  $\chi^2=8181^*$ . Frente al Grupo "puro": Dependiente  $\chi^2=6.660$  tendencial.

Lo mismo se observa en los Clusters. El Grupo "puro" se agrupa significativamente en el Cluster C:  $\chi^2=10.579^*$ ; mientras que el Grupo "Cocaetileno" lo hace en el Cluster B:  $\chi^2=28.441^{**}$ ;

Es Significativamente mayor el número de Trastornos de Personalidad que presenta el grupo experimental  $\chi^2=17515^{**}$ ; y al subdividirlo también  $\chi^2=17846^{**}$ .

## CONCLUSIONES

Los pacientes alcohólicos con y sin consumo de cocaína presentan características claramente propias y bien diferenciadas. Aunque en ambos grupos la tasa de comorbilidad es significativamente elevada 45,5% y 40% res-



pectivamente. Sus perfiles son bien diferenciados, los primeros presentan rasgos más narcisistas y antisociales, con un carácter más trasgresor, con problemas para la identificación, empatía, reciprocidad, son más jóvenes y con mayor dificultad de mantener lazos estables agrupándose en el Cluster B, En frente el grupo "puro" que presentan más rasgos compulsivos y dependientes o una estructura más neurótica de base con búsqueda de vinculación y evitación del error.

El conocimiento de estos rasgos diferenciales es fundamental para el diagnóstico la evaluación y tratamiento clínico.

## **PALABRAS CLAVES**

Diferencias de Personalidad, Pacientes Alcohólicos, Consumo de Cocaína.

---

---

# **Estrategias de auto-cambio en la adicción al tabaco.**

**JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO; MARÍA TERESA BOBES BASCARÁN; JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA;  
OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ; ROBERTO SECADES VILLA; SUSANA AL-HALABÍ DÍAZ; JOSÉ MANUEL ERRASTI PÉREZ.**

Grupo de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia:

José Luis Carballo Crespo. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n, 33003. Oviedo (Asturias).

Teléfono: 985-104189. Email: UO76054@uniovi.es.

---

---

Se presentan los resultados de un estudio en el que se evaluaron las estrategias de auto-cambio que fumadores y ex-fumadores utilizan para abandonar o reducir el consumo de tabaco. La muestra estuvo compuesta por un número significativo de fumadores y ex-fumadores. Se les aplicó el cuestionario SCS-CS (*Self- Change Strategies in Current Smokers*) a los fumadores, y el SCS-FS (*Self- Change Strategies in Formert Smokers*) a los ex-fumadores. Ambas escalas analizan estrategias cognitivas y conductuales de auto-cambio así como los procesos que están implicados en el abandono o reducción del hábito de fumar. Los resultados aportan una descripción de cuáles son los procesos y estrategias más habituales para el cambio del patrón de consumo de tabaco en ambos casos, así como de las diferencias en función de variables personales y de consumo. Se exponen además unas conclusiones en base a los datos y diferencias más significativas que se han encontrado en el estudio sobre auto-cambio en la adicción al tabaco.

## **PALABRAS CLAVE:**

Estrategias, auto-cambio, adicción, tabaco.

---

---

# Cannabis... ¿Cómo lo vives?

**MAIKA CASADO SIERRA<sup>1</sup>, ANTONI DURAN VINYETA<sup>1</sup>, JAUME LARRIBA MONTULL<sup>1</sup>, ALICIA RODRÍGUEZ-MARTOS<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>PDS, Promoció i Desenvolupament Social. <sup>2</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona.

Enviar correspondencia:

Jaume Larriba Montull. PDS · Promoció i Desenvolupament Social. Provença, 79, baixos 3<sup>º</sup>. 08029 Barcelona. Tel.: 93 430 71 70. Fax: 93 439 07 73.

A/e: jlarriba@pdsweb.org

---

---

## INTRODUCCIÓN

“Cannabis... ¿Cómo lo vives?” es un programa que se enmarca dentro del proyecto “De marcha sin tropezos” de la Agència de Salut Pública de Barcelona, cofinanciado por el Plan Nacional sobre Drogas. Pretende poner al alcance de los adolescentes y jóvenes de 15 o más años de edad elementos informativos y educativos sobre el cannabis que, huyendo de enfoques moralistas, ayuden a orientar actitudes y conductas, y a cuestionar críticamente determinados aspectos de la representación social del cannabis, que no se corresponden con un planteamiento objetivo.

## MÉTODO

Visita guiada a una exposición sobre el cannabis diseñada al efecto, realización de actividades (talleres) posteriores a la visita a la exposición siguiendo las orientaciones pedagógicas contenidas en una guía elaborada con esta finalidad, y entrega de un material de recuerdo a los jóvenes participantes. Los materiales de trabajo presentan las siguientes características:

1. Exposición (12 plafones de 70 x 100 cm) en formato cómic con situaciones cercanas a los jóvenes.
2. Guía de actividades (28 páginas) con orientaciones para los monitores, educadores, profesores...para facilitar las visitas guiadas a la exposición y complementar estas con acciones de refuerzo.
3. Desplegable recordatorio de los contenidos de la exposición.
4. Tríptico con información complementaria.

La aplicación de las actividades se puede llevar a cabo tanto en el contexto escolar como extraescolar, siendo los ámbitos más adecuados los centros de Educación Secundaria, centros juveniles, asociaciones y entidades que trabajan con jóvenes, espacios de encuentro de jóvenes, etc.

Los objetivos de trabajo de la visita a la exposición incluyen: 1. Informar sobre el cannabis –efectos y riesgos- y aspectos relacionados. 2. Proporcionar posibles situaciones que se pueden encontrar los jóvenes, relacionadas con la sustancia. 3. Identificar y analizar críticamente los principales factores que influyen en las decisiones de los jóvenes para fumar “porros”. 4. Potenciar la capacidad crítica y favorecer la toma de decisiones autónomas e individuales. 5. Romper con tópicos y falsas creencias. 6. Fomentar un análisis crítico sobre la publicidad y las técnicas de marketing de esta sustancia.

Los contenidos de la guía pedagógica se presentan en la tabla siguiente:

Sesión y título	Objetivo	Actividades	Observación
1. Visita guiada y forum	☉Informar sobre el cannabis y aspectos relacionados.	Visita guiada a la exposición y debate posterior	Actividad básica para la realización de las posteriores
2. Y yo, ¿qué hago?	☉Favorecer un proceso de toma de decisiones y de habilidades para hacer frente a la presión de grupo.	Role-playing	Actividad opcional
3. De tópicos y otros cuentos...	☉Concienciar sobre los riesgos del consumo y las falsas creencias sobre el cannabis.	Dinámicas con uso de internet	Actividad opcional
4. El rebaño de ovejas	☉Potenciar el análisis crítico del marketing y romper la idea asociada del cannabis com “natural, ecológico...”	Dinámica grupal	Actividad opcional

**ANEXOS**

Referencia teórica 1: tipos de respuesta. Asertiva/ pasiva/ agresiva

Referencia teórica 2: técnicas para decir "no" ante una oferta o invitación que no queremos aceptar

Referencia teórica 3: respuestas de soporte para el monitor: algunas ideas e información sobre tópicos

Bibliografía y webs de interés.

**RESULTADOS:**

Hasta ahora se dispone de una valoración sobre el grado de satisfacción expresado por una muestra de 272 jóvenes que han participado en el programa y contestado un cuestionario. Sus respuestas valoran de manera muy positiva tanto los materiales como las actividades realizadas. Actualmente se está trabajando con un segundo cuestionario destinado a evaluar la efectividad y la aceptación del programa por parte de los profesionales que lo aplican.

**CONCLUSIONES:**

"Cannabis... ¿Cómo lo vives?" constituye una propuesta de trabajo aceptada por los adolescentes y jóvenes en edad escolar para transmitirles elementos informativos y educativos sobre el cannabis que orienten sus actitudes y conductas y les ayuden a cuestionar críticamente determinados aspectos de la representación social del cannabis que no se corresponden con un planteamiento objetivo.

**PALABRAS CLAVE:**

Cannabis, prevención primaria, jóvenes y adolescentes.

---

---

# Estudio de perfil y evolución de tratamiento de las mujeres en el programa de mantenimiento con metadona en la ciudad de Albacete.

M<sup>o</sup> LUISA CELORRIO\*, MARTA SANTIAGO\*\*, ANA BELÉN SÁNCHEZ IÑIGUE\*\*\*.

\*Directora- Medico. \*\*Trabajadora Social \*\*\*Trabajadora Social  
Equipo de Atención a Drogodependencias de Albacete.

Enviar correspondencia:  
Correo electrónico: isabeldam@hotmail.com.

---

---

## INTRODUCCIÓN

El Programa de Mantenimiento con Metadona comienza en el EAD de Albacete en noviembre de 1997. Nos planteamos escoger esta muestra debido fundamentalmente al bajo porcentaje de mujeres toxicómanas en tratamiento con metadona y el alto índice de adherencia al tratamiento de este colectivo.

Hasta la fecha actual han pasado por este Programa 64 mujeres, siendo esta la muestra escogida para el estudio.

Después de estos años de evolución se plantea la posibilidad de realizar un estudio que nos sirva como herramienta para mejorar la eficacia en el trabajo diario, mejorando la calidad asistencial y ofrecer datos generales a los distintos profesionales.

## OBJETIVO

El objetivo del estudio es conocer el perfil según las variables escogidas de las mujeres en tratamiento con metadona diferenciando el medio rural y urbano, así como conocer el grado de retención de la mujeres en tratamiento con metadona, duración media del tratamiento de las mujeres, ampliar los conocimientos por parte de los profesionales para una posible modificación en la intervención y mejorar la calidad asistencial.

## MÉTODO

El estudio ha sido realizado en el EAD (Equipo de Atención a Drogodependencias) de Albacete.

La muestra escogida es de 64 mujeres que realizan o han realizado Programa de Mantenimiento con Metadona de edades comprendidas entre los 18 y los 40 años.

El método a seguir consiste en seleccionar las variables a utilizar, análisis de datos e interpretación de estos y diseño de gráficos.

## RESULTADOS

Las variables utilizadas para desarrollar el estudio son: edad, estado civil, motivo inicio de tratamiento (derivación, valoración EAD, embarazo), tipo de finalización (Alta Voluntaria, Alta Terapéutica, Abandono), Situación actual (abstinencia, consumos, desconocida), situación laboral, nivel estudios, relación con consumidores, situación familiar, prestación económica, antecedentes penales y causas pendientes, tipo de vivienda, años de consumo, nivel económico de la familia, patología dual, situación sanitaria (VHB, VHC, VIH), consumos de otras sustancias, porcentaje de mujeres con respecto a hombres en tratamiento con metadona, adherencia al tratamiento, duración media de tratamiento, dosis media de estabilización de metadona.

Algunos resultados son:

- Procedencia de las mujeres: 39 % Medio rural; 68 % Medio urbano
- Inicio de tratamiento: 38 % derivaciones; 52 % Valoraciones EAD; 6 % embarazos
- Fin de tratamiento: 4,7 % Alta voluntaria; 14,2 % Alta terapéutica; 11,1 % Abandono; 33,3 % Continúa en tratamiento; 7,9 % Ingreso en prisión; 28,57 % Derivaciones
- Antecedentes penales: 39 % NO; 60 % SI

## PALABRAS CLAVE

Metadona, mujer, tratamiento, variables y perfil.

---

---

# Eficacia del Topiramato para el tratamiento de las adicciones con impulsividad.

**M. L. CELORRIO BUSTILLO\* ; I. DEL AMO MANSILLA\*\*.**

\*Directora médico del EAD (Equipo de Atención a Drogodependencias) de Albacete.

\*\*Médico del EAD (Equipo de Atención a Drogodependencias) de Albacete.

---

---

## INTRODUCCIÓN

La nosología de la impulsividad es compleja y la ubicación definitiva de este trastorno no está resuelta.

La medicación antiepiléptica ha comenzado a experimentarse con algunos nuevos fármacos como eventualmente útiles en la deshabituación y prevención de recaídas.

Es el caso del topiramato; su mecanismo de acción es mixto, disminuyendo la hiperexcitabilidad neuronal, potenciando la actividad de los receptores GABA-A, bloqueando los receptores de glutamato del tipo kainato/AMPA, o bloqueando los canales del calcio y sodio dependientes del voltaje.

## OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia del tratamiento con topiramato en pacientes con abuso o dependencia de sustancias.

## MÉTODOS

El estudio ha sido realizado en el EAD (Equipo de Atención a Drogodependencias) de Albacete.

Se han seleccionado 40 pacientes varones en edades comprendidas entre 25 a 50 años.

Han recibido tratamiento con topiramato durante 3 meses y se ha evaluado el craving y la impulsividad, mediante la escala analógica visual (EAV) y la escala de impulsividad de Barrat, respectivamente.

## RESULTADOS

Los resultados más sobresalientes son que el topiramato es capaz, desde el principio del tratamiento, de controlar los bruscos cambios de humor y la intensa ansiedad que caracteriza a los primeros días de abandono del consumo de sustancias; tiene además un efecto sobre el mantenimiento de la abstinencia y la reducción del consumo de sustancias; combate el craving y presenta un perfil satisfactorio de tolerabilidad.

Se registran 11 pacientes con reacciones adversas (28 %), siendo las más frecuentes la somnolencia (n = 4; 10%), las parestesias (n = 2; 5%), la pérdida de peso relacionada con la dosis, dificultad de concentración (n = 4; 10%) y la depresión (n = 2 ; 5%). No hubo efectos secundarios llamativos salvo náuseas pasajeras en 2 casos.

## CONCLUSIÓN

El topiramato muestra en condiciones asistenciales reales una buena respuesta, con una importante disminución del craving y de la frecuencia y dosis de consumo de diversas sustancias, especialmente en pacientes con niveles altos de impulsividad, con un satisfactorio perfil de tolerabilidad.

Debido a que esta patología debe ser tratada de forma multidisciplinar, se verán fortalecidos los aspectos biológico, psicológico, cultural y social de nuestros pacientes.

Hemos de buscar estrategias y adoptar una buena disposición ante nuevos tratamientos para evitar el abandono de cualquier plan terapéutico.

---

---

# Hospitalización por alcoholismo en un hospital terciario dentro del sistema nacional de salud.

**J. CIVEIRA.**

Psiquiatra H. U. Miguel Servet de Zaragoza.

Enviar correspondencia:  
wences@unizar.es

---

---

Se presenta una revisión sobre 350.000 altas hospitalarias en el Hospital Universitario Miguel Servet comparando tres fuentes de información.

Un 23% de pacientes en las diversas especialidades médicas y quirúrgicas presentan diagnósticos de abuso de alcohol, pero solo un 3% son orientados para el tratamiento. La Unidad de psiquiatría atiende solo al =.3% de ellos con una tasa de reingresos en 8 años del 12%, tres veces por debajo de lo esperado y sin asociarse a programas específicos de tratamiento.

Se presenta un análisis epidemiológico, sobre la necesidad de poner en marcha una unidad monográfica y se discuten los programas de colaboración con equipos de atención primaria, en tres fases a lo largo de los próximos dos años. Se concluye con una revisión crítica de la importancia de este tema en un hospital universitario y sus implicaciones clínicas docentes e investigadoras.

## **PALABRAS CLAVES**

Epidemiología, ingresos, tratamientos, comorbilidad médica y psiquiátrica, en alcoholismos

---

---

# Cambios en el perfil del paciente drogodependiente en el E.A.D. de Toledo. ¿Hacia dónde vamos?

A. DÍAZ RUANO, A. I. HENCHE RUIZ, J. ALMOGUERA MONTERO.

Unidad de Drogodependencias de Toledo. Toledo, España.

Enviar correspondencia:

Dr. Ángel Díaz Ruano. Director de la Unidad de Drogodependencias de Toledo. E-mail: adruano@diputoledo.es.

---

---

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es una etapa vital crítica en el ciclo evolutivo del individuo en múltiples aspectos y, según confirman numerosos estudios, uno de ellos se refiere al consumo de drogas. Hace ya algún tiempo, y sobre todo en los últimos dos años, en el Equipo de Atención de Drogodependencias (EAD) de Toledo venimos observando un inquietante incremento del porcentaje de adolescentes y preadolescentes que acuden a nuestro centro solicitando tratamiento por uso, abuso o dependencia de diversas sustancias, fundamentalmente cocaína y cannabis. Generalmente, se trata de menores con escasa o nula conciencia de problema, que acuden presionados por unos padres desorientados y desesperados que buscan una solución 'mágica'.

### OBJETIVOS.

Nos planteamos realizar un estudio descriptivo-comparativo para objetivar si estamos ante un cambio en el perfil del drogodependiente actual.

Pacientes y métodos. Se recogieron tres muestras de pacientes, correspondientes a las valoraciones (nuevas y sucesivas) realizadas en nuestro EAD en los periodos 1993/1994, 1998/1999 y 2003/2004, para estimar y comparar el perfil del paciente hace diez años, hace cinco años y en la actualidad. Se estudiaron algunas de las variables incluidas en la hoja de admisión a tratamiento del Observatorio Español de Drogodependencias (OED). Dichas variables son: edad, sexo, droga principal por la que es admitido a tratamiento, inicio del consumo de la droga principal, tratamientos previos por la misma sustancia, vía de administración de la droga principal, utilización de la vía intravenosa, policonsumo, serología para VIH, situación laboral y nivel de estudios. Los usuarios cuya sustancia de consumo es únicamente el alcohol no se tratan en el EAD. Por tanto, los datos obtenidos en este estudio se refieren únicamente a usuarios cuya droga principal, por la que acuden solicitando tratamiento, no es el alcohol, aunque sí se incluyen aquellos que presentan policonsumo, con el alcohol como droga secundaria.

### RESULTADOS.

Destacamos un inquietante incremento en el número de usuarios jóvenes (menores de 20 años) que acuden solicitando tratamiento. Se ha producido un cambio en lo que se refiere a la droga principal por la que solicitan tratamiento, pasando de la heroína a la cocaína (menos del 3% hace 10 años, frente al 48% actual). Consecuentemente con el cambio de sustancia, la vía más frecuente de administración ha pasado a ser la intranasal o esnifada (46%), en detrimento de la vía fumada y, mucho más aún de la intravenosa (en el periodo 2003/2004, más del 70% de los usuarios nunca han utilizado dicha vía). Y, en estrecha relación con lo anterior, observamos un importante descenso de la seropositividad frente al VIH (25% de seropositivos hace 5 años, frente al 9% actual). En cuanto a los datos educativos y laborales, destaca un importante incremento de los usuarios que no han finalizado los estudios primarios y una notable mejoría en lo referente a la situación laboral.

### CONCLUSIONES.

Es necesario adecuar las estrategias y métodos de intervención a esta nueva generación de consumidores adolescentes, de acuerdo a sus características y necesidades específicas, haciendo hincapié en la prevención como objetivo prioritario de la intervención. Esta prevención ha de estar basada en la globalidad, puesto que la adquisición de valores y la educación de los menores se produce tanto en el ámbito escolar como en el familiar

y el comunitario. Por último, planteamos una propuesta de programa de prevención selectiva/indicada dirigido a menores en situación de riesgo o que ya se han iniciado en el consumo de sustancias, basado en una perspectiva global que incluye el abordaje del menor, de la familia y de la escuela.

**PALABRAS CLAVE:**

Perfil, drogodependencia, adolescencia, menores, prevención.

---

---

## **Eficacia de la Oxcarbacepina en el Craving de Cocaína.**

**A. DÍAZ RUANO; J. ALMOGUERA MONTERO; A. I. HENCHE RUIZ.**

Unidad de Drogodependencias de Toledo. Toledo, España.

Enviar correspondencia:

Dr. Angel Díaz Ruano. Director de la Unidad de Drogodependencias de Toledo. E- mail: adruano@diputoledo.es.

---

---

### **RESUMEN**

#### **Introducción.**

La oxcarbacepina (OXC) es un fármaco antiepiléptico aprobado para el tratamiento de crisis epilépticas en adultos y niños desde los 6 años. Como ventajas de la OXC sobre la carbamacepina (CBZ) se incluyen la falta de autoinducción, una propensión menor a inducir las enzimas microsomales hepáticas y unos mejores perfiles de seguridad y tolerabilidad. La OXC se ajusta rápidamente con dosis clínicamente eficaces. No es necesario un control sanguíneo como ocurre con la CBZ. Desde hace tiempo hemos venido observando en nuestra práctica clínica diaria la utilidad de la OXC para la desintoxicación y la deshabitación de cocaína, en tanto en cuanto este fármaco parece ser útil para disminuir de forma considerable el deseo de consumo de cocaína. Hemos querido plasmar de forma objetiva lo que hasta ahora ha sido una impresión clínica.

#### **Objetivos**

Establecer la eficacia de la OXC a un mes, en los síntomas de impulsividad y craving en pacientes consumidores de cocaína.

### **PACIENTES Y MÉTODOS**

*Se trata de un estudio abierto descriptivo-comparativo de una serie de casos, a un mes. Los casos están constituidos por 30 pacientes, valorados en nuestro EAD de septiembre a noviembre de 2004, cuyas edades están comprendidas entre los 18 y 65 años, con diagnóstico DSM IV de dependencia a cocaína y sin patología relevante asociada en el momento de la valoración. El estudio consta de 4 visitas (basal, 1ª semana, 15 días y un mes de la primera); a partir de la visita basal se les pauta OXC, en dosis comprendidas entre 600 y 2400 mg al día. En todas las visitas se les pasa la Escala de impulsividad de Barrat ( BIS-11 ) y el Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ).*

Al tratamiento farmacológico se asocia psicoterapia y controles toxicológicos semanales.

### **RESULTADOS**

De los 30 pacientes incluidos, 27 completaron el estudio. La media de edad fue de 23 años. En menos del 10% de los pacientes se utilizó medicación concomitante (antidepresivos y ansiolíticos). Las puntuaciones en las escalas BIS-11 y CCQ muestran una disminución significativa de la impulsividad en los pacientes al mes de



tratamiento con OXC. Ninguno de los pacientes que completaron el estudio tuvo que abandonarlo por acontecimientos adversos; los más frecuentes fueron somnolencia y los relacionados con el estado de ánimo.

## CONCLUSIONES

El tratamiento con OXC mejoró de forma significativa el craving de cocaína y la impulsividad, lo que facilita la desintoxicación y deshabitación de esta sustancia.

## PALABRAS CLAVE:

Oxcarbacepina ( OXC), cocaína, craving, impulsividad.

---

---

# Patología dual en pacientes de un servicio de psiquiatría infanto-juvenil.

R. DÍAZ\*; L. GONZÁLEZ-RIESCO\*\*; L. SERRANO\*; R. CALVO\*\*; A. GUAL\*; J. CASTRO\* \*.

\*Unitat d'Alcoholologia de l'Hospital Clínic de Barcelona.

\*\*Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.

Enviar correspondencia:

Rosa Díaz. Unitat d'Alcoholologia. Hospital Clínic de Barcelona. C/ Mejía Lequerica s/n (Pavelló Helios II. Recinte Maternitat).  
Tel: + 34 (9)3 227 99 23. FAX: + 34 (9)3 227 56 88 (Psiquiatria Infantil). e-mail: rosadiaz@copc.es.

---

---

Los jóvenes con patología psiquiátrica constituyen una población de alto riesgo en relación con el consumo de sustancias adictivas, sea éste la causa, la consecuencia o una circunstancia concomitante con el trastorno psiquiátrico que puede empeorar la evolución del cuadro. El programa PEEDRO (Programa de Evaluación y Educación sobre el consumo de DROgas) está realizando un estudio epidemiológico para valorar el consumo de sustancias adictivas en población psiquiátrica infanto-juvenil.

En este trabajo se describen los resultados preliminares del análisis de una muestra de 164 pacientes adolescentes de 12 a 18 años (40,4% varones, edad media  $14,83 \pm 1,06$ ) que solicitaron visita por primera vez a partir de marzo de 2004 en el Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil (SPPIJ) del Hospital Clínic de Barcelona, y que han sido evaluados a través de una entrevista y diversos cuestionarios sobre datos sociodemográficos, médicos, psiquiátricos y consumo de tóxicos. En este trabajo también se presentarán los datos de validación de la adaptación española del Teen ASI realizada para este proyecto.

De la muestra analizada hasta el momento, el 54% son consumidores de sustancias adictivas (al menos ocasionalmente), el 10,3% presenta un patrón de riesgo en relación con el consumo de alcohol, el 20,7% criterios de dependencia del tabaco, el 17,2% posible abuso o dependencia de cannabis y el 3,4% consumo, al menos esporádico, de otras sustancias adictivas (coca, pastillas). Cabe señalar que entre los consumidores hay más patología externalizante (trastorno de conducta, déficit de atención con hiperactividad, etc.) que entre los no-consumidores.

En vista del alcance de la problemática detectada se concluye acerca de la necesidad de elaborar estrategias de prevención y tratamiento efectivas para esta población de riesgo en relación con el consumo de sustancias, así como de formar a los especialistas en salud mental infanto-juvenil en estas estrategias. En respuesta a esta necesidad, en este estudio también se está evaluando la efectividad en esta población de una intervención motivacional breve para reducir / abandonar el consumo de sustancias.

## **Agradecimientos**

Este trabajo ha podido realizarse gracias a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a través del INIFD.

