



adicciones

**XXXIII JORNADAS NACIONALES
DE SOCIDROGALCOHOL.
CÁCERES**

Subvencionado por:

Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas



2006

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. Hellerup, Dinamarca

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 Brugál.

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

Magí 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

Norman 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

Karol L. Kumpfer.

University of Utah.

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

Moira 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 Ángel Torres Fernández.

Ex-Presidente de Socidrogalcohol. Valencia

Alfonso Velasco.

Universidad de Valladolid. Valladolid

Iván Montoya.

NIDA. Bethesda, MD. Estados Unidos

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 Serecigni.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Barcelona.

Montse Juan Jerez.

Irefrea. Palma de Mallorca.

M^a 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. Saiz.

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.

Juan Trujols i Albet.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Barcelona.

José Ramón Varo.

Servicio Navarro de Salud. Pamplona.

Carlos Alonso.

Juan Carlos Valderrama.

EDITA: Socidrogalcohol • TIRADA: 2.000 ejemplares

PORTADA: Martín Impresores, S.L.

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

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

DIRIGIR CORRESPONDENCIA A:

REDACCION ADICCIONES

C/. Rambla, 15, 2^a, 3^a • 07003 Palma de Mallorca

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

E-mail: secretaria@adic.e.telefonica.net

www.socidrogalcohol.org

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.

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, 3º. 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

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, y enviarlo a: Adicciones. Rambla, nº 15, 2º, 3º. 07003 Palma de Mallorca. Para solicitar números sueltos deben dirigirse a la misma dirección o al e-mail: 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: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org o al tel.: 93 210 38 54; para cambios de dirección de suscriptores dirigirse a: 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



JUEVES 23 MARZO 2006

Horas	SALA AUDITORIO	SALA MALINCHE	SALA EUROPA
9:00 - 9:30	ENTREGA DOCUMENTACIÓN		
9:30 - 10:30	CONFERENCIA: (Área temática: Política, Legislación y Drogas): Política Europea en adicciones: Nuevas orientaciones.		
10:30 - 11:00	INAUGURACIÓN OFICIAL DE LAS JORNADAS		
11:00-12:00	CONFERENCIA INAUGURAL: PNSD		
12:00-13:30	MESA 1: Actuación Transfronteriza en el campo de las Adicciones: diferencias en el abordaje entre España y Portugal	SIMPOSIUM SATÉLITE 1 La adherencia terapéutica como factor clave en el pronóstico del paciente drogodependiente. (JANSSEN-CILAG)	MESA 2: Influencia de los medios en la construcción de la imagen en los jóvenes
14:00-16:00	ALMUERZO DE TRABAJO		
16:00-17:30	Mesa A (Área temática Política y Drogas): Necesidades asistenciales del adicto con problemas legales	MESA 3: Drogas y Seguridad Vial	MESA 4: Cannabis: Mitos y Realidades
17:30-18:00	CAFÉ DE TRABAJO PRESENTACIÓN PÓSTERES		
18:00-19:30	Mesa B (Área temática Política y Drogas): Implicaciones sociales de las adicciones	SIMPOSIUM SATÉLITE 2 Tratamiento de las Adicciones: Papel de los fármacos antiepilépticos. (NOVARTIS)	MESA 5: El momento actual de las Unidades de Alcoholismo
19:30	RECEPCIÓN		

* Grupo Alcohol de 16'00 h. a 17'30 h. (Sala Miguel Hernández)

* Tendiendo Puentes de 17'30 h. a 19'30 h. (Sala Miguel Hernández)

Área temática POLÍTICA, LEGISLACIÓN Y DROGAS

CONFERENCIA

POLÍTICA EUROPEA EN ADICCIONES: NUEVAS ORIENTACIONES.

Un acercamiento más común a un problema común: Epidemiología y evolución de las políticas sobre drogas.

Henri Bergeron. *Head of Unit "Interventions, laws and policies" and deputy scientific coordinator.*

Presentación: Amador Calafat Far. *Psiquiatra. Director Revista Adicciones. Palma de Mallorca.*

CONFERENCIA INAUGURAL

PNSD

MESA 1:

ACTUACIÓN TRANSFRONTERIZA EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES: DIFERENCIAS EN EL ABORDAJE ENTRE ESPAÑA Y PORTUGAL.

Moderador: Juan Carlos Martín Araujo. *Secretario Técnico de Drogodependencias de la Junta de Extremadura.*

- Un ejemplo de Coordinación Transfronteriza.

Juan Carlos Escudero Mayoral. *Director Médico del Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara de Cáceres.*

- El modelo Portugués de atención a drogodependientes.

Dinis Cortés. *Subdelegado Regional de Alentejo del I.D.T. Portugal.*

- Drog@: Proyecto europeo universitario para la prevención de la drogadicción en la enseñanza superior.

Juan Manuel Méndez Garrido. *Profesor Titular de la Universidad de Huelva.*

Co-responsable Científico del Proyecto Internacional Drog@ de Huelva.

- Experiencia luso-galaica en colaboración transfronteriza en drogodependencias: 1998 – 2006.

Víctor Pedreira Crespo. *Comisionado del Plan Galicia sobre Drogas.*

SIMPOSIUM SATÉLITE 1

LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO FACTOR CLAVE EN EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE DROGODEPENDIENTE. (JANSSEN-CILAG)

- Factores pronósticos en el tratamiento del paciente drogodependiente.

Carlos Roncero Alonso. *Profesor Asociado. Universidad Autónoma de Barcelona.*

Coordinador de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Universitario Valle Hebrón. Barcelona.

- Retos actuales en el tratamiento del paciente drogodependiente.

Gabriel Rubio Valladolid. *Jefe de los Servicios de Salud Mental de Retiro. Madrid.*

- Cumplimiento terapéutico y delito.

Enric Vicenc Pons. *Director del Área de Psiquiatría Penitenciaria. Sant Joan de Déu Serveis Salut Mental.*

Barcelona.

MESA 2:

LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN EN LOS JÓVENES.

Moderadora: Elisa Blázquez Zarcero. *Periodista. Redactora TVE en Extremadura. Cáceres*

- **El uso eficaz de los medios para la formación de valores.**

Valentí Gómez i Oliver. *Presidente del Observatorio Europeo de la Televisión Infantil. Barcelona.*

- **¿Es posible informar adecuadamente sobre el problema de drogadicción a los jóvenes?**

Begoña del Pueyo Ruiz. *Periodista de Punto Radio. Coordinadora del programa "Todos contra las drogas". Barcelona.*

- **La drogadicción como ingrediente en la construcción mediática de la imagen de los jóvenes.**

Alejandro Perales Albert. *Presidente de la Asociación de Usuarios de la Comunicación. Madrid.*

MESA A (Área temática POLÍTICA, LEGISLACIÓN Y DROGAS)

NECESIDADES ASISTENCIALES DEL ADICTO CON PROBLEMAS LEGALES.

Moderador: José M^a Montero Juanes. *Director del Instituto de Medicina Legal de Cáceres.*

- **Normatividad Legal y normatividad social. La situación en la UE.**

F^o Javier Montero Juanes. *Teniente Fiscal del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura. Cáceres.*

- **La sumisión obligatoria al tratamiento. Experiencia extremeña en protocolos de sustitución de penas.**

M^a Félix Tena Aragón. *Magistrada. Presidenta de la Sección 2^a de la Audiencia Provincial de Cáceres.*

- **Comunidades terapéuticas penitenciarias: ¡Luces y sombras!**

José Cabrera Forneiro. *Psiquiatra. Experto de la Agencia Europea del Medicamento. Madrid.*

MESA 3:

DROGAS Y SEGURIDAD VIAL.

Moderadora: Alicia Rodríguez-Martos Dauer. *Psiquiatra. Agencia de Salud Pública de Barcelona.*

- **Normativa española en materia de alcohol y drogas.**

Mónica Colás Pozuelo. *Jefa de Área del Secretariado permanente del Consejo Superior de Tráfico y Seguridad de la Circulación Vial. Observatorio de Seguridad Vial. DGT. Madrid.*

- **Identificación del consumo de drogas a pié de carretera.**

Manuel López-Rivadulla Lamas. *Catedrático de Toxicología. Instituto de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.*

- **Análisis crítico de los sistemas de información en mortalidad vial.**

Aurelio Luna Maldonado. *Catedrático de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.*

MESA 4:

CANNABIS: MITOS Y REALIDADES.

Moderador: Leopoldo Elvira Peña. *Psiquiatra. Responsable de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Servicio Extremeño de Salud.*

- **Utilidad terapéutica del cannabis.**

José Antonio Ramos Atance. *Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.*

- Neurobiología de la dependencia a cannabinoides.

Fernando Berrendero Díaz. *Investigador Programa Ramón y Cajal. Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.*

- ¿Podemos hablar de esquizofrenia debida al consumo de cannabis?

Francisco Arias Horcajada. *Facultativo Especialista de Área de la Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid.*

MESA B (Área temática POLÍTICA, LEGISLACIÓN Y DROGAS)

IMPLICACIONES SOCIALES DE LAS ADICCIONES.

Moderador: Miguel Casado Gómez. *Médico. Coordinador de Equipos de Atención Primaria (EAP) del Área de Salud de Cáceres.*

- Inmigración. Nuevos retos ante nuevas poblaciones.

M^a Dolores Hernández Herrera. *Trabajadora Social. Técnica de la Oficina Permanente de Inmigración. Consejería de Bienestar Social de Cáceres.*

- Toxicomanía, violencia y respuesta social.

Eva Labarta i Ferrer. *Abogada Penalista. Secretaria del Il.lustre Col.legi d'Advocats de Barcelona.*

- Adicciones y conflictividad socio-laboral.

José Miguel Zoido Ramos. *Médico. CEDEX (Centros de Drogodependencia Extremeños) de Badajoz. Especialista en Medicina del Trabajo.*

SIMPOSIUM SATÉLITE 2

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: PAPEL DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS. (NOVARTIS)

Moderador: Antoni Gual Solé. *Psiquiatra. Director de la Unidad de Alcoholismo. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona.*

- Antiepilepticos en el tratamiento del alcoholismo

Guillermo Ponce Alfaro. *Coordinador de la UCA del Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

- Abordaje del tratamiento de las adicciones con Oxcarbacepina.

Jaime Roig Llaveria. *Coordinador de la Unidad de Adicciones. Centro Delta de Badalona. Barcelona.*

- Papel de la Oxcarbacepina en la desintoxicación alcohólica.

Silvia Mondón Vehils. *Unidad de Alcoholismo. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico de Barcelona.*

MESA 5:

EL MOMENTO ACTUAL DE LAS "UNIDADES DE ALCOHOLISMO"

Moderador: Juan Carlos Rivera Aullol. *Médico. Unidad de Alcoholismo del CSP. Plasencia (Cáceres).*

- La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Bétera. Nuestras aportaciones en el tratamiento al enfermo alcohólico (1973-2006)

Manuel Sanchis Fortea. *Jefe de Servicio de la UDH del Hospital Psiquiátrico de Bétera. Valencia.*

- La Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol (UPRA) en un Hospital General como puerta de entrada al tratamiento comunitario.

Miguel Ángel Jiménez Arriero. *Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

- La nueva unidad de patología dual de Sant Boi (Barcelona)

Josep Solé Puig. *Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Patología Dual y del Centro de Atención a Drogodependencias. Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Sant Boi. Barcelona.*

VIERNES 24 MARZO 2006

Horas	SALA AUDITORIO	SALA MALINCHE	SALA EUROPA	SALA MIGUEL HERNÁNDEZ
9:00 - 10:30				MESA DESAYUNO "Abordaje de la Historia del Alcoholismo y Toxicomanías en España" (1ª etapa)
9:30 - 11:00	Mesa C (Área temática Tabaco): Repercusiones del Tabaquismo	MESA 6: Tendencias en la investigación de trastornos adictivos	MESA 7: Comunidades Terapéuticas versus programas residenciales	
11:00-11:30	CAFÉ DE TRABAJO	SIMPOSIUM SATÉLITE 3 Nuevos avances en el tratamiento de la depresión en el paciente drogodependiente. (LILLY)	CAFÉ DE TRABAJO	
11:30-12:30	CONFERENCIA (Área temática Tabaco): Tabaquismo 2006. Respuesta Global ante la nueva legislación		MESA 8: Programas Globales de Intervención sobre pacientes adictas embarazadas	
12:30-14:00	Mesa D (Área temática Tabaco): Tabaco versus Tabaquismo: alternativas en la producción y en el tratamiento	SIMPOSIUM SATÉLITE 4 La realidad oculta: Nuevas perspectivas en el diagnóstico y control de las adicciones. (JANSSEN-CILAG)	MESA 9 : Daño físico grave en adicciones	
14:00-16:00	ALMUERZO DE TRABAJO			
16:00-17:30	Mesa E (Área temática Prevención): Drogas y contextos recreativos	MESA 10 : La nueva era de los Psicoestimulantes	MESA 11: Avances en Tratamientos Farmacológicos	Mesa Foro: Profesionales en Adicciones sin Título de Especialista.
17:30-18:00	CAFÉ DE TRABAJO PRESENTACIÓN PÓSTERES			
18:00-19:30	Mesa F (Área temática Prevención): Modelos de intervención	SIMPOSIUM SATÉLITE 5 Patología dual: comorbilidad de esquizofrenia y adicciones. (BRISTOL MYERS SQUIBB)		
19:30	ASAMBLEA DE SOCIOS			

MESA DESAYUNO (Sala Miguel Hernández)

ABORDAJE DE LA HISTORIA DEL ALCOHOLISMO Y TOXICOMANÍAS EN ESPAÑA (1ª etapa)

Moderador: Adolfo Álvarez Villarino.

Mesa compuesta por ex-presidentes de Socidrogalcohol:

- Joaquín Santodomingo Carrasco
- Francesc Freixa San Feliu
- Miguel Ángel Torres Hernández

Área temática TABACO

MESA C (Área temática TABACO)

REPERCUSIONES DEL TABAQUISMO.

Moderador: Manuel Barragán Rodríguez. *Médico. CEDEX de Don Benito. (Badajoz).*

- Epidemiología del tabaquismo en Extremadura.

Pedro García Ramos. *Médico. Director Gral. de Consumo y Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura.*

- Patología del fumador Pasivo.

José M^a Carreras Castellet. *Neumólogo. Responsable de la Unidad de Prevención y Tratamiento de Tabaquismo. Hosp. Carlos III. Madrid.*

- Relevancia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios.

Francisco Javier Ayesta Ayesta. *Médico. Profesor Titular de Farmacología. Facultad de Medicina. Cantabria.*

MESA 6:

TENDENCIAS EN LA INVESTIGACIÓN DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS.

Moderadora: Victoria Boticario Villarroel. *Médico. CEDEX de Cáceres.*

- Genómica y drogas. Tratamientos personalizados.

Julio Benítez Rodríguez. *Catedrático de Farmacología. Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura.*

- El sistema dopaminérgico en la adicción.

Miguel Casas Brugué. *Catedrático de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona.*

- Interrelaciones del sistema endocannabinoide con otros sistemas de neurotransmisores involucrados en los procesos adictivos.

Emilio Ambrosio Flores. *Catedrático de Psicobiología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid*

MESA 7:

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS VERSUS PROGRAMAS RESIDENCIALES.

Moderador: Urbano Vázquez Fernández. *Médico. Director de la CT "La Garrovilla" de Mérida (Badajoz).*

- Adaptación de las C. Terapéuticas a las nuevas demandas asistenciales.

Juan Antonio Abeijón Merchán. *Psiquiatra. Director de la CT "Manu-Ene" Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Guipúzcoa.*

- Gestión de Calidad. Indicadores en Comunidades Terapéuticas.

Javier Guzmán Cuevas. *Gerente de la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Sevilla.*

- Comunidades Terapéuticas y diferencias de género.

Paolo Stocco. *Director. Therapeutic Community " Villa Renata". Venecia. Italia.*

CONFERENCIA

TABAQUISMO 2006. RESPUESTA GLOBAL ANTE LA NUEVA LEGISLACIÓN.

Teresa Salvador Llivina. *Miembro de la Junta Directiva. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Madrid.*

Presentación: Elisardo Becoña Iglesias. *Catedrático de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Santiago de Compostela.*

SIMPOSIUM SATÉLITE 3

NUEVOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN EL PACIENTE DROGODEPENDIENTE (LILLY)

- Epidemiología y comorbilidad de los trastornos depresivos en el paciente drogodependiente.

Antoni Gual Solé. *Psiquiatra. Hospital Clínico IDIBAPS. Barcelona.*

- Nueva alternativa en el tratamiento de la depresión: Duloxetina.

José Pérez de los Cobos Peris. *Psiquiatra. Hospital San Pau. Barcelona.*

MESA 8:

PROGRAMAS GLOBALES DE INTERVENCIÓN SOBRE PACIENTES ADICTAS EMBARAZADAS.

Moderador: José Salvador Casanova. *Psiquiatra y Jefe de Sección. Delegación del Gobierno para el PNSD. Madrid.*

- Manejo de la mujer embarazada y drogodependiente.

Martha Luz Vélez Uribe. *Pediatra, Directora Sección de Puericultura. Center for Adicction and Pregnancy. Johns Hopkins School of Medicine. E.E.U.U.*

MESA D (Área temática TABACO)

TABACO VERSUS TABAQUISMO: ALTERNATIVAS EN LA PRODUCCIÓN Y EN EL TRATAMIENTO.

Moderadora: M^a Antonia Carrasco Perera. *Médico de familia del Centro de Salud Aldea Moret. Miembro de la SEPAT. Cáceres.*

- Alternativas en la producción: el tabaco biotecnológico.

Fernando Ponz Ascaso. *Investigador A1 del Departamento de Biotecnología del Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria. Madrid.*

- Programas de desintoxicación nicotínica en Atención Primaria.

Jerónimo Pozuelos Estrada. *Médico de Familia. Centro de Salud Universitario La Paz. Badajoz.*

- Programas en centros de drogodependencias.

Jaume Serrano Jordán. *Psiquiatra. Director del CAS Horta-Guinardó. Barcelona.*

SIMPOSIUM SATÉLITE 4

LA REALIDAD OCULTA: NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES (JANSSEN-CILAG)

Moderador: Julio Bobes García. *Catedrático de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.*

- Craving y autocontrol en el tratamiento del alcoholismo.

Josep Guardia Serecigni. *Doctor en Medicina. Consultor Senior en Psiquiatría. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

- Agresividad versus violencia: diagnóstico diferencial.

Salvador Ros Montalbán. *Psiquiatra. Hospital del Mar. Barcelona.*

- Cambio de paradigma en los diagnósticos del paciente drogodependiente.

Antonio Terán Prieto. *Psiquiatra. Coordinador del CAD. San Juan de Dios. Palencia.*

MESA 9:

DAÑO FÍSICO GRAVE EN ADICCIONES.

Moderador: Adolfo Álvarez Villarino. *Médico. CEDEX de Don Benito (Badajoz).*

- Hepatitis C. Marcadores víricos : Patologías infecciosas.

Pedro Bureo Dacal. *Medicina Interna. Decano Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura.*

- Cirrosis hepáticas compensadas y descompensadas. Transplante de hígado: criterios.

Ángeles Castro Iglesias. *Medicina Interna. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo" A Coruña.*

- Daño cerebral secundario a las adicciones a tóxicos.

Fernando Castellanos Pinedo. *Neurólogo del Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).*

Área temática PREVENCIÓN

MESA E (Área temática PREVENCIÓN)

DROGAS Y CONTEXTOS RECREATIVOS.

Moderador: Antonio Albalat Aguilar. *Psicólogo Clínico. Unidad de Alcoholismo del CSP de Plasencia (Cáceres).*

- Diversión sin drogas: Utopía y realidad.

Amador Calafat Far. *Psiquiatra. Director Revista Adicciones. Palma de Mallorca.*

- Botellón: Dinámica y perspectivas en ESPAÑA.

Artemio Baigorri Goiz. *Doctor en Sociología. Profesor Titular de la Universidad de Extremadura.*

- Diagnóstico de zonas recreativas.

Montse Juan Jerez. *Socióloga. Irefrea. Palma de Mallorca.*

MESA 10:

LA NUEVA ERA DE LOS PSICOESTIMULANTES.

Moderadora: Teresa Vicente Nunes. *Directora Clínica Nacional del Instituto de Droga del Ministerio de la Salud. Lisboa.*

- El consumo de cocaína en los Programas de mantenimiento con metadona.

Marta Torrens Mèlich. *Jefe de Sección. Instituto de Atención Psiquiátrica. Hospital del Mar. Barcelona*

- Metanfetamina, anfetaminas, MDMA y drogas de síntesis, usos recreativos, epidemiología y clínica.

Miguel Ángel Torres Hernández. *Psiquiatra. Servicio Provincial de Salud Mental. Valencia*

- Investigación en neurobiología y nuevos estudios de psicoestimulantes.

Carmen de Felipe Fernández. *Profesora Titular y Decana de la Facultad de Farmacia. Universidad Miguel Hernández. Alicante*

MESA 11:

AVANCES EN TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.

Moderador: José González. *Psiquiatra. Centro de Atención a Toxicodependientes de Cedofeita. Porto.*

- Buprenorfina alta dosis - Avances en el tratamiento de la dependencia opiácea. Evaluación de seis años en el CAT de Taipas - Lisboa.

Luís Patricio. *Director y Jefe Clínico del Centro de Atención a Toxicodependientes de Taipas. Lisboa.*

- Buprenorfina - Naloxona en el tratamiento de la dependencia opiácea.

Esther Casado González. *Psiquiatra. Asistente Hospitalaria del Centro de Atención a Toxicodependientes de Taipas. Lisboa.*

- Utilización de antipsicóticos en drogodependencias. Tratamientos directamente observados.

Antonio Terán Prieto. *Psiquiatra. Coordinador del CAD. San Juan de Dios. Palencia*

MESA FORO:

PROFESIONALES EN ADICCIONES SIN TÍTULO DE ESPECIALISTA.

Moderador: Elisardo Becoña Iglesias. *Catedrático de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Santiago de Compostela.*

- Juan Carlos González Sánchez. *Médico. Presidente de la Federación Española de Médicos en Adicciones y Patologías Asociadas (FEMAPA).*

- Jesús Fernández Ochoa. *Médico. Presidente de la Sociedad Médica Andaluza de Adicciones y Patologías Asociadas (SOMAPA).*

- José Luís Furió Vidal. *Psicólogo de la Unidad de Conductas Adictivas de La Villa Joiosa. Alicante.*

MESA F (Área temática PREVENCIÓN)

MODELOS DE INTERVENCIÓN.

Moderador: José Ramón Fernández Hermida. *Profesor Titular de la Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo*

- La prevención que debería hacerse en contextos recreativos en Europa.

Gregor Burkhardt. *Scientific Manager. OEDT. Lisboa.*

- Evaluación de los programas de prevención en espacios de ocio.

Roberto Secades Villa. *Profesor Titular de la Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.*

- La prevención comunitaria desde la perspectiva municipal.

José Guillermo Fouce Fernández. *Coordinador del CAID. Torrejón de Ardoz. Madrid.*

SIMPOSIUM SATÉLITE 5

PATOLOGÍA DUAL: COMORBILIDAD DE ESQUIZOFRENIA Y ADICCIONES (BRISTOL MYERS SQUIBB)

Moderador: Julio Bobes García. *Catedrático de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.*

- Abordaje Clínico de la esquizofrenia en España: Resultados estudio ACE 2004.

Francisco Vaz Leal. *Coordinador CSM y Universidad de Badajoz.*

- Estudio Epidemiológico sobre el Diagnóstico y Tratamiento del paciente con Dependencia Alcohólica y Trastornos Mentales (Patología Dual) en España. Estudio EDTA II.

Antoni Gual Solé. *Psiquiatra. Hospital Clínico. Barcelona.*

- Manejo del paciente con esquizofrenia y otras patologías asociadas.

Jose Martínez Raga. *UCA Gandía (Valencia).*

MESA 12:

INHALANTES, LA DROGA FÁCIL.

Moderador: José Luís Furió Vidal. *Psicólogo de la Unidad de Conductas Adictivas de La Vila Joiosa. Alicante.*

- Bases Neuropsicológicas de la adicción a inhalantes. Implicaciones para un posible tratamiento.

Merçè Balcells Olivero. *Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Hospital Comarcal de Igualada FSI. Barcelona.*

- Voces para Latinoamérica. Una propuesta de intervención preventiva, educativa y terapéutica.

José Álvarez Blanco. *Educador Social. Experto en drogodependencias por la Complutense de Madrid y logoterapeuta por AESLO (Asociación Española de Logoterapia).*

- Abuso de inhalantes y otras sustancias volátiles en España.

Maria Fátima Ramón Rosa. *Técnico facultativo del Servicio de Información Toxicológica del Instituto Nacional de toxicología y Ciencias Forenses. Madrid.*

SÁBADO 25 MARZO 2006

Horas	SALA AUDITORIO	SALA MALINCHE	SALA EUROPA	SALA MIGUEL HERNÁNDEZ
10:00 - 11:30	MESA 13: Dependencias Múltiples o Poliabusos	COMUNICACIONES ORALES	MESA 14: Nuevos instrumentos de evaluación en adicciones	COMUNICACIONES ORALES
11:30-12:00	CAFÉ DE TRABAJO			
12:00-13:00	CONFERENCIA DE CLAUSURA: (Área temática Prevención): Drogas y Alcohol: combustible para una crisis en la Salud Sexual			
13:00	ACTO DE CLAUSURA			

MESA 13:

DEPENDENCIAS MÚLTIPLES O POLIABUSOS.

Moderador: Francisco Pascual Pastor. *Subdirector Médico. Hospital de Elda. Alicante.*

- El alcohol en los adictos a cocaína.

Begoña Gonzalvo Cirac. *Médico. CAS de Drogodependencia y Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebrón de Barcelona.*

- La desintoxicación en la Polidrogodependencia: Opiáceos + alcohol + cocaína + BZD.

Benjamín Climent Díaz. *Médico Internista. Unidad de Toxicología clínica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

- Trastornos de alimentación y drogas.

Francisco Vaz Leal. *Profesor Titular de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura.*

COMUNICACIONES ORALES

Moderadora: M^a del Mar Sánchez Fernández (Sala Malinche)

Moderadora: Carmen Parrado Prieto (Sala Miguel Hernández)

MESA 14:

NUEVOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN ADICCIONES.

Moderador: Josep Guardia Serecigni. *Doctor en Medicina. Consultor Senior en Psiquiatría. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.*

- ASI para adolescentes (TEEN-ASI).

Rosa Díaz Hurtado. *Psicóloga. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantojuvenil. Barcelona.*

- Craving e impulsividad.

Gerardo Flórez Menéndez. *Psiquiatra. Centro Asistencial As Burgas. Unidad Concertada del SERGAS. Orense*

- Índice de Gravedad de la Adicción. ASI-6.

M^a Paz García-Portilla González. *Psiquiatra. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.*

CONFERENCIA DE CLAUSURA (Área temática: Prevención)

DROGAS Y ALCOHOL: COMBUSTIBLE PARA UNA CRISIS EN LA SALUD SEXUAL.

Mark Bellis. *Director del National Collaborating Centre for Drug Prevention. Liverpool John Moores University. Inglaterra.*

Presentación: Amador Calafat Far. *Psiquiatra. Director Revista Adicciones. Palma de Mallorca.*

XXXIII
JORNADAS NACIONALES
SOCIDROGALCOHOL

Cáceres

23, 24 y 25 de marzo de 2006

Índice

XXXIII JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

RESÚMENES PONENCIAS

INTERRELACIONES DEL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE CON OTROS SISTEMAS DE NEUROTRANSMISORES INVOLUCRADOS EN LOS PROCESOS ADICTIVOS

Ambrosio Flores, E. 29

¿PODEMOS HABLAR DE ESQUIZOFRENIA DEBIDA AL CONSUMO DE CANNABIS?

Arias Horcajada, F. 30

RELEVANCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN PROFESIONALES SANITARIOS

Ayesta, F. J.; Gelabert, L. L.; Rodríguez, M. 31

BOTELLÓN: DINÁMICA Y PERSPECTIVAS EN ESPAÑA

Baigorri, A. 32

BASES NEUROPSICOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN A INHALANTES. IMPLICACIONES PARA UN POSIBLE TRATAMIENTO

Portillo, M.; Balcells Olivero, M. 33

DROGAS Y ALCOHOL: COMBUSTIBLE PARA UNA CRISIS EN LA SALUD SEXUAL

Bellis, M. 33

GENÓMICA Y DROGAS. TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS

Benítez, J. 34

UN ACERCAMIENTO MÁS COMÚN A UN PROBLEMA COMÚN: EPIDEMOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Bergeron, H. 35

NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA A CANNABINOIDES

Berrendero, F. 35

LA PREVENCIÓN QUE DEBERÍA HACERSE EN CONTEXTOS RECREATIVOS EN EUROPA

Burkhardt, G. 36

COMUNIDADES TERAPEÚTICAS PENITENCIARIAS: ¡LUCES Y SOMBRAS!