## **PALABRAS CLAVE**

Patología dual, consumo de tóxicos, adolescentes, comorbilidad

---

---

# **Pasado, presente y futuro del Cánnabis.**

**M<sup>a</sup> ÁNGELES DÍAZ-MAROTO TELLO; ELISA ISABEL PALOMINO SANTOS; ESTHER LÓPEZ SUÁREZ**

Unitat d'Alcoholologia de l'Hospital Clínic de Barcelona.  
Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.

Enviar correspondencia:

M<sup>a</sup> Ángeles Díaz-Maroto Tello *C.I.T.D (Centro Integral de Tratamiento de las Drogodependencias)*.  
C/ Pasaje de San Isidro, s/n. 13.600 Alcázar de San Juan. CIUDAD REAL. Email: EAD@citdalcazar.e.telefonica.net.

---

---

## **INTRODUCCIÓN:**

Desde el inicio de los tiempos se han consumido todo tipo de drogas, con fines mágicos, religiosos, curativos...etc. Se trata de plasmar la historia del cánnabis desde el principio de los tiempos para observar como ha evolucionado esta sustancia que hoy en día está socialmente aceptada.

## **METODOLOGÍA:**

Trabajo de investigación en diferentes medios: bibliografía, Internet, experiencia propia tras once años de trabajo en el campo. Memorias PNSD.

## **OBJETIVO:**

Ver plasmada la historia del cánnabis especialmente cómo ha evolucionado, la finalidad y el perfil del usuario. Prever, basados en la situación de hoy en día, cómo avanzará el consumo y el perfil en el futuro.

## **RESULTADOS:**

Los objetivos tras la investigación y lectura de la bibliografía utilizada, haciendo hincapié en aquellos datos que son más relevantes y que invitan a la reflexión.

## **PALABRAS CLAVE:**

Cánnabis, marihuana, hachis, consumo, consecuencias, aceptación, conjeturas.

---

---

# Perfil del paciente cocainómano que acude al equipo de atención a drogodependencias en la provincia de Albacete.

MERCEDES ESPARCIA MORENO; M. LUISA CELORRIO BUSTILLO.

Equipo de Atención a Drogodependencias. Albacete.

---

---

## FUNDAMENTO

Este trabajo pretende, iniciar una línea de investigación sobre el paciente cocainómano que acude a nuestro centro de Drogodependencias. Este centro está situado en la ciudad de Albacete y atiende a toda la provincia.

Nuestro interés por este trabajo surge cuando empezamos a observar como las demandas por tratamiento de cocaína empiezan a crecer de manera importante en nuestro centro. Me imagino que como todos los profesionales que trabajábamos en ese momento en los equipos de atención a drogodependencias fuimos testigos de un cambio importante, que fue el aumento del consumo de cocaína por parte de la población, los problemas derivados de su abuso y dependencia, y el inicio cada vez más precoz de su consumo.

Este fenómeno social continúa creciendo y extendiéndose de manera muy importante, por lo que los profesionales hemos de estar preparados con conocimientos suficientes y específicos de esta realidad.

Es por ello, que nos planteamos en este primer estudio, definir el perfil del cocainómano de nuestra provincia.

## MÉTODO

El estudio es un análisis descriptivo.

La muestra ha sido el total de la población de pacientes que han acudido al centro durante el año 2.002. Compuesta por 57 individuos.

Se utiliza el programa SPSS 11.0 para Windows, análisis de frecuencias para conocer el perfil. Posteriormente se realizará con la inclusión de más casos y variables análisis de correlaciones.

Se han estudiado 27 variables: variables sociodemográficas, variables toxicológicas, variables de patología física y mental, etc..

## CONCLUSIONES

En líneas generales el perfil nos muestra al cocainómano como un individuo completamente diferente al consumidor de otras drogas como por ejemplo al heroínómano.

El rango de edad ha sido (15-47) con una media de edad de 29'34. En su mayoría es hombre, soltero, con estudios básicos, y su situación laboral es por cuenta ajena o autónomo. El 87% consume otras drogas además de la cocaína, con prevalencia claramente del alcohol (70%). No suele tener problemas judiciales, (70% no tienen). La mayoría acude al centro sin haber tenido tratamientos previos (73%), acompañados por pareja (36%) o madre (16%) principalmente, motivados por problemas psicológicos (36%) o presión familiar (23%) y cuya vía de administración preferente es la snifada.(93%).

Solo un 3,5 presenta patología infecciosa. Patología dual presenta un 36'85 % de la muestra, observándose prevalencia de los trastornos de tipo ansioso.

## PALABRAS CLAVE

Cocaína, Perfil

---

---

# Estimación del consumo de drogas en pacientes incluidos en el programa de mantenimiento con metadona del sur de Tenerife, mediante encuesta anónima autocumplimentada.

**JUAN CARLOS FERNÁNDEZ MOLINA\***; **VÍCTOR PÉREZ Y PÉREZ\***; **R.L. GONZÁLEZ GUERRA \*\***;  
**M<sup>a</sup>J. GONZÁLEZ GUERRA\*\***; **ANA C. CHAVEZ DIAZ\*\***; **M<sup>a</sup> L. GARCIA GONZALEZ\*\***; **M.J. MEDINA AFONSO\*\***.

Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias. (ANTAD). \* Farmaceuticos \*\*Técnicos laboratorio.

Enviar correspondencia:

Juan Carlos Fernández Molina. CAD Granadilla. Ctra. Gral. Granadilla-El Medano, 44. Granadilla (Tenerife). Antadgranadilla@antad.e.telefonica.net

---

---

## INTRODUCCIÓN

El Servicio de Farmacia de la Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias. (ANTAD) en el sur de Tenerife, atiende una población de 179.314 habitantes. Cuenta con un programa heterogéneo en sus objetivos.

La encuesta de consumos señala que el 89.84% son veraces en la información que transmiten<sup>1</sup> El 91 % de pacientes en PMM admiten haber consumido otras drogas, un 55 % habían consumido cuatro o más drogas ilícitas. El 40 % de los pacientes con metadona utilizan cocaína o crack, tras su admisión en el programa<sup>2,3,4</sup>.

## OBJETIVOS:

Estimación de los consumos de drogas en pacientes incluidos en el PSO, mediante encuesta autocumplimentada y anónima. Dirigir las acciones correctivas oportunas (mejora continua) en el PSO.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Población objeto: Usuarios del programa de Sustitutivos opiáceos incluidos entre el 1 y el 30 de mayo de 2004. con un Universo de 243 usuarios.

Procedimiento de muestreo: Aleatorio simple, Tamaño de la muestra: 56; Rechazan cumplimentar: 3

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La horquilla de edad se encuentra entre 21 y 45 años, con una Media de 28,4 años (Desv est. 6,2). Sexo: 71 % H 18% M 6 % NS/NC.

El 75 % de los pacientes han consumido otras drogas, las cuales se desglosan a continuación: Alcohol 48% Cannabis 34% Benzodiacepinas 7 % Heroína 5.4 % El 14 % han consumido dos o más drogas. Los datos son consistentes con la bibliografía y los obtenidos en nuestro programa<sup>1,3,4,8</sup>.

Tres pacientes no han contestado ningún ítem. Uno solo rehusó rellenar la encuesta y dos pacientes no rellenan algún ítem.

Hemos observado que se cumple con el objetivo primario del programa: disminuir el consumo de opiáceos. Sin embargo hay un importante consumo de otras sustancias: la cocaína (14 %), objetivo de especial interés<sup>2,4</sup>. El 5 % consume diariamente, El 9 % esporádicamente. El 5.5 % crack (boliches). Todos esporádicamente, El 16 % consume cocaína y/o crack. Hay un importante porcentaje (34%) de pacientes que continúa consumiendo de forma habitual cannabis.

No debe ponerse énfasis solo en disminuir del consumo de opiáceos (reducción de daños), sino en la atención a otras sustancias cocaína fundamentalmente. El mayor o menor consumo de éstas sustancias puede utilizarse como predictor de las recaídas que sufren los pacientes a los que se les da el alta terapéutica del PSO.

## REFERENCIAS:

1. J.J Hernández, R. Molina, A. Picazo y M. J. De Antonio. Trastornos adictivos
2. M.A. Landabaso. Olanzapina y consumo de cocaína en PMM. Psiquiatría biológica. 2001
3. Manual de Metadona: Annette Verster y Ernst Buning. Euromethwork. EU.
4. Manejo clínico en los tratamientos de Mantenimiento con Metadona. J.J Fernández. Evaluación y tratamiento en Drogodependencias.
5. Descriptive Analysis of cocaine use of methadone patients. Durg Alcohol Depend. 1993 may; 32(3):267-65
6. Detection of illicit opioid and cocaine use in methadone maintenance treatment. Am. J. Alcohol Abuse 1999 Aug.;25(3):561-71
7. Cocaine abuse sharply reduced in an effective methadone maintenance program. J. Addicts Dis. 1999;(4):63-75.
8. Tratamiento de Mantenimiento con Metadona: Revisión Histórica y problemas Clínicos.

---

---

# Estudio de la evolución de la demanda de tratamiento en los últimos 10 años en la unidad de conductas del servicio de salud mental del SESCAM de Talavera de la Reina.

**JOSÉ MANUEL GALEGO BELLIDO.**

Unidad de Drogodependencias de Toledo. Toledo, España..

Enviar correspondencia:

José Manuel Galego Bellido. Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Salud Mental del SESCAM de Talavera de la Reina. Instituto de Ciencias de la Salud. Ctra. Madrid, Km. 114. 45600 - Talavera de la Reina (Toledo). Tlf: 925-839251. Fax: 925-839282.

---

---

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Pacientes que demandan tratamiento de toxicomanías en los 11 últimos años en la Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Salud Mental del Sescam de Talavera de la Reina.

Se estudió una muestra de 2940 pacientes que iniciaron tratamiento en la U.C.A. por consumo de diferentes sustancias (heroína, cocaína, alcohol, cannabis, anfetaminas y otros).

## OBJETIVO

Conocer la evolución en la demanda a tratamiento de las diferentes sustancias en el periodo de tiempo señalado.

## RESULTADOS

- A partir del año 2002 los inicios de tratamiento por heroína comienzan a estabilizarse y actualmente están en franca disminución.
- Actualmente casi la mitad de los inicios de tratamiento (47,4%) son debidos a problemas de alcoholismo.
- Los inicios de tratamiento por cocaína han aumentado espectacularmente pasando del 3,2% del 2002 al 23,4% en el 2003.

- En los últimos 11 años: El 40,61% del total de los inicios de tratamiento han sido debidos a problemas con el alcohol, el 40,30% por consumo de heroína, el 7,04% por consumo de cocaína, el 1,32% por cannabis y el 0,20% por anfetaminas.

---

---

## **Estudio de la prevalencia de enfermedades infecciosas en pacientes en programa de mantenimiento con metadona de la unidad de conductas adictivas del servicio de salud mental del SESCAM en Talavera de la Reina.**

**JOSÉ MANUEL GALEGO BELLIDO.**

Unidad de Drogodependencias de Toledo. Toledo, España..

Enviar correspondencia:

José Manuel Galego Bellido. Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Salud Mental del SESCAM de Talavera de la Reina.

Instituto de Ciencias de la Salud. Ctra. Madrid, Km. 114. 45600 - Talavera de la Reina (Toledo). Tlf: 925-839251. Fax: 925-839282.

---

---

### **DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

Pacientes incluidos en Programa de Mantenimiento con Metadona en la U.C.A. de Talavera de la Reina durante el año 2003. N° de pacientes: 136.

### **OBJETIVO**

Conocer las prevalencias de enfermedades infecciosas (Hepatitis B y C y VIH) en pacientes heroínómanos en Programa de Mantenimiento con Metadona.

### **INSTRUMENTOS**

- Serología Hepatitis B y C.
- Serología VIH.

### **RESULTADOS**

- Serología Hepatitis C positiva: 75%.
- Serología Hepatitis B positiva: 38% (10% vacunados).
- Serología VIH: 24%.
- Pacientes con serología Hepatitis C (+), Hepatitis B (+) y VIH (+): 13,9%.
- Serología Hepatitis B y C (+): 19,8%.
- Pacientes con serología Hepatitis C (+) y VIH: 10,2%.
- Pacientes sólo con serología Hepatitis B: 2,9%.
- Pacientes sólo con serología Hepatitis C: 25,7%.
- Serología positiva de VIH: 0%
- Sin ningún tipo de enfermedades infecciosas: 27,5%.

---

---

# **Estudio perfil de pacientes diagnosticados de dependencia alcohólica que acuden a grupo de autoayuda en la unidad de conductas adictivas del servicio de salud mental del SESCAM de Talavera de la Reina. .**

**JOSÉ MANUEL GALEGO BELLIDO.**

Enviar correspondencia:

José Manuel Galego Bellido. Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Salud Mental del SESCAM de Talavera de la Reina. Instituto de Ciencias de la Salud. Ctra. Madrid, Km. 114. 45600 - Talavera de la Reina (Toledo). Tlf: 925-839251. Fax: 925-839282

---

---

## **DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

Se estudió una muestra de 104 pacientes con diagnóstico de dependencia alcohólica, que acuden a grupo de autoayuda, con frecuencia semanal, en horario de mañana y laborable, durante un periodo de un año (octubre 2003 – octubre 2004).

## **ÁMBITO**

Muestra de pacientes del área de salud de Talavera de la Reina y comarca, con una población aproximada de 166.000 habitantes, de ellos el 47% residentes en el medio urbano y el 53% aproximadamente en el medio rural.

## **INSTRUMENTOS**

- Historia médica.
- Historia social.
- SEIT
- Registro asistencia a grupo.

## **OBJETIVOS**

Conocer el perfil de pacientes que acuden a grupo de alcohólicos.

## **RESULTADOS**

- El 85,6% son hombres.
- El 86% con edades comprendidas entre los 30 y los 59 años.
- El 54,81% procedentes del medio urbano.
- El 58,65 casados y el resto separado, divorciado y otros.
- Estudios primarios completos e incompletos el 56,72%.
- El 33,64% con trabajo fijo, el 16,34% trabajadores eventuales, el 18,26% parados cobrando subsidio por empleo y el 15,37% pensionistas.
- El 29% pacientes que por primera vez iniciaban tratamiento.
- El 25,96% acudieron a tratamiento por decisión propia.
- El 12% diagnosticados de patología psiquiátrica.

## **PALABRAS CLAVE:**

Alcoholismo. grupo autoayuda. perfil.

---

---

# ¿Influye el género en la evolución favorable dentro de un programa de mantenimiento con metadona?

**M. J. GARCIA ESCUDERO.**

Equipo de Atención a Drogodependencias (E.A.D.) de Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

Mª Josefa García Escudero: C/ Lentejuela 7, 13002 Ciudad Real. garcudero@yahoo.es

---

---

## INTRODUCCIÓN

Los datos han sido recogidos entre los primeros 100 pacientes adscritos al Programa de Mantenimiento con Metadona (P.M.M.) en el Equipo de Atención a Drogodependencias (E.A.D.) de Ciudad Real, sin diferencia de sexo.

## OBJETIVO

Descubrir el perfil de mujer beneficiaria de P.M.M., conocer su evolución en comparación con el hombre y valorar que ítems son favorecedores de una buena evolución.

## METODOLOGÍA

Los datos son recogidos y actualizados de las historias clínicas correspondientes a los 100 primeros pacientes que inician tratamiento de P.M.M. en el E.A.D. de Ciudad Real desde su inicio en febrero de 1998 hasta mayo de 2004.

Para el tratamiento de los ítems recogidos (sexo, edad, estado civil, residencia, situación judicial, estudios, años de consumo, edad de inicio en el consumo, gr. de heroína que consumen al inicio del programa, vía de administración, tratamientos previos, pareja consumidora, VIH, VHB, VHC, consumos en familiares de 1<sup>er</sup> y de 2<sup>o</sup> nivel, causas de baja en el programa, reinicios en el mismo), se utiliza el análisis estadístico con el programa SPSS.

## RESULTADOS

El perfil de mujer obtenido es: edad entre 31-40 años, con pareja consumidora, estudios básicos, el lugar de residencia se distribuye al 50% (rural/urbana), con antecedentes penales, que inicia el consumo entre los 12-20 años, cuya evolución en el mismo es de > 14 años, los gr. de heroína que consume al iniciar P.M.M. están entre ½ y 1 gr., la vía de administración es IV/Fumada, ha realizado tratamientos previos, con familia de 1<sup>er</sup> nivel no consumidora, con VIH y VHB negativo, VHC positivo, la causa de baja más frecuente en el programa es alta terapéutica (50%), y no ha realizado reinicios en P.M.M.

A tenor de los datos obtenidos se podría concluir que la diferencia de género influye en la evolución favorable en P.M.M., ya que en la mujer es del 50%, mientras que en el hombre es de un 60%, es notable señalar que la situación de convivencia en pareja favorece una evolución positiva (83%), siendo no consumidora en un 60% de estos casos.

## PALABRAS CLAVE:

Mujer, hombre, metadona, favorable.



---

---

# Perfil de personalidad y factores de alto riesgo en pacientes de dependencia alcohólica en el EAD de Guadalajara.

JOSÉ LUIS GARCÍA GARCÍA, ANA B. LÓPEZ MORENO.

Equipo De Atención A Las Drogodependencias De Guadalajara.

Enviar correspondencia:

José Luis García García, Ana B. López Moreno. EAD Guadalajara. Plaza del Concejo s/n. 19001 – Guadalajara. Tlfno y fax: 949 88 70 99. e-mail: eadguad@teleline.es

---

---

## INTRODUCCIÓN

Una de las causas de recaída en el alcoholismo es la dificultad para manejar sentimientos desagradables. Por otra parte, determinados rasgos de personalidad en relación con situaciones de alto riesgo aumentan la probabilidad de que el individuo rompa su abstinencia. Una de las obligaciones del clínico ante el/la paciente alcohólico/a es ayudarlo a identificar las situaciones que son de alto riesgo e individualizar su tratamiento en función de su perfil de personalidad.

## OBJETIVOS

- ⊙ Conocer las situaciones en las que nuestros/as pacientes sienten un mayor deseo hacia la bebida.
- ⊙ Conocer los rasgos más significativos de su perfil de personalidad y cómo alguno de ellos puede incidir en su adicción.
- ⊙ Conocer qué rasgo de personalidad es más frecuente y comprobar si existen determinados rasgos que puedan conformar un "patrón de personalidad" característico de los/as pacientes alcohólicos en nuestro medio.
- ⊙ Comprobar las diferencias entre hombres y mujeres tanto en rasgos de personalidad como en situaciones de alto riesgo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudia una muestra de 29 pacientes, 22 varones y 7 mujeres, con diagnóstico de Dependencia a Alcohol según criterio DSM-IV, que acuden a tratamiento a este EAD. Se ha excluido a aquellos/as pacientes que presentan patología dual y otras drogodependencias.

Se han administrado dos cuestionarios autoaplicados: el Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF-5 de Cattell y el Inventario de Situaciones de Bebida IDS-100 de Annis H.M.

## RESULTADOS

### 1.- Perfil de personalidad:

- ⊙ El 93.1% de los/as pacientes estudiados presentan una *Estabilidad Emocional* baja (Media=2,6) siendo significativamente baja ( $\leq 3$  en escala de 1 a 10) en un 68.9%.
- ⊙ El 79.3 % presentan una puntuación alta en la escala *Abstracción* (Media=7.7), obteniendo el 48.2% los/as pacientes una puntuación significativamente alta ( $> 8$  en escala de 1 a 10).
- ⊙ El 75.8% presentan una puntuación alta en la escala *Autosuficiencia* (Media=8), y el 70% de los/as pacientes una puntuación significativamente alta ( $\geq 8$  en escala de 1 a 10).

- ⊙ En la escala Tensión llama la atención la diferencia entre varones y mujeres, presentando una puntuación alta el 72.7% de los varones frente al 100% de las mujeres.
- ⊙ El resto de las escalas se encuentran en puntuaciones dentro de la media de la población general.

## **2.- Situaciones de alto riesgo:**

- ⊙ La situación de alto riesgo más común entre nuestros/as pacientes corresponde a *Estados de ánimo desagradables* (puntuación de 61 sobre 100) seguida de *Ponerse a prueba* (45), *Presión social* (44) y *Ratos agradables con la gente* (41.5).
- ⊙ Encontramos diferencias reveladoras entre varones y mujeres en todas las situaciones, fundamentalmente en *Estados de ánimo agradable* (Varones-52, Mujeres-0), *Ratos agradables con la gente* (V-53.7, M-0), *Presión social* (V-54, M-7.5), *Impulsos* (V-45, M-11) y *Conflictos con los demás* (V-42, M-17).
- ⊙ Las situaciones en las que las mujeres sienten mayor deseo hacia la bebida son fundamentalmente *Estados de ánimo desagradable* (46 sobre 100), *Ponerse a prueba* (43) y *Malestar físico* (22) siendo casi insignificante la puntuación en el resto de las situaciones.

## **CONCLUSIONES**

Determinados rasgos de personalidad se repiten de forma constante en los perfiles de nuestros/as pacientes.

Podemos inferir que la persona tipo que acude a nuestro centro responde a dos tipos de patrones: 1.-Varón emocionalmente cambiante, abstraído, idealista, autosuficiente, individualista, inseguro, con baja animación y alta tensión que bebe ante estados de ánimo desagradable, usa el alcohol como celebración y le afecta la presión social sobre la bebida y tiene pocas habilidades en la resolución de conflictos con los demás. 2.- Mujer con baja estabilidad emocional, abstraída, idealista, afable, individualista, con baja animación, muy sensible, poco asertiva y que se siente impulsada a beber ante estados de ánimo desagradable y para ponerse a prueba. Utiliza más la bebida como escape ante situaciones desagradables que como diversión o vía de integración social. No suele sentirse afectada ante la presión social hacia el alcohol.

Hemos observado que los/as pacientes con mayor estabilidad emocional presentan menor compulsión hacia la bebida ante estados de ánimo desagradables.

## **PALABRAS CLAVE**

Dependencia alcohólica. Perfil de personalidad. Situaciones de alto riesgo.

---

---

# **Validación de un cuestionario para la evaluación de factores interpersonales de riesgo para el consumo de drogas en la adolescencia (FIR-CD).**

**OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ; ROBERTO SECADES VILLA; JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO; JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA; JOSÉ MANUEL ERRASTI PÉREZ; SUSANA AL-HALABÍ DÍAZ.**

Grupo de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia:

Olaya García Rodríguez. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n, 33003. Oviedo (Asturias). Teléfono: 985-104189. Email: UO21760@uniovi.es

---

---

El estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas en la adolescencia se considera fundamental de cara al diseño y a la planificación de los programas de prevención de las drogodependencias. No obstante, se plantea el problema de disponer de instrumentos válidos y fiables que evalúen este tipo de factores. En este trabajo se presenta la construcción y validación de un cuestionario para la identificación de factores interpersonales de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes (FIR-CD). Este instrumento fue aplicado a una muestra de 2.126 alumnos de la ESO de distintas comunidades autónomas españolas. Los resultados expuestos mostraron que la fiabilidad del instrumento es elevada encontrándose una estructura factorial de siete componentes: reacción de los familiares ante el consumo de drogas, grupo de amigos, acceso a las drogas, situaciones de riesgo de la familia, educación familiar en drogas, estilo educativo y actividades protectoras. Todos los factores se mostraron buenos predictores del uso de drogas. Se discute la utilidad del FIR-CD para la evaluación de factores de riesgo del consumo de sustancias en la adolescencia y la mejora de los programas de prevención existentes.

## **PALABRAS CLAVE:**

Factores de riesgo, drogas, adolescentes, cuestionario.

---

---

# Mortalidad atribuible al consumo de alcohol Castilla-La Mancha, 1998.

**GONZALO GUTIÉRREZ ÁVILA; JUAN CASTELL MONSALVE; INMACULADA MORENO ALÍA;  
MAIKA SARDÓN RODRÍGUEZ.**

Servicio de Epidemiología, DGSP, Consejería de Sanidad de la JJCC de Castilla La Mancha, Toledo.  
Delegación Provincial de Sanidad (DPS), Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

Juan Castell Monsalve. Jefe del Servicio de Salud Pública y Participación. Delegación Provincial de Sanidad. C/ Postas, 18. 13002 Ciudad Real. Tfno: 926276046

---

---

## ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En los países occidentales uno de los principales problemas de salud es el alcoholismo. Su prevalencia es muy elevada, estimándose que un 10% de la población española padece algún tipo de alcoholismo. A su vez, la mayoría de los estudios sobre alcohol-mortalidad obtienen unas proporciones de muertes atribuibles directa o indirectamente al consumo de alcohol que oscilan entre el 5%-6% de todas las defunciones.

En este trabajo se pretende obtener una primera aproximación de los efectos del consumo de alcohol sobre la mortalidad en Castilla-La Mancha según causa de defunción y sexo mediante la estimación del número de defunciones atribuibles al consumo de alcohol y su contribución al conjunto de la mortalidad de Castilla-La Mancha.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Como Fuente de información para obtener el número de defunciones por causa edad se ha utilizado el fichero facilitado por el INE a la Consejería de Sanidad. Como lista de causas de muerte relacionadas con el consumo de alcohol se ha tomado la utilizada para el mismo fin por los Center for Disease Control (CDC). Así mismo las Fracciones Atribuibles Poblacionales (FAP) utilizadas son las publicadas por los CDC.