Cabrera Forneiro, J. 37

PATOLOGÍA DEL FUMADOR PASIVO

Carreras, J.M. 39

BUPRENORFINA - NALOXONA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA OPIÁCEA

Casado, E.; Patrício, L.; Vasconcelos, M.; Costa, A. 40

EL SISTEMA DOPAMINÉRGICO EN LA ADICCIÓN

Casas, M.; Corominas, M.; Roncero, C.; Bruguera, E. 41

DAÑO CEREBRAL SECUNDARIO A LAS ADICCIONES A TÓXICOS

Castellanos Pinedo, F. 42

CIRROSIS HEPÁTICAS COMPENSADAS Y DESCOMPENSADAS. TRANSPLANTE DE HIGADO: CRITERIOS

Castro Iglesias, A. 43

LA DESINTOXICACIÓN EN LA POLIDROGODEPENDENCIA: OPIÁCEOS + ALCOHOL+ COCAÍNA + BZD

Climent Díaz, B. 44

NORMATIVA ESPAÑOLA EN MATERIA DE ALCOHOL Y DROGAS

Colás Pozuelo, M. 45

EL MODELO PORTUGUÉS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

Cortés, D. 46

INVESTIGACIÓN EN NEUROBIOLOGÍA Y NUEVOS ESTUDIOS DE PSICOESTIMULANTES

de Felipe, C. 46

¿ES POSIBLE INFORMAR ADECUADAMENTE SOBRE EL PROBLEMA DE DROGADICCIÓN A LOS JÓVENES?

del Pueyo, B. 47

ASI PARA ADOLESCENTES. (TEEN-ASI) <i>Díaz, R.; Castro, J.; Calvo, R.; González, L.; Serrano, L.; Gual, A.</i>	48
CRAVING E IMPULSIVIDAD <i>Flórez Menéndez, G.</i>	49
LA PREVENCIÓN COMUNITARIA DESDE LA PERSPECTIVA MUNICIPAL <i>Fouce Fernández, J. G.</i>	50
INDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN. ASI-6 <i>García Portilla, P.; Grupo de Adaptación y Validación al Español del ASI-6</i>	51
EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN EXTREMADURA <i>García Ramos, P.</i>	52
EL USO EFICAZ DE LOS MEDIOS PARA LA FORMACIÓN DE VALORES <i>Gómez I Oliver, V.</i>	53
EL ALCOHOL EN LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA <i>Gonzalvo Cirac, B.</i>	54
GESTIÓN DE CALIDAD. INDICADORES EN COMUNIDADES TERAPEÚTICAS <i>Guzmán Cuevas, J.</i>	55
INMIGRACIÓN. NUEVOS RETOS ANTE NUEVAS POBLACIONES <i>Hernández Herrera, D.</i>	56
LA UNIDAD DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (UPRA) EN UN HOSPITAL GENERAL COMO PUERTA DE ENTRADA AL TRATAMIENTO COMUNITARIO <i>Jimenez-Arriero, M. A.; Ponce, G.; Monasor, R.; Rodriguez-Jimenez, R.</i>	57
DIAGNÓSTICO DE ZONAS RECREATIVAS <i>Juan Jerez, M.</i>	58
TOXICOMANÍA, VIOLENCIA Y RESPUESTA SOCIAL <i>Labarta I Ferrer, E.</i>	59
IDENTIFICACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS A PIE DE CARRETERA <i>López-Rivadulla, M.; Cruz, A.; De Castro, A.</i>	61
ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN MORTALIDAD VIAL <i>Luna Maldonado, A.</i>	62
DROG@: PROYECTO EUROPEO UNIVERSITARIO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN EN LA ENSEÑANZA SUPERIOR <i>Méndez Garrido, J. M.</i>	63
NORMATIVIDAD LEGAL Y NORMATIVIDAD SOCIAL. LA SITUACIÓN EN LA UE <i>Montero Juanes, F.J.</i>	65
BUPRENORFINA ALTA DOSIS : AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA OPIÁCEA. EVALUACIÓN DE SEIS AÑOS EN EL CAT DE TAIPAS – LISBOA <i>Patricio, L.; Duran, D.; Costa, A.; Vasconcelos, M.; Casado, E.</i>	66
LA DROGADICCIÓN COMO INGREDIENTE EN LA CONSTRUCCIÓN MEDIÁTICA DE LA IMAGEN DE LOS JÓVENES <i>Perales Albert, A.</i>	67
ALTERNATIVAS EN LA PRODUCCIÓN: EL TABACO BIOTECNOLÓGICO <i>Ponz Ascaso, F.</i>	68
PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN NICOTÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA <i>Pozuelos Estrada, J.; Molina Martínez, L. J.; Domínguez Moreno, J. L.; Nadal Delgado, M.; García Carrasco, A.; Márquez Pérez, F. L.; Antona Rodríguez, Mª J.</i>	69
ABUSO DE INHALANTES Y OTRAS SUSTANCIAS VOLÁTILES EN ESPAÑA <i>Ramón, F.; Ballesteros, S.; Martínez-Arrieta, R.</i>	71
UTILIDAD TERAPEÚTICA DEL CANNABIS <i>Ramos Atarce, J. A.</i>	72
TABAQUISMO 2006. RESPUESTA GLOBAL ANTE LA NUEVA LEGISLACIÓN <i>Salvador Llivina, T.</i>	73

LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA DE BÉTERA. NUESTRAS APORTACIONES EN EL TRATAMIENTO AL ENFERMO ALCOHÓLICO (1973-2006) <i>Sanchis Fortea, M.; Forteza Castaño, G.; Sanchis Arnau, M.</i>	74
EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN ESPACIOS DE OCIO <i>Secades R.</i>	75
PROGRAMAS EN CENTROS DE DROGODEPENDENCIAS <i>Serrano Jordán, J.</i>	76
LA NUEVA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL DE SANT BOI (BARCELONA) <i>Solé Puig, J.</i>	77
COMUNIDADES TERAPEÚTICAS Y DIFERENCIAS DE GÉNERO <i>Stocco, P.</i>	79
UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN DROGODEPENDENCIAS. TRATAMIENTOS DIRECTAMENTE OBSERVADOS <i>Terán, A.; Durantez, M. J.; Poveda, R.; Álvarez, J. C.</i>	81
EL CONSUMO DE COCAÍNA EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA <i>Torrens Mèlich, M.</i>	82
METANFETAMINA, ANFETAMINAS, MDMA Y DROGAS DE SÍNTESIS, USOS RECREATIVOS, EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA <i>Torres Hernández, M.A.</i>	83
TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN Y DROGAS <i>Vaz Leal, F.</i>	86
MANEJO DE LA MUJER EMBARAZADA Y DROGODEPENDIENTE <i>Vélez Uribe, M. L.</i>	87
ADICCIONES Y CONFLICTIVIDAD SOCIO-LABORAL <i>Zoido Ramos, J. M.</i>	88

RESÚMENES COMUNICACIONES Y POSTERS

FACTORES FAMILIARES QUE PREDICEN LA ASISTENCIA PATERNA A UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR <i>Al-Halabí Díaz, S.; Errasti Pérez, J.M.; Fernández Hermida, J.R.; Secades Villa, R.; García Rodríguez, O.; Carballo Crespo, J.L.</i>	93
EL AMISULPRIDE COMO TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAÍNA <i>Almoguera, J.; Henche, A.I.; Díaz Ruano, A.</i>	94
ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO CON LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CAD: CENTRO DE SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS DE CIEZA <i>Equipo del CAD</i>	96
LOS JÓVENES Y LAS SUSTANCIAS <i>Añaños Bedriñana, F.T.</i>	97
¿QUÉ SE ENTIENDE POR DROGAS? INTERPRETACIONES DESDE LA PEDAGOGÍA <i>Añaños Bedriñana, F.T.</i>	98
DEPENDENCIA DEL EJERCICIO: HIPÓTESIS PLANTEADAS Y VALORACIÓN EN FISICOCULTURISTAS <i>Arbinaga Ibarzábal, F.</i>	100
REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS POR DEPENDENCIA A NICOTINA DURANTE 2004 <i>Arias Acedo, F.; Boticario Villarroel, M^a V.; Mateos Ayúcar, M^a P.</i>	101
SISTEMA CANNABINOIDE Y REGULACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: I. FALTA DE ASOCIACIÓN ENTRE EL POLIMORFISMO (AAT)N DEL GEN DEL RECEPTOR CANNABINOIDE TIPO 1 (CNR1) Y EL POLIMORFISMO 385CàA DE LA ENZIMA INACTIVADORA DE ENDOCANNABINOIDES AMIDOHIDROLASA DE ÁCIDOS GRASOS (FAAH) EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UN ESTUDIO PRELIMINAR <i>Arias, F.; Ampuero, I.; Maestro, B.; Almodovar, S.; Sánchez, F.; Gorgojo, J. J.; Ramos, J. A.</i>	102
DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ALCOHÓLICA <i>Avila Escribano, J.J.; González Parra, D.</i>	103
PATRÓN TABÁQUICO ENTRE LOS ESTUDIANTES DE E.S.O.-SECUNDARIA DE CIUDAD RODRIGO (SALAMANCA) <i>Avon Gómez, C.; Tabera Hernández, Mc; Sánchez De La Cuesta, E.; Parejo Díaz, P.; Barreda Gago, D.; Julia Alvarez, C; Pérez Santos, R.</i>	104
¿SE CONSUME MUCHA DROGA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD? <i>Baeza López, J.M.; Sánchez Pérez, M.C.; Sánchez Salmerón, F.; Sánchez Pinilla, M.; Martínez López, J.; Troya Gil; M.</i>	105
ANÁLISIS DE LAS TENTATIVAS SUICIDAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL GENERAL EN PACIENTES CON HISTORIA DE TRASTORNO ADICTIVO <i>Barrigón Estévez, M^a L.; Fontalba Navas, A; Anguita Romero, M; Gordo Rodríguez, E; Brañas González, A.</i>	106
TDH EN CONSUMIDORES DE COCAÍNA <i>Barrigón Estévez, M^a L.; Fontalba Navas, A; Ruiz Martínez, M.; Joya Redondo, J.; Andrés Ricoy, O.; García García, R.</i>	107
CANNABIS Y PSICOSIS: DIFERENCIAS CLÍNICAS EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS SEGÚN EL CONSUMO DE CANNABIS <i>Barrigón, M^a L.; Ruiz-Veguilla, M.; Fontalba, A.; Anguita, M.; Gomis, L.; Gurpegui, M.</i>	108
RESILIENCIA Y CONSUMO DE COCAÍNA <i>Becoña, E.; López, A.; Míguez, M^a C.; Fernández Del Río, E.</i>	110
PSICOPATOLOGÍA POR MDMA <i>Bermúdez, E; Hernández, B; Ponce, G; Bolea, B; Jiménez- Arriero, Ma.; Palomo, T.</i>	111
PERCEPCIÓN, ACTITUDES Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON UN PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS CON BUPRENORFINA PARA PACIENTES CON ADICCIÓN A OPIÁCEOS EN ANDALUCÍA <i>Bilbao Acedos, I.; González Saiz, F.; Ballesta Gómez, R.; Lozano Rojas, O.</i>	112
TABACO Y ENFERMEDAD MENTAL: DIFERENCIAS EN EL GRADO DE DEPENDENCIA Y LA MOTIVACIÓN PARA EL ABANDONO ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL AGUDA Y CRÓNICA <i>Blanco, A. L.; Rasero, A.; Ramos, P; Moreno, A; Clemente, Mv; Iglesias, N.</i>	114
¿INFLUYE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA ADICCIÓN AL TABACO? <i>Blanco, A. L.; Rubio, C.; Jiménez-Luque, A; Moreno, A; Ramos, P; Rasero, A.</i>	115
ALCOHOL Y ENFERMEDAD MENTAL: DIFERENCIAS EN LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ENTRE PATOLOGÍA MENTAL AGUDA Y CRÓNICA <i>Blanco, A.L.; García-García, M.; Bejarano, Y; García-Pereda, M.; Clemente, M.; Rivera, J.</i>	116

COCAÍNA Y ENFERMEDAD MENTAL: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA LA ABSTINENCIA ENTRE ENFERMOS AGUDOS Y CRÓNICOS	
<i>Blanco, A.L.; García-Pereda, M.; Bejarano, Y.; Cobos, T.; Azabal, G.; García-García, M.</i>	117
CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES TRASTORNO MENTAL SEVERO.	
<i>Blanco, A. L.; Iglesias, N.; Cobos, T.; Jiménez-Luque, A.; Rubio, C.; Azabal, G.</i>	118
PUBLICACIÓN EN REVISTAS CIENTÍFICAS DE LAS COMUNICACIONES PRESENTADAS A CONGRESOS NACIONALES DE DROGODEPENDENCIAS	
<i>Bolaños Pizarro, M.; Castellano Gómez, M.; Valderrama Zurián, F. J.; Vidal Gramache, M.; Vidal Infer, A.; Aguilar, J.; Pérez, M. J.; Sancho, A.; Aleixandre Benavent, R.</i>	119
CANNABIS: RASGOS DIFERENCIALES DE PERSONALIDAD	
<i>Bravo De Medina Hernández, R.; Aizpiri Díaz, J.; Marcos Frías, J.F.; Zabala Capetillo, I.</i>	120
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CONSUMIDORES DE CANNABIS: UN ESTUDIO COMPARATIVO	
<i>Bravo De Medina Hernández, R.; Aizpiri Díaz, J.; Marcos Frías, J. F.; Zabala Capetillo, I.</i>	121
LA RECUPERACIÓN NATURAL DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS: RESULTADOS PRELIMINARES EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA	
<i>Carballo Crespo, J. L.; Fernández Hermida, J. R.; Secades Villa, R.; Bobes Bascarán, Mª T.; García Rodríguez, O.</i>	122
GESTIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL EN LA RED DEL PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS: 1997-2005	
<i>Carrera, I.; Fraga, J.; Osorio, J.; Morán, J.; Pedreira, V.</i>	123
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN GALICIA 1988-2004	
<i>Carrera, I.; Fraga, J.; Osorio, J.; Morán, J.; Pedreira, V.</i>	124
EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE DROGODEPENDENCIAS EN GALICIA: 1994-2004	
<i>Carrera, I.; Fraga, J.; Osorio, J.; Morán, J.; Pedreira, V.</i>	125
EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA AL CONSUMO DE DROGAS EN GALICIA: 1992-2005	
<i>Carrera, I.; Bermejo, A.; López De Abajo, B.; Fraga, J.; Pedreira, V.</i>	126
ESTUDIO BIOPSICOSOCIAL RETROSPECTIVO DE UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA	
<i>Castaños Izquierdo, M.; Cernuda López, J. L.; Del Pino Lidón, C.</i>	127
TRATAMIENTO EN USUARIOS DE COCAÍNA: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
<i>Chapinal, O.; Sala, M.; Font, L.; Olsaz, I.; Juste, L.; Corbella, T.</i>	129
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA RESISTIRSE AL CONSUMO DE DROGAS. ESTUDIO DE UNA COHORTE	
<i>Chicharro Romero, J.; Pedrero Pérez, E.J.; Pérez López, M.</i>	130
REVISIÓN DE CASOS DE INGRESOS POR ENCEFALOPATIA DE WERNICKE EN UNA UNIDAD DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA Y DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA	
<i>Climent Díaz, B.; García Escríva, D.; Herrera De Pablo, P.; García Fabra, C.; Sanz Vila, R.</i>	132
LA INTERVENCIÓN GRUPAL EN EL PROCESO DE DESHABITUACIÓN POR TABAQUISMO DESDE EL CE.D.EX DE CACERES	
<i>Colombo y Riva, Mª G.; Merideño Nieto, F.</i>	133
PERFILES PSICOLOGICOS DE PACIENTES EN TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA A NICOTINA O HÁBITO TABÁQUICO EN EL CE.D.EX DE CACERES.	
<i>Colombo y Riva, Mª G.; Merideño Nieto, F.</i>	135
CARACTERÍSTICAS DEL FENÓMENO BOTELLÓN EN VALENCIA: ¿SE CORRESPONDEN LAS ALTERNATIVAS CON LAS NECESIDADES?	
<i>Cortés, M.T.; Giménez, J.A.; Mestre, M.V.; Nácher, Mj.; Pascual, P.; Vicéns, S.</i>	138
ESPECIFICIDADES DEL TRABAJO SOCIAL EN ALCOHOLISMO	
<i>Davila, N.; Guimerans, C.; Gómez, B.; Mosquera, J.</i>	139
TRABAJO SOCIAL EN UNA UNIDAD DE ALCOHOLISMO	
<i>Davila, N.; Guimerans, C.; Gómez, B.; Mosquera, J.</i>	140
IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE	
<i>Davila, N.; Guimerans, C.; Gómez, B.; Mosquera, J.</i>	142
LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU PAPEL EN LA DEMANDA DE TRATAMIENTO EN DROGODEPENDENCIAS	
<i>Del Nogal Tomé, M.</i>	143

PROGRAMA INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDIENTES (PROGRAMA IDRE) DEL PLAN MUNICIPAL DE DROGAS DEL AYUNTAMIENTO DE CÁCERES	
<i>Equipo IDRE</i>	144
INCIDENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES CONSUMIDORAS DE DIFERENTES DROGAS DE ABUSO	
<i>Falcón Romero, M.; López Robles, M. V.; Alcaraz León, J. Ll.; Pérez Cárceles, M. D.; Bosch Giménez, V. M.; Luna Maldonado, A.</i>	145
EFICACIA DEL TOPIRAMATO EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	
<i>Fernández Alepuz, R.; Alcalde Fernández, V.; Sánchez Olías, P.; Abad Juan, A.</i>	146
LESIONES ESTRUCTURALES CEREBRALES Y FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN PACIENTES VIH-1+: EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA	
<i>Fernández Gil, M.A.; Vaz Leal F.J.; Royo, A.; Guisado Macías J.A.</i>	148
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN HEROINÓMANOS Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	
<i>Fernández Miranda, J. J.</i>	149
ALCOHOL Y PSICOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO	
<i>Fontalba Navas, A.; Barrigón Estévez, M. L.; Domínguez Sánchez, L.; Velázquez Navarrete, E.; Anguita Romero, M.</i>	150
PROPUESTA DE ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN PACIENTES CODEPENDIENTES A OTRAS SUSTANCIAS	
<i>García Barquero, I.</i>	151
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES SANOS Y CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE	
<i>García Cabeza, I.; Sanchez Díaz, E. I.; Epifanio Gutiérrez, M^a M.; Medina, O.; Vidal, J.; Arango, C.</i>	152
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA PERFIL DE USUARIO Y EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE EXIGENCIA. ÁREA DE ASISTENCIA. A.C.J. SAN MIGUEL. SANTA CRUZ DE TENERIFE	
<i>García Gómez, M. N.; Ramos Marrero, Z.; Socorro Ledesma, D.; Bartolomé Andrés, A.</i>	153
ANÁLISIS COMPARATIVO DEL PERFIL DE USUARIO DEL PROGRAMA LIBRE DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS. (2000-2004).	
<i>García Gómez, M. N.; Ramos Marrero, Z.; Socorro Ledesma, D.; Bartolomé Andrés, A.</i>	154
¿DEBEMOS TRATAR EL TABAQUISMO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS O CON OTRA ADICCIÓN?	
<i>García Vicent, V.; Castañeda Corrales, F.; Sánchez Ruiz, J.M.; Soler Martín, A.B.</i>	155
PLAN DE CONTROL DEL TABAQUISMO EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.	
<i>García Vicent, V.; Sánchez Ruiz, J. M.; Castañeda Corrales, F.; Soler Martín, A.B.</i>	156
PATOLOGÍA TRIPLE (PATOLOGÍA DUAL+VIH) EN LA POBLACIÓN DE ADICTOS EN TRATAMIENTO EN LA FUNDACIÓN MARBELLA SOLIDARIA	
<i>García Vicent, V.; Soler Martín, A.B.</i>	158
CONSUMO DE COCAÍNA PREVIO AL INGRESO	
<i>García-Mateos, A.; Olmos, R.; García, M.</i>	159
EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS ASISTENCIALES EN USUARIOS DE PMM: ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA	
<i>Garriga Ramón, T; Samper Villar, F. J.; Utgés Nogués, M.</i>	160
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ALCOHÓLICA SEGUN SEXO	
<i>González Parra, D.; Ávila Escribano, J.J.</i>	161
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN DROGODEPENDENCIAS Y REDES DE COLABORACIÓN EN LAS PUBLICACIONES BIOMÉDICAS ESPAÑOLAS	
<i>González-Alcaide, G.; Valderrama-Zurián, J. C.; Aleixandre-Benavent, R.; Castellano-Gómez, M.; Bueno-Cañigral, F.; Granda-Orive, J. I.</i>	162
SISTEMA CANNABINOIDE Y REGULACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: II. EL POLIMORFISMO CORTO (AAT)N DEL GEN DEL RECEPTOR CANNABINOI DE TIPO 1 (CNR1) PREDICE UNA MENOR PÉRDIDA DE PESO TRAS TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA	
<i>Gorgojo, J. J.; Arias, F.; Almodóvar, F.; Sánchez, S.; Ramos, J.; Alvarez, M.; Romero, J.</i>	163
ALCOHOL Y DISFUNCIÓN SEXUAL. ESTUDIO DE PREVALENCIA	
<i>Gual, A.; Ortega, Ll.; Fernández, E.</i>	165
EL TOPIRAMATO EN LA DESHABITUACIÓN DE COCAÍNA: UN AJUSTE DE DOSIS MÁS RÁPIDO	
<i>Henche Ruiz, A.I.; Almoguera Montero, J.; Díaz Ruano, A.</i>	166

FACTORES PREDICTORES DE BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INTERDICTORES EN PACIENTES ALCOHÓLICOS <i>Hernández Herrera, B.; Bermúdez Vázquez, E.; Ponce Alfaro, G.; Rodríguez Jiménez, R.; Jiménez-Arriero, M.A.; Palomo, T.</i>	167
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DIRECTAMENTE SUPERVISADO EN EL CTD MORATALAZ.USO DE BENZODIACEPINAS <i>Hernández Nicolas, J.J; Romera Adrada, M.; Montes Gonzalez,M.L.; Marín Pelaez, T.</i>	168
INTERVENCIÓN BREVE SOBRE TABACO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO DE URGENCIAS <i>Herrero Hernández, N. ; García Ayuso, A.; Sánchez Salmerón, F.; Sánchez Martínez, P.; Pagan Dato, E.; García Sánchez, I.</i>	170
10 AÑOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO: UNIDADES MÓVILES DE CÁCERES <i>Iglesias, S.V.; Boticario Villarroel, Mª V.</i>	171
ESTUDIO SOBRE EL INSOMNIO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES <i>Lagares Roibas ,A.; Gallego Montes, M.J.; Brasal, F.</i>	171
EVOLUCIÓN A 3 Y 6 MESES DE PERSONAS DEPENDIENTES DE LA COCAÍNA TRATADAS EN CENTROS DE DROGODEPENDENCIAS: ABSTINENCIA Y EVOLUCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO <i>López Durán, A.; Becoña Iglesias, E.; Senra Comesaña, A.; García Janeiro, J. M.ª; Cancelo Martínez, J.; Sobradelo Lens, J.; Estévez Vorkauf, C.; Vieitez Fernández, I.; Lloves Moratinos, M.; Moneo Montes, A.; Lage López, Mª T.; Díaz Castro, E.; Casete Fernández, L.</i>	173
CÓMO SE DIVIERTEN LOS MENORES MURCIANOS EN LAS FIESTAS DE SU CIUDAD <i>López, A.; Villanueva, M.; Bañón, A.; Alarcón, Mª D.; Domínguez, A.; González, E.</i>	175
PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN JÓVENES CON RIESGO DE FRACASO ESCOLAR. UNA INTERVENCIÓN SELECTIVA EN EL MARCO DE UN PROGRAMA DE INICIACIÓN PROFESIONAL <i>López, M; Yáñez, A.; López, P.; Camacho, Mª. D.</i>	176
LA EVOLUCION DEL PRIMER GRUPO DE DISCUSIÓN PAIMM-RETORN. CINCO AÑOS DE TRABAJO GRUPAL EN PACIENTES SANITARIOS ADICTOS <i>Marcos González, V.; Martínez Govern, M.; Lusilla Palacios, P; Casas Brugué, M.</i>	178
EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL MEDIO ESCOLAR APLICADO POR EL PROFESOR CON LA AYUDA DE LÍDERES IGUALES <i>Martínez-Lorca, M.; Alonso-Sanz, C.; Montaños-Rodríguez, J.</i>	179
OXCARBAMACEPINA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES POLITOXICÓMANOS <i>Mena Pérez, A.; Doll Gallardo, A.; Garibi, A.</i>	180
PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VHB,VHC Y VIH DURANTE 2005 <i>Mendo Anego, A.I.; Árevalo Blazquez, A.B.; García-Martín García-Martín, Mª I.; Boticario Villarroel, Mª V.; Mateos Ayúcar, Mª P.</i>	182
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA: EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO <i>Miguel Arias, D.; Vázquez Ventoso, C.; Ávila González, M. J.; González Martínez, R.; Segade Rodríguez, S.; Serrano Cartón, M.</i>	182
COCAÍNA COMO DROGA MOTIVO DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA <i>Miguel Arias, D.; Vázquez Ventoso, C.; Ávila González, M.J.; González Bardanca, S.; Fontela Vivanco, E.; Serrano Cartón, M.</i>	183
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y DEL CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES HIV POSITIVOS CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO <i>Monras, M; Freixa, N.; Rimola, A.; Miró, J.M.; Blanch, J.; Laguno, M.; Moreno, A.</i>	184
RASGOS PSICOPATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD EN JUGADORES PATOLÓGICOS, ALCOHÓLICOS Y COCAINÓMANOS. DATOS PRELIMINARES <i>Moreno Jimenez, B.; Rodríguez Molina, J. M.; Avila Muñoz, A. Mª</i>	186
EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH) DURANTE EL 2005 <i>Ochoa, E.; Doña,Aj; Salvador, E.; Gallo, A.; Martín, M.; Conejo, A.; Pérez, A.</i>	187
OXCARBAMACEPINA EN DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA DE DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y/O BENZODIACEPINAS <i>Ochoa, E.; Salvador, E; Rodríguez-Quiros, J.; Madoz-Gúrpide, A.</i>	188
¿QUÉ HACEMOS CON EL ALCOHOLISMO EN LA TERCERA EDAD? <i>Olmos, R.;Díaz, H.;Trueba, S.C.; Colis, P.</i>	190