Para obtener el número de muertes atribuibles al alcohol (MA) se ha obtenido el número de muertes observadas (MO) para cada causa relacionada y sexo, multiplicándose este número por su correspondiente FAP. Finalmente se han calculado los porcentajes sobre el total de muertes y sobre las MA.

## RESULTADOS

Durante 1998 se produjeron en Castilla-La Mancha (CM) un total de 17.141 defunciones de las cuales 8.815 correspondieron a varones (51,4%) y 8.326 a mujeres (48,6%).

Del total de defunciones 4.766 (27,8%) se produjeron por causas directa o indirectamente relacionadas con el consumo de alcohol. De ellas 734 son las atribuibles al consumo de alcohol, lo que supone un 15,4% de las defunciones por causas relacionadas y un 4,3% del total de defunciones ocurridas en CM durante el año 1998.

En varones suponen el 5,3% del total de defunciones, mientras que en mujeres son el 3,2%. Las Enfermedades Cardiovasculares presentan una importante contribución a la MA (21,3%), sin embargo su importancia en términos de Salud Pública es inferior a la del porcentaje obtenido ya que su contribución a la mortalidad prematura es más baja que los Tumores Malignos y, especialmente, los Accidentes.

## CONCLUSIONES

El alcohol continúa siendo un factor de riesgo de mortalidad muy importante en nuestro medio, en el presente estudio contabiliza un total de 734 muertes atribuibles directamente al consumo de alcohol, lo que supone un 15,4% de las defunciones por causas relacionadas y un 4,3% del total de defunciones ocurridas en CM durante el año 1998.

## PALABRAS CLAVE:

Alcohol, mortalidad atribuible, mortalidad

---

---

# Mortalidad atribuible al consumo de tabaco Castilla-La Mancha, 1998.

**GONZALO GUTIÉRREZ ÁVILA; JUAN CASTELL MONSALVE; INMACULADA MORENO ALÍA;  
MAIKA SARDÓN RODRÍGUEZ.**

Servicio de Epidemiología, DGSP, Consejería de Sanidad de la JJCC de Castilla La Mancha, Toledo.  
Delegación Provincial de Sanidad (DPS), Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

Juan Castell Monsalve. Jefe del Servicio de Salud Pública y Participación. Delegación Provincial de Sanidad. C/ Postas, 18. 13002 Ciudad Real. Tfno: 926276046

---

---

## ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Diversos estudios sitúan en torno al 15% de todas las defunciones las muertes atribuibles al tabaco. España es uno de los países occidentales con mayor prevalencia de consumo de este producto. Aunque desde el principio de la década de los 80 parece observarse en varones un estancamiento en el consumo, surge como una importante preocupación el incremento del mismo en mujeres, con una prevalencia en la actualidad en torno al 20%.

## OBJETIVOS:

Estimar el número de defunciones atribuibles al hábito de fumar en personas mayores de 34 años (según causa y sexo) y su contribución al conjunto de la mortalidad de Castilla-La Mancha.

Comparar la mortalidad atribuible al hábito de fumar en Castilla-La Mancha durante el año 1998 con la del mismo año en España.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Como Fuente de Información para obtener el número de defunciones por causa y edad se han utilizado los ficheros de mortalidad definitivos de 1998 que son facilitados anualmente por el INE a la Consejería de Sanidad. En la lista de causas de muerte se han incluido aquellas para que las que existe evidencia de asociación con el hábito de fumar. El número de habitantes por grupos quinquenales de edad y sexo necesarios para el cálculo de las tasas se ha obtenido de los Padrones Municipales de Habitantes para el año 1998 publicados por el INE.

Los riesgos relativos de morir por cada una de las causas atribuibles al hábito de fumar se han obtenido del estudio de cohortes prospectivo: *Cancer Prevention Study*. La prevalencia del hábito de fumar según sexo y edad se ha obtenido de la Encuesta Nacional de Salud de España (1997).

Para Castilla La Mancha en 1998 del total de defunciones, son 2.454 las atribuibles al hábito de fumar, lo que supone un 14,3% del total de las ocurridas en CM durante ese año. De ellas, 2.274 corresponden a varones (92,7%) y 180 a mujeres (7,3%). Suponiendo el 25,8% y el 2,2% del total de defunciones en varones y mujeres respectivamente.

Para el conjunto de España en 1998 del total de defunciones son 55.612 las atribuibles al hábito de fumar lo que supone un 15,5% del total de defunciones ocurridas en España durante ese año. De ellas, 51.430 corresponden a varones (92,5%) y 4.182 a mujeres (7,5%). Suponiendo el 27,0% y el 2,5% del total de defunciones en varones y mujeres respectivamente.

## CONCLUSIONES

El hábito de fumar puede relacionarse con el 27% y el 25,8% de las muertes en varones en España y Castilla La Mancha, consolidándose como el primer factor de riesgo de muerte evitable por una sola causa, lo que debería justificar una acción mucho más contundente por parte de los dispositivos de Salud Pública en nuestro país.

## PALABRAS CLAVE:

Tabaco, mortalidad atribuible, mortalidad

---

---

# Cuando la sociedad es adicta.

**INMACULADA JÁUREGUI BALENCIAGA**

Doctora en psicología.

---

---

El problema fundamental de la drogodependencia sigue siendo el de su definición: qué es droga, quién decide qué es droga y qué no lo es, y evidentemente por qué. El segundo gran problema es el de su contextualización, es decir, se trata de drogadictos o más bien se trata de una sociedad adicta. El tercer gran problema es entender la dinámica de la habituación o la "dependencia a una droga", no en términos de producto exclusivamente, sino de una conjunción de factores que incluye tanto la sustancia como la persona y el (su) contexto. Si entendemos el problema de la drogadicción como un estilo de vida organizado alrededor de la adicción, entenderemos también que dicha problemática es fruto del aprendizaje y para ello hacen falta modelos. Un estilo de vida basado en la huida, esencialmente aprendido.

Los términos que se han utilizado hasta ahora para conceptuar el problema de la "droga" se han revelado no sólo confusos, sino cargados de ideología. Hablamos de los conceptos de droga, dependencia y toxicomanía fundamentalmente. En un esfuerzo por dar un cariz científico a lo que hasta ahora ha sido un problema político y social disfrazado de pseudo-cientifismo, el término que mejor parece conceptuar el problema, en la actualidad, es el de adicción y su corolario psiquiátrico: compulsión. A partir de ello se derivan importantes consecuencias que ayudan a cernir la esencia del problema de la droga.

Los psicofármacos, entre otras drogas legales, se han revelado como drogas terriblemente peligrosas y dañinas, provocando tanto o más graves problemas de salud que las drogas ilegales. Es conocido de todos la enorme afición a consumir pastillas para los nervios y la gran facilidad con que se obtienen. Mas sin embargo, pocos estudios serios se han hecho sobre ellos, sus devastadores efectos y lo que es peor aún, la gran dependencia que estas sustancias provocan. Tenemos pues que especificar que, además de descubrir que la droga es un problema hasta ahora fundamentalmente ideológico, también es económico y político.

La adicción va más allá de la sustancia, situando la problemática adictiva en su significado de esclavitud, derivada del término latino *addictus* que refería a la pérdida de libertad, convirtiéndose la persona en esclavo porque no podía, por así decirlo, pagar sus deudas. Esta concepción de la adicción nos sitúa en el ojo del huracán. Existen tantas adicciones como sustancias y hay adicciones que aunque no refieren a sustancias, provocan exactamente los mismos efectos devastadores que las adicciones a las sustancias. Las adicciones como alcohol, nicotina, psicofármacos, café, comida, sexo, religión, compras, ordenadores, trabajo, amor forman parte de la propia matriz social y cultural en la que vivimos. Es más, la sociedad actual contiene el germen de la adicción y contamina a todos y todas. Por ello, es falso tildar de grupo riesgo a los jóvenes, sobre todo cuando vemos la amplitud del fenómeno adictivo en los adultos.

La adicción es un estilo de vida y como tal concierne más al aprendizaje que a la biología. La adicción es fundamentalmente un aprendizaje de huida, de huida y de atrincheramiento en algo que permite dar rienda suelta a toda una dimensión sacra en vías de extinción.

Actualmente, más que prevención, lo que se está haciendo en una supuesta educación ante las drogas es una criminalización. ¿Cómo puede hablarse de prevención cuando los condicionantes profundos del problema social que genera la droga se enraízan en lo más profundo del sistema social y cultural? La prevención es, así pues, incompatible con la criminalización.

La verdadera prevención comenzaría por reconocer que el problema de las drogas es un problema social y como tal nos concierne a todos. El reconocimiento del problema es ya el 50% de su solución. Pero, además, la auténtica prevención debiera visar un cambio social y cultural profundo. Sino, la prevención es una pura mentira que permite justificar tanto a la sociedad, como al paternalismo estatal. Lo que se está haciendo realmente es una política criminalizadora de ciertas sustancias, promocionándose paradójicamente la adicción a aquellas sustancias y actividades socialmente aprobadas, generando así todo un "nuevo" mundo de adicciones y compulsiones. Actualmente, la problemática de la droga no es más que el chivo expiatorio a través del cual los verdaderos problemas quedan ocultos y se garantiza que el sistema social, político y económico siga funcionando como hasta ahora.

---

---

# Una propuesta para mejorar las habilidades educativas de los padres de adolescentes en riesgo: el programa "Protego".

**JAUME LARRIBA MONTULL**

<sup>1</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. <sup>2</sup>PDS, Promoció i Desenvolupament Social.

Enviar correspondencia:

Jaume Larriba Montull. PDS, Promoció i Desenvolupament Social. C/ Provença, 79, baixos 3ª - 08029 Barcelona. Tel.: 93 430 71 70 Fax: 93 439 07 73

E-mail: jllarriba@pdsweb.org.

---

---

## RESUMEN

Es sabido que algunos de los principales factores de riesgo y protección para el abuso de drogas tienen que ver con la dinámica social y familiar, como el hecho de vivir en un entorno social muy permisivo o favorable al consumo de drogas, tener unos padres con pocas habilidades para gestionar su función educativa, o tener relación con personas que toman drogas.

La mayor parte de las investigaciones sobre factores de riesgo y protección para el abuso de drogas se han desarrollado en Estados Unidos. No obstante, es probable que muchos de los resultados de estos estudios sean también aplicables a otras poblaciones, como la española. Así, estudios realizados por PDS constatan la importancia que tienen, también entre nosotros, algunas variables familiares que la literatura científica internacional asocia con el consumo de drogas en la adolescencia.

El mayor conocimiento sobre los factores implicados en la génesis y evolución del consumo de drogas en los adolescentes ha permitido desarrollar programas preventivos orientados a la modificación de los factores de riesgo y protección de naturaleza familiar. A su vez, la evaluación de diferentes programas indica que es posible enseñar a los padres a mejorar sus habilidades educativas y de gestión familiar, de manera que se reduzcan los factores de riesgo y se incrementen los factores de protección a los que están expuestos sus hijos. De los diferentes modelos de intervención ensayados, el entrenamiento en habilidades de gestión familiar es el que cuenta con mayor apoyo empírico en lo que concierne a la eficacia.

*Protego* es un novedoso programa de prevención familiar selectiva dirigido a los padres de adolescentes en riesgo. Basado en el entrenamiento en habilidades educativas, fue desarrollado partiendo de los conocimientos científicos sobre factores de riesgo y protección y de la revisión de programas basados en la evidencia desarrollados en diferentes países.

Fue desarrollado por la asociación PDS con el apoyo del Departamento de Bienestar Social de la Generalidad de Cataluña, inicialmente para su aplicación en esa Comunidad. Sin embargo, el interés que ha despertado este programa en distintos lugares ha dado lugar a nuevas ediciones del mismo:

1. Una versión con contenidos adaptados, destinada a la América Latina, desarrollada en el marco de un programa Urb-AL de la CE.
2. Una edición castellana, ampliada respecto a la original, que ha contado con el apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Asimismo, *Protego* ha propiciado el desarrollo de otros programas basados en el entrenamiento familiar en habilidades específicas, como *Dédalo*, desarrollado por los mismos autores para la Junta de Castilla y León.

*Protego* tiene como finalidad modificar los factores de riesgo y protección del entorno familiar de preadolescentes con problemas de conducta e hijos de familias en riesgo, por medio de la mejora de las habilidades educativas de sus padres, el fortalecimiento de los vínculos familiares y la clarificación de la posición de la familia con relación al consumo de drogas.

Consta de un manual (con información sobre el programa, orientaciones para el empleo de las técnicas requeridas para su aplicación e instrucciones detalladas para la aplicación de las sesiones) y de un CD-Rom (con transparencias para cada sesión, información escrita para distribuir a los padres y cuestionarios de evaluación para los padres y para los hijos).

Se aplica en grupos pequeños a lo largo de 8 sesiones de 120 minutos cada una, que incluyen explicaciones, discusiones, ejercicios ensayo de conducta y de modelado y tareas para casa. Cada sesión trabaja un aspecto concreto: 1. Definición de objetivos de cambio de conducta. 2. Habilidades de comunicación. 3. Reducción de conflictos y mejora de las relaciones familiares. 4. Establecimiento de normas y límites. 5. Supervisión y sanciones. 6. Posición familiar sobre las drogas. 7. Resolución de problemas. 8. Seguimiento.

*Protego* ofrece a los profesionales de la prevención la posibilidad de utilizar un programa diseñado por profesionales de nuestro país, teniendo en cuenta el estado actual de los conocimientos científicos sobre factores de riesgo y protección y tras haber revisado diversos programas que en otros países se han mostrado efectivos en contextos similares a los que éste se dirige.

#### **PALABRAS CLAVE:**

Prevención familiar, prevención selectiva, entrenamiento en habilidades de gestión familiar, factores de riesgo y protección.

---

---

## **Estudio preliminar sobre el uso de la Oxcarbazepina sobre el Craving de alcohol y Cocaína.**

**JUAN L. LASTRUCCI RUIZ\* ; ANTONIO MORERA BIELSA\*\* ; FÉLIX L. REINA GALÁN\*\*\* .**

\*Asociación Anclaje, \*\*CAT Coria del Río, \*\*\*Instituto Bitácora.

Enviar correspondencia:

Félix L. Reina Galán. Instituto Bitácora. C/ Camilo José Cela n. 1 port. 2 ,2º B. 41018 Sevilla.

---

---

#### **JUSTIFICACIÓN.**

En los últimos años se han ensayado un gran número de fármacos para el tratamiento de la dependencia de cocaína conjuntamente con diversos abordajes psicológicos. Entre los fármacos ensayados podemos destacar los agonistas y antagonistas dopaminérgicos y otros tratamientos .

En algunos estudios se ha ensayado con eficacia, tanto en animales como en humanos, la carbamazepina, partiendo de la hipótesis de que el craving puede ser una manifestación neurofisiológica del *craving*. Basándonos en estos precedentes nos decidimos a estudiar la eficacia de la oxcarbazepina en la dependencia/ abuso de alcohol y cocaína

Para la elección de este fármaco nos basamos en su buena tolerabilidad, el bajo riesgo de interacciones farmacológicas, el no ser necesarios los controles plasmáticos para optimizar el tratamiento y en su mecanismo de acción (Estabiliza las membranas neuronales hiperexcitadas, Inhibición del disparo neuronal repetitivo Modula los canales de calcio.)

#### **OBJETIVOS.**

Este estudio pretende determinar, de forma preliminar, la posible eficacia de la oxcarbazepina en la disminución del craving del alcohol y de la cocaína.

#### **METODOLOGÍA.**

Estudio prospectivo, observacional abierto con oxcarbazepina en pacientes con dependencia al alcohol y cocaína

Periodo de Reclutamiento.- 2 meses. Periodo de tratamiento .- 6 meses. Controles periódicos. ( Primera visita, 15 días, primer mes , 3 meses y 6 meses)



Instrumentos de evaluación.-

- Cuestionario de consumo y frecuencia (Recoge los días de consumo y la cantidad consumida desde la última entrevista)
- Escalas analógica del *craving* para el alcohol y cocaína
- Inventario de depresión de Beck
- Controles toxicológicos en orina

Análisis Estadístico.- Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas respecto a los valores basales,

## **RESULTADOS.**

El número de pacientes reclutados, que reunían las características adecuadas para la inclusión en el estudio fue de 19 pacientes, de los que el 89 % eran varones y el 11 % mujeres, de edades entre 26 y 55 años con una mediana de 35.

El consumo de alcohol desciende de forma significativa desde el principio del tratamiento manteniéndose a lo largo del mismo. Al contrario de lo que ocurre con el consumo de alcohol no es significativo el descenso de consumo de cocaína a lo largo de todo el estudio.

Encontramos disminuciones significativas en la escala de deseo para el alcohol de una manera muy significativa en cada una de las revisiones realizadas a lo largo del estudio, alcanzándose su máxima significación a los 3 meses y manteniéndose a lo largo de todo el estudio. Encontramos disminuciones significativas en la escala del deseo para la cocaína en cada una de las revisiones realizadas

## **CONCLUSIONES**

- 1.- El resultado del estudio apoya la efectividad de la oxcarbazepina en la disminución del *craving* del alcohol y de la cocaína..
- 2.- La disminución del *craving* es más precoz en relación al alcohol que respecto a la cocaína. En el alcohol alcanza una gran significación estadística a partir del primer mes mientras que con respecto a la cocaína esta significación no aparece hasta de una forma tan clara hasta pasados seis meses,
- 3.- La disminución del consumo de alcohol es claramente significativa a lo largo de todo el estudio. No ocurre igual con el consumo de cocaína que no disminuye de forma significativa
- 4.- No es significativa la disminución de la depresión medida con el inventario de Beck en este estudio, pues aunque existe una disminución marcada en el primer mes de tratamiento vuelve a situarse a partir de entonces en el nivel inicial del estudio
- 5.- Las limitaciones metodológicas del estudio hacen necesario seguir profundizando en el estudio del conocimiento de ésta sustancia con respecto a la disminución del *craving* de los pacientes con dependencia al alcohol y a la cocaína.

## **PALABRAS CLAVE:**

Oxcarbazepina, adicción alcohol, adicción cocaína,

---

---

# Accesibilidad al tratamiento en mujeres drogodependientes. Estudio de barreras al tratamiento y propuestas de cambio.

JUAN JOSÉ LLOPIS LLÁCER\*, AGURTZANE CASTILLO\*\*, MONTSE REBOLLIDA\*\*, PAOLO STOCO\*\*\*\*, LYDIA RABUFFETTI.

\*Psiquiatra. \*\*Psicóloga. \*\*\*\*Psicólogo.  
Grupo Europeo de Estudios Adicción e Identidad de Género. IREFREA.

---

---

## INTRODUCCIÓN

La atribución de una conducta dependiente típicamente femenina convierte a la Identidad de Género, en sí misma, en una más que posible barrera al tratamiento aplicada a determinadas conductas de salud como son las adicciones. La mujer durante años **depende de la relación con otro consumidor** para poder drogarse.

En los estudios IREFREA 98-03 constatamos proporcionalmente un menor acceso de las mujeres a los servicios de tratamiento que parece depender de dificultades o barreras que los hacen inaccesible para la drogodependiente (Cuidado de los hijos, falta de apoyo familiar, convivencia con otro adicto, dependencia económica de la pareja, prostitución, ... )

## METODOLOGÍA.

Estudio cuantitativo/cualitativo, comparativo entre dos grupos de mujeres adictas. Selección de casos al azar.

Se comparan: a) Grupo Mujeres en Tratamiento Especializado (PMM, C. T., Programas libres de drogas,...).b) Grupo de Mujeres adictas que *No* siguen Tratamiento por Adicción. CEA, PIJ, Centros de Salud...

N total: 240 mujeres drogodependientes. Dos grupos de 20 mujeres por país (seis países: España, Italia, Alemania, Francia Austria y Portugal) y grupo.

### Objetivos.

- Analizar la influencia de barreras al tratamiento desde la perspectiva de la adicta.
- Proponer opciones de mejora en la accesibilidad de la drogodependiente a los servicios terapéuticos posibilitando mayor eficacia de las intervenciones.

### Instrumento:

ABTI (Allen Barriers to Treatment Instrument. *Allen K. 1994*). Adaptado.

## CONCLUSIONES.

- ④ Determinantes en Mujeres Adictas que No siguen Tratamiento. *Prevalecen prejuicios respecto de la opinión y respuesta social a su problema, además del gran peso que representa el papel de la pareja. Las condiciones socioambientales no aparecen como Barreras significativas al tratamiento en este grupo de adictas sin Tratamiento.*
- ④ Determinantes Mujeres Adictas en Tratamiento. *Son factores objetivos basados en características del programa terapéutico, como posible fruto de su experiencia. Mínima influencia de la pareja. La modificación de estos factores posibilitaría una mayor accesibilidad al tratamiento.*

Dejar fuera de la comprensión de la adicción estos factores lleva a un enfoque de la adicción sin perspectiva de Género y el riesgo de desarrollar medidas preventivas, asistenciales y de investigación que sigan sin llegar a la totalidad del colectivo de personas adictas.

## PALABRAS CLAVE.

Identidad de Género. Drogodependencia. Accesibilidad al Tratamiento.

---

---

# Strongyloides Stercolaris y Metadona.

**J.L. LOZANO POLO\*, J. VADA SÁNCHEZ\*, C. SALAS VENERO\*, A. FERRERO GATÓN\*, L. GARCÍA MAURIÑO\*,  
V. MARTINEZ PÉREZ\*\* y J. SANTAMARÍA GUTIÉRREZ\*\*.**

Centro De Trabajo: Hospital "Santa Cruz" De Liencres\* y Unidad de Trastornos Adictivos De Santander\*\*.

Enviar correspondencia:

Dr. José Lozano Polo. Hospital "Santa Cruz" de Liencres, Ctra. Liencres, s/n. 39120 Pielagos. Cantabria.

Correo electrónico: jlozanopolo@wanadoo.es.

---

---

Strongyloides stercoralis (SS) es un parásito intestinal, cuya infección es endémica en regiones tropicales y en el área mediterránea. Posee la capacidad, inusual entre los helmintos, de poder replicarse en el ser humano, persistiendo en el mismo de forma prolongada por ciclos sucesivos de autoinfección, que pueden llevar al cuadro clínico más severo, el síndrome de hiperinfección. Dicho síndrome se suele observar en personas con trastorno de la inmunidad celular, a veces en pacientes con aclorhidria o prolongación del tiempo de tránsito intestinal, y rara vez en individuos por lo demás sanos. Pese a ello la estrongiloidiasis diseminada es infrecuente en pacientes con SIDA, incluso en los de países africanos donde la estrongiloidiasis afecta a casi el 50% de la población. Presentamos un caso de infección por SS en una paciente ingresada para desintoxicación hospitalaria de metadona.

## CASO CLÍNICO:

Mujer de 43 años, CDVP de 24 años de evolución en programa de mantenimiento con metadona (MTD) desde hace 4 años que es remitida para desintoxicación hospitalaria de MTD. Es natural de Santander y no ha viajado nunca a regiones tropicales, careciendo de otros datos epidemiológicos remarcables. Al ingreso en la unidad refiere infección por VIH conocida desde hace 8 años, sin complicaciones destacables, y hepatopatía crónica por VHC, sin estudio histológico. A la semana del ingreso comienza a presentar cuadro febril (38.5°) sin focalidad infecciosa clara. En aquel momento presentaba cifras de CD4 de 77/mm<sup>3</sup>, con carga viral de 192.000 copias/ml. Unos hemocultivos fueron negativos y el ecocardiograma no detectó signos de endocarditis. En la bioquímica se apreciaba discreto aumento de transaminasas, GGT y fosfatasa alcalina. El cultivo y Ziehl de esputo fueron negativos. Una Rx de tórax no demostró alteraciones significativas. La antigenemia CMV fue negativa, al igual que la serología toxoplasma y el látex criptococo. En esputo inducido no se observaron formas compatibles con *P. Carinii* pero se visualizaron larvas de SS. La paciente recibió tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, resolviéndose el proceso febril. Tras la detección de SS se inició tratamiento con Tiabendazol (25 mg/kg/12 h durante 2 días). Con ello la paciente ha permanecido asintomática y no han vuelto a detectarse larvas de SS en heces.

Varios aspectos de este caso suponen una presentación inusual. El debut clínico como proceso febril, sin manifestaciones específicas, es poco frecuente, estando el cuadro febril relacionado con paso de flora intestinal a través de la pared intestinal, acompañando a las larvas de SS en su forma filariforme. El diagnóstico habitual de esta infección se basa en la identificación del parásito en heces por examen microscópico, siendo excepcional, como se realizó en nuestro caso, la detección de larvas en secreciones bronquiales. Además se desconoce el origen de la infección en este caso, ya que nuestra paciente no había vivido fuera de Cantabria ni viajado a zonas tropicales, aunque esto último, en nuestra experiencia, no parece ser excepcional. Es característica la resolución de la sintomatología con el tto antiparasitario, para lo que se usa, con frecuencia, tiabendazol a dosis altas, no siempre bien tolerado. Se plantea la posibilidad de que el tratamiento con metadona, por enlentecer el tránsito intestinal, pueda favorecer la persistencia de la infección al dar lugar al desarrollo de larvas filariformes, apareciendo ciclos sucesivos de autoinfección.