SISTEMA CANNABINOIDE Y REGULACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: III. EL RECEPTOR PARA CANNABINOIDES CB1 Y LA ENZIMA HIDROLASA DE ÁCIDOS GRASOS (FAAH) ESTÁN PRESENTES EN LA MUCOSA GÁSTRICA HUMANA <i>Pazos, M.R.; Tolón, R.M.; Benito, C.; Núñez, E.; Arias, F.; Gorgojo, J.J.; Nevado, M.; Álvarez, M.; Almodóvar, F.; Romero, J.</i>	191
PROYECTOS DE COLABORACIÓN TRANSFRONTERIZA DE LA U.E.: BALANCE DE LA EXPERIENCIA LUSO-GALAICA EN DROGODEPENDENCIAS: 1998-2006 <i>Pedreira, V.; Rios, L.; Carrera, I.; Brito, M.; Morán, J.; Mota, T.</i>	192
CONSUMIDORES DE CANNABIS “NO PROBLEMÁTICOS”: DIFERENCIAS EN PERSONALIDAD CON POBLACIÓN GENERAL Y ADICTOS EN TRATAMIENTO <i>Pedrero Pérez, E. J.; Chicharro Romero, J.; Redondo Carmena, C.</i>	193
SCREENING DE TDAH EN PACIENTES EN TRATAMIENTO POR ABUSO/DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS, UTILIZANDO EL ASRS v1.1. <i>Pedrero Pérez, E. J.; Puerta García, C.</i>	195
CONSUMO DE ALCOHOL, ACCIDENTES DE TRÁFICO Y OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD VIAL EN UNA POBLACIÓN DE USUARIOS DE DROGAS EN PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON METADONA <i>Pereiro Gómez, C.</i>	196
PRESCRIPCIÓN DE ANTIEPILÉPTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN GALICIA <i>Pereiro Gómez, C.; Carrera Machado, I.; Mejuto Val, B.</i>	197
¿SON LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA UN EJEMPLO PARA LOS PACIENTES? <i>Pérez-Cárceles, M. D.; Medina Abellán, M. D.; Muñoz Arranz, C.; Pereñíguez Barranco, J. E.; Osuna, E.; Falcón, M.; Luna, A.</i>	198
RETENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPENDENCIA DE ALCOHOL <i>Pernía Higuera, M^a C.; Cabanas Moreno, P.; Herrán Gómez, A.</i>	199
COMORBILIDAD ALCOHOLISMO-TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD <i>Pernía Higuera; M^a C.</i>	200
EL PSICOTERAPEUTA ANTE EL ADICTO A LA COCAÍNA <i>Piñón Escura, I.</i>	201
CÓMO TRATA LA PRENSA VALENCIANA EL FENÓMENO BOTELLÓN: NECESIDAD DE SUPERAR UNA VISIÓN RESTRICTIVA <i>Plaza, B.; Pardo, F.J.; Cortés, M.T.; Samper, P.; Dolz, L.; Martínez, A.</i>	202
¿ES LA EDUCACIÓN PARA SALUD QUE SE OFRECE HABITUALMENTE SUFICIENTE PARA CAMBIAR ACTITUDES FRENTE AL TABAQUISMO DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA? <i>Plaza, D.; Sanchez Jimenez, M.C.; Torrecilla, M.; Mellado, M.R.; Alonso, J.; Acedo, R.</i>	203
MÁS ALLÁ DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA <i>Plaza, D.; Torrecilla, M.; Alonso, J.; Acedo, R.; García García, J. E.; Piorno, M. J.</i>	205
DE 1986 A 2006: 20 AÑOS DE TRATAMIENTO DE DROGODEPENDIENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID <i>Roca Cigarro, I.; Morante Del Peral, J.</i>	206
COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS DE UN PROGRAMA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA LIBRE DE DROGAS Y OTRO DE METADONA SOBRE VARIABLES PSICOLÓGICAS EN SUJETOS HEROINÓMANOS <i>Rodríguez Molina, J.M.</i>	207
ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS CON OXCARBACEPINA <i>Roig Llavería, J.; Ferrer, J.; Lozano, Ll.; Vazquez, G.; Andrés, I.</i>	209
USO DE OXCARBACEPINA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA <i>Ruiz Martínez, M.; Fontalba Navas, A.; Barrigón Estévez, M.L.; Robles Lozano, L.</i>	211
RELACIÓN ENTRE LUDOPATÍA Y TIPOS DE ALCOHOLISMO <i>Sánchez Peña, J.F.; Rodríguez Solano, J.J.</i>	212
HABITO ALCOHÓLICO EN NUESTRA ZONA : ¿CUÁNDO INTERVENIMOS? <i>Sánchez Salmeron, F.; Baeza López, J.M.; García Ayuso, A.; Borrás Beltrán, M.; Sánchez Pérez, M.C.; Sánchez Pinilla, M.</i>	213
PERFIL DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ESPAÑOLES <i>Secades Villa, R.; Bobes Bascarán, M^aT.; Carballo Crespo, J. L.; Fernández Hermida, J.R.; García Rodríguez, O.</i>	215

LA CRA + TERAPIA DE INCENTIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA: RESULTADOS A LOS SEIS MESES DE TRATAMIENTO <i>Secades Villa, R.; García Rodríguez, O.; Fernández Hermida, J.R.; Carballo Crespo, J.L.; Errasti Pérez, J.M.; Al-Halabi Díaz, S.</i>	216
EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA "BEVEU MENYS" <i>Segura, L.; Gual, A.; Montserrat, O.; Fernández, C.; Colom, J.</i>	217
ADICCIONES Y DESVINCULACIÓN FAMILIAR <i>Soler Martín, A.B.; García Vicent, V.</i>	219
LA PREVENCIÓN COMUNITARIA EN LA FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA PARA EL ESTUDIO, PREVENCIÓN Y ASISTENCIA A LAS DROGODEPENDENCIAS (FEPAD) <i>Tomás, S.; Torrijo, M. J.; Aguilar, J.; Aguilar, R.; Chorén, S.; Hernández, M. C.; Luque, Y.; Vidal, A.</i>	221
EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA <i>Tomás, S.; Torrijo, M. J.; Aguilar, R.; Chorén, S.; Luque, Y.; Hernández, M. C.; Aguilar, J.; Vidal, A.</i>	222
MODELOS DE OCIO Y VALORES Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA <i>Tomás, S.; Torrijo, M. J.; Chorén, S.; Aguilar, R.; Aguilar, J.; Luque, Y.; Hernández, M. C.; Vidal, A.</i>	223
FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE CARÁCTER PSICOSOCIAL ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA <i>Tomás, S.; Torrijo, M.J.; Hernández, M.C.; Aguilar, J.; Aguilar, R.; Luque, Y.; Chorén, S.; Vidal, A.</i>	224
LA PREVENCIÓN EN MUNICIPIOS DE 5.000 A 20.000 HABITANTES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA <i>Tomás, S.; Torrijo, M. J.; Vidal, A.; Aguilar, J.; Hernández, M. C.; Luque, Y.; Aguilar, R.; Choré, S.</i>	225
ABSTINENCIA TABÁQUICA A CORTO Y MEDIO PLAZO COMO PREDICTOR DE ÉXITO TERAPÉUTICO A LOS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA <i>Torreçilla, M.; Barruec, M.; Plaza, D.; Avona, C.; Morales, A.; Alonso, A.</i>	226
PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA ENTRE LOS TRABAJADORES DE LA DIPUTACIÓN DE SALAMANCA <i>Torreçilla, M.; Hernandez Mezquita, M.A.; Barrueco, M.; Garrido, C.; Alonso, A.; Avon, C.</i>	227
EL FUMADOR QUE CONSIGUE CONSOLIDAR LA ABSTINENCIA TABÁQUICA ¿EN BUSCA DE UN PERFIL TIPO? <i>Torreçilla, M.; Plaza, D.; Barrueco, M.; Avon, C.; Morales, A.; Alonso, A.</i>	229
TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA <i>Torres, I.; Pino, F. J.; De Sande, F.; Martín, B.; Santos, J. A.; Guisado, J. A.</i>	230
"CALENDARI 2006. L'ALCOHOLISME UNA MALALTIA AMB SORTIDES". UN MODELO DE SENSIBILIZACION E IMPACTO COMUNITARIO. PREPARACIÓN, EDICIÓN Y DIFUSIÓN POR LA ASSOCIACIÓ D'ALCOHÒLICS RECUPERATS TERAL Y EL CAS HORTA-GUINARDÓ (ASPB) <i>Tort, M.G.; Serrano, J.; Gil, A.; Rodríguez, R.; Anquela, Ll.</i>	231
JÓVENES INMIGRANTES DE HABLA HISPANA Y CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL <i>Tortajada Navarro, S.; Valderrama-Zurián, J. C.; Castellano-Gómez, M.; Agulló, V.; Morales, C.; Aleixandre-Benavent, R.</i>	233
IMPULSIVIDAD, COMORBILIDAD, CONSUMO DE COCAÍNA Y TRATAMIENTO CON TOPIRAMATO <i>Utgés Nogues, M. ; Samper Villar, F.J. ; Falip Centellas, C.</i>	234
PACIENTES DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: ENSAYO CLÍNICO CON RISPERIDONA POR VIA INTRAMUSCULAR <i>Utgés Nogues, M. ; Samper Villar, J. ; Garriga Ramon, T. ; Falip Centelles, C.</i>	235
PERFIL DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE PATOLOGÍA DUAL DEL INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD <i>Varas Soler, P.; Ferreiro Figueroa, J.; Mesías Pérez, B.; Mosteiro Ramírez, C.</i>	236
ABOGAR POR POLÍTICAS PÚBLICAS QUE FACILITEN LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES: APRENDIENDO DEL MOVIMIENTO DE CONTROL DEL TABAQUISMO <i>Villalbí, J.R.; Rodríguez-Martos, A.; Jansà, J.M.; Guix, J.</i>	237

RESÚMENES PONENCIAS

Interrelaciones del sistema endocannabinoide con otros sistemas de neurotransmisores involucrados en los procesos adictivos

EMILIO AMBROSIO

Universidad Nacional de Educación a Distancia. Catedrático de Psicobiología

Enviar correspondencia a:

Emilio Ambrosio. Calle Juan del Rosal, 10. Ciudad Universitaria 28040 Madrid. eambrosio@psi.uned.es

Uno de los sistemas neuromoduladores endógenos más importantes en la regulación de procesos emocionales, motivacionales y cognitivos, así como de la fisiología del dolor y del control motor es el cannabinoide. La investigación preclínica ha ido acumulando datos en los últimos años que sugieren que este sistema realiza en parte sus funciones en interacción con otros sistemas de neurotransmisores entre los que se encuentran el opioide, el dopaminérgico y el colinérgico. A su vez, el endocannabinoide también influye en la funcionalidad de estos otros sistemas. En esta presentación se hará una actualización de conocimientos sobre la interrelación funcional de todos estos sistemas, al tiempo que se expondrán datos acerca del efecto que la exposición a cannabinoides en animales adolescentes tiene sobre diversos elementos reguladores de las neurotransmisiones opioide y dopaminérgica así como las posibles consecuencias comportamentales cuando los sujetos llegan a la adultez. Adicionalmente, también se presentarán datos sobre el metabolismo cerebral de la glucosa medida mediante tomografía por emisión de positrones en esos sujetos. Nuestros resultados sugieren que la exposición a cannabinoides en la adolescencia cambia la funcionalidad de los sistemas opioide y dopaminérgico y el metabolismo cerebral de los consumidores. Estos cambios pueden mediar en la mayor vulnerabilidad a la autoadministración de cocaína encontrada en el estado adulto, particularmente en las hembras.

[Investigación financiada por ayudas de: 1) el Plan Nacional sobre Drogas (2003-2007); la Dirección General de Investigación de la Comunidad de Madrid

(GR/SAL/0260/2004); y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (RTA G03/05)].

¿Podemos hablar de esquizofrenia debida al consumo de cannabis?

FRANCISCO ARIAS HORCAJADA

Área de la Unidad Psiquiátrica Fundación. Hospital de Alarcón. Facultativo especialista

Enviar correspondencia a:

Francisco Arias Horcajada. C/ Budapest 1 Alarcón 28922 Madrid. FArias@fhalcorcon.es

La relación entre consumo de cannabis y psicosis es conocida desde hace tiempo. Ya en el siglo XIX, el psiquiatra francés Moreau consideró la intoxicación por cannabis como modelo de psicosis endógena e hizo referencia a la inducción de síntomas psicóticos por el consumo de este. En 1974, Chopra y Smith describieron una serie amplia de cuadros psicóticos inducidos por el consumo de altas dosis de cannabis en la India. A raíz de estas y otras descripciones de casos, se planteó la posibilidad de la existencia de una psicosis cannábica como entidad independiente de la esquizofrenia con unas características clínicas diferenciales. En la actualidad, a raíz de la publicación casi simultánea de los resultados de varios estudios de cohortes llevados a cabo en Suecia, Nueva Zelanda, Holanda y Australia, disponemos de bastante evidencia científica que apoya al consumo de cannabis como un factor causal de la esquizofrenia. A partir de estos datos se ha calculado que el consumo de cannabis aumenta 2-3 veces el riesgo relativo de esquizofrenia y se ha calculado que la fracción atribuible poblacional es del 8%, es decir, el porcentaje en que se reduciría la incidencia de esquizofrenia si se suprimiera totalmente el consumo de cannabis. En este sentido permanece la controversia, debido a la dificultad que conlleva valorarla, de sí es necesario o no una vulnerabilidad previa. Además, la investigación en el recientemente descrito sistema cannabinoide endógeno ha producido una serie de datos apoyando la relevancia de este en la patogenia de la psicosis crónicas e incluso a formular un modelo cannabinoide de la esquizofrenia. Por lo tanto, podemos considerar al consumo de cannabis como uno de los pocos factores de riesgo conocidos de la esquizofrenia.

Relevancia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios

F. J. AYESTA, L. LISET GELABERT Y M. RODRÍGUEZ

Facultad de Medicina. Cantabria. Médico. Profesor Titular de Farmacología

Enviar correspondencia a:

Francisco Javier Ayesta Ayesta. Av. C. Herrera Oria s/n 39011 Santander. ayestaf@unican.es

Por su potencial toxicidad y su adictividad, el consumo de tabaco, especialmente el de cigarrillos, es un problema de salud pública. Los problemas de salud pública no son ni primaria ni fundamentalmente problemas clínicos o sanitarios, sino que son problemas polifacéticos que requieren ser abordados mediante enfoques sociales diversos.

A pesar de ello, todos los problemas de salud pública presentan una fuerte vertiente sanitaria, que hace que los profesionales sanitarios jueguen un papel crucial en ellos y que hace que sean vistos como referentes al respecto.

La relevancia del consumo de tabaco en salud pública deriva de su gran toxicidad, siendo el mayor factor de riesgo que presentan la mayoría de quienes acuden a una consulta o la mayoría de quienes no acuden a consulta alguna por considerarse sanos y no valorar el factor de riesgo al que se someten. El hecho de que el tabaco sea una sustancia altamente adictiva no agrava la toxicidad, pero sí complica o dificulta el abandono, incrementando el problema.

Ante un paciente con un grave factor de riesgo, la misión más importante del terapeuta es advertirle adecuadamente del riesgo que corre. Esto se realiza habitualmente mediante el consejo, que puede realizarse con palabras o gestos. De hecho más que advertirle, lo que hay que hacer es hacerle comprender la magnitud del riesgo que corre.

Una segunda misión del terapeuta es la de ofrecer ayuda, si el paciente la considera necesaria, para poder realizar el cambio de conducta: la eliminación del factor de riesgo mediante el control o la extinción de la conducta repetitiva o adictiva.

Si bien, en teoría, esta segunda misión –la terapéutica– puede ser realizada por cualquier profesional sanitario, en la práctica se comprueba que el proceso terapéutico de abandono del consumo de tabaco requiere, junto un mínimo de habilidades diagnósticas y terapéuticas farmacológicas, toda una serie de habilidades en motivación, apoyo intratratamiento y transmisión de la percepción de auto-eficacia, que son más difíciles de encontrar en quienes aún mantienen su consumo tabáquico.

Donde sí que la experiencia muestra que es más difícil que cumplan su función aquellos profesionales sanitarios que mantienen su consumo de tabaco es a la hora de proporcionar adecuadamente el consejo sanitario, ya que no se trata simplemente de impartirlo, sino también de conseguir transmitir al paciente la verdadera magnitud del riesgo. Cualquiera puede dar consejo, pero lo clave es conseguir llegar, conseguir que el paciente perciba que su consumo es un problema.

Un tercer aspecto relevante al respecto es la ejemplaridad. La población general percibirá que el consumo de tabaco es un riesgo para la salud, cuando se dé cuenta de que los profesionales sanitarios se lo creen, se lo toman en serio.