## PALABRAS CLAVE

Strongyloides stercoralis, Desintoxicación hospitalaria, Metadona, VIH SIDA, Tiabendazol

---

---

# UDH: cambios en el perfil del consumidor de drogas.

**J.L. LOZANO POLO\*, J. VADA SÁNCHEZ\*, A. FERRERO GATÓN\*, D. PEREDA BEAURE\*\*, E. GUTIÉRREZ MORA\*\*\*, J.A. VALLEJO CORREAS\*\*\*\* Y S. GRACIA TEJERA\*.**

Centro de trabajo: hospital "Santa Cruz" de liencres\* y Unidades de Trastornos Adictivos de Santander\*\*, Laredo\*\*\* y Torrelavega\*\*\*\*.

Enviar correspondencia:

Dr. José Lozano Polo. Hospital "Santa Cruz" de Liencres, Ctra. Liencres, s/n. 39120 Pielagos. Cantabria.

Correo electrónico: jlozanopolo@wanadoo.es.

---

---

## INTRODUCCIÓN

La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) del Hospital Santa Cruz de Liencres viene funcionando de forma ininterrumpida desde Junio de 1989. En sus primeros 15 años de funcionamiento, el perfil del paciente que acude para desintoxicación hospitalaria (DH) ha ido evolucionando de forma paralela a los cambios sociales experimentados en nuestro país en este tiempo.

## OBJETIVOS

El objetivo fundamental del presente estudio es analizar las características del consumidor de drogas (CD) que acude para DH en los últimos años y compararlo con el perfil del CD de los primeros años de funcionamiento de la UDH.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado los datos de los pacientes ingresados en los últimos 5 años, comparándolos con los de los pacientes de los primeros 5 años de funcionamiento de la UDH. Para ello se han recogido datos biológicos (infección por virus de la hepatitis B, C y delta, VIH, tuberculosis, lúes, estadio de la infección VIH, grado de hepatonecrosis), datos epidemiológicos (vía de consumo, droga consumida) y datos demográficos (sexo, edad, lista de espera, tipo de alta). Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

## RESULTADOS

Desde Junio de 1989 hasta Junio de 2004 se efectuaron un total de 396 desintoxicaciones, 133 en los primeros 5 años y 126 en los últimos 5 años. El paciente que acude en los últimos años es de mayor edad ( $34.46 \pm 7.72$  vs  $29.84 \pm 5.3$   $p < 0.001$ ), tiene con más frecuencia infección tuberculosa (56 vs 49,  $p < 0.05$ ) y por virus delta (4 vs 0,  $p < 0.05$ ). Sin embargo, su estado de salud no es peor en lo referente a infección por VHB (8 vs 10,  $p$  NS), grado de hepatonecrosis (55 vs 58,  $p$  NS) o infección luética (72 vs 91,  $p$  NS). En los últimos años hay una mayor demanda de desintoxicación de Metadona (20 vs 4,  $p < 0.001$ ), así como una tendencia creciente hacia el consumo de drogas vía no parenteral (56 vs 6,  $p < 0.001$ ) y, con ello, hay una menor frecuencia de infección por VHC (80 vs 91,  $p < 0.05$ ). La infección VIH es, también menos frecuente (20 vs 48,  $p < 0.005$ ) y el estadio de la infección es, en general, menos avanzado ( $p < 0.05$ ). Los resultados globales del proceso de desintoxicación no han cambiado, aunque la lista de espera para ingreso en la UDH se ha reducido ostensiblemente ( $22.23 \pm 20.01$  vs  $36.95 \pm 28.92$ ,  $p < 0.001$ ).

## CONCLUSIONES

El perfil del paciente que acude para DH ha cambiado a lo largo de los años, es más frecuente que acuda para desintoxicación de MTD, con más frecuencia presenta consumo de drogas vía no parenteral y es menos frecuente la infección por VHC y VIH, con un estadio de la infección VIH menos evolucionado. Sin embargo asistimos a una población más envejecida, con mayor porcentaje de infección tuberculosa y de infección por virus delta.

## PALABRAS CLAVE

Desintoxicación hospitalaria, Metadona, VIH, Hepatitis, VHB, VHC.

---

---

# Una Web-Site para mejorar la calidad de los programas de tratamiento con metadona.

**J. C. MARCH CERDÁ; E. MARTÍN RUIZ; E. OVIEDO JOEKES; C. RODRÍGUEZ REINADO; A. RIVADENEIRA SICILIA.**

Enviar correspondencia:

Eva Martín Ruiz. Escuela Andaluza de Salud Pública. Cuesta del Observatorio nº 4. 18080 Granada. Teléfono: 958 027 457. Fax: 958 027 503

Correo electrónico: eva.martin.easp@juntadeandalucia.es.

---

---

<http://www.easp.es/mehib> es la dirección de la web-site creada para ayudar a los profesionales implicados en los Programas de Tratamiento con Metadona (PTM) para mejorar su intervención y práctica cotidiana.

Esta web es el resultado final de un proyecto de investigación multicéntrico subvencionado por el 5º Programa Marco de la UE titulado MEHIB (Methadone maintenance and health care for drug users: identifying best praxis). El proyecto MEHIB ha sido desarrollado por España, Alemania y Reino Unido, teniendo como objetivo final mejorar la calidad de los PTM y profundizar en el acercamiento a los profesionales de ejemplos de buenas prácticas y opciones de mejora.

El **principal propósito** de esta home es actuar como punto de encuentro y reflexión de los profesionales y de todos aquellos interesados. Por ello, a través de la participación conjunta, el debate y el acercamiento de experiencias y conocimientos, contribuir en la mejora continua de los PTM.

Los **destinatarios** de esta web-site son todos aquellos profesionales implicados en el área de las drogodependencias y todos aquellos interesados en esta problemática, y más concretamente en la adicción a opiáceos.

Presentamos, junto a los documentos elaborados del proyecto MEHIB (como son fundamentación, metodología empleada y resultados obtenidos) se exponen contenidos diversos y demás recomendaciones para aquellos que deseen continuar profundizando en la temática que nos ocupa, junto con una apuesta fuerte hacia la participación activa a través del foro creado para tal fin.

Los **CONTENIDOS** que pueden consultarse en dicha web son los siguientes:

- **Buenas Prácticas:** Con el fin de profundizar en la mejora continua de los PTM, en esta sección se destacan de forma específica medidas y actuaciones identificadas con el propósito de acercarlas a todos aquellos profesionales implicados en los PTM y continuar trabajando en el fortalecimiento en este campo.
- **Iniciativa del mes:** Con el propósito de mejorar de forma continuada, se destaca periódicamente, una propuesta de mejora para el fortalecimiento de estos programas.
- **Estudios y Documentos:** Con objeto de seguir profundizando presentamos una relación de documentos relacionados con el campo de las drogodependencias, y más concretamente con los PTM donde se exponen la descripción y evolución de los programas de metadona, artículos relacionados de interés de actualización periódica así como una relación de estudios y bibliografía relevante.
- **Foro:** A través de este medio se pretende establecer un proceso de comunicación activa y de retroalimentación entre los profesionales e interesados en la temática que nos ocupa, haciendo del debate y la reflexión conjunta, un medio e instrumento de mejora continua.
- **Links:** Reseña de algunos de los enlaces a páginas web en activo relacionadas con la Metadona y sus tratamientos. Los criterios seguidos para la selección han sido la valoración de la institución a la que pertenece, la pertinencia y el rigor de la información suministrada, así como otros la actualización y accesibilidad a sus contenidos.
- **Eventos y Novedades:** Destacamos información actualizada sobre noticias relacionadas, jornadas, congresos, formación, etc, dentro del campo de las drogodependencias.

## **PALABRAS CLAVE:**

Tratamiento con metadona, buenas prácticas, opciones de mejora, participación profesionales, e-health, divulgación.

---

---

# Efectividad de un programa de prevención del consumo de drogas en el medio escolar aplicado por el profesor.

**M. MARTÍNEZ-LORCA\* ; C. ALONSO-SANZ\*\* Y J. MONTAÑÉS-RODRÍGUEZ\* .**

\*Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha.

\*\*Servicio Sociosanitario. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Enviar correspondencia:

Avd. de la Real Fábrica de Sedas s/n. Talavera de la Reina (Toledo). Telf.: 925-721010. Fax: 925-721011. E-mail: mmlorca@hotmail.com

---

---

## RESUMEN

Este estudio trata de conocer la efectividad de un programa de prevención escolar cuando es aplicado por el profesor habitual, sin la ayuda de líderes.

Para ello, se confeccionó un cuestionario "ad hoc" a través del cual se midieron los consumos de tabaco, alcohol y cannabis, así como diferentes variables de personalidad, escolares, familiares, cognitivas, de ocupación del tiempo libre, etc.

El programa aplicado está constituido por 16 sesiones de 50 minutos aproximadamente de duración y sus componentes fundamentales son la información acerca del tabaco y el alcohol (características de las sustancias, efectos, motivaciones para el consumo, etc), autoestima, toma de decisiones y resolución de problemas, asertividad y habilidades sociales, análisis de la publicidad y del discurso social sobre las drogas, clarificación de valores y satisfacción con el empleo del tiempo libre.

A lo largo del curso siguiente (segundo año de la intervención), se aplicó un programa de refuerzo compuesto por 6 sesiones (también de 50 minutos), con similares componentes al programa principal y cuyo objetivo era reforzar y fortalecer las adquisiciones conseguidas con el programa de prevención ya aplicado.

La muestra está constituida inicialmente por 144 alumnos de 1º E.S.O. pertenecientes a 2 colegios de la ciudad de Toledo, que fueron asignados respectivamente al grupo experimental y al grupo control (sin intervención). La media de edad es de 11,89 años.

En términos generales, el programa -cuando ha sido aplicado por el profesor habitual de los alumnos- no ha conseguido modificar las variables intermedias sobre las que se había previsto actuar, con la única excepción de los conocimientos sobre las drogas que aumentan en el grupo experimental.

En cuanto a los indicadores relacionados directamente con el consumo de drogas, los resultados son dispares. En conjunto, el efecto del programa sobre el consumo de tabaco ha sido prácticamente nulo en cuanto al tabaco. Además, se aprecia un cierto efecto contrapreventivo ya que ha aumentado el consumo de tabaco durante el fin de semana y la intención de fumar en el futuro entre los sujetos que reciben el programa.

Por lo que respecta al consumo de alcohol, el programa ha tenido un efecto ligeramente positivo en relación a sus objetivos preventivos. Sin embargo, también es cierto que algunos resultados permiten cuestionar el efecto preventivo de esta versión del programa ya que se ha observado también un efecto significativo del programa en la dirección de aumentar la probabilidad de consumo experimental de alcohol (probar el alcohol en alguna ocasión).

Por último, en cuanto al cannabis, el programa en su versión de profesor habitual no ha tenido ningún tipo de influencia.

Junto a estos efectos, se han identificado una serie de interacciones significativas que ponen de relieve la existencia de un efecto positivo del programa en función de determinadas características de los sujetos.

## PALABRAS CLAVE

Drogas, programa, prevención, repaso, profesor habitual.

---

---

# Evaluación de pensamientos irracionales en personas adictas a sustancias.

**MANUEL MAS-BAGÀ; LUISA RINCÓN; ANNA PRUNERA; INGRID BANÚS; RAQUEL MARTÍNEZ;  
SILVINA TORRECILLA; JOSÉ L. TRUJILLO.**

\*Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha.

\*\*Servicio Sociosanitario. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Enviar correspondencia:  
ltrujiillo@cat-barcelona.com.

---

---

## INTRODUCCIÓN:

Creada por Albert Ellis en 1955, la Terapia Racional-Emotivo-Conductual (TREC) se ha convertido en una de las escuelas de psico-terapia más populares, integrativas y de más amplio alcance jamás practicada. La idea básica que desarrollaría dicha terapia es que los comportamientos y sentimientos perturbadores de los clientes cambian, en gran parte, debido a la adquisición de una nueva forma de pensar.

Son los pensamientos, actitudes, interpretaciones, ideas y creencias respecto a los acontecimientos cotidianos los que van a causar principal y directamente las perturbaciones. El tóxico pasaría a ser necesario para minimizar el coste emocional del afrontar los problemas cotidianos, por ejemplo evitar sentir el posible miedo anticipatorio ante una entrevista de trabajo, evadirse de la depresión, rabia, o ansiedad extremas causadas por el acúmulo de problemas sin resolver y sobre la ansiedad de ego y vacío personal, desmotivación, etc...

Ayudar a los clientes sentirse enfadados en lugar de rabiosos, tristes en lugar de deprimidos, preocupados en lugar de ansiosos, contentos en lugar de eufóricos, o responsables en lugar de culpables, les ayuda a sentir emociones menos disruptivas y a desenvolverse mejor, sin tener que recurrir al uso de drogas para ello.

Si lográsemos identificar un patrón característico, o la presencia de determinadas características o pensamientos irracionales en clientes toxicómanos, podríamos diseñar estrategias terapéuticas de acción más rápidas, eficaces, y específicas para esta sección de la población.

## OBJETIVO

- 1) Identificar los tipos e intensidad de pensamientos irracionales concretos que se dan en una muestra de pacientes toxicómanos frente a un grupo control.
- 2) Estudiar si existen diferentes tipos de pensamientos irracionales para cada tipo de toxicómanos según su droga de uso principal.
- 3) Evaluar si se produce cambio de pensamientos en una muestra de pacientes, antes y después del tratamiento.

## HIPOTESIS

- Los rasgos particulares de alta impulsividad, búsqueda de satisfacción inmediata, y desinhibición conductual observados en personas adictas a sustancias (Gomà et al.1999), nos llevaría a pensar en la presencia en grupos de adictos del pensamiento irracional número 3. De igual forma, la poca efectividad en el afrontamiento de situaciones desagradables debido a sus estilos de coping evitativos (Levinshon,1999), nos llevaría a pensar nos llevaría a pensar en la presencia del pensamiento número 7.
- Se espera que el tratamiento tenga un efecto en la reducción del número e intensidad de pensamientos irracionales.

## MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

## **Sujetos**

- Grupo Control (GC): 32 voluntarios hombres y mujeres. De edades comprendidas entre 20 y 40 años. No diagnósticos DSM-IV.
- Grupo de Toxicómanos (GT): 45 toxicómanos demandantes de tratamiento para su adicción. De edades comprendidas entre 20 y 40 años. Se excluyeron personas con trastornos esquizofrénico o depresivo (BDI superior a 30).
- Grupo de Toxicómanos rehabilitados (GP): 32 pacientes que llevan abstinentes 2 años. Se excluyeron personas con BDI superior a 30.

## **Material/Medidas**

Se administra el cuestionario ROI: Se trata de un cuestionario que evalúa la presencia de las 10 principales creencias irracionales (Fanning et al.1999). Cada creencia es evaluada mediante 10 ítems. Con lo que el total de ítems es de 100. Los pensamientos irracionales evaluados son los siguientes:

## **RESULTADOS**

Los resultados preliminares obtenidos apuntan en la dirección de una mayor intensidad, medida en cuanto al número de ítems contestados afirmativamente para cada pensamiento irracional, en concreto para los pensamientos número 1 y 2, relacionados con sentimientos de menosprecio. Por otro lado se observa que el grupo de toxicómanos presenta más frecuentemente presencia de los pensamientos relacionados con evitación de conflictos y malestar (pensamiento 7).

No existirían diferencias significativas según el tipo de tóxico.

Se observan resultados a favor de la reducción del número e intensidad de pensamientos irracionales en el grupo de pacientes rehabilitados, en comparación con el grupo de pacientes al ingreso.

## **PALABRAS CLAVE**

Terapia racional emotiva. pensamientos irracionales. cocaína.



---

---

# Estilo cognitivo y MMPI en personas adictas a sustancias. Resultados pre y post tratamiento.

MANUEL MAS-BAGÀ; LUISA RINCÓN; JOSÉ L. TRUJILLO.

Enviar correspondencia:  
trujillo@cat-barcelona.com.

---

---

El enfoque **Racional-Emotivo Conductual (REBT)** de Albert Ellis concibe el abuso de drogas como una conducta desadaptada en base a la presencia de diferentes tipos de pensamientos irracionales que boicotean los objetivos de vida del individuo.

El principal objetivo de la terapia, englobándose en ella técnicas cognitivas, emocionales y conductuales, es conseguir que el paciente realice un cambio global de su estilo de vida que le lleve a un mantenimiento de la abstinencia y a una consecución de comportamientos, actitudes y valores prosociales, a partir de la identificación, comprobación y desafío de las propias creencias irracionales, con la finalidad de modificar las emociones perturbadoras y por tanto sus conductas de desadaptación y consumo.

1) Algunos de los tipos de pensamientos irracionales más comunes en personas adictas (Ellis, 1988; Beck, 1986), son los siguientes:

- **Baja Tolerancia a la Frustración:** Ej. "El mundo debe ser siempre cómodo. No puedo soportar esta frustración. Tengo que ser feliz siempre" y
- **Bajo Autoconcepto:** Ej. "Si ven mis verguenzas y miedos y cómo soy en realidad, verán que soy débil, no querrán estar conmigo y me quedará solo".

2) En los estudios realizados en adicciones con el cuestionario **MMPI**, destacan las siguientes hipótesis:

- **Patrón común de personalidad** (Jacobs, D.F., 1986 "Síndrome de personalidad adictiva"; Rozin, P. & Stoess, C., 1993 "Tendencia a ser adicto"): **D, Pd, Pt (Sc, Hy)**.
- **Subtipos según adicción** (Lowental, 1979; Donovan, J. et al. 1998):
  - Poliadicotos: Pa, Pt, Ma, D, Pd (paranoides y ansiosos)
  - Heroína: Pd, D, Sc (hostiles, depresivos y alienados)
  - Cocaína: Pt, Ma, D, Pd, Hy (lábilis, impulsivos y excitables)
  - Alcohol: D, Pd, Pt (puntuaciones más bajas)

## OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la REBT en Comunidad Terapéutica de 10 meses de duración sobre los posibles cambios producidos en los rasgos de personalidad de 33 personas adictas a la cocaína o heroína como sustancia principal, y desde un punto de vista de cambio cognitivo según el paradigma de Ellis y psicopatológico, tal y como propone la estructura propuesta por el MMPI.

## MÉTODO

Fueron reclutados 33 sujetos de ambos sexos, residentes en Comunidad Terapéutica (CT) por voluntad propia con diagnóstico DSM-IV de *Abuso de Sustancias*. Dependencia a la Cocaína o Dependencia a la Heroína. La media de edad de los sujetos fue de 30 años, con una desviación típica de 6.08, que oscila entre el mínimo de 19 y el máximo de 44.

Se administraron los cuestionarios "Cuestionario de Pensamientos Irracionales", Parte I del Formulario de datos de personalidad (Ellis et al. 1987), y el "Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)" de (Hathaway & McKinley, 1951), a principio y al final del tratamiento.

Análisis estadísticos: Para el estudio de las diferencias pre y post tratamiento se utilizó *MANOVA de Medidas Relacionadas* y el estadístico *Lambda de Wilks*. Para el análisis discriminante se utilizó *Regresión Múltiple*, utilizando como variables predictoras la Edad, el Nivel de Estudios, la Sustancia Principal y el Estado Civil.

## RESULTADOS

Al inicio del tratamiento en Comunidad Terapéutica los pacientes presentan mayor número de Pensamientos Irracionales y mayor desadaptación personal y social (MMPI) que al finalizar el tratamiento. Especialmente relevantes son las disminuciones de las escalas más ampliamente observadas como desajustadas en este tipo de población, como son D, Sc, Pd, y Pt.

Los Tipos de Pensamientos Irracionales que más significativamente disminuyen son: **Baja Autoaceptación (p=0.000)**, **Valía (p=0.002)**, **Catastrofismo (p=0.001)** y **Culpabilidad (p=0.003)**. Hay que remarcar también el descenso de frecuencia de pensamientos irracionales de **B.T.F (p=0.03)**. Como patrón importante en las conductas adictivas. Tras el tratamiento, los pacientes han aprendido a tolerar mejor las frustraciones.

Al ingreso en CT, los pacientes muestran unos patrones cognitivos similares a los anteriormente documentados en pacientes toxicómanos, es decir puntuaciones altas en **Bajo autoconcepto y autovalía** y **Bajo nivel de Tolerancia a la Frustración**.

## PALABRAS CLAVE

Terapia racional emotiva. estilo cognitivo. cocaína. heroína. autoaceptación. baja tolerancia a la frustración

---

---

# Evolución del grupo de prevención de recaídas de pacientes dependientes de cocaína en la unidad de conductas adictivas del servicio de salud mental del SECAM de Talavera de la Reina.

YOLANDA MAYORAL GONTÁN.

Enviar correspondencia:

Yolanda Mayoral Gontán. *Instituto de Ciencias de la Salud*. Ctra. Madrid, Km. 114. 45600 - Talavera de la Reina (Toledo). Tlf: 925-839251

---

---

## INTRODUCCIÓN

Se describirán los diferentes cambios que se han producido desde el 19 de diciembre de 2003 puesta en marcha del **GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS** hasta el momento actual.

### I. Criterios de los grupos iniciales *Fecha de inicio:* 19 de Diciembre de 2003

*Destinatarios:* adictos a la cocaína. *Nº de participantes:* 10. *Periodicidad:* 1 vez al mes

*Tipología del grupo:* homogéneo con un perfil muy específico. Pacientes que habían evolucionado favorablemente, después de un mínimo de 10 sesiones individuales de psicoterapia. En seguimiento médico y/o psicológico (ps.individual) mensual. Controles negativos en el periodo de 2-3 meses. No deterioro orgánico. Con apoyo social y/o laboral. Adultos - jóvenes, es decir, no se incluía el grupo de adolescentes.

### Objetivos específicos

1. Discriminar las señales antecedentes de una recaída y comportamientos ante estas situaciones

2. Entrenar en estrategias de afrontamiento
3. Preparar al individuo para no desmoronarse ante las posibles recaídas.

## II. Criterios de los grupos actuales

*Nº de participantes: 20. Tipología de grupo: abierto y heterogéneo. Además tienen psicoterapia individual, algunos con periodicidad semanal. Los criterios de inclusión se han ido modificando, debido a las necesidades y demandas que han surgido dentro del propio grupo.*

### **Objetivos actuales**

Incluyen no sólo la prevención de recaídas, sino además: Ayudar a la incorporación abierta del usuario al medio, reforzar la abstinencia basándose en la autoestima y la satisfacción personal, aprender a comunicarse, resolución de problemas familiares, facilitar toma de decisiones (derivaciones a Comunidades terapéuticas), Fomentar las capacidades individuales de cada uno de los participantes como herramientas imprescindibles para el crecimiento personal,...

## RESULTADOS

De los **10** pacientes que iniciaron el grupo el 19 de diciembre, **5** han sido dados de **alta en el grupo evolucionando favorablemente**.

**1 sigue viniendo sin haber tenido ninguna recaída** en el período de 2 años, aunque si tuvo un consumo puntual.

### **2 han tenido una recaída,**

El 1º ha retomado el grupo evolucionando favorablemente, con un cambio de actitud integradora dentro del grupo.

El 2º ha retomado el grupo y desde éste se le ha apoyado en la decisión de derivación a comunidad terapéutica.

**1 ha abandonado después de una recaída**, aunque está pendiente de su incorporación a medio plazo.

**1 sigue acudiendo al grupo** aunque es más inestable en los períodos de abstinencia, consumos puntuales en períodos cortos sin llegar a grandes recaídas.

Después de las modificaciones incorporadas al grupo, en los últimos 5 meses, el nº de participantes ha llegado a 20, 4 de ellos con edades comprendidas entre 16 –19 años. Además, los-as pacientes están en diferentes etapas del tratamiento, es decir:

1º etapa control externo e inicio de la deshabitación (motivación).

2º etapa: el sujeto se hace cargo de la situación (Técnicas de Autocontrol).

3º etapa: Crecimiento personal

La evaluación de resultados en la segunda etapa aún está por llegar, ya que los objetivos son más ambiciosos y por tanto requieren más tiempo para su cumplimiento.

En el área de crecimiento personal se ha instaurado el hábito de la lectura en la mayoría, solicitando un listado de libros que ya ha sido elaborado.

Dos de los participantes tienen actitudes artísticas (pintura) que en este momento están desarrollando.

En fin, tenemos mucho trabajo por hacer y creo que el aprendizaje es en las dos direcciones, el terapeuta aprende del grupo y la flexibilidad de este, es fundamental para conseguir resultados. Seguir creciendo es nuestro objetivo y adaptarnos a las necesidades y la realidad nuestra obligación.

---

---

# La Oxcarbacepina en la desintoxicación de alcohólicos crónicos.

**SÍLVIA MONDON; JOAN JOU; ANTONI GUAL.**

Unitat Alcoholologia. Institut Neurociències. Hospital Cínic. Barcelona.

---

---

## **OBJETIVO**

La carbamacepina ha mostrado su eficacia en la prevención del síndrome de abstinencia al alcohol. Un compuesto similar: la oxcarbacepina no ha sido probada científicamente en la prevención del síndrome de abstinencia alcohólico y debido a sus características farmacológicas puede resultar de gran utilidad en dicho periodo.

## **DISEÑO Y MÉTODO**

Estudio aleatorizado y abierto para probar la eficacia de Oxcarbacepina (dosis pautadas a partir de 2400mg/día), versus diacepam ( a partir de 40mg/día ) y versus placebo en la prevención de la abstinencia alcohólica durante siete días de tratamiento de desintoxicación hospitalaria.