En conclusión, es perfectamente posible que un profesional sanitario sea fumador disonante y eso no hace que sea un terapeuta menos válido en este campo. Sin embargo, sí que se puede enfrentar a circunstancias derivadas de su consumo que menoscaben la eficacia de sus intervenciones.

Botellón: dinámica y perspectivas en España

ARTEMIO BAIGORRI AGOIZ

Grupo de Investigación en Estudios Sociales y Territoriales (GIESyT). Universidad de Extremadura. Doctor en Sociología

Enviar correspondencia a:

Artemio Baigorri Agoiz. Avda de Elvas s/n 06071 Badajoz. baigorri@unex.es

El título de esta ponencia puede parecer redundante cuando la generalidad de las personas damos por sabido que el botellón es una expresión del ocio nocturno juvenil característico de la sociedad española.

Sin embargo, hace apenas unos años ni siquiera en todas las regiones españolas era conocido bajo esa denominación, aunque bajo distintas variaciones formales también se practicase (como 'botelleo' en el Levante, como 'botellona' en Andalucía, como 'katxi' vasco...). Parecía tratarse de un 'problema' (pues rápidamente fue visto como tal) de determinadas regiones, justamente aquellas que más tempranamente intentaron enfrentarse al mismo.

En realidad, frente a lo que inicialmente se reaccionó no fue frente a las naturaleza intrínseca del fenómeno, sino frente a uno de sus epifenómenos: el conflicto de intereses por el uso de determinadas coordenadas espacio/temporales entre jóvenes en estado de ocio y adultos en estado de descanso. Por eso, en algunas regiones incluso se creía que el botellón no existía, pues se celebraba en lugares que no generaban conflictos.

Las primeras investigaciones (la primera de carácter científico centrada específicamente en el botellón se realizó en Extremadura en 2001) pusieron de manifiesto que, al contrario de lo que se creía, el botellón como fenómeno social estaba ya extendido por toda la geografía española al menos desde finales de la última década del pasado siglo. Pero, sobre todo, lo que la investigación mostró que el problema del botellón derivaba de dimensiones muy distintas: el conflicto con los vecinos, los fenómenos de vandalismo, y sobre todo la presencia relativamente abundante de menores y su elevada ingesta de alcohol y otras drogas. Y puso el acento, más que en la responsabilidad de los propios jóvenes (como se derivaba de las primeras medidas represivas tomadas en 2002 por el gobierno central o los autonómico y local de Madrid), en la responsabilidad de los adultos: padres que no saben lo que sus hijos hacen, sistema educativo que no socializa adecuadamente en determinados aspectos, sistemas de vigilancia orientados más a la punición que a la prevención.

Nuevas investigaciones (me refiero a la que realizamos entre 2002 y 2003[1][1]) pusieron de manifiesto una realidad en un sentido más tranquilizadora ("mal de muchos..."), pero también más preocupante: el fenómeno del botellón es una glocalización. Constituye, en realidad, una expresión local, adaptado a las particularidades culturales españolas (usos del tiempo, clima, grados de libertad filial, valores, etc) de una tendencia global, de la que encontramos manifestaciones equivalentes (aunque formalmente muy distintas) lo mismo en los Estados Unidos que en Perú, Reino Unido, Rusia o Nueva Zelanda. Se trata de la utilización por los jóvenes de espacios autoorganizados y ajenos al control de los adultos para la interacción. Ayudados, siguiendo el modelo dominante marcado por los adultos, con el alcohol y otras drogas para lograr una mayor desinhibición. Lo de siempre, en suma, pero bajo una expresión más peligrosa por cuanto la presencia de menores se escapa más fácilmente al control de los mayores. Siendo ese el principal (y para muchos, único) riesgo del botellón: su cualidad de ámbito de inserción de los más jóvenes en el consumo de alcohol y otras drogas.

La ponencia se centra en la exposición y definición del fenómeno del botellón, así como en su cualidad de fenómeno global. Hace un repaso de las políticas adoptadas por los distintos niveles de las administraciones españolas para enfrentar el fenómeno, y reflexiona en términos prospectivos sobre futuros posibles.

[1] Sus conclusiones se recogen en A.Baigorri, R.Fernández y GIESYT, Botellón, un conflicto postmoderno, Icaria, Barcelona, 2004

Bases neuropsicológicas de la adicción a inhalantes. Implicaciones para un posible tratamiento

MÓNICA PORTILLO*, MERCÉ BALCELLS OLIVERO**

* Hospital Mútua de Terrassa. Psicóloga Clínica

**Servicio de Psiquiatría del Hospital Comarcal de Igualda FSI. Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

Mercé Balcells Olivero. Graus 10-12 Esc A 2º-1ª Barcelona. monicaportillo@terra.es

Sabemos que el abuso de inhalantes o disolventes volátiles se ha ido extendiendo y generalizando entre los jóvenes en los últimos años, sobre todo en el grupo de adolescentes y preadolescentes. A pesar de ello, los datos de que disponemos acerca de la epidemiología y consecuencias neuropsicológicas siguen siendo escasos y poco claros. Sorprendentemente, este grupo de drogas está recibiendo muy poca atención en el campo de las drogodependencias.

En esta ponencia revisamos la información existente en la literatura científica de los últimos años, centrándonos sobre todo en los datos epidemiológicos, las formas de consumo y sus efectos a corto y largo plazo. Así mismo, a partir de los datos existentes en la literatura y de nuestra experiencia clínica, apuntamos una propuesta de abordaje y tratamiento.

Drogas y alcohol: combustible para una crisis en la salud sexual

MARK BELLIS

National Collaborating Centre for Drug Prevention. Centre for Public Health Liverpool John Moores University. UK. Director

Enviar correspondencia a:

Mark Bellis. Liverpool John Moores Univ. Castle House, North Street Liverpool L3 2AY. m.a.bellis@livjm.ac.uk

The increasing globalisation and homogeneity of youth culture means individuals in different countries are rapidly introduced to cultural, social and behavioural developments elsewhere. For nightlife, international clubbing culture has spread trends in recreational drug use across Europe and beyond. At the same time, large proportions of the developed world have seen increases in problems relating to alcohol both in isolation and in combination

with recreational drug use. The relationships between drugs and alcohol have been relatively well explored. However a third factor showing increasing prevalence is sexually transmitted infections. Despite considerable historical and anecdotal evidence linking sexual behaviour and substance use, relatively little research has been undertaken directly linking these epidemics. We explore some of the settings-based links between substance use and sexual health; the risk relation profile linking individuals who experiment with substances and take sexual risks; and the direct causal effects of drugs on sexual behaviour. We also examine the graphic use of sexual imagery in the promotion of alcohol consumption and of more covert recreational drug use, and the promotional claims regarding the sexual effects of drugs that are highlighted by users and dealers. We explore how excessive substance use and risky sex in young people come together during holiday periods and the key role holidays can play in disseminating drug trends and sexual health problems among international youth.

Genómica y drogas. Tratamientos personalizados

JULIO BENÍTEZ DOMÍNGUEZ

Facultad de Medicina. UNEX. Catedrático de Farmacología

Enviar correspondencia a:

Julio Benítez Domínguez. Avd. de Elvas s/n 06071 Badajoz. jbenitez@unex.es

La adicción a las drogas, como la mayoría de las patologías crónicas, tiene causas variadas y complejas que podríamos considerar consecuencia de la interacción de muy diversos factores relacionados con el comportamiento, sociales, fisiológicos y genéticos. Todas las drogas adictivas comparten una característica común que subyace en su patrón de abuso dando lugar a un aumento o disminución de la función de distintos receptores y/o transportadores, actividad de neurotransmisores y/o neuropéptidos, y de segundos mensajeros. La exposición repetida y frecuente a drogas adictivas da lugar a cambios en la expresión genética de proteínas diana. Igualmente, la interrupción de la exposición a drogas adictivas da lugar a cambios igualmente profundos. Así pues, el uso intermitente de drogas de acción rápida (sea heroína, cocaína, tabaco o cualquier otra) da lugar a cambios a larga plazo (quizá permanentes) en los sistemas neuronales implicados en el desarrollo de tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia y recaída característicos de los trastornos adictivos.

La eficacia y seguridad de los fármacos empleados en el tratamiento de los trastornos adictivos presenta igualmente muy apreciables diferencias interindividuales, debidas a factores psicosociales y también a diferentes interacciones genético-ambientales. La Farmacogenética y Farmacogenómica están contribuyendo a un mejor conocimiento de estas interacciones entre genes y factores ambientales. A título de ejemplo podemos mencionar la implicación de polimorfismos en receptores opiáceos, transportadores de neurotransmisores y fármacos, así como distintas isoenzimas del sistema del citocromo P450 en la respuesta a los tratamientos de la adicción a opiáceos, cocaína, etanol o tabaco. Un polimorfismo en el gen que codifica al receptor opioide μ condiciona en parte las diferencias interindividuales en la respuesta a morfina, metadona o alfentanil entre otros fármacos opiáceos. Polimorfismos en los genes que codifican las isoenzimas CYP2D6 y las de la familia CYP3A pueden condicionar también la intensidad de la respuesta a metadona y la posible aparición de interacciones clínicamente importantes con otros fármacos y otras sustancias. Otra isoenzima polimórfica del sistema del citocromo P450, conocida como CYP2A6, es principal responsable del metabolismo de nicotina. Diferentes genotipos CYP2A6 tienen distinto riesgo de sufrir adicción al tabaco y distinta respuesta a los tratamientos de deshabituación.

Podemos decir por tanto que un mejor conocimiento de los factores genéticos y su interacción entre sí, y con distintos factores ambientales, puede permitir la personalización de los tratamientos de deshabituación ya en este momento, y todavía más en un futuro próximo.

Un acercamiento más común a un problema común: epidemiología y evolución de las políticas sobre drogas

HENRI BERGERON

Head of Unit "Interventions, laws and policies" and deputy scientific coordinator

Enviar correspondencia a:
Henri Bergeron. EMCDDA. Lisboa. Henri.Bergeron@emcdda.eu.int

This presentation will focus on the similarities between European national drug policies rather than on discrepancies and differences. We would like to gather some arguments, which support the assumption/hypothesis of a relative convergence of European drug policies, ie: 1. The quite new and widespread adoption of national strategies and action plans that stress the importance of evidence based objectives and responses; 2. The adoption of harm reduction measures all across Europe; 3. The tendency in the "old" Member States to consider use of illicit drugs, or possession for personal use, as a more "minor" offence, in so far as – and only in so far as - jail sentences seem to be avoided as much as possible and therapeutic measures given preference; 4. The progressive, but still uneven, inclusion of licit drugs in drugs policies of many European countries. There is little doubt that many of the present at the Conference are well aware of these changes and developments, but the added value, if any, in this presentation will be to grasp them in a synthetic fashion, i.e. to present well known phenomena through a common theoretical frame.

Neurobiología de la dependencia a cannabinoides

FERNANDO BERRENDERO DÍAZ

Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Universidad Pompeu Fabra. Investigador Programa Ramón y Cajal

Enviar correspondencia a:
Fernando Berrendero Díaz. C/Doctor Aiguader 80 08003 Barcelona. fberrendero@imim.es

Los preparados que se obtienen a partir de la planta Cannabis sativa, tales como el hachís y la marihuana, se encuentran entre las drogas de abuso de más amplio consumo en humanos. Aunque la planta presenta más de 60 compuestos de naturaleza cannabinoide, el principal responsable de las propiedades psicoactivas de la misma es el δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC). El potencial adictivo en humanos de los preparados obtenidos a partir del cannabis continúa siendo un tema controvertido, ya que aunque los cuadros de abstinencia descritos hasta la fecha suelen ser suaves y difíciles de observar en los consumidores de estos preparados, los derivados de cannabis producen claros efectos subjetivos en el individuo que conducen a una búsqueda y consumo de la droga.

Diferentes modelos animales se han utilizado con el objeto de clarificar las consecuencias de la exposición crónica a agonistas cannabinoides y su capacidad para inducir dependencia. Tras la administración crónica de cannabinoides se desarrolla tolerancia a la mayoría de sus efectos farmacológicos. El desarrollo de la tolerancia a cannabinoides es particularmente rápido y parece ser debido a procesos fundamentalmente farmacodinámicos. La presencia de un síndrome de abstinencia espontáneo a cannabinoides es difícil de poner de manifiesto en el animal de experimentación tras la administración crónica de δ 9-tetrahydrocannabinol (THC). Sin embargo, la administración del antagonista cannabinoide SR141716A (rimonabant) en animales tratados tanto con THC como con otros agonistas sintéticos crónicamente precipita manifestaciones somáticas de abstinencia. El síndrome de abstinencia a cannabinoides se caracteriza fundamentalmente por síntomas motores y parece estar relacionado con cambios compensatorios en la vía del AMPc en el cerebelo. Existen muchos datos en la literatura que indican la existencia de interacciones bidireccionales entre la dependencia cannabinoide y opioide. El reciente desarrollo de ratones knockout para los diferentes elementos del sistema opioide ha ayudado a clarificar estas interacciones. Por otra parte, los efectos reforzantes de los cannabinoides pueden ser puestos de manifiesto en el animal de experimentación mediante diferentes modelos comportamentales: preferencia de plaza condicionada, auto-estimulación intracraneal y auto-administración intravenosa. Se ha descrito que los cannabinoides, al igual que otras drogas de abuso, son capaces de disminuir el umbral de auto-estimulación intracraneal en ratas. Sin embargo, se requieren condiciones experimentales particulares para inducir preferencia de plaza a cannabinoides. Por otro lado, un estudio reciente ha señalado que el THC es capaz de inducir un comportamiento de auto-administración en monos sin historia previa de exposición a otras drogas, proporcionando un modelo adecuado del abuso de marihuana en humanos. La activación del sistema mesolímbico dopaminérgico parece ser el sustrato neurobiológico que media las propiedades reforzantes de los cannabinoides.

La prevención que debería hacerse en contextos recreativos en Europa

GREGOR BURKHARDT

OEDT, Lisboa, Scientific Manager

Enviar correspondencia a:

Gregor Burkhardt, Rua Cruz de Sta. Apolonia 23- 25 Lisboa P-1149-045, Lisboa, Gregor.Burkhardt@emcdda.eu.int

INTRODUCCIÓN

La cultura de los raves se está fragmentando en casi toda Europa y cada subcultura ahora tiene sus propios códigos y valores culturales y las respectivas drogas. Los proyectos de prevención se podrían adaptar mejor a las características de la cultura de los raves de forma que quizá todavía pueda alcanzarse al grupo diana de jóvenes que consumen droga con fines recreativos.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de los informes nacionales y de cuestionarios estructurados de los estados miembro de la UE, de Noruega, Bulgaria y Rumania.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cada vez es más habitual la existencia de proyectos de prevención selectiva en entornos recreativos en los nuevos Estados miembros, pero por lo general, el contenido de las intervenciones no avanzó mucho en la actualidad y es similar en la mayoría de Estados miembros, materializándose en provisión de información con material audiovisual, ocio alternativo (discotecas antidroga, espectáculos de arte y teatrales) y algunas medidas de reducción de riesgo.

Los enfoques estructurales ganan importancia. Los profesionales de la prevención establecen relaciones con los propietarios de locales utilizados normalmente para el consumo recreativo de drogas y con otras personas relacionadas con la vida nocturna, como los porteros, barmen y el personal de los locales. Los enfoques integrados de este tipo también poseen la ventaja de que desvían la atención del público de los incidentes y urgencias médicas relacionados con las drogas ilegales en grandes fiestas y sensibilizan sobre los riesgos generales del ambiente de clubs.

Pero todavía los potenciales de una prevención moderna y innovadora en estos ámbitos no están utilizados. Información personalizada e intensa es menos frecuente y poco enfocada a las subculturas y sus valores. Parecido a técnicas eficaces en prevención del tabaquismo, se podrían cuestionar y desmascarar los sistemas de valores y de socialización en si, promovidos por la cultura recreativa. Modelos femeninos de diversión se podrían reforzar y promover en vez de dejar que ellas se adapten a típicos patrones masculinos. En consecuencia, el uso de drogas moderado, controlado, bien preparado y reflejado se podría plantear como objetivo de las intervenciones. Finalmente es necesario desmitificar la visión que todo consumo de drogas en ámbitos recreativos es recreativo y para divertirse. Aquí, algunos individuos vulnerables tienen un consumo funcional, sustituyendo habilidades sociales y comunicativas o reflejando temperamentos de búsqueda de sensaciones o bajo control de impulsos. Estos son elementos de intervención para una prevención más selectiva a través de los stands informativos, los equipos móviles, las ocasiones de asesoramiento intenso, en vez de una mera provisión de información sobre las sustancias y sus peligros.

Comunidades terapéuticas penitenciarias: ¡Luces y sombras!

JOSÉ CABRERA FORNEIRO

Experto de la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

José Cabrera Forneiro. Calle Ayala 4-1º izda 28001 Madrid. psiquejcf@hotmail.com

Las Comunidades Terapéuticas tienen ya más de 25 años en Europa, y como modelo de tratamiento de las drogodependencias en régimen de internamiento no cabe duda que fueron muy significativas y consiguieron importantes éxitos individuales, si bien como es sabido los porcentajes de "curación" dependieron siempre mucho del modelo de actuación comunitaria.

En este sentido aquellas Comunidades únicamente orientadas en lo psico-social consiguieron poco y siempre en relación con la voluntad de los pacientes, mientras que las que se abrieron a programas bio-psico-sociales no solo aumentaron notablemente la adherencia terapéutica sino que disminuyeron el daño y lograron salidas de sujetos con grandes posibilidades de integración socio-laboral y perspectivas familiares halagüeñas.

Si ahora añadimos el esfuerzo que supuso que en la población penitenciaria se internalizaran los tratamientos para los drogodependientes que existían en la calle (ya sean públicos o privados) la conjunción es aun más compleja.

Para hacerse una idea, solo en España hay entre 55000 y 60000 reclusos, de los que la mitad están presos por delitos contra la salud pública (es decir tráfico de drogas), y de ellos un porcentaje del 25 al 35 % tienen graves problemas de drogodependencia.

Esta situación real ha generado un dilema importante a las autoridades penitenciarias desde siempre: ¿Qué medidas o tratamientos podemos incorporar al interior de los Centros Penitenciarios para paliar la situación y de paso cumplir con el objetivo básico de la prisión: rehabilitar?.

Hoy ya nadie se extraña de que haya unos miles de internos en tratamiento con metadona, o que existan programas carcelarios de intercambio de jeringuillas, pero para llegar hasta aquí hubo que saltar sobre muchas reticencias, mitos y "torpezas políticas".

Exactamente igual ocurrió con las Comunidades Terapéuticas. ¿Cómo organizar este tipo de medida terapéutica en el interior de un Centro Penitenciario?. ¿Cómo gestionarlo? ¿Qué beneficios podía aportar?.

A fecha de 2006 ya llevamos unos años con estos Programas instalados firmemente en el ambiente penitenciario, y ya sea de la mano de Administraciones Públicas o de Entidades Privadas, no podemos negar que han servido como un mecanismo exitoso para aquellos que los han sabido aprovechar, pero por otra parte la ubicación de estas Comunidades en un sistema tan tenso y coercitivo como es una prisión, a veces han desbaratado las ilusiones que en un principio se forjaron los profesionales penitenciarios.

Lo objetivo a fecha de hoy es que el sistema no se ha difundido lo que era de esperar, y apenas unas Comunidades llevadas por ONG con mucha valentía, voluntariado e ilusión han conseguido algunas luces. Hoy el tratamiento intrapenitenciario de la drogodependencia pasa masivamente por las terapias individuales bio-psico-sociales y el seguimiento del sujeto con otros programas de apoyo ya sea laborales, educativos, físicos,...etc. Las Comunidades Terapéuticas en el medio Penitenciario necesitaran mucho apoyo para sobrevivir con las directrices políticas actuales y con las necesidades sociales hoy existentes, y aunque uno tiende a ser optimista el horizonte es difícil.

Patología del fumador pasivo

JOSÉ MARÍA CARRERAS CASTELLET

Responsable de la unidad de Prevención y Tratamiento de Tabaquismo. Hospital Carlos III. Neumólogo.

Enviar correspondencia a:

Jose María Carreras Castellet. C/ Sinesio Delgado 10 28029 Madrid. jose411@separ.es

En las dos últimas décadas diversos estudios han mostrado evidencia clara del impacto sobre la salud que supone respirar aire contaminado por humo de tabaco, dando origen a rigurosos informes emitidos por prestigiosas instituciones. En 1986 aparece un informe del Surgeon General dedicado expresamente a este problema y en 1992 la agencia de protección medioambiental americana califica al humo ambiental de tabaco (HAT) como carcinógeno tipo A.

El HAT o humo de segunda mano está constituido por el humo que emite la combustión espontánea del cigarrillo y el humo que espira el fumador y es hoy en día uno de los principales contaminantes del aire ambiental en muchos espacios cerrados. En su composición se encuentran sustancias cancerígenas, tóxicas e irritantes.

El primer fumador pasivo es el feto cuando la madre fuma durante el embarazo, sin olvidar que ésta es previamente también víctima del tabaco.

Impacto del tabaquismo pasivo en el feto: Se ha descrito mayor frecuencia de aborto espontáneo, parto prematuro y sobretodo bajo peso y bajo desarrollo al nacer, ocasionando un aumento de la mortalidad perinatal del 25%.

Impacto del tabaquismo pasivo en los niños: Según un informe de la OMS más de 700 millones de niños están expuestos al HAT, que producen fundamentalmente sus padres u otros miembros de su familia. Esto va a suponer un mayor riesgo de desarrollar distintos problemas de salud como el síndrome de muerte súbita del lactante y enfermedades respiratorias crónicas. Respirar HAT ocasiona nuevos casos de asma, así como agudizaciones en niños asmáticos. También es origen de bronquitis, neumonía y otitis del oído medio. Un informe del colegio de médicos del Reino Unido afirma que en 1992, 17.000 niños menores de 5 años fueron ingresados en un hospital como consecuencia de enfermedades ocasionadas por respirar HAT.

Impacto del tabaquismo pasivo en los adultos: Se ha demostrado la presencia de cancerígenos específicos del humo del tabaco en sujetos no fumadores expuestos a HAT y además más de 50 estudios epidemiológicos de tabaquismo pasivo y cáncer de pulmón realizados en los últimos años, han puesto de manifiesto un aumento del riesgo del 20% - 30%.

Desde mediados de los 80 se conoce el mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en los sujetos expuestos a HAT, diversos estudios epidemiológicos han cuantificado este aumento del riesgo en un 25%, siendo proporcional a los años de exposición. También se ha visto un aumento similar del riesgo de desarrollar un ataque cerebrovascular.

Inhalar HAT puede producir síntomas respiratorios crónicos en adultos no fumadores y además puede ocasionar exacerbación de asma y de EPOC.

Las medidas legislativas claras y tajantes a la hora de prohibir fumar en los espacios cerrados, lugares de trabajo y otros espacios públicos se han mostrado eficaces para controlar este problema a la vez que disminuyen la prevalencia de fumadores y el consumo per cápita de tabaco.

Buprenorfina - Naloxona en el tratamiento de la dependencia opiácea

ESTHER CASADO, LUIS PATRICIO, MIGUEL VASCONCELOS, ANTÓNIO COSTA

Asistente Hospitalaria Del Centro de Atención de Toxicodependientes de Taipas. Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

Esther Casado González. Rua Manuel Marques, nº 12, 7º E Lisboa 1750. ecasado@netcabo.pt

INTRODUCCIÓN

Está probada la eficacia de Buprenorfina alta dosis en el tratamiento de la dependencia opiácea. Este medicamento opioide agonista parcial tiene bajo riesgo de abuso y dependencia comparado con los agonistas totales. En altas dosis bloquea los efectos de los agonistas totales. Su uso correcto es realizado por vía sublingual. La utilización incorrecta por vía oral apenas permite la absorción de un 10% del medicamento.

El mal uso ocurre cuando se utiliza por vía endovenosa o esnifada, manifestándose el efecto agonista. Para disuadir esta forma de consumo fue asociado al medicamento el antagonista opiáceo Naloxona. Esta asociación Buprenorfina + Naloxona constituye el medicamento Suboxone® con las mismas indicaciones que Subutex® y sin el potencial recreativo de este medicamento.

Suboxone® es un medicamento aprobado en los Estados Unidos en Octubre de 2002 para el tratamiento de la dependencia opiácea. Se pretende reducir los riesgos y los daños asociados al uso incorrecto y al mal uso de la buprenorfina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los autores realizan una revisión bibliográfica de los artículos publicados sobre Suboxone® en 2004 y 2005.

El sistema dopaminérgico en la adicción

M. CASAS, M. COROMINAS, C. RONCERO, E. BRUGUERA

Departament de Psiquiatria. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. Catedrático de Psiquiatria

Enviar correspondencia a:

Miguel Casas Brugué. C/ Paseo Vall d'Hebron 119-129 Barcelona 08035. mcasas@vhebron.net

Todas las sustancias psicoactivas con alto potencial de abuso como los opiáceos, el alcohol, la cocaína, las anfetaminas, la nicotina y el cannabis se caracterizan por generar un efecto bifásico sobre el sistema de neuro-transmisión dopaminérgico. La ingesta aguda de la droga provoca un aumento de los niveles de dopamina extracelular, que se ha relacionado con las propiedades reforzantes de las drogas y que, en individuos vulnerables, puede significar el inicio del proceso adictivo. Posteriormente, el consumo crónico se acompaña de una disminución de la función dopaminérgica con desarrollo de fenómenos de hipersensibilidad en las vías mesolímbicas y mesocorticales, que afectan tanto a los receptores dopaminérgicos como a su sistema de segundos mensajeros intracelulares. Se ha sugerido que algunos de los cambios neuroadaptativos observados en los receptores dopaminérgicos estriatales podría ser previo al consumo de sustancias y constituir un factor de riesgo para el desarrollo de la adicción. El cortex prefrontal, que forma parte del sistema mesocorticolímbico, juega un papel crucial en el proceso adictivo, ya que el consumo crónico provoca una prevalencia de los procesos prefrontales inhibitorios con predominio de la actividad D1 sobre D2 .

Los estímulos ambientales, que están estrechamente relacionados en tiempo y en espacio con los efectos de la droga, pueden convertirse en estímulos condicionados (EC) a través de un proceso de condicionamiento pavloviano. Este proceso se ha puesto de manifiesto tanto en estudios experimentales realizados en animales, como en estudios de neuroimagen en humanos y tiene una gran relevancia en la adicción ya que pueden desencadenar la recaída. La inervación dopaminérgica del núcleo basolateral de la amígdala y su interacción con el core del núcleo accumbens, juega un papel esencial en el control de la búsqueda de la droga a través de las pistas ambientales.

La conducta de búsqueda de la droga, que comienza como una conducta instrumental, una acción motivada dirigida a un objetivo, la ingesta de la droga, se transforma progresivamente en una acción habitual controlada por mecanismos estímulo-respuesta. La liberación de dopamina en el estriado dorsal, provocada por la administración de drogas de abuso, tiene un papel crucial en este proceso. Las distintas regiones del estriado de los primates actúan conjuntamente con una organización jerárquica del procesamiento de la información, que se proyecta desde la región límbica hasta la motora pasando por la subdivisión cognitiva del estriado y que implica tanto el área tegmental ventral como la sustancia negra. Esta organización funcional hace posible que la adquisición de la conducta de búsqueda de la droga, inicialmente bajo el control del núcleo accumbens, acabe bajo control del estriado dorsal y de su inervación dopaminérgica nigroestriada.

En la adicción, la conducta compulsiva de búsqueda de la droga acaba siendo un hábito maladaptativo de tipo estímulo-respuesta (E-R) en el cual el objetivo último de la conducta (el placer de consumo de la droga) se ha devaluado y la conducta no está ya bajo el control de este objetivo . El deterioro del cortex prefrontal y de las funciones ejecutivas, que caracteriza las adicciones, colabora en el establecimiento del hábito compulsivo de consumo y favorece la recaída.

Daño cerebral secundario a las adicciones a tóxicos

FERNANDO CASTELLANOS PINEDO

Hospital Virgen del Puerto. Neurologo

Enviar correspondencia a:

Fernando Castellanos Pinedo. Paraje de Valcorchero s/n 10600 Plasencia. Cáceres. fernando.castellanos@ya.com

La adicción al alcohol y otros tóxicos se ha relacionado con diversas alteraciones del sistema nervioso central (SNC) que pueden ser transitorias, como la intoxicación aguda, el síndrome de abstinencia o el delirium, o permanentes, como el deterioro cognitivo.