20 pacientes van a ser incluidos en esta muestra preliminar del estudio. La abstinencia alcohólica ha sido medida diariamente con el CIWA-Ar.

## **RESULTADOS**

Los 20 pacientes han sido distribuidos de la siguiente manera: 8 Oxcarbacepina, 6 Diacepam, 6 placebo. La media de las puntuaciones registradas con el CIWA-Ar en el momento del ingreso es de 3,8.

## **CONCLUSIÓN**

Los resultados preliminares muestran la no aparición de síntomas adversos con el uso de Oxcarbacepina durante el periodo de abstinencia alcohólica. La desintoxicación con oxcarbacepina resultó eficaz, aunque la diferencia entre los distintos grupos todavía no ha podido ser demostrada.

Por tanto la oxcarbacepina aparece como un prometedor fármaco para la prevención del síndrome de abstinencia alcohólico, con la probable ausencia de riesgo de abuso y con pocos efectos secundarios; por lo que puede ser muy útil con pacientes alcohólicos en tratamiento ambulatorio.

---

---

# Mortalidad y rehospitalizaciones de los alcohólicos detectados en un hospital general. ¿Es eficaz su tratamiento?

**MIQUEL MONRAS; SILVIA MONDON; LLUISA ORTEGA; ANTONI GUAL.**

Unidad de Alcoholología. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona. España.

Enviar correspondencia:

Miquel Monras Arnau Unidad de Alcoholología Recinto Hospital Casa Maternidad ( Hospital Clínic de Barcelona).  
C/ Mejía Lequerica 1. Edificio Helios II. 08028 Barcelona. Teléfono: (+34) 93.227.99.23. e-mail: mmonras@clinic.ub.es

---

---

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN:

El 25% de ingresos hospitalarios están relacionados con el consumo de alcohol. Los costes sanitarios y económicos derivados de ellos son muy elevados. A pesar de todo ello los pacientes abusadores y/o dependientes del alcohol son escasamente tratados en los hospitales. Se pretende analizar el grado de detección real de estos enfermos en los hospitales y su mortalidad, rehospitalizaciones y nuevas urgencias a los 4 años de haber sido detectados en el Hospital Clínic de Barcelona (HCB) y de haberseles ofrecido un tratamiento especializado de seguimiento en la Unidad de Alcoholología del mismo HCB.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio de cohorte prospectivo a 4 años de los 198 pacientes en que se detecta un alcoholismo durante su ingreso hospitalario en 1998. Se compara el porcentaje de pacientes detectados sobre el total de ingresos en el HCB con los esperados de los estudios previos de prevalencia. Se analiza su mortalidad consultando datos centralizados del Registro de Mortalidad de Catalunya y sus urgencias y rehospitalizaciones usando registros informatizados del mismo HCB.

### RESULTADOS:

Los alcohólicos detectados representan sólo el 0,5% de los ingresos totales en el HCB durante el periodo estudiado. Por servicios en el mejor de los casos la detección llega al 3% de los enfermos ingresados. El 66% de estos pacientes presenta trastornos psicossociales concomitantes. A los 4 años del alta hospitalaria han fallecido el 30,8% de pacientes, a una edad de  $57,5 \pm 11,3$  años. Las causas posteriores de muerte tienen relación directa con la enfermedad que motivó el ingreso estudiado. El 42,6% de pacientes habían ingresado previamente y el 74% habían acudido a urgencias. A los 4 años el 54,6% de pacientes ingresan de nuevo en el HCB, el 72,7% acuden a urgencias y el 20% generan nuevas interconsultas alcohólicas. Reingresan mayor porcentaje de los pacientes que habían ingresado en Hepatología, Medicina Interna y Gastroenterología, mientras que la frecuencia de reingresos es menor entre los ingresados en Psiquiatría, Cardiología o Traumatología. La duración del ingreso, su tardanza o urgencia o la existencia de alteraciones psicossociales no influyen en la probabilidad de nuevos reingresos, pero la existencia de más ingresos previos sí correlaciona con mas reingresos. La aceptación de un tratamiento alcohólico no disminuye la mortalidad. La mortalidad se relaciona con la edad, pero está acrecentada en pacientes con deterioro cognitivo y disminuida en los que sufren trastornos psiquiátricos, que son más jóvenes.

### DISCUSIÓN

La detección del alcoholismo en los hospitales generales es muy baja a pesar de los abundantes estudios que indican su alta prevalencia. Esta detección además se produce en estadios avanzados de la enfermedad orgánica, pero también de la alcohólica, caracterizada por abundantes problemas psicossociales. Todo ello hace poco eficaces las estrategias terapéuticas disponibles para el alcoholismo, pero también para el tratamiento de las enfermedades orgánicas, no mejorando la supervivencia, que es muy baja. La alta mortalidad viene acompañada de una elevada utilización de recursos sanitarios, a pesar de la cual estos se revelan insuficientes para poder contener el progresivo empeoramiento de las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.

Estos mismos enfermos tienen un historial previo de abundantes estancias en los hospitales. Por todo ello los factores tiempo y sensibilidad son vitales en estos casos, debiendo avanzarse la detección hospitalaria de los alcohólicos a los primeros ingresos e urgencias que realizan.

## **PALABRAS CLAVE**

Alcoholismo, hospital general, mortalidad, psiquiatría de enlace, detección.

---

---

# **Procedencia étnico-cultural y adherencia a terapia grupal para alcohólicos.**

**MIQUEL MONRAS; NEUS FREIXA; LLUISA ORTEGA; ANNA LLIGOÑA; SILVIA MONDON; PRESENTACIÓN PINEDA; ANGELS GONZALEZ; ANTONI GUAL.**

Unidad de Alcoholología. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona. España.

Enviar correspondencia:

Miquel Monras Arnau Unidad de Alcoholología Recinto Hospital Casa Maternidad (Hospital Clínic de Barcelona).  
C/ Mejía Lequerica 1. Edificio Helios II. 08028 Barcelona. Teléfono: (+34) 93.227.99.23. e-mail: mmonras@clinic.ub.es

---

---

## **RESUMEN**

### **INTRODUCCIÓN**

La terapia grupal (TG) es un elemento central y clásico en el tratamiento de la dependencia alcohólica en todo el mundo. Para su buen funcionamiento se requiere cohesión grupal. La homogeneidad entre sus miembros es un factor importante para esta cohesión. Por otra parte el número de ciudadanos de procedencia extranjera está aumentando en España y con ello la probabilidad de acceder a servicios sanitarios y tratamientos por el alcohol. Se estudia si la TG tiene la misma eficacia en estos pacientes que en los nacidos en Barcelona, en Catalunya o en otras regiones españolas.

### **MATERIAL**

1856 primeras indicaciones consecutivas de TG para enfermos alcohólicos se han seguido en la Unitat d'Alcoholologia del Hospital Clínic de Barcelona (UA-HCB) hasta el alta o el abandono prematuro del tratamiento. Se compara el tiempo en tratamiento y el tipo de finalización de éste (alta, abandono o baja) en función del lugar de nacimiento de los pacientes.

### **RESULTADOS**

Finalizan la TG el 31% de los pacientes nacidos en Barcelona, el 39% de los nacidos en Catalunya, el 27% en España y el 14,5% de los nacidos en el extranjero (20% en Europa, 4% en América y ninguno de los nacidos en África ( $\chi^2= 28,1$ ;  $p= 0,02$ ). La probabilidad media de mantenerse en la TG es respectivamente de 351, 412, 320 y 212 días (Log Rank= 17,9;  $p= 0,0004$ ).

### **DISCUSIÓN:**

Los pacientes nacidos fuera de España tienen pocas posibilidades de vincularse a una TG, abandonándola más y más rápido que los otros pacientes. La mala adherencia de los pacientes de origen sudamericano descarta que la causa sea idiomática o cultural. La mejor adherencia de los europeos y su mayor edad sugiere que la explicación del abandono de la TG tiene relación con la baja integración social. El funcionamiento de estos

pacientes inmigrantes durante el tratamiento también se caracteriza por tener unos objetivos personales a muy corto plazo y por un rechazo de estrategias terapéuticas que supongan obligaciones, responsabilidades y compromisos a medio plazo.

**PALABRAS CLAVE:**

Alcoholismo, psicoterapia grupal, grupos étnicos, rechazo terapéutico, inmigración.

---

---

## Historia del consumo de sustancias dopantes en el deporte.

**ANTONIO J. MONROY ANTÓN.**

Unidad de Alcoholología. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona. España.

Enviar correspondencia:

Av. Fipilinas, 16, Bajo B, 28003, Madrid. E-mail: amonroy111 hotmail.com.

---

---

El hombre, desde antiguo, ha intentado mejorar artificialmente su rendimiento deportivo mediante las más diversas sustancias.

Podemos resumir brevemente la historia del dopaje en los siguientes momentos:

- En China, hacia el año 3000 a.C., un cuadro representa al emperador masticando una rama de ephedra, planta que contiene efedrina, sustancia estimulante. El cuadro es una alegoría que indica que el emperador no puede cansarse nunca, por su lealtad al Estado, que le obliga a mantenerse constantemente despierto y en condiciones físicas excelentes.
- En la mitología nórdica se cuenta que los beserks aumentaban hasta 12 veces su fuerza mediante una droga estimulante llamada bufoteina, extraída del hongo Amanita Muscaria, cuyos efectos se prolongaban durante el día pero provocaban posteriormente un gran cansancio.
- La Grecia antigua proporciona multitud de ejemplos: en el siglo V a.C., Milón de Crotona indica que los atletas trataban de aumentar su fuerza ingiriendo grandes cantidades de carne de distinta calidad según el deporte practicado. En la época de Hipócrates, los corredores de fondo absorbían antes de la carrera "cocimiento de plantas" y se hacían aplicaciones con hongos disecados; se cauterizaban con hierro caliente al rojo vivo, lo que les ocasionaba costras e incluso llegaban hasta la extirpación del bazo, pues consideraban que un bazo congestionado, duro y doloroso era el mayor obstáculo para la velocidad en la carrera. En el siglo III a.C., según documenta el filósofo Filóstrato, algunos competidores griegos consumían una mezcla de semillas de ajonjolí y hongos alucinógenos para aumentar su rendimiento.
- En Roma, los escritos de la época señalan que los gladiadores usaban estimulantes para vencer la fatiga y las lesiones, mientras que otros atletas experimentaban con cafeína, alcohol, nitroglicerina, opio y estricnina. Los corredores de Chariot alimentaban a sus caballos con una potente mezcla que los hacía correr más rápido.
- Los Incas, masticando hojas de coca, realizaron un recorrido de 1750 Km. desde la capital del imperio Inca hasta Quito en un tiempo récord de cinco días.
- A partir del siglo XIX se encuentran ya ejemplos palpables de la existencia de dopaje, como un caso entre los nadadores que cruzaban el Canal de la Mancha en 1865, otro en atletismo en 1879 o la primera muerte documentada, en 1886, la del ciclista galés Linton por sobredosis de Trimethyl, en una carrera entre Burdeos y París.

- En 1904 comienza la Historia del dopaje en los Juegos Olímpicos Modernos cuando un maratoniano, Thomas Hicks, usa una mezcla de brandy y estricnina y está a punto de morir. En 1932, en los Juegos de Los Ángeles, se encuentran en los vestuarios de los nadadores japoneses -los cuales habían conseguido brillantes resultados- unas plantas en cuya composición química intervenía el TNT. En 1936, el alemán Harbig conquista la victoria utilizando anfetaminas.
- A partir de 1950 aumentan los casos de dopaje deportivo, o quizá sea más acertado decir que se descubren con más frecuencia. Así, en 1955 se efectúan controles antidopaje en ciclismo con un 20% de casos positivos. En 1967 muere el ciclista británico Tom Simpson durante el Tour de Francia después de haber consumido anfetaminas. En Los Juegos Olímpicos de Melbourne en 1956 aparecen diversos trastornos médicos en los deportistas que no pudieron considerarse normales, atribuyéndose a la utilización de sustancias dopantes, y en 1960 el ciclista danés Kurt Jensen muere debido a una sobredosis de anfetaminas. En lo que respecta a los Juegos de Invierno, ya en los de 1952 varios patinadores de velocidad sobre hielo enfermaron de gravedad y requirieron asistencia médica.
- El positivo de Ben Jonson por consumo de estanozolol durante los Juegos Olímpicos de Seúl 1988 se convierte, junto con el caso Maradona, en el icono del doping de la era moderna.
- Esta situación continúa en la década de los 90 con el uso de nuevas sustancias como la EPO y la Hormona del Crecimiento. Así, los discóbolos suecos Goran Svenson (1995) y Stefan Fernholm (1997) mueren a causa del consumo de esteroides anabolizantes, el equipo completo Festina de Ciclismo es expulsado del Tour de Francia (1996), tras ser encontrados en el coche de su masajista sustancias prohibidas (EPO), la velocista estadounidense Florence Griffith fallece (1998) por prolongado consumo de hormonas y esteroides.

## **PALABRAS CLAVE**

Dopaje, deporte, drogas, historia.

## **REFERENCIAS:**

Salabarría, L.: "Diseño de un sistema de superación sobre el doping para atletas y entrenadores de la EIDE Provincial", en [www.efdeportes.com/efd63/doping.htm](http://www.efdeportes.com/efd63/doping.htm)

Ortega Domínguez, A.: "El dopaje deportivo. Tendencias actuales," en [www.portalfitness.com/articulos/entrenamiento/Dopaje\\_deportivo.htm](http://www.portalfitness.com/articulos/entrenamiento/Dopaje_deportivo.htm)

Marcos, G.: "La cara más oscura del deporte de alta competición." El Mundo. 20 de Junio de 2000.

Rodríguez, C.: *Dopaje*, Mc. Graw-Hill-Interamericana de España. Madrid, 1992.



---

---

# Perfil actual del usuario que acude a un equipo de atención a las drogodependencias por consumo de Cannabis.

**I. MONTOYA CROUS; M.F. RODRÍGUEZ GONZÁLEZ; M. M. SANABRIA ORDÓÑEZ.**

Equipo de Atención a las Drogodependencias (E.A.D.) de Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

I.Montoya Crous, C/ Lentejuela, 7 13.002 Ciudad Real eadcreal@teleline.es.

---

---

## INTRODUCCIÓN

El Equipo de Atención a las Drogodependencias de Ciudad Real es el centro ambulatorio de referencia para el tratamiento integral de las adicciones a sustancias en el área de salud de Ciudad Real.

La atención a usuarios por problemas de consumo de cannabis ha estado presente en el servicio desde el momento que el mismo inició su andadura.

## OBJETIVO

Conocer el perfil actual de los usuarios con demanda por consumo de cannabis.

## METODOLOGÍA

Se revisan de forma retrospectiva 59 historias clínicas de usuarios que acudieron al E.A.D. de Ciudad Real por problemas de consumo de cannabis desde el 1 de Enero de 2000 hasta el 30 de Noviembre de 2004. Los datos se han analizado mediante el programa informático SPSS versión 11.5 en base a las variables de sexo, edad, estado civil, unidad de convivencia, situación laboral, situación judicial, existencia de multas administrativas, edad de inicio en el consumo de cannabis, diagnóstico psiquiátrico establecido, forma de acceso al servicio y motivo de la primera demanda.

## RESULTADOS

El perfil actual del usuario que acude por problemas de consumo de cannabis al Servicio se corresponde con un varón, con media de edad de 22 años, soltero, que convive con su familia de origen, sin actividad laboral, no presenta antecedentes judiciales ni multas administrativas por consumo. La edad de inicio en el consumo de cannabis es de 16 años, sin diagnóstico de patología psiquiátrica y que accede al servicio por presión familiar con la demanda de valoración y tratamiento del consumo.

## PALABRAS CLAVE:

Usuario, cannabis, perfil.

---

---

# Comportamientos adictivos en la relación interpersonal: claves psicosociales interpretativas.

**MARÍA DE LA VILLA MORAL JIMÉNEZ.**

Profesora Doctora de la Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología. Área de Psicología Social.

Enviar correspondencia:

María de la Villa Moral Jiménez. Facultad de Psicología. Área de Psicología Social. Plaza Feijóo, s/n – despacho 211. 33003 OVIEDO. Teléfono: (98) 5103282  
psico4@correo.uniovi.es · mvilla@uniovi.es.

---

---

En la sociedad contemporánea están surgiendo *nuevas dependencias* con y sin sustancias (alcohol, otras drogas, juego, comida, Internet, etc.), entre ellas las calificadas como *dependencias relacionales*, que se definen como un tipo particular de vinculación a personas caracterizada por la manifestación de un patrón crónico de demandas afectivas frustradas, que tratan de satisfacerse mediante relaciones interpersonales estrechas. Las relaciones humanas se hayan sometidas a unas nuevas condiciones que redefinen la esfera emocional en las circunstancias actuales en las que se constata la retroalimentación con otros (des)órdenes a nivel social, comunitario y macroestructural, todo lo cual redundando en la propia patologización de la vida cotidiana (Moral, 2002).

Uno de los principales escollos es el de su conceptualización con suficiente rigor teórico y metodológico. Las dificultades de identificación del problema han de ser analizadas bajo una doble vertiente: a) la dificultad en la toma de conciencia del problema nuclear por parte del dependiente afectivo, lo cual conduce a diversos problemas en el diagnóstico de tales patologías por la sintomatología emergente, o por los propios mecanismos de negación que desarrolla el afectado a consecuencia de su patología; b) debido a la posibilidad de que el profesional no incida sobre la raíz adictiva del trastorno y centre su atención en otros indicadores y no en el núcleo adictivo del sujeto que propiciará sucesivos conflictos. Ha de distinguirse entre las calificadas como *dependencias relacionales genuinas* y las *mediatizadas* que se consideran como secundarias a trastornos adictivos.

En un estudio comprensivo de las emociones se ha de evidenciar la multidimensional del constructo que aporta referencias e información específica y que actúan a modo de reacciones bruscas y breves que deben distinguirse de los afectos definidos como sentimientos que acompañan una idea o representación mental, y de las pasiones, como reacciones de mayor duración que deforman las ideas del sujeto y rigen su pensamiento y conducta, todo ello de acuerdo a la conocida clasificación de Scheler (véase Evans, 2002). A través de la adopción de una perspectiva psicosocial de la esfera socioemocional se incide en el presupuesto de la *construcción social de las emociones*. En definitiva, la interdependencia social se definiría como el conjunto de creencias, sentimientos y conductas relativas a la necesidad de asociarse, interactuar y depender de cómo el sujeto es valorado por los demás.

Las principales claves interpretativas de estos trastornos de dependencia relacional se aportan desde una explicación *sociogenética* (Sirvent, 2004) y *psicosociológica* (Moral, 2004) fundamentada en los siguientes puntos:

- a) La tendencia generalizada a fomentar la privacidad y los cambios experimentados en los procesos comunicacionales, de manera que se reproduce un estilo social interactivo cada vez más cerrado. De forma paradójica, a la par que se estrecha la frontera de la interioridad, se vive públicamente.
- b) La cada vez mayor preponderancia otorgada por los individuos a indicadores de poder y estatus social respecto a los ascendientes genera estilos interactivos y emocionales dependientes.
- c) La falta de educación para la autonomía o si se prefiere el ambiente de interdependencia en que se mueven los individuos de la sociedad contemporánea.
- d) La presión mediática crea consumidores inmaduros, a la vez que la canalización de las historias personales se produce simbólicamente.
- e) En definitiva, hay toda una estructura social generadora de interdependientes, tanto debido a las propias crisis identitarias personales como a los conflictos que se producen a otros niveles.

Se ha de incidir sobre la necesidad de una rigurosa conceptualización y aproximación diagnóstica diferencial de este tipo de dependencias en relación con otros conceptos afines (apego ansioso, sociotropía, personalidad autodestructiva, etc.), así como a la necesaria difusión de sus criterios patognomónicos. Asimismo, ha de incidirse en la necesidad de diseñar e implementar medidas no sólo terapéuticas y rehabilitadoras, sino eminentemente psicoeducativas de la esfera socioemocional y de las relaciones interpersonales.

## **PALABRAS CLAVE**

Nuevas adicciones, dependencias relacionales, emociones y sentimientos, abordaje psicosocial.

---

---

# **Dependencias interpersonales en una muestra de población general.**

**MARÍA DE LA VILLA MORAL JIMÉNEZ\*, CARLOS SIRVENT RUIZ\*\*.**

\*Profesora Asociada Doctora de la Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología. Área de psicología Social.

\*\* Médico Psiquiatra. Director del Instituto de Drogodependencias Spiral (Oviedo) y del Centro Cibeles (Madrid).

Enviar correspondencia:

María de la Villa MORAL JIMÉNEZ. Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Plaza Feijóo, s/n – despacho 211. 33003 OVIEDO.

TELÉFONO: (98) 5103282. E-mail: psico@correo.uniovi.es · mvilla@uniovi.es

---

---

## **INTRODUCCIÓN**

Las dependencias afectivas afectan al nivel de las *relaciones interpersonales* y a la propia *esfera personal* y *socioemocional*, básicamente con indicadores que se focalizan en la necesidad de aprobación de los demás y la preocupación excesiva por los vínculos relacionales, lo cual conduce a excesivas concesiones y posibles autoanulamientos. En consecuencia, el *objetivo principal* de la investigación consiste en analizar tales manifestaciones, proponiendo un análisis diferencial entre aquellos que se declaran dependientes emocionales y quienes obtienen puntajes elevados en los factores de dependencia interpersonal objeto de análisis.

## **MÉTODO**

### ***Muestra***

La muestra, seleccionada mediante un muestreo aleatorio simple, está integrada por 285 individuos, de los cuales el 66.2% son mujeres (n=188) y el 33.8% restante (n=97) varones. De acuerdo con la estratificación por edades, la media se halla en 32.44 años, situándose la moda en 18 años, el mínimo de edad en 16 y el máximo en 62. Casi un tercio de los integrantes de la muestra (27.9%) son estudiantes, estando un 17.1% *en paro*, y desempeñando profesiones de obrero cualificado y no cualificado un 19.3% y un 9.3%, respectivamente. La mayoría de los miembros que componen la muestra (84.3%, n=183) se declaran como pertenecientes a la clase media, asimismo, de acuerdo con el análisis del nivel de estudios alcanzado un 28.6% (n=81) ha realizado hasta Bachiller y un 41.7% estudios universitarios [ya sea de grado medio (18.4%) o superior (23.3%)]. Casi la mitad (43.4%, n=122) de los hogares están compuestos por cuatro miembros y un 53.7% de la muestra informa de que no tiene hijos. Asimismo, se manifiesta que más de la mitad de los encuestados, en concreto un 53.4% (n=121) sólo han vivido la experiencia de tener una pareja (si bien ha de tenerse en cuenta el nivel de edad de la muestra), lo cual también resulta sumamente interesante a efectos de los objetivos planteados.

### ***Variables Investigadas e Instrumento de evaluación***

Se ha administrado el Inventario de Dependencia Interpersonal de Hirschfeld, Klerman, Harrison, Gough, Barret, Korchin y Chodoff (1976) integrado por 48 afirmaciones desglosadas en tres subescalas: a) *Dependencia emocional*

de otra persona (18 ítems); b) *Falta de confianza social en uno mismo* (16 ítems) y c) *Autonomía* (14 ítems) medidos mediante una escala Likert con cuatro niveles de respuesta indicativos del grado de acuerdo/desacuerdo. Como principales variables investigadas se han analizado cuestiones relativas a: preferencia por estar solo, necesidad de agradar a los otros, acción del liderazgo, búsqueda de aprobación social, prioridad otorgada al compromiso, abstinencia y craving y adopción de toma de decisiones personales.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se confirma que un alto porcentaje de población general se declara dependiente emocional (49.3%, n=139) y adicto al amor (56.5%, n=160) e, igualmente, informan de sufrir/haber sufrido conflictos relevantes de pareja (46.7%, n=133) y en sus relaciones familiares (52.6, n=150), resultando sumamente significativo la intensidad con la que reconocen padecer tales desajustes. Asimismo, se ha procedido a efectuar una comparación de medias en los factores de dependencia interpersonal priorizados de la escala empleada en la investigación entre los sujetos que se consideran dependientes emocionales y aquellos que no. De acuerdo con los resultados hallados, se comprueba la existencia de diferencias significativas entre ambos en todos los factores analizados. Con objeto de determinar el sentido de las diferencias se ha empleado un contraste post-hoc (Prueba Tukey-b) a partir del cual ha de concluirse que los sujetos de población general que se autocalifican como *dependientes emocionales* efectivamente puntúan más bajo en los factores analizados, lo cual es indicativo de mayor dependencia, excepto en el factor *autonomía* que al estar planteado en sentido contrario al priorizado en el análisis es congruente con el sentido de las diferencias halladas.

En virtud de los resultados hallados se abunda en la necesidad de profundizar en un análisis comprehensivo de las dependencias interpersonales, tanto en lo que corresponde a labores diagnósticas como a otras líneas de intervención preventiva y terapéutica.

## PALABRAS CLAVE

Dependencia interpersonal, emociones, falta de confianza social en uno mismo, demandas afectivas.

---

---

# Estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas en una población escolar.

**NIEVES PALACIOS GARCÍA; JOSÉ LUIS CERNUDA; ALFONSO VÁZQUEZ MOURE**

Equipo de atención a drogodependencias (E.A.D) de Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

Alfonso Vázquez Moure. C / Albacete 2 – 6° C. Madrid 28027 E-mail: 914050546@telefonica.net.

---

---

## 1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

Las distintas encuestas escolares sobre el consumo de drogas intentan conocer la prevalencia del uso de drogas legales e ilegales y los patrones de consumo. Para identificar a la población de riesgo, examinaremos los factores que pueden influir en el inicio del consumo de sustancias y la posterior aparición de problemas relacionados, pudiendo agruparlos en tres niveles.

A) Características individuales:

- Creencias y actitudes:
- Habilidades de vida:
- Características de personalidad:

B) Influencias de socialización e interpersonales:

C) Influencias ambientales:

Todos estos datos conducen a la necesidad de desarrollar programas preventivos, asistenciales y de reducción de daños que frenen este consumo de drogas entre la población juvenil.

## **2. HIPÓTESIS.**

Existe una predisposición en la población diana objeto del estudio (población escolar) a iniciarse en el consumo de drogas legales e ilegales, por lo que debemos de conocer las características de estos consumos para así intentar reducir o evitar los problemas causados por el consumo de sustancias.

## **3. OBJETIVOS.**

Conocer las sustancias más frecuentemente asociadas en el consumo t sus factores de riesgo.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **POBLACIÓN A ESTUDIAR.**

Alumnos de los cursos de 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO, 1º y 2º de Bachillerato de los Institutos y Centros Escolares que voluntariamente decidiesen participar.

### **TAMAÑO.**

- Población estudiada: 627 sujetos.

### **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

- El instrumento de recogida de información fue elaborado a partir del cuestionario utilizado para la Encuesta Sobre Drogas a la Población Escolar 2002.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

SPSS versión 10.0.

## **5. RESULTADOS.**

### **REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA EL CONSUMO DE TABACO**

Partimos de una variable dependiente recodificada en dos categorías: 1 – fumador, 0 - no fumador. Trabajaremos con la categoría 1, fumador. Las variables independientes incluidas, son obtenidas después de haber realizado la correlación del tabaco con los ítems que responden a los diferentes factores de riesgo – protección, excluyendo los ítems que responden a las diferentes sustancias de consumo (del 46 al 91). A partir del modelo de regresión logística, la probabilidad de que un individuo pertenezca a la subpoblación fumador viene dada por las siguientes variables seleccionadas: 23GRUPO, 7ESTUD, 29NORMA y SEXO.

### **REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL**

Partimos de una variable dependiente recodificada en dos categorías: 0 - no bebedor, 1 - bebedor. Trabajaremos con la categoría 1 (bebedor). Las variables independientes incluidas, son obtenidas después de haber realizado la correlación del alcohol con los ítems que responden a los diferentes factores de riesgo – protección, excluyendo los ítems que responden a las diferentes sustancias de consumo (del 46 al 91). A partir del modelo de regresión logística, la probabilidad de que un individuo pertenezca a la subpoblación bebedora viene dada por las variables 39RESP, 22EXCESO, 36RELAC, 2EDAD, 39NOOPER y 40CONJU.

### **REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA EL CONSUMO DE HACHÍS**

Partimos de una variable dependiente recodificada en dos categorías: 0 - no consumidor, 1 - consumidor. Trabajaremos con la categoría 1 (consumidor). Las variables independientes incluidas, son obtenidas después de haber realizado la correlación del alcohol con los ítems que responden a los diferentes factores de riesgo – protección, excluyendo los ítems que responden a las diferentes sustancias de consumo (del 46 al 91). A partir del modelo de regresión logística, la probabilidad de que un individuo pertenezca a la subpoblación consumidora de cannabis viene dada por las variables 26AUNQUE, 7ESTUD, 36RELAC, 43CONOZ, 32RELA y 26COLAB.

## **PALABRAS CLAVE:**

Factores de riesgo, cannabis, alcohol, tabaco, población escolar.

---

---

# Descripción de los resultados analíticos con respecto a heroína y cocaína en pacientes en P.M.M. durante los cinco últimos años en el E.A.D. de Ciudad Real.

**PARRA FERNÁNDEZ M.L ;RODRÍGUEZ GONZALEZ M.F**

Equipo de atención a drogodependencias (E.A.D) de Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

M<sup>a</sup> Laura Parra Fernandez; c/ Lentejuela, nº 7, Ciudad Real 13002, eadcreal@teletel.es

---

---

## INTRODUCCIÓN

El Equipo de Atención a Drogodependencias ( E.A.D) de Ciudad Real inicia su trabajo en 1993. Es el 26 de febrero de 1998 cuando se instaura el Programa de Mantenimiento con Metadona (P.M.M.) en el Centro, siendo prescriptor y dispensador de Metadona .

Dentro de las funciones de las D.U.Es esta la recogida e interpretación de los controles toxicológicos de los pacientes incluidos en P.M.M. En base a esta interpretación de controles toxicológicos, se ha observado que durante estos últimos cinco años los hábitos de consumo de heroína y cocaína de estos pacientes han variado.

## OBJETIVO

Describir los cambios producidos en los resultados analíticos de heroína y cocaína en los pacientes en P.M.M durante los últimos cinco años.

## MÉTODO

Revisión de un total de 18.566 controles toxicológicos en heroína y de 18.371 controles toxicológicos a cocaína, realizados a pacientes incluidos en Programa de Mantenimiento con Metadona desde el 2.000 al 2.004.

## RESULTADOS

Se observa que los porcentajes de controles toxicológicos positivos a heroína y cocaína, que en el año 2.000 fueron del 12,55% y 13,30% respectivamente, en los últimos cinco años han disminuido hasta llegar en el 2.004 al 5% de controles toxicológicos positivos a heroína y 10,72% de controles toxicológicos positivos a cocaína. Estos datos están referidos a pacientes en Programa de Mantenimiento con Metadona.

## PALABRAS CLAVES:

Cocaína, Control toxicológico y Heroína.

# Consumo de opiáceos y cocaína en pacientes incluidos en el programa de mantenimiento con metadona del norte de Tenerife.

VICTOR PÉREZ Y PÉREZ\*, JUAN CARLOS FERNÁNDEZ MOLINA\*, ANA C. CHAVEZ DÍAZ\*\*,  
M<sup>a</sup> LOURDES GARCÍA GONZÁLEZ\*\*, MARÍA JESÚS MEDINA AFONSO\*\*, ROSA LIDIA GONZÁLEZ GUERRA\*\*,  
M<sup>a</sup> JESÚS GONZÁLEZ GUERRA\*\*

\* Farmacéuticos del Servicio de Farmacia ANTAD.

\*\*Técnicos del Servicio de Farmacia ANTAD.

Enviar correspondencia:

Victor Pérez Pérez. ANTAD, Servicio de Farmacia. C/ Agustín de Bethencourt, 17 - 38.400 Puerto de la Cruz - Tfn: 922385557-

Email: antadpuerto@teleline.es. S/C TENERIFE

## INTRODUCCION

El Servicio de Farmacia de la Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD), atiende a pacientes en PSO de cuatro CADs para dar asistencia a una zona con una población de 218.484 habitantes. El Servicio comienza en 1.995, teniendo abiertas hasta la fecha 858 historias.

El programa es heterogéneo en cuanto a los objetivos y cuenta con cobertura biopsicosocial. Las dosis adecuadas de metadona suelen situarse entre 50-60 y 100-120 mgrs./día., con éstas cantidades disminuyen los consumos de opioides ilegales y aumenta la retención (1,2,3). Los pacientes que reciben terapia psicosocial reducen el consumo de cocaína en un porcentaje mayor que sin éste apoyo (4).

## OBJETIVOS

Evaluación de los consumos de Heroína y Cocaína en pacientes incluidos en el PSO y relación con distintas variables.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra la constituyen 227 pacientes en PSO a los que se les ha solicitado analíticas a criterio del equipo terapéutico durante el año 2.003. (n= 227), se determinan Metabolitos de Opiáceos y Cocaína. (Positivo Cocaína Cut Off  $\geq$  300ng/ml, Positivo heroína: Cut Off  $\geq$  300ng/ml) (Método: FPAI)

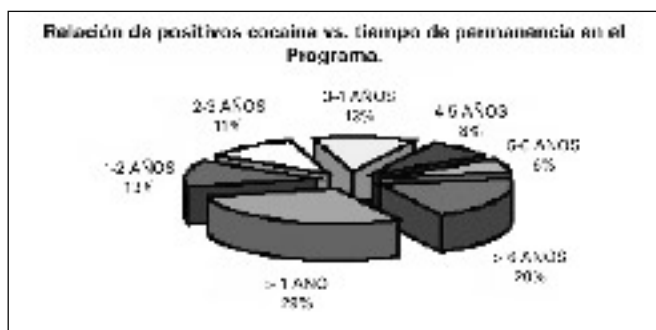
La recogida de muestras y su tratamiento cumplen las garantías de autenticación, cadena de custodia y almacenaje según protocolo de calidad del Laboratorio.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El 36,6 % de los pacientes de la muestra, presentan resultado positivo a Cocaína y el 15.9 % positivas a heroína, valores consistentes con los datos de la literatura (5).

Los pacientes con dosis inferiores a 50 mgrs. correlacionan con el mayor porcentaje (57%) de positivos a cocaína. Los pacientes con resultado positivos a Cocaína y dosis superiores a 100 mgrs. solo representan el 12 % de total. Y cuando se administra entre 50 y 100 mgs encontramos el 31% restante.

El consumo de Cocaína y Heroína en la muestra, también mantiene una relación directa con la dosis de metadona prescrita. Los pacientes positivos a Heroína y además positivos a Cocaína, con dosis prescrita inferior a 100 mgrs. constituyen el 89 % del total. En nuestro caso, no solo contenemos, con las dosis adecuadas, el consumo de opiáceos, sino el de cocaína.



La distribución de pacientes Positivos a Cocaína por sexos y por el régimen de dispensación, en la muestra, no presentan relación ya que son coincidentes con el de pacientes incluidos en el estudio.

Se observa una disminución del porcentaje de positivos a cocaína en función del tiempo de permanencia en el programa. En el primer año, el porcentaje es de un 29 % y disminuye progresivamente hasta un 6% durante los siguientes cinco años, teniendo un punto de inflexión a partir de los seis años, donde se observa un aumento de los positivos a cocaína.(6)

Para estos pacientes podría plantearse como alternativa la utilización de otros fármacos sustitutivos como al buprenorfina o la heroína.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

- Caplehorn, Jrm, Bell J., Methadone dosage and retention of patients in Maintenance Treatment. Med. J. Australia. 1991; 154:195-9.
- Torrens M., Castillo C., Pérez-Sola V. Retention in a low-threshold Methadone maintenance program. Drug alcohol dependence 1.996; 41:55-9
- Fernandez Miranda JJ, Marina González PA. Manual de los tratamientos de mantenimiento con Metadona. Asturias: Lilly Psiquiatría, 1999
- Schottenfeld RS, Pakes JR, Oliveto A, Ziedonis D, Kosten TR. Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. Arch Gen Psychiatry. 1997 Aug;54(8):713-20
- M.A. Landabaso, Iraurgi, J.M. Jimenez-Lerma et al. Olanzapina y consumo de cocaína en programa de mantenimiento con metadona. Psiquiatría biológica, 2001; 8, 5, 171-174
- Bertschy G. Methadone maintenance treatment: an update. Eur arch. Psichiatri clin. Neurosci. 1995; 245: 114-24

---

---

## **Evolución del programa de mantenimiento con naltrexona en los últimos 5 años tras la instauración del programa de mantenimiento con metadona en el E.A.D. de Ciudad Real.**

**M.F RODRÍGUEZ GONZALEZ, M.L. PARRA FERNÁNDEZ.**

Equipo de atención a drogodependencias ( E.A.D ) de Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

Mª Francisca Rodríguez González ; c/ Lentjuela, nº 7, Ciudad Real 13002. eadcreal@teletel.es

---

---

#### **INTRODUCCIÓN**

El Equipo de Atención a Drogodependencias ( E.A.D) de Ciudad Real comenzó su trabajo en 1993. Uno de los tratamientos que se oferta en este centro, son los Programas Libres de Drogas, dentro de los cuales se incluye el Programa de Mantenimiento Naltrexona (P.M.N)

El Programa de Mantenimiento con Naltrexona se inicia en Febrero de 1993, siendo el 26 de febrero de 1998 cuando se empezó a ofertar El Programa de Mantenimiento con Metadona (P.M.M )



## OBJETIVO

Observar la evolución del número de pacientes en el P.M.N en los últimos cinco años.

## MÉTODO

Revisión en los últimos cinco años de las historias clínicas de los 67 pacientes incluidos en Programa de Mantenimiento con Naltrexona. También revisamos los pacientes incluidos en Programa de Mantenimiento con Metadona del 2.000 al 2.004.

## RESULTADO

En el año 2.000 de los 373 pacientes atendidos en el Equipo de Atención a Drogodependencias de Ciudad Real por dependencia a opiáceos, el 7,50% estaban incluidos en Programa de Mantenimiento con Naltrexona. A lo largo de estos cinco últimos años, el número de pacientes en P.M.N. va descendiendo, observándose que constituyen el 0,93% en el año 2.004.

## PALABRAS CLAVES:

Paciente, P.M.N, evolución.

---

---

# Formación en dispensación responsable de bebidas alcohólicas (DRA).

**ALICIA RODRÍGUEZ-MARTOS<sup>1</sup>; CONCEPCIÓN GARCÍA FUENTES<sup>2</sup>; ANTONI DURAN VINYETA<sup>2</sup>;  
JAUME LARRIBA MONTULL<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. <sup>2</sup>PDS, Promoció i Desenvolupament Social.

Enviar correspondència:

Jaume Larriba Montull. PDS · Promoció i Desenvolupament Social. Provença, 79, baixos 3<sup>a</sup>. 08029 Barcelona. Tel.: 93 430 71 70. Fax: 93 439 07 73.

A/e: jlarriba@pdsweb.org

---

---

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN:

A diferencia de lo que ocurre en nuestro país, donde constituyen una novedad, los programas de DRA se vienen desarrollando desde hace tiempo en otros países, principalmente de cultura anglosajona. Su finalidad consiste en dotar a los profesionales del sector de la hostelería de recursos que contribuyan a evitar problemas relacionados con el consumo de alcohol por parte de sus clientes. En general, se centran en tres aspectos:

- 1) Impedir el consumo de alcohol de los menores.
- 2) Evitar la conducción bajo los efectos del alcohol.
- 3) Rehusar seguir dispensando alcohol a clientes intoxicados (hacerlo, es garantía de problemas: peleas, accidentes, vómitos, acoso sexual, etc.).

Los programas de dispensación responsable de alcohol se han mostrado útiles para reducir la accidentalidad, en especial por parte de los más jóvenes y en horario de madrugada. Se ha llegado a estimar que entrenando al 60% de los dispensadores para que eviten servir a clientes intoxicados, se podría reducir en un 23% el número de muertes por accidentes de tráfico. Asimismo, la DRA se ha mostrado eficaz para reducir las agresiones en el interior de los locales y en su entorno cercano.

En general, los estudios de evaluación de estos programas indican que la formación en DRA se perfila como una buena estrategia para contribuir a reducir los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas.

## MÉTODO:

El programa de formación en DRA de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) consiste en un módulo de formación de cuatro horas dirigido a propietarios, y empleados de locales de *ocio nocturno* y restauración con la finalidad de que desarrollen estrategias para reducir los riesgos asociados al consumo de alcohol de sus clientes. Tales estrategias se orientan a propiciar cambios en la política de la empresa y en las prácticas de servicio al cliente. El módulo de formación se complementa con la entrega de un material editado ex profeso para este programa por el Ayuntamiento de Barcelona, inspirado en otro desarrollado por el Departamento de Salud de Irlanda.

El paquete de formación incluye:

1. Un apartado de toma de conciencia de la importancia del rol del profesional de la hostelería para contribuir a evitar determinados problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas.
2. Un apartado de información sobre el alcohol (efectos, graduación de las bebidas alcohólicas, legislación, etc.).
3. Un apartado de presentación y práctica de estrategias para identificar situaciones problemáticas relacionadas con el consumo de alcohol y para intervenir de manera eficaz.

## RESULTADOS:

Se ha llevado un estudio con un diseño *quasi* experimental de evaluación del programa de formación en DRA de la ASPB, sobre un grupo de 35 sujetos (camareros y encargados de estos locales), de 20 a 36 años de edad, empleados de 8 establecimientos de *ocio nocturno* del distrito de Sant Martí de la ciudad de Barcelona.

Dicho estudio analizó mediante cuestionarios y observación sistemática de situaciones preparadas (embriaguez simulada por actores) en el contexto natural, antes y después de la formación, los cambios en la conducta de los sujetos experimentales a la hora de dispensar bebidas alcohólicas, así como en sus conocimientos y actitudes sobre los objetivos del programa de formación en DRA.

Cambios en el nivel de conocimientos y en las actitudes: Tanto los conocimientos sobre el alcohol como las actitudes y opiniones respecto a la importancia del rol del profesional de la hostelería, así como las expectativas respecto a la efectividad del programa mejoraron moderadamente después de la formación en DRA. No obstante las diferencias no alcanzaron el nivel de significación estadística.

Cambios en las conductas de dispensación de bebidas alcohólicas: La comparación de los datos observacionales obtenidos antes y después de la intervención muestra una reducción estadísticamente significativa del número de conductas inadecuadas ( $Z=-2,333$ ,  $p=0,02$ ). Respecto a las conductas adecuadas, su frecuencia aumentó tras la intervención, si bien las diferencias no alcanzaron el umbral de la significación estadística ( $Z=1,219$ ,  $p=0,223$ ).

## CONCLUSIONES:

Estos resultados coinciden con los hallazgos de otros trabajos que muestran que, aunque existen diferencias en cuanto a los resultados de diversos programas de formación en DRA, en general, contribuyen a minimizar los riesgos asociados al consumo de bebidas alcohólicas.

## PALABRAS CLAVE

Dispensación respo

---

---

# El test de Apomorfina: protocolo de realización.

**C. RONCERO, X. CASTELLS, M. COROMINAS, J. A. RAMOS-QUIROGA, M. LINARS, M. CASAS.**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Valle Hebrón. Barcelona.

Enviar correspondencia:

Dr. Carlos Roncero. Servicio de Psiquiatría. Escuela de enfermería 5 planta. Hospital Universitario Valle Hebrón. Paseo del Vall d'Hebron. 119-129 · 08035-Barcelona

---

---

La descripción y estandarización de pruebas biológicas es un reto para la psiquiatría actual, y es fundamental en el tratamiento de los pacientes dependientes, ya que en la actualidad no se dispone de marcadores biológicos que puedan predecir las recaídas.

La apomorfina es un fármaco con actividad agonista dopaminérgica de los receptores D1 y D2 que dispone de la indicación de tratamiento de la enfermedad de Parkinson o para el tratamiento de la disfunción eréctil. La vida media plasmática es de 30 minutos. La vía subcutánea presenta ventajas sobre otras vías de administración por la rapidez de inicio de sus efectos y su duración breve. Debido a su alta liposolubilidad, la distribución entre la sangre y los compartimentos tisulares (incluido cerebro) es equilibrada. La apomorfina es metabolizada rápidamente por un mecanismo hepático de primer paso.

Tanto los sujetos normales como los dependientes de sustancias presentan un mayor número de bostezos tras la administración subcutánea de dosis bajas de apomorfina, comparado con la situación basal y tras la administración de suero fisiológico. Además en pacientes dependientes de heroína tanto desintoxicados, como estabilizados con dextropropoxifeno se ha detectado que presentan un número significativamente mayor que los sujetos control, tras la administración de apomorfina (Casas et al, 1994, Casas et al, 1995, Guardia et al, 2002).

El desarrollo de bostezos se ha correlacionado con el funcionalismo del sistema dopaminérgico, este sistema ha sido implicado en el proceso de refuerzo de dependencia y en el proceso de recaídas. En este sentido en pacientes dependientes se ha descrito que podrían presentar una mayor grado de sensibilidad de los receptores dopaminérgicos, a nivel del sistema nervioso central, que podría ser medido indirectamente por el test de apomorfina (Casas et al, 95), por lo que esta prueba podría ser un marcador de utilidad en la práctica clínica diaria.

La estandarización propuesta del test de apomorfina es la siguiente:

El Test de Apomorfina se realizará a las 9 horas de la mañana.

Los sujetos deberán estar en ayunas y haber dormido entre 6 y 7 horas como mínimo.

Se efectuará control de constantes vitales, frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria.

Se observará al sujeto durante los 45 minutos posteriores a la inyección subcutánea en el antebrazo de 0'005 mg/kg de apomorfina.

Se procurará que el paciente no reciba estímulos que puedan estar relacionados con la adicción y que el ambiente sea tranquilo (por ejemplo estará cómodamente sentado visualizando un documental, sin contenidos relacionados con la adicción, en una habitación).

Se registrará por un observador las respuestas discretamente, de modo que el paciente no pueda relacionar el bostezo con ningún procedimiento determinado y no se produzca refuerzo de la conducta del bostezo.

El test de apomorfina es una herramienta, fácil de utilizar, mínimamente invasiva y con escasos efectos secundarios, con trabajos previos muy prometedores, que en la actualidad se esta validando, y que podría ser un marcador útil, en la práctica clínica diaria, para la detección de los pacientes dependientes más susceptibles de recaer.

## **PALABRAS CLAVE:**

Test de apomorfina, marcadores pronósticos, sistema dopaminérgico.

## REFERENCIAS:

- Casas M, Prat G, Guardia J, Duro P (1994). Yawing induced by low doses of apomorphine as a possible biological marker for studying the effects of CNS active compounds on the dopamine system. In: Palomo T et al. Strategies for studying Brain disorders. Vol 2. London: Farrand Press; pp. 55-70.
- Casas M, Guardia J, Prat G, Trujols J (1995). The apomorphine test in heroin addicts. *Addiction*. 90: 831-835.
- Guardia J, Casas M, Prat G, Trujols J, Segura L, Sanchez-Turet M (2002). The apomorphine test: a biological marker for heroin dependence disorder?. *Addiction Biology*. 7: 421-426.

---

---

# Inducción de Lamotrigina en pacientes dependientes de Metadona contrastornos depresivos.

**C. RONCERO, E. BRUGUERA, C. BARCONS, E. GARCÍA-GÍMENEZ, M. A. RUBIO, M. CASAS.**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Valle Hebrón. Barcelona.

Enviar correspondencia:

Dr. Carlos Roncero. Servicio de Psiquiatría. Escuela de enfermería 5 planta. Hospital Universitario Valle Hebrón. Paseo del Vall d'Hebron. 119-129 · 08035-Barcelona.

---

---

La lamotrigina es un fármaco que presenta efecto estabilizador del estado de ánimo y que previene la aparición de episodios depresivos en pacientes con trastorno bipolar.

Se ha estudiado su eficacia en pacientes con patología dual, la muestra más amplia es la de Brown y cols, (2003) que estudian durante 12 semanas, en un ensayo abierto, un grupo 30 pacientes bipolares con dependencia de cocaína que reciben lamotrigina hasta 300 mg/día. El fármaco fue bien tolerado, se detectó mejoría en el estado anímico y disminución en el craving, aunque no el consumo. Se realizó una inducción de lamotrigina de 10 semanas de duración.

Se ha estudiado la utilidad del uso de lamotrigina en pacientes dependientes de opiáceos incluidos en un programa de mantenimiento con metadona o buprenorfina y con dependencia de otras sustancias (cocaína), comparándose la inducción de lamotrigina mediante una pauta estandar (incrementos progresivos hasta 300 mg en 6 semanas) frente a una rápida (incrementos progresivos hasta 300 mg en 3 semanas) describiéndose que la pauta estandar (lenta) fue mejor tolerada y que esos pacientes disminuyeron el consumo de cocaína y el craving (Margolin et al, 1998).

Dados estos antecedentes es necesario estudiar la utilidad y la tolerabilidad de este fármaco en pacientes con dependencia de sustancias y trastornos depresivos.

En el presente trabajo se describe la inducción de lamotrigina y su tolerabilidad, en un grupo de pacientes que reciben tratamiento con metadona y presentan sintomatología depresiva, y que participan en un estudio de la eficacia de lamotrigina, sobre la sintomatología depresiva de 21 semanas de duración.

Se sigue una pauta de inducción de 25 mg/día durante dos semanas, 50 mg/día durante dos semanas, 100 mg/día durante una semana, llegando a 200 mg/día tras 6 semanas de tratamiento. La pauta puede llegar a ser incrementada hasta 300 mg a lo largo del seguimiento.

## PALABRAS CLAVE:

Lamotrigina, patología dual, depresión, metadona

## REFERENCIAS:

- Brown ES, Nejtek VA, Perantie DC, Orsulak PJ, Bobadilla L. Lamotrigine in patients with bipolar disorder and cocaine dependence. *J Clin Psychiatry*. 2003 ;64(2):197-201.
- Margolin A, Avants SK, DePhilippis D, Kosten TR. A preliminary investigation of lamotrigine for cocaine abuse in HIV-seropositive patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1998 ;24(1):85-101.
- Roncero C, Ferrer M, Bruguera E, Casas M: Patología dual y depresión bipolar. En Sáiz J: *Depresión Bipolar 2005*(en prensa).

---

---

# Evolución en el perfil del usuario que acude a un equipo de atención a las drogodependencias por consumo de Cannabis.

**M. M. SANABRIA ORDÓÑEZ, M.F. RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, I. MONTOYA CROUS.**

Equipo de Atención a las Drogodependencias (E.A.D.) de Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

M.M. Sanabria Ordóñez, C/ Lentejuela, 7 13.002 Ciudad Real eadcreal@teleline.es.

---

---

## INTRODUCCIÓN

El Equipo de Atención a las Drogodependencias de Ciudad Real es el centro ambulatorio de referencia para el tratamiento integral de las adicciones a sustancias en el área de salud de Ciudad Real.

La atención a usuarios por problemas de consumo de cannabis ha estado presente en el servicio desde el momento que el mismo inició su andadura el 1 de Febrero de 1.993. Desde esta fecha 2913 usuarios han sido los que han acudido a dicho servicio y de ellos 100 han sido los que han acudido por problemas de consumo de cannabis.

El cannabis en la actualidad es la sustancia ilegal más consumida en España, según la encuesta domiciliaria 2.003 que se realiza a iniciativa de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

## OBJETIVO

Conocer los cambios en el perfil de los usuarios que han acudido con demanda de consumo de cannabis en el Servicio.

## METODOLOGÍA

Se revisan de forma retrospectiva 100 historias clínicas de usuarios que acudieron al E.A.D. de Ciudad Real por problemas de consumo de cannabis desde el 1 de Febrero de 1.993 hasta el 30 de Noviembre de 2004. Los datos se han analizado mediante el programa informático SPSS versión 11.5 en base a las variables de número de usuarios atendidos, sexo, edad a la que acude al Servicio, edad referida de inicio en el consumo de cannabis, existencia de multas administrativas y diagnóstico psiquiátrico establecido. Para el estudio se han distribuido los datos en tres periodos (1.993-1.996, 1.997-2.000 y 2.001-2.004)

## RESULTADOS

Tras el estudio se observa que ha aumentado el número de usuarios que acuden al Servicio con una demanda por consumo de cannabis, siendo mayor el número de usuarios varones. Asimismo se observa aumento en el número de usuarios que acuden con multas administrativas por consumo de sustancias y con un diagnóstico

psiquiátrico. Tanto en la edad en la que acuden al centro como en la de inicio de consumo referido de cannabis no se aprecian cambios.

**PALABRAS CLAVE:**

Usuario, cannabis, evolución del perfil.

---

---

## **Revisión de las causas de baja en un programa de mantenimiento con Metadona durante 5 años en un equipo de atención a drogodependencias.**

**P. SÁNCHEZ DE LA NIETA ARAGONÉS, M.M. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.L. PARRA FERNÁNDEZ.**

Equipo de Atención a Drogodependencias (E.A.D.) de Ciudad Real.

Enviar correspondencia:

Paloma Sánchez de la Nieta Aragonés; C/ Lentejuela 7. 13002 Ciudad Real · eadcreal@teleline.es

---

---

### **INTRODUCCIÓN**

El Programa de Mantenimiento con Metadona (P.M.M.) en el Equipo de Atención a Drogodependencias de Ciudad Real: centro asistencial, ambulatorio, gratuito, de ámbito provincial y multidisciplinar, se inicia el 26 de febrero de 1.998. La prescripción y el seguimiento de los pacientes incluidos en P.M.M. se ha realizado siempre en el E.A.D. sin embargo la dispensación de las dosis de metadona se realiza tanto en el E.A.D. como en las Oficinas de Farmacia de la provincia, esto último se viene haciendo desde enero de 2.000.

### **OBJETIVO**

Conocer las causas de baja en el P.M.M. a lo largo de 5 años para así poder hacer una valoración y mejorar el funcionamiento del Programa.

### **METODOLOGÍA**

Se revisan 134 historias clínicas de pacientes que causaron baja en P.M.M. en el E.A.D. de Ciudad Real en el periodo comprendido entre el 26 de febrero de 1.996 y el 31 de diciembre de 2.003. No se consideran los pacientes que causaron baja por derivación a otros recursos de la red asistencial por entender que éstos continuaron en P.M.M. Como instrumentos se utilizan las historias clínicas de los pacientes recogiendo las causas de baja en el P.M.M. y clasificándolas en alta terapéutica, abandono del programa, expulsión y fallecimientos.

### **RESULTADOS**

El 49,25 % finalizan el Programa con alta terapéutica, el 31,34 % abandonaron el tratamiento, el 11,94% fallecieron y el 7,46 % fueron expulsados por incumplimiento de la normativa del Programa.

**PALABRAS CLAVE:**

Metadona, causas, baja.

---

---

# Distribución de inicios de tratamiento según la vía de acceso a un equipo de atención a drogodependencias.

**M.M. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, P. SÁNCHEZ DE LA NIETA.**

Equipo de Atención a Drogodependencias (E.A.D.) de Ciudad Real

Enviar correspondencia:

M<sup>a</sup> del Mar Sánchez Fernández; C/ Lentejuela 7. 13002 Ciudad Real -eadcreal@teleline.es.

---

---

## INTRODUCCIÓN

El Equipo de Atención a Drogodependencias (E.A.D.) de Ciudad Real es el recurso especializado para las drogodependencias del Área de Salud de Ciudad Real, siendo un centro asistencial, ambulatorio, gratuito, de ámbito provincial y multidisciplinar.

El acceso a este recurso se realiza desde múltiples entidades de la red asistencial (Centros de Salud, Unidades de Salud Mental, Servicios Sociales,...), así como por demanda propia, hecho diferenciador con respecto a otros servicios de asistencia especializada.

## OBJETIVO

Describir las posibles variaciones producidas a lo largo de ocho años con respecto a la vía de acceso de los pacientes al E.A.D. de Ciudad Real y observar los cambios producidos en estos años según el recurso se ha implantado dentro de la red asistencial.

## MÉTODO

Se revisan 1980 historias clínicas de pacientes que comenzaron tratamiento en el E.A.D. de Ciudad Real durante los años 1993, 1996, 1997, 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003. Como instrumentos se utilizan las historias clínicas de los pacientes analizando la puerta de entrada o vía de acceso al E.A.D.

## RESULTADOS

El 32,32 % de los pacientes que han iniciado tratamiento en el E.A.D. de Ciudad Real entre los años 1993 y 2003, acceden al recurso directamente, sin derivación previa de ningún recurso de la red asistencial. El 14,14 % lo hacen derivados desde los Centros de Salud, el 13,93 % desde los Servicios de Psiquiatría y el 8,23 % desde Servicios Sociales de Base.

A pesar de la implantación del recurso en la red asistencial, la vía de acceso directo del paciente es la más frecuente.

## PALABRAS CLAVE:

Inicios, tratamiento, vía acceso.

---

---

# Juego patológico asociado a alcoholismo: un estudio de comorbilidad.

**JORGE FERNANDO SÁNCHEZ PEÑA\*, JOSÉ JUAN RODRÍGUEZ SOLANO\*\*.**

\*D.U.E. Coordinador del Programa de Alcoholismo del Centro de Salud Mental "Puente de Vallecas" Madrid.

\*\*Psiquiatra. Centro de Salud Mental "Puente de Vallecas" Madrid.

Enviar correspondencia:

Jorge Fernando Sánchez Peña. Centro de Salud Mental "Puente de Vallecas" Calle Peña Gorbea, 4. 28053-Madrid.

Teléfono: 91-4778747 · E-mail: jorgefs@hotmail.com

---

---

## RESUMEN:

Diversos estudios han demostrado la comorbilidad del juego patológico en el alcoholismo. En nuestro trabajo se estudia a todos los pacientes atendidos en el programa de Alcoholismo del Servicio de Salud Mental de Puente de Vallecas (Madrid) entre los años 1997 y 2003. Estos son 547 pacientes diagnosticados según el DSM-IV-TR de "síndrome de Dependencia Etílica" y "Abuso de Alcohol". De ellos se revisaron todas las historias clínicas para detectar todos los pacientes que cumplían criterios de Juego Patológico, según DSM-IV-TR. Se encuentra que el 15,72% (n=86) de los pacientes con problemas de alcohol padece un trastorno por Juego Patológico. Se hace un análisis comparativo entre las dos muestras de pacientes con problemas de alcohol, jugadores y no jugadores.

## PALABRAS CLAVE:

Alcoholismo. Juego patológico. Comorbilidad psiquiátrica.



---

---

# Eficacia diferencial a los seis meses de seguimiento de un programa conductual frente a un tratamiento combinado aplicados en un centro de salud.

**ROBERTO SECADES VILLA\***; **FERNANDO ALONSO PÉREZ\*\***; **DOLORES MIRÓN ORTEGA\*\***;  
**JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA\***; **OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ\***

*\*Grupo de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.*

*\*\*Servicio de Salud del Principado de Asturias.*

Enviar correspondencia:

Roberto Secades Villa. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n, 33003. Oviedo (Asturias). Teléfono: 985-104139. Email: secades@uniovi.es.

---

---

Los programas multicomponentes han demostrado ser los procedimientos más eficaces en el tratamiento del tabaquismo. Su aplicación en contextos no especializados ha sido muy limitada. Por otra parte existen resultados contradictorios acerca del efecto que sobre la eficacia tiene añadir una terapia farmacológica a los tratamientos conductuales. En este estudio se trata, en primer lugar, de comprobar la eficacia de un programa multicomponente aplicado en un centro de salud y, en segundo lugar, de comparar la eficacia de un programa multicomponente solo frente al mismo combinado con parches de nicotina.

Se incluyeron en el estudio 56 fumadores de 10 ó más cigarrillos diarios, con edades comprendidas entre 15 y 64 años. El reclutamiento se llevó a cabo en un centro de salud del Área de Mieres (Asturias), de manera oportunista en consulta y mediante anuncios en el propio centro. La asignación fue aleatoria a cada uno de los grupos. Las intervenciones consistían en: 1) un programa multicomponente individual de 5 sesiones durante 5 semanas; 2) un programa multicomponente y la entrega de parches de 16 horas para utilizar durante 8 semanas.

Los resultados que se presentan demuestran la eficacia del programa multicomponente aplicado en un centro de salud; se comenta su aplicación clínica en el contexto de la atención primaria. No se encuentran diferencias significativas en el seguimiento a largo plazo entre el tratamiento conductual solo y el tratamiento combinado.

## **PALABRAS CLAVE**

Tabaco, programa multicomponente, Atención Primaria

---

---

# La evaluación del programa Beveu Menys. El punto de vista de los formadores.

**LÍDIA SEGURA; ANTONI GUAL; OLGA MONTSERRAT; ÁNGELA BUENO; CLAUDIA FERNÁNDEZ; JOAN COLOM**

Órgano Técnico de Drogodependencias del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Enviar correspondencia:

Lidia Segura. Órgano Técnico de Drogodependencias. Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Travessera de les Corts 131-159. Barcelona 0802  
Tel 93 556 64 01. Fax 93 227 29 74. E-mail: lidia.segura@gencat.net

---

---

## INTRODUCCIÓN

En Catalunya se está difundiendo a toda la atención primaria el programa Beveu Menys con el objetivo de reducir la incidencia y la prevalencia de los trastornos relacionados con el alcohol<sup>1,4</sup>.

Dicho programa integrado en el plan de salud de Catalunya 2002-2005 pretende formar a todos los profesionales de los 345 centros de atención primaria (CAP) mediante un protocolo estandarizado de 5 horas de duración en los que se abordan los aspectos teórico-prácticos de la detección precoz y la intervención breve. La formación de formadores es la estrategia escogida para la diseminación del programa, siendo los especialistas en drogodependencias los que actúan como formadores y asesores de los CAP.

El proceso de implementación se puso en marcha en febrero de 2002 y está sujeto a un proceso continuado e iterativo de evaluación. En la presente comunicación se presenta la valoración que, del programa y su proceso de diseminación, hicieron los formadores en el transcurso de unos grupos focales que se organizaron al alcanzar su ecuador.

## MÉTODO

### Sujetos

De los 72 formadores que fueron invitados a participar en los grupos focales asistieron 48 (66,7%). De los 24 que se excusaron 16 alegaron motivos laborales, 3 dificultades de desplazamiento, 3 poco interés y 2 no dieron ningún motivo.

58 contestaron al cuestionario, de los cuales 33(56,9%) fueron entregados el día del grupo focal y 25 (43,1) con posterioridad. Del presente análisis se han excluido 3 (5,2%) cuestionarios por estar incompletos.

29 (52,7%) de los que lo contestaron fueron mujeres, 48 (87,3%) médicos, 5 (9,1%) psicólogos y 2 (3,6%) enfermeros/as. La media de edad de los formadores fue de 44,87 (DE=6,73), la media de años de experiencia en el ámbito sanitario de 19,98 (DE=6,07) y el promedio de cursos del programa realizados de 3,30 (DE=2,38).

### Evaluación

En el transcurso de las reuniones se administró un cuestionario construido ad-hoc para complementar la información recogida mediante los grupos focales y evaluar su opinión de forma objetiva. Constó de los siguientes apartados: 1. Datos sociodemográficos. 2. Datos laborales. 3. Nivel de implicación de los formadores en el programa. 4. Evaluación general. 5. Evaluación de la utilidad de los materiales y de los instrumentos. 6. Roles. 7. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol se evaluó mediante el cuestionario AUDIT-C<sup>5</sup>. Además se recogió información objetiva paralela sobre el nivel de implicación de cada uno de los profesionales en el programa creándose para ello una variable cuantitativa a modo de razón entre el número de cursos realizados y el número de cursos asignados.

## RESULTADOS

El asistir o no a los grupos focales y el responder o no a los cuestionarios no se relacionó con el nivel de implicación en el programa [(t=0,91, gl=65, p=ns) (t=0,87, gl=65, p=ns)]. La media de puntuación en el cuestionario fue de 143,12 (DE=17,91). Del total de formadores, 4 (7,3%) fueron clasificados como bebedores de riesgo.

La puntuación final correlacionó positiva y significativamente con el número de cursos realizados ( $r=0,38$ ,  $n=49$ ,  $p=0.008$ ) y no se halló ninguna otra variable que incidiera significativamente sobre dicha valoración.

## CONCLUSIONES

La valoración puede considerarse representativa de la opinión de todos los formadores. En general el programa es valorado positivamente y los resultados apuntan a que la implicación de los especialistas en adicciones en las actividades preventivas comunitarias que promueve el programa no sólo es posible sino que a mayor familiarización con el mismo mejor es la valoración. Los resultados permiten pensar que el objetivo de formar a toda la atención primaria de Catalunya será muy pronto una realidad.

## PALABRAS CLAVE:

Alcohol, Atención Primaria, Detección, Intervención Breve,

## REFERENCIAS

1. Saunders JB, Aasland OG. WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument. Geneva: World Health Organization; 1987.
2. Babor TF, Grant M. Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in the primary health care setting. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Babor TF, Grant M, Acuda W, Burns FH, Campillo C, Del Boca FK et al. A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project. *Addiction* 1994 Jun;89(6):657-660.
4. Monteiro MG, Gomel M. World Health Organization project on brief interventions for alcohol-related problems in primary health care settings. *Journal of Substance Abuse* 1998;3:5-9.
5. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MS, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med* 1998;158(14): 1789-95.

---

---

# Intervención comunitaria en el medio escolar del centro de atención y seguimiento de las drogodependencias "Cas Horta-Guinardó" y "Associació Alcohòlics Recuperats Teral".

**J. SERRANO\*; M. G. TOR\*\*; E. VALLS\*; N. HORTAL\*\*\*.**

CAS Horta-Guinardó. Servei d'Atenció i Prevenció Drogodependències (SAPD) de l'Agència Salut Pública de Barcelona (ASPB)

\* INPROSS (Entidad gestora del CAS). E-mail: inpross@cambrescat.es

\*\* Associació Alcohòlics Recuperats TERAL

\*\*\* Equip Territorial de l'Agència Salut Pública de Barcelona (ASPB)

Enviar correspondencia:

N. Hortal. C/ Sacedon 18, (08032) Barcelona. E-mail: c\_sacedon@aspb.es.

---

---

## INTRODUCCIÓN.

Según los datos aportados desde las encuestas del Observatorio Nacional de Drogas, el inicio del consumo de alcohol en nuestro medio se produce de forma precoz a lo largo de la adolescencia o incluso antes.

## OBJETIVOS.

1.- Facilitar un espacio que de forma libre los pre/adolescentes se puedan expresar sobre temas relacionados con el consumo de alcohol y sus consecuencias, y conocerlo desde su contexto y visión.

2.- Como efecto multiplicador, se busca que el tema pueda trascender en su medio escolar, integrarlo en las intervenciones preventivas que los Equipos Territoriales efectúan en las escuelas, y en su ámbito personal y familiar.

## MATERIAL Y MÉTODO.

Desde la AAR TERAL, con el soporte técnico de los profesionales del CAS, se creó un concurso de redacción sobre temas relacionados con el alcohol (en catalán o castellano), para los pre/adolescentes de 2º y 3º de ESO en los centros de primaria del Distrito de Horta-Guinardó públicos, privados y concertados.

El primer concurso se desarrolló durante el curso 2002-2003, el segundo durante el 2003-04 y el actual en el 2004-05.

Se implicaron los Equipos Territoriales de la ASPB, que desarrollan las estrategias de prevención en el medio escolar a través de los Programas PASE i DECIDEIX, y a los responsables psicopedagógicos y tutores de cada centro.

Se contó con el soporte institucional de los departamentos de educación y sanidad del Distrito, para obtener la máxima respuesta de los medios escolares y las AMPAS.

## RESULTADOS.

TITULO	CURSO	Nº ESCUELAS	Nº ALUMNOS
¿Que sabes y que piensa del alcohol?	2002-03	4	62
¿Es posible la fiesta sin alcohol?	2003-04	10	174*
¿Cuáles son los mejores consejos para los amigos que beben?	2004-05	En curso	En curso

\* Una de las escuelas seleccionaron una sola redacción, la participación fue > 200 participantes

Se efectúa un informe técnico sobre los contenidos, se remite a las escuelas participantes, Equipos Territoriales y responsables del Distrito, para su conocimiento y adaptación de sus actuaciones informativas – preventivas.

## CONCLUSIÓN.

Es fundamental que los profesionales que participamos en los centros asistenciales para las adicciones, junto a los que participan en los trabajos preventivos en el medio escolar se integren a la experiencia, sensibilidad e implicación de los grupos de pacientes rehabilitados con el fin de desarrollar acciones comunitarias que sirvan ampliar la información, sensibilización, educación y prevención para el colectivo de pre/adolescentes respecto al consumo de alcohol y sus consecuencias inmediatas y/o la las derivadas por consumo abusivo y continuado.

Es muy importante tener información directa de la visión, opiniones y actitudes que tiene este colectivo, para adaptar las intervenciones.

Además de las intervenciones propias para los jóvenes, se consigue un efecto multiplicador en su medio educativo (compañeros, profesores y equipos psicopedagógicos), y en su medio socio-familiar, para que se hable del tema del alcohol, así la intervención específica tiene un efecto mucho más amplio.

### Agradecimientos y soportes

- Distrito de Horta-Guinardó por creer y subvencionar el proyecto, especialmente las Concejalías de Salud y Educación
- FCAR (Federación Catalana de Alcohólicos Rehabilitados), que integra a TERAL
- SAPD de la ASPB por su aval y aporte de materiales informativos y preventivos



# Trabajo comunitario e integración de los programas de cesación tabáquica (PCT) del centro de atención y seguimiento "Cas Horta-Guinardó" y características de la población atendida.

**J. SERRANO; J. ALVARÓS; M. MELGAREJO**

CAS Horta-Guinardó. Servei d'Atenció i Prevenció Drogodependències (SAPD) de l'Agència Salut Pública de Barcelona (ASPB).

Enviar correspondencia:

J. Serrano. C/ Sacedon 18, (08032) Barcelona. E-mail: c\_sacedon@aspb.es.  
INPROSS (Entidad gestora del CAS). E-mail: inpross@cambrescat.es



## INTRODUCCIÓN.

Partíamos de un CAS que desarrolla Programas de Alcoholismo e integraba la oferta asistencial de PCT. Era importante darlos a conocer de forma rápida, sabiendo que una nueva oferta asistencial tarda de tres a cinco años para su integración.

Las características epidemiológicas sobre el consumo de tabaco y opciones de tratamiento en la población general, oscilan según pirámides de edad y sexo.

## OBJETIVOS.

**1.-** Valorar la importancia de diferentes intervenciones comunitarias para integrar los nuevos PCT en un centro de drogodependencias.

2.- Conocer las características de la población del área de Barcelona atendida en los PCT del CAS H-G desde su inicio en junio de 2001 hasta junio de 2004.

## MATERIAL Y MÉTODO.

Las estrategias desarrolladas, se pusieron en marcha para divulgar las actividades asistenciales en los recursos que podían detectar y derivar pacientes, valorando inicios y procedencia. Destacamos:

Actividades propias del CAS, confección y divulgación de folletos informativos y presentación de los PCT en el CAS, el Día Internacional sin Humo del 2001, mantenida cada año

Actividades ámbito servicios socio-sanitarios, presentación e implicación en diferentes ABS/EAP y en salud mental

Actividades ámbito institucional, presentación en la ASPB y a los Servicios de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya. Participación continuada en el "Consell de Salut" del Distrito Horta-Guinardó. Colaboración ASPB y Col·legi de Farmaceùtics de Barcelona, siendo el CAS H-G centro de referencia para las farmacias

Actividades ámbito profesional, coordinación continuada con la ASPB y participación activa en la Coordinadora de Tabaco de los CAS de Catalunya

Actividades ámbito escolar, colaboración con los Equipos de Salud Comunitaria y Equipos Territoriales de la ASPB en intervenciones en el medio escolar

Actividades ámbito social y comunitario, participación en las "Aulas de Salud" para la población general. Colaboración Associació d'Alcohòlics Recuperats TERAL, Asociaciones y Planes comunitarios de vecinos, difusión, prevención y publicaciones sobre tabaco.

De la población atendida, se revisan los datos procedentes desde el inicio de los PCT en el CAS de 1.324 Primeras Visitas con dependencia primaria a nicotina. Estudio básico: datos filiación, socio-familiares y laborales, antecedentes médicos y psiquiátricos. Historia toxicológica, Test Richmond, Fagerström, Tipología Fumador, Escala Motivación y coximetría.

## RESULTADOS.

PERIODO	JUNIO 01		JULIO 02		JULIO 03		TOTAL	
	JUNIO 02		JUNIO 03		JUNIO 04			
	N	%	N	%	N	%	N	%
DERIVADOS	176	73,64	335	74,12	324	51,18	835	63,07
INICIATIVA PROPIA	63	26,36	117	25,88	309	48,82	489	36,93
TOTAL INICIOS	239	100	452	100	633	100	1324	100

Las derivaciones proceden del sector sanitario primario, secundario y mental >60%, seguido de demanda propia o recomendación con un 37%.

Predominan las mujeres con 687 (51,88%). Edad media es 44,4 años (V 46,5 M 42,4). 23 mg/día de consumo nicotina (V 24,8 M 21,2) y 27,9 años de consumo (V 31,11 M 24,8). Los niveles de motivación y dependencia son parecidos.

En la tipología, predomina la automedicación con 4,29/5, seguidas del uso como tranquilizante 3,77/5 y relajante 3,46/5.

## CONCLUSIÓN.

Es fundamental dar a conocer los PCT, de un Servicio de segundo nivel para el tratamiento de adicciones, es un importante recurso que permite la derivación de pacientes con fracasos previos y/o mayor complejidad que requieran un abordaje multicomponente como se desarrolla en el CAS de Horta-Guinardó. Hay que significar que más del 60% procedía del sector sanitario.

De los pacientes fumadores del área de Barcelona que han acudido al CAS H-G, predominan las mujeres, tienen menos años de consumo, ingieren menos cantidad de nicotina, son más jóvenes al inicio del tratamiento, presentan más intentos previos de cesación y menor concomitancia con otras adicciones. A diferencia de otras dependencias, la población fumadora que acude presenta niveles educativos medios-altos y actividad laboral alta, más aun las mujeres.

\* **Agradecimiento y soporte técnico** a José Luis González

---

---

# Violencia intrafamiliar: prevalencia en dos centros de atención y seguimiento de drogodependencia del "Cas Garvíent" y "Cas Horta-Guinardo" de la ciudad de Barcelona.

**E. VALLS; J. ALVARÓS; J. SERRANO.**

CAS Garbíent, CAS Horta-Guinardó

Enviar correspondencia:

E. Valls. Servei d'Atenció i Prevenció a les Dependències (SAPD), Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Mail: c\_garbi@aspb.es  
INPROSS, (Entidad gestora de los CAS): Mail: inpross@cambrescat.es.

---

---

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años conocemos el impacto mediático de la llamada violencia doméstica o de género, que es considerada como un problema de salud pública. Más allá del maltrato físico existe un concepto más amplio de violencia que atiende también, según definición del Consejo de Europa (1987), a aspectos psíquicos, privación del desarrollo de capacidades o de la libertad individual. Igualmente la literatura ha considerado el uso de sustancias como un desencadenante del comportamiento violento.

## OBJETIVO

Conocer la prevalencia de la violencia intrafamiliar en sus aspectos físico, verbal y psíquico en la población usuaria del CAS GARBIVENT y del CAS HORTA-GUINARDÓ que siguen tratamiento para deshabitación de uso de sustancias, así como sus actitudes, valoración y posibilidades de actuación. Valorar el uso de drogas como catalizador de episodios violentos.

## METODOLOGÍA

Un único profesional administró un cuestionario de 13 preguntas sobre 240 pacientes seleccionados aleatoriamente. Durante 2 semanas se solicitó la cumplimentación del cuestionario a las 5 primeras visitas de la mañana y de la tarde de cada profesional, los asistentes a terapia de grupo, así como a 10 asistentes a la dispensación de metadona u otros fármacos entre un horario determinado. Se garantizó el anonimato.

## RESULTADOS

De los 240 encuestados (67% hombres) el 52% declararon episodios de violencia intrafamiliar (48% Verbal, 15% Física y Verbal, 12% Física y 12% Psíquica), el 71% repetidos más de 10 veces, y el 7% una sola vez. El 15% de los maltratadores presentaban un Trastorno Mental distinto al adictivo. El 53% manifestaron que el episodio violento sucedió durante la intoxicación del maltratador y el 10% del maltratador y de la víctima a la vez, siendo las drogas más involucradas el alcohol (58%), y la cocaína (20%). El 20% declararon estar bajo los efectos de un síndrome de abstinencia. En el 64% de los casos estaba presente algún menor, y se denunciaron el 23% de los casos frente a un 57% del total que actualmente manifiesta que los denunciaría. En el 10% de los casos se han usado recursos específicos.

## CONCLUSIONES:

La Violencia intrafamiliar presenta una alta prevalencia en los pacientes encuestados, y se relaciona preferentemente con la intoxicación por alcohol o cocaína. La tendencia es a la reiteración de los episodios y los afectados no propenden a hablar de ello espontáneamente, ni a acudir a servicios específicos. Existe una elevada presencia de menores durante los episodios, con la transmisión cultural que ello supone y las repercusiones psiquiátricas en forma de Trastorno por estrés postraumático y otros. Sugerimos que puede aumentarse la eficacia y la eficiencia de los objetivos de las sanciones únicamente punitivas si se plantean propuestas de tratamiento relacionadas con el consumo y que se debe prestar más atención a la detección de la violencia en todos sus aspectos en nuestros pacientes y profundizar en la prevención y la reeducación familiar, si ésta es posible, sin olvidar de quien es "la mano que mece la cuna".

---

---

# Edemas en extremidades inferiores secundarios a Trazodoma.

**SÍLVIA YELMO; CARLOS RONCERO; FRANCISCO COLLAZOS; MARC FERRER; MARIVÍ LÓPEZ.**

Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Enviar correspondencia:

Dra. Sílvia Yelmo. Servicio de Psiquiatria. Escuela de enfermería 5 planta. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Paseo de la Vall d'Hebron. 119-129 08035-Barcelona.

---

---

La trazodona es un antidepresivo heterocíclico de la familia de las triazolopiridinas que inhibe específicamente la recaptación de la serotonina, que presenta pocos efectos anticolinérgicos. Se utiliza en el trastorno depresivo mayor, en la agitación y como tratamiento del insomnio<sup>1</sup>, siendo especialmente utilizado en pacientes dependientes por carecer de riesgo de abuso.

Los efectos adversos se han relacionado con el antagonismo alfa1 adrenérgico y una actividad antihistamínica. Están descritos hipotensión, mareo, sedación, cefalea, náuseas, arritmias cardíacas y priapismo. No obstante, se han podido objetivar edemas periféricos atribuibles a dicho fármaco, y existen descripciones de algunos casos<sup>2</sup> realizados en la década de los ochenta sin que se conozcan descripciones actuales de este raro efecto secundario. Cuando se pauta el fármaco se debe tener en cuenta los posibles efectos anticolinérgicos, así como evitar la administración con otros fármacos sedantes. Asimismo se debe evitar su uso en pacientes con cardiopatía a fin de evitar favorecer o empeorar los edemas, si ya existieran.

Se describen cuatro pacientes ingresados en Unidad de hospitalización, del Servicio de Psiquiatria del Hospital Valle Hebron, sin antecedentes médico-psiquiátricos comunes y con diferentes motivos de ingreso. Ninguno de los pacientes permanece encamado. Se les administra trazodona como fármaco hipnótico a dosis de 100 mg/d. Se constata la aparición de edemas en extremidades inferiores, descartándose otras posibles etiologías. La aparición de los edemas es independiente del momento en el que el paciente se encuentra de su proceso de desintoxicación. Se retira dicho fármaco con mejoría progresiva hasta la desaparición de los edemas.

## CONCLUSIONES

En nuestra casuística se han descrito varios casos en un corto periodo de tiempo (tres meses). En todos los casos, los edemas en extremidades inferiores no se han atribuido a otra etiología y desaparecieron rápidamente con la suspensión de trazodona. Por tanto, se puede afirmar que trazodona esta implicada en la aparición de los edemas.

## PALABRAS CLAVE

Trazodona, edemas, efectos secundarios, insomnio

## REFERENCIAS

1. James SP, Mendelson WB. The use of trazodone as a hypnotic: a critical review. J Clin Psychiatry. 2004 Jun; 65 (6): 752-5. Review
2. Barrnet J, Frances A, Kocsis J, Brown R, Mann JJ. Peripheral edema associated with trazodone: a report of ten cases. J Clin Psychopharmacol. 1985 Jun; 5 (3): 161-4



## boletín de suscripción:

### ■ DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos .....

NIF ..... Profesión .....

Dirección ..... Nº ..... Piso .....

Tel. .... Población ..... D.P. .... Provincia .....

E-mail .....

### ■ SUSCRIBANME A: «Adicciones». Año 2004

<b>España</b>	4 ejemplares y suplementos	36,00 €		suscripción particular
	4 ejemplares	90,00 €		suscripción instituciones
	1 ejemplar	9,00 €		
	1 monográfico	13 €		
<b>Extranjero</b>	4 ejemplares y suplementos	55 €	55 \$	suscripción particular
	4 ejemplares	123 €	125 \$	suscripción instituciones
	1 ejemplar	14 €	14 \$	

Las suscripciones se entenderán por los cuatro ejemplares del año natural en que se realice la suscripción, sea cual sea el momento del año en que ésta se efectúe.

### ■ PAGARÉ:

- A) **Por domiciliación bancaria** (rellenar para ello la orden de pago que está a continuación y enviarnos el original por correo).
- B) Mediante cheque nº. .... que adjunto a nombre de «Adicciones».
- C) Transferencia bancaria a LA CAIXA, C/ Olmos, 51 - Palma de Mallorca c/c. CAIX ES BB ES 36 2100.0207.50. 0200221610  
(Es importante que en la orden de transferencia conste claramente el ordenante de la transferencia para poderla identificar adecuadamente).
- ..... de ..... de 200 .....
- (Firma)

### ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACION BANCARIA:

Nombre del titular de la cuenta .....

Nombre del Banco o Caja de Ahorros .....

Número Cuenta Corriente o Libreta (**ATENCIÓN: DEBE CONSTAR DE 20 DÍGITOS**):

Entidad     Oficina     D.C.   Nº

Dirección Banco o C.A.:

Calle o Pza.: .....

Código Postal ..... población ..... Provincia .....

Ruego a Vds. Se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adedudar en mi cuenta los efectos que les sean presentados para su cobro por "Adicciones, Socidrogalcohol"

..... de ..... de 200 .....

Atentamente (firma del titular)

### ENVIAR ESTE BOLETIN A:

ADICCIONES. C/. Rambla, 15, 2º, 3ª. 07003 Palma de Mallorca. Baleares (España).

Tel.: 971 72 74 34. Fax.: 971 21 33 06 • E-mail: secretaria@adic.e.telefonica.net

La revista es gratuita para los socios de Socidrogalcohol

# NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ADICCIONES\*

\* **Resumen de las Normas de Publicación de la revista Adicciones (publicadas completas en Adicciones, año 2003, vol. 15, nº 4, pág. 379-389 y que también se encuentran en [www.socidrogalcohol.org/](http://www.socidrogalcohol.org/)).**

Adicciones publica artículos originales sobre el tratamiento, la prevención, estudios básicos y descriptivos en el campo de las adicciones, como son las drogas ilegales, el alcohol, el tabaco o cualquier otra adicción, procedentes de distintas disciplinas (medicina, psicología, investigación básica, investigación social, etc.). Todos los artículos son seleccionados después de pasar un proceso de revisión anónimo hecho por expertos en ese tema.

Adicciones publica 4 números al año en Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre. Puede publicar además números suplementarios. Adicciones tiene las secciones de editorial, artículos originales, informes breves, artículos de revisión, sección internacional y cartas al director. La revista se publica en español, aunque admite artículos en inglés, especialmente en los apartados de editorial e informes breves. Cuando publica un artículo en inglés aparece al tiempo su traducción en español o un amplio resumen del mismo en español.

Adicciones está editada por Socidrogalcohol, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. Adicciones está adherida a las guías éticas de publicación de revistas de adicciones, el *Acuerdo de Farmington*, acuerdo por el que se regirá el proceso de revisión de los trabajos y al que los autores que envíen sus manuscritos a la revista Adicciones tienen que adherirse estrictamente. Este acuerdo ha sido elaborado por la *International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE)*, de la que la revista Adicciones es miembro.

Los autores deben seguir para la presentación de sus manuscritos las normas de publicación contenidas en los "Requisitos de uniformidad para remitir manuscritos para publicación en revistas biomédicas" (2001) ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) o en las Normas de Publicación de la American Psychological Association (5ª edición, 2001).

**Artículos originales.** Serán trabajos de investigación clínicos o experimentales sobre el campo de las drogodependencias o las adicciones.

**Informes breves.** En esta sección se considerarán los trabajos de investigación que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones, casos clínicos, trabajos de investigación con objetivos y resultados muy concretos, estudios epidemiológicos descriptivos, primeros resultados de un estudio amplio, etc.) pueden ser publicados de forma abreviada y rápida.

Tendrán los mismos apartados que los artículos originales. Estos trabajos deben tener una extensión máxima de 12 páginas a doble espacio.

**Artículos de revisión.** Los artículos de revisión presentarán la actualización de un tema de forma rigurosa y exhaustiva. El contenido del artículo podrá llevar los apartados necesarios para la mejor comprensión de los lectores. En su parte final debe aparecer un apartado de discusión o conclusiones.

**Sección internacional.** Incluye artículos de investigadores y clínicos relevantes de otros países, experimentales, teóricos o de revisión. En ambos casos tendrán las mismas características que los otros artículos de las secciones de la revista.

**Cartas al Director.** Tendrán un máximo de 500 palabras, 10 referencias y una tabla o figura. Pueden consistir en una presentación breve sobre algo novedoso, una investigación original, o la contestación o matización a un artículo publicado en la revista. Cuando sea éste el caso la carta tendrá que recibirse como más tarde seis semanas después de haberse publicado el artículo en el número de la revista.

## PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

El manuscrito se enviará a la siguiente dirección:

Director de Adicciones  
Rambla, 15, 2ª, 3ª  
07003 Palma de Mallorca

Se enviará una copia del original mecanografiado a doble espacio, por una sola cara, en tamaño DIN A4, con un margen de 2,5 cm. en cada lado, con un tamaño de letra 12. Igualmente se entregará una copia del

original en formato informático en alguno de los procesadores de texto más comunes, preferiblemente en Word. El autor conservará una copia del manuscrito enviado. Para un más rápido proceso de revisión, el autor también puede enviar el manuscrito por e-mail al Director de la revista (e-mail: [secretaria@adic.e.telefonica.net](mailto:secretaria@adic.e.telefonica.net)), junto al envío del manuscrito en papel por correo.

Todos los trabajos se acompañarán de una carta dirigida al Director de la Revista en la que solicita la publicación de su manuscrito en la misma, del modo que se indica en [www.socidrogalcohol.org/o](http://www.socidrogalcohol.org/o) en las normas completas de publicación en la revista Adicciones (2003) 15 p. 379-389). En ella el autor o autores indicarán que el manuscrito es original, que no ha sido enviado para su publicación a otra revista, que el material presentado no ha sido previamente publicado o está pendiente de publicar en otra revista. Asimismo, hará constar los permisos para reproducir material sujeto a copyright dentro del artículo, fuentes de financiación del artículo, cualquier conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores y la transferencia de los derechos de copyright a la revista Adicciones en caso de ser publicado el artículo en la revista. La carta vendrá firmada por todos sus autores. Los autores deben asegurarse de que partes significativas del material aportado no ha sido publicado con anterioridad. En caso de que puedan tener dudas deberán presentar copias de lo publicado o de lo presentado para publicación a otras revistas antes de poder ser considerado el artículo para su revisión. En caso de dudas sobre alguno de los aspectos anteriores los autores deben consultar el acuerdo de Farmington al que está adherida la revista Adicciones (Adicciones, (2003), 15 (4), p. 379-389), las normas de "Sponsorship, authorship, and accountability" del International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org/sponsor.htm](http://www.icmje.org/sponsor.htm)) o las normas de publicación de la American Psychological Association, 5ª edición (2001).

Todas las hojas deberán ir numeradas correlativamente en la parte inferior central. Cada parte del manuscrito empezará una página en el siguiente orden:

1. En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos: Título del artículo (en castellano e inglés), nombre completo y uno o dos apellidos de los autores, centro/s donde se ha realizado el trabajo y cargo del autor/es en dicho centro. A pie de página se colocará una nota que diga: "Enviar correspondencia a ...", indicando el nombre, la dirección y el correo electrónico de uno de los autores.
2. La segunda hoja del artículo incluirá un resumen del trabajo presentado, tanto en español como en inglés. Dicho resumen tendrá entre 120 y 250 palabras. Siguiendo las normas de publicación internacional ya citadas, el resumen debe especificar los objetivos del estudio o investigación; la metodología fundamental utilizada; los principales resultados; y las conclusiones más importantes y/o novedosas. Se acompañarán los resúmenes con un listado de alrededor de 5 palabras clave en ambos idiomas, que a ser posible se adapten a las normalmente utilizadas en los índices al uso (ej., Index Medicus, Psychological Abstracts, Índice Médico Español).
3. La tercera hoja dará inicio al texto del artículo. Se recomienda la redacción del texto en impersonal. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siguiendo el esquema general siguiente: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión.

### 3.1. Introducción

Será breve y deberá proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras, a menos que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Debe incluir un último párrafo en el que se exponga de forma clara el o los objetivos del trabajo. Siempre que se pretenda publicar una observación muy infrecuente, debe precisarse en el texto el método de pesquisa bibliográfica, las palabras claves empleadas, los años de cobertura y la fecha de actualización.

### 3.2. Métodos

Se describirá la selección de los sujetos claramente. Deben identificarse el sexo, la edad y otras características importantes de los sujetos

(ej., diagnóstico). Se debe especificar cuidadosamente cómo se recogieron los datos (ej., tipo de encuesta, instrumentos de evaluación utilizados, temporalidad, etc.). Se deben identificar los métodos, instrumentos de evaluación, tratamientos, fármacos utilizados, aparatos, sistema de evaluación, pruebas estadísticas si son novedosas, métodos nuevos, etc. Debe especificarse el tipo de estudio (descriptivo, epidemiológico, experimental, ensayo clínico, etc.), sistema de asignación de los sujetos a grupos, aleatorización, etc. Cuando haya un protocolo debe citarse. Cuando los experimentos son realizados con animales, o el ensayo es experimental en humanos, debe especificarse explícitamente que se han seguido las normas éticas deontológicas, de investigación y que se han cumplido los convenios internacionales de experimentación animal o humana. Debe especificarse el tipo de análisis estadístico que se va a utilizar, describirlo cuando éste sea nuevo o poco conocido, e indicar el paquete estadístico que se va a utilizar.

### 3.3. Resultados

Los resultados deben presentarse en una secuencia lógica en el texto, tablas y figuras. Utilice sólo aquellas figuras y tablas necesarias que expresen claramente los resultados del estudio. Utilice preferiblemente figuras. No duplique los datos en tablas y figuras. No repita en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes. Enfaticé y resume sólo las observaciones más importantes.

Los ensayos clínicos aleatorizados deben adecuarse a las guías CONSORT (Moher M, Schulz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement: Revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trial. JAMA 2001; 285: 1987-91) para la mayor claridad de los lectores y revisores del trabajo. Igualmente, siempre que sea posible se presentarán los estadísticos del tamaño del efecto.

### 3.4. Discusión

Enfaticé los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan del mismo. No repita en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción. Relacione lo obtenido con otros estudios relevantes sobre el tema. Indique las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Una las conclusiones con los objetivos del estudio. No haga suposiciones si no se ven apoyadas por los datos. Cuando sea apropiado pueden incluirse recomendaciones.

### 4. Agradecimientos

Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Si existen implicaciones comerciales, también deben figurar en este apartado.

### 5. Referencias

La revista Adicciones admite uno de los dos sistemas de referencias: 1) el del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (2001) ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) que sigue el estilo Vancouver, o 2) las normas del Manual de Publicación, en su 5ª edición (2001) de la American Psychological Association [American Psychological Association (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association*, (5th ed.). Washington, DC: Autor]. Ejemplos de los formatos más frecuentes en ambos sistemas pueden verse en las Normas de Publicación de Adicciones (2003, 15(4), p. 379-389). Los autores deben ajustarse estrictamente a uno de los dos sistemas citados.

### APARTADOS Y SUBAPARTADOS

Cuando en el artículo se utilicen distintos niveles, éstos serán los siguientes por orden de importancia:

Primer nivel: Margen izquierdo, mayúscula y negrita. Ejemplo:

#### INTRODUCCIÓN

Segundo nivel: Margen izquierdo, minúscula, negrita y cursiva. Ejemplo:

#### ***Sujetos***

Tercer nivel: Margen izquierdo, minúscula y cursiva. Ejemplo:

*Muestra 1. Centro de Día*

Cuarto nivel: Margen izquierdo, minúscula. Ejemplo:

El inventario de síntomas LT-44

### FOTOGRAFÍAS, FIGURAS Y TABLAS

Las fotografías deben ser de buena calidad y en blanco y negro. En su dorso vendrán numeradas y con su título. En el texto se indicará el lugar en el que se colocarán.

Las figuras tendrán una numeración correlativa. Tendrán un título breve pero suficientemente explicativo, de forma que se pueda entender sin tener que referirse al texto. Debajo de ellas se definirán brevemente

las abreviaciones que hayan sido empleadas en los casos en que no sean estándar. Hay que asegurarse de que cada figura esté citada dentro del texto. La numeración y el título de las figuras se situarán debajo de ellas.

Las figuras tienen que ser de calidad para poder ser reproducidas directamente. Si la figura ha sido previamente publicada se debe citar la fuente original y remitir el permiso para su reproducción.

Las tablas se presentarán a doble espacio, cada una en página separada. Las tablas se deben numerar correlativamente con un breve título cada una de ellas. Se debe indicar en el texto en qué lugar se colocarán. Si se usan abreviaciones en su contenido éstas deben explicarse en una nota a pie de página de la misma. Toda tabla incluida en un artículo tiene que aparecer citada en el texto. Si quiere reproducir una tabla de otra fuente publicada o no publicada tiene que obtener permiso para dicha reproducción. Use sólo las tablas imprescindibles.

### EL PROCESO DE REVISIÓN DEL MANUSCRITO

Una vez recibido el manuscrito en la Redacción de la Revista Adicciones se acusará recibo de su recepción pasando el mismo al proceso de revisión.

Todo manuscrito para su consideración de publicación en la revista Adicciones deberá adecuarse a las normas de publicación de la revista. Todo manuscrito será enviado por el Director a dos expertos en el tema (revisores), que harán los comentarios pertinentes sobre el mismo y aquellos cambios que estimen necesarios, así como la aceptación o rechazo del artículo. La última decisión, basada en el informe de los revisores, para la aceptación o rechazo del manuscrito para su publicación será tomada por el Director de la revista. En todo el proceso de revisión se mantendrá el principio de confidencialidad por parte de los revisores hacia el trabajo que revisan así como la confidencialidad de sus nombres ante los autores del manuscrito.

El Director tendrá muy en cuenta que no exista conflicto de intereses entre los autores del manuscrito y los revisores, así como que no haya conflicto de intereses de los autores del mismo con su fuente de financiación, institución, etc. Se seguirá para ello el Acuerdo de Farmington sobre el conflicto de intereses, acuerdo al que la revista Adicciones está adherida. Cuando éstos existan, tanto los autores como los revisores los deben indicar expresamente.

El resultado de la revisión del manuscrito será enviado al autor de contacto indicándole su aceptación, rechazo o los comentarios referidos a las correcciones que tiene que hacer en el mismo antes de su aceptación. El autor deberá hacer los cambios, cuando es el caso, en el menor tiempo posible. En este caso el autor enviará una copia del manuscrito revisado y una carta en donde se exponga de forma detallada las modificaciones efectuadas. También acompañará una copia en disquete con el texto revisado. Puede hacer todo esto directamente enviándolo a [secretaria@adic.e.telefonica.net](mailto:secretaria@adic.e.telefonica.net).

Una vez publicado el artículo el primer autor del mismo recibirá un ejemplar de la revista en que haya sido publicado el artículo. En el caso de ser varios los autores del mismo se enviarán todos los ejemplares al primer autor.

Aquellos autores que deseen separatas de su artículo deberán ponerse en contacto, una vez aceptado el mismo, con la redacción de la revista para encargarlas, corriendo el coste económico a su cargo.

### ERRATAS

En caso de producirse alguna errata en el material publicado, achacable al autor o al proceso de edición, la revista en un siguiente número indicará en un apartado de "Erratas" la corrección.

### GUÍA DE COMPROBACIÓN PARA LOS AUTORES

Para facilitar el proceso de redacción a los autores, y el de evaluación de los manuscritos por parte de los revisores, en las Normas de Publicación de Adicciones (2003, 15(4), pp. 379-389) se indican los aspectos más importantes que deben comprobar los autores una vez que tienen su manuscrito listo antes de enviarlo a la revista. Allí se presenta el listado de comprobación del manuscrito respecto al cumplimiento de los requisitos básicos que se exige a un artículo enviado para su consideración de publicación a la revista Adicciones tanto en su contenido como en su forma de presentación.

### COPYRIGHT

Los derechos de copyright de todos los artículos publicados en la revista Adicciones pasan a ser propiedad de la revista. La cesión de derechos será firmada por el autor o autores cuando envían su manuscrito para su consideración de publicación.

# XXXII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol

CIUDAD REAL

del 24 al 26 de Febrero de 2005

24  
JUEVES

SALÓN de ACTOS		SALA - A	SALA - B
9:30 - 10:00 h	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN Y COLOCACIÓN POSTER		
10:00 - 11:00 h	CONFERENCIA		
11:00 - 11:30 h	VALORACIÓN DE CAL.		
11:30 - 12:00 h	CAFE		
12:00 - 13:30 h	CALIDAD EN DROGODEPENDENCIAS	SIMPOSIUM SATELITE	TRATAMIENTO DE LAS DROGAS EN LA MUJER Y EN LA FAMILIA DE GÉNERO
14:00 h	ALMUERZO / FOROS DE ENCUENTRO		
16:00 - 17:30 h	PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MEDICO ENFERMO (PA. M.S)	MAPA GENERAL DE LAS ESPECIALIDADES DE CIENCIAS DE LA SALUD	COEFINA ABORDA E PSICOLÓGICO, PATRACOL, D.D. Y RESIDENCIAL
17:30 - 18:00 h	CAFE		
18:00 - 19:30 h	A TRATAMIENTOS TERAPÉUTICAS A DROGAS DEPENDIENTES MODIFICADAS EN LOS CIRCUITOS DE EXAMENES	SIMPOSIUM SATELITE	TRAP Y RECONEXIÓN Y RECONEXIÓN
19:30 - 20:00 h	ASAMBLA GENERAL SOCIODROGALCOOL		

25  
VIERNES

SALÓN de ACTOS		SALA - A	SALA - B
9:00 - 10:00 h	FOROS DE DEBATE CON LA HISTORIA		
10:00 - 11:00 h	TRATAMIENTO EN LA DROGODEPENDENCIA DE ADULTOS	SIMPOSIUM SATELITE	TRATAMIENTO EN EL NIÑO DROGAS Y EN LA FAMILIA DE GÉNERO
11:30 - 12:00 h	CAFE		
12:00 - 13:00 h	CONFERENCIA		
13:00 - 14:30 h	SEGURIDAD Y ALTA DROGAS, IDENTIFICACIÓN Y ABORDAJE DEL PROBLEMA	SIMPOSIUM SATELITE	TRATAMIENTOS DE HEPATITIS C EN DROGODEPENDIENTES
14:30 - 16:00 h	ALMUERZO / FOROS DE ENCUENTRO		
16:00 - 17:30 h	COMUNICACIONES ORALES	COMUNICACIONES ORALES	COMUNICACIONES ORALES
	POSTERS		
17:30 - 18:30 h	TARAJOS TRATAMIENTOS	SIMPOSIUM SATELITE	ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS DROGAS DEPENDIENTES EN LA FAMILIA DE GÉNERO

26  
SABADO

SALÓN de ACTOS		SALA - A	SALA - B
10:00 - 11:00 h	WORKSHOP	DROGAS Y DEPORTE	LA DIALECTICA INDIVIDUAL Y SOCIEDAD EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS
11:30 - 12:00 h	CAFE		
12:00 - 13:00 h	COMUNICACIONES ORALES		
18:00 h	CEREMONIA		