El alcohol es la droga de abuso más común en nuestro medio y sobre la que se han realizado más estudios al respecto. Se ha demostrado que el consumo de alcohol produce atrofia cortical y alteraciones en la sustancia blanca y que los adictos al alcohol presentan un menor rendimiento en pruebas neuropsicológicas que la población normal, aunque este déficit es al menos parcialmente reversible tras un periodo de abstinencia. El consumo leve-moderado de alcohol en la edad media de la vida se ha relacionado con un menor riesgo de demencia al alcanzar edades avanzadas, mientras que el consumo importante está asociado a un mayor riesgo, si bien los límites entre un consumo moderado y un consumo abusivo no están claramente definidos, por lo que no es posible en el momento actual establecer recomendaciones en este sentido. Algunos estudios apuntan la posibilidad de una interrelación entre el alcohol y el genotipo de la apolipoproteína E, de forma que entre los pacientes portadores del alelo e4 la incidencia de demencia aumenta significativamente si han consumido alcohol en los años previos. Finalmente, el síndrome de Wernicke-Korsakoff puede ocurrir hasta en un 10% de los alcohólicos y provoca un déficit de memoria anterógrada permanente.

Los efectos de otras drogas de abuso sobre el SNC son en general menos conocidos, en particular en lo que se refiere a sus efectos a largo plazo, lo que probablemente se debe en parte a las características propias de este grupo poblacional y las dificultades para realizar un seguimiento protocolizado del mismo. Tanto el cánnabis como la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos o las drogas de diseño, como la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, conocida como éxtasis) producen efectos agudos y transitorios sobre la cognición. En el caso de la cocaína puede producirse además daño cerebral vascular por el aumento de riesgo de hemorragia cerebral. Por otro lado, se ha demostrado que la MDMA produce una lesión selectiva de las neuronas serotoninérgicas, lo que puede tener efectos prolongados en áreas cognitivas y afectivas.

Un aspecto importante de esta problemática es el efecto que el consumo de tóxicos puede tener en periodos críticos del desarrollo cerebral, como son el periodo fetal y la adolescencia. Aunque el síndrome alcohólico fetal es el cuadro más grave conocido secundario a la exposición a tóxicos durante el embarazo, también se han descrito alteraciones en el lenguaje en hijos de madres consumidoras de cocaína. Finalmente, se han demostrado efectos a largo plazo sobre la atención y la memoria en adolescentes consumidores de alcohol y otros tóxicos.

Cirrosis hepáticas compensadas y descompensadas. Transplante de hígado: criterios

ÁNGELES CASTRO IGLESIAS

Complejo Hospitalario "Juan Canalejo" Medicina Interna

Enviar correspondencia a:

Ángeles Castro Iglesias. As Xubias, 84 15006 A coruña. A Coruña. miriamca@udc.es

El concepto de cirrosis hepática es fundamentalmente morfológico. Se define como una alteración difusa de la arquitectura del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración. Estos cambios condicionan una alteración vascular intrahepática y una reducción de la masa funcional hepática, cuyas consecuencias son el desarrollo de hipertensión portal y aparición de insuficiencia hepática. El término de cirrosis hepática compensada se aplica cuando la enfermedad no ha desarrollado ninguna de sus complicaciones mayores: ascitis, hemorragia digestiva, ictericia y encefalopatía hepática.

La cirrosis compensada puede ser clínicamente latente, asintomática y ser descubierta fortuitamente en un examen clínico efectuado por otro motivo. Otros pacientes se diagnostican cuando son explorados por síntomas inespecíficos, como anorexia, astenia y adelgazamiento. La exploración física permite, a menudo, identificar los signos evocadores de enfermedad hepática crónica y los exámenes analíticos cambios sugestivos de cirrosis hepática. El diagnóstico de seguridad sólo puede efectuarse mediante el examen histológico del hígado. No obstante, la ecografía abdominal puede revelar cambios de valor diagnóstico.

En la edad adulta y en la población consumidoras de drogas, la mayoría de las cirrosis hepáticas son causadas por el consumo excesivo de alcohol (30%) y por infección crónica por los virus de la hepatitis B (10%) y de la hepatitis C (50%). El pronóstico de la cirrosis compensada es relativamente bueno y en la mayoría de las series publicadas la supervivencia a los 5 años de seguimiento es del 90% de los casos. Cuando aparecen hemorragia digestiva por varices esofágicas, encefalopatía ó ascitis el pronóstico es más grave. Tras el primer episodio de peritonitis bacteriana espontánea, la supervivencia al año es sólo del 30-45% y tras el primer episodio de encefalopatía hepática es alrededor del 40%. Existen factores que empeoran aún más la evolución de la cirrosis, como son: mantener el consumo de alcohol, la coinfección por el VIH y la desnutrición.

Una vez se ha establecido el diagnóstico de cirrosis compensada, el seguimiento se orienta a ayudar a estos pacientes a cumplir con las normas dietéticas y la medicación, a detectar signos tempranos de fallo hepatocelular, y detectar precozmente el carcinoma hepatocelular. El desarrollo de insuficiencia hepática, así como de complicaciones (hemorragia recurrente por varices, ascitis resistente al tratamiento médico, episodios de peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía hepática) debe llevarnos a la consideración del transplante hepático.

En todo paciente que se considera la posibilidad del transplante hepático, debe tenerse en cuenta: 1) que la esperanza de vida sea mayor con el transplante que sin él; 2) que no se disponga de otros tratamientos curativos; 3) que el transplante hepático pueda prolongar de una manera clara la vida del paciente, o mejorar su calidad de vida; 4) que no existan contraindicaciones al mismo.

En caso de pacientes consumidores de drogas, se requiere una abstinencia de alcohol de al menos 6 meses. También se exige una abstinencia de heroína y cocaína de dos años de duración, pudiendo estar el paciente en programa de metadona. En pacientes que además presenten infección por el VIH, se requiere no haber tenido previamente infecciones oportunistas (a excepción de tuberculosis, candidiasis esofágica o neumonía por *Pneumocystis jirovecii*), tener una cifra de linfocitos CD4 > 100 células /mm³ y una carga viral del VIH indetectable o suprimible con tratamiento antirretroviral.

La desintoxicación en la polidrogodependencia: opiáceos + alcohol+ cocaína + bzd

BENJAMÍN CLIMENT DÍAZ

Unidad de toxicología clínica . Consorcio hospital general universitario. Medico Internista

Enviar correspondencia a:

Benjamín Climent Díaz. Marques de Elche 17, esc1, pta 4 46018 Valencia. climent_ben@gva.es

El tratamiento del paciente con adicción a múltiples drogas presenta una serie de características propias que hacen más complicado su abordaje. Los objetivos del tratamiento y la estrategia terapéutica para llevarlos a cabo deben ser individualizados en cada caso y en cada momento. La desintoxicación a múltiples drogas debe estar enmarcada en un plan terapéutico a largo plazo que incluya tratamiento psicológico e intervención social si es precisa. Cuando tras realizar desde los dispositivos asistenciales especializados una completa valoración física, psicológica, toxicológica y social se plantea realizar un proceso de desintoxicación a múltiples drogas se debe decidir el contexto donde realizarla.

El medio hospitalario se utilizará en pacientes con patologías orgánicas agudas o crónicas, antecedentes de síndromes de privación complicados, fracaso de tratamientos ambulatorios previos, intoxicaciones agudas con sobredosis, comorbilidad psiquiátrica que dificulte su manejo ambulatorio, altas dosis de las sustancias utilizadas, marco familiar y social inadecuado.

La idiosincrasia de cada unidad hospitalaria hará que el perfil de pacientes tratados en ella sea diferente.

La dependencia a múltiples sustancias engloba principalmente a opiáceos (heroína, metadona y codeína), alcohol, cocaína y benzodiacepinas, pero no podemos pasar por alto el añadir el efecto del tabaco y el cannabis. El tratamiento de desintoxicación a múltiples drogas es una controversia médica habiendo pocos datos en la literatura científica.

Debemos diferenciar el planteamiento de una desintoxicación programada en un paciente polidrogodependiente al de una privación a múltiples drogas ocasionada por alguna patología aguda o circunstancia que ha interrumpido su consumo. La privación a múltiples drogas es un cuadro clínico complejo que requiere de un tratamiento hospitalario con una monitorización estrecha.

¿Deben ser tratadas simultánea o consecutivamente?

Normalmente no se realizan desintoxicaciones concomitantes a múltiples tóxicos. Se debe individualizar cada caso escalonando en el tiempo las diferentes fases del tratamiento. En un adicto a opiáceos que consume heroína con dependencia simultánea a cocaína, alcohol y benzodiacepinas se debe tratar primero el alcohol por la gravedad potencial del síndrome de privación, que probablemente será más severo, manteniendo junto al tratamiento pautado para la desintoxicación, que deberá incluir benzodiacepinas, un agonista opiáceo. Posteriormente nos plantearemos la desintoxicación de heroína y cocaína, en cuyas pautas seguirán incluyéndose benzodiacepinas, para en último lugar realizar la desintoxicación de benzodiacepinas. En el caso de que el opiáceo consumido sea metadona habrá que valorar cuál es la dosis de la misma y cuánto tiempo ha estado consumiéndola, puesto que el tratamiento variará según estos parámetros. Ante dosis altas de metadona mantenidas en el tiempo será necesario una primera fase de desintoxicación ambulatoria con reducción lenta y progresiva de la dosis hasta realizar la última fase en el hospital.

Los diferentes fármacos utilizados y su posología deben adaptarse a cada paciente y situación clínica. Habrá que tratar concomitantemente las patologías orgánicas (SIDA, diabetes, hepatopatías, cardiopatías) o psiquiátricas, que pueden descompensarse y las complicaciones que aparezcan durante la desintoxicación. Importante tener en cuenta las interacciones farmacológicas en pacientes polidrogodependientes y polimedicados, tanto por los tratamientos pautados en la desintoxicación, como por los de las patologías concomitantes.

Normativa española en materia de alcohol y drogas

MÓNICA COLÁS POZUELO

Observatorio de Seguridad Vial. DGT. Jefa de área del Secretariado permanente del Consejo Superior de Tráfico y Seguridad de la Circulación Vial

Enviar correspondencia a:

Mónica Colás Pozuelo. Calle Josefa Varcancel, 28 3ª planta 28071 Madrid. monica.colas@dgt.es

Los accidentes de tráfico se han convertido en la segunda causa de muerte entre la población española y en la primera entre los jóvenes. Cada fin de semana mueren en España una media de 20 personas menores de 30 años a lo que hay que añadir otras lesiones, en algunos casos irreversibles, que obligan a una persona a depender de otras para el resto de sus días. Detrás de los accidentes de tráfico, está demostrado, el alcohol está presente en un importante porcentaje y seguramente, aunque en menor medida, y con datos menos contrastados, también lo está la droga, en forma de consumo de una o varias sustancias y, en muchas situaciones, interactuando con el propio alcohol, hasta el punto de ser considerado un problema verdaderamente emergente en el contexto de todos los países de nuestro entorno.

Las Administraciones públicas han de afrontar su lucha desplegando un abanico de medidas legislativas, informativas, educativas y de apoyo, que sirvan para erradicar aquel mal en cuanto ya está implantado y generalizado (alcohol) y para prevenirlo, cuando su implantación tiene en la actualidad un menor asentamiento (drogas).

Un estudio serio de la situación debería centrarse en las medidas legislativas, analizándolas en primer lugar desde la situación vigente en España, para desde ella, y dejando constancia de una realidad documentada que así parece exigirlo, plantear cuáles podrían o deberían ser las perspectivas legislativas de futuro.

Para ello hemos de acudir forzosamente, a los textos normativos de carácter administrativo que regulan las reglas de la seguridad vial por una parte y, por otra, poner en relación aquellas normas administrativas con las normas penales que las complementan, cuando los comportamientos que pretender prohibir o corregir alcanzan altas cotas de gravedad.

Y resulta evidente que el marco para controlar la posible presencia de bebidas alcohólicas en los conductores es, cuando menos, adecuado y ha avanzado, sin dificultades notables, hasta una realidad conocida por todos, a lo que sin duda ha ayudado la existencia de medios técnicos que con un alto grado de fiabilidad y sin ingerencias físicas, ha facilitado la tarea preventiva de los agentes de vigilancia y con ella la del conjunto de sus actuaciones. Distinta es sin embargo la situación en materia de drogas.

El poco desarrollo hasta el momento de los estudios científicos sobre la materia, la escasa experiencia de los demás países en las mismas actuaciones y, como consecuencia de ello, el hecho de que el legislador debiera basar su trabajo normativo sobre unos conceptos que en la experiencia y en la realidad práctica le resultan desconocidos, venía haciendo difícil abordar el problema.

Ello, no obstante, podemos afirmar, que la literatura médico científica ya puede aportar conclusiones efectivas sobre la influencia de las drogas en la conducción, puede aportarlas también sobre su detección en el cuerpo humano y en definitiva, los trabajos conjuntos de campo y laboratorio nos hacen albergar la esperanza de que muy pronto se podrá contar con instrumentos fiables para que aquella actividad preventiva de los agentes de vigilancia pueda llevarse a la práctica con un alto grado de seguridad.

En esa línea de futuro inmediato, debe pues moverse ya el legislador y las posibilidades de aquél movimiento serán precisamente objeto de los intentos de avance futuros.

--Enero 2006--

El modelo portugués de atención a drogodependientes

DINIS CORTES

De Alentejo del (I.D.T). Subdelegado Regional y Director Clínico de la Región Alentejo

Enviar correspondencia a:

Dinis Cortes. C/ Praceta Antonio Aleixo, 11 Berja 7800 Lisboa. dcortes@portugalmail.pt

El Autor describe la evolución del modelo de Atención en Portugal desde los años 70 hasta la actualidad centrandose en el cambio de paradigma desde la justicia hasta la salud. Presenta igualmente de una forma sencilla e comprensible las especificidades de este modelo, centralizado, en opuesto al modelo de España, regionalizado, terminando con una descripción del modelo actual e de los cambios anunciados para este mismo año intentando una visión de futuro para la área de intervención en drogodependencias Portuguesa.

Investigación en neurobiología y nuevos estudios de psicoestimulantes

CARMEN DE FELIPE FERNÁNDEZ

Facultad de Farmacia. Universidad Miguel Hernández. Profesora titular y Decana

Enviar correspondencia a:

Carmen de Felipe Fernández. Apartado de Correos 18 San Juan 03550 Alicante. cdf@umh.es

Incluso cuando hablamos de drogas potencialmente muy adictivas como cocaína, solo el 16-20% de los consumidores se hacen dependientes, y por ello la pregunta es ¿por qué solo algunos individuos hacen la transición del uso recreativo o circunstancial de la droga, a un patrón de búsqueda y abuso compulsivo?. Los nuevos modelos experimentales han conseguido reproducir en animales estas cifras de dependencia tras autoadministración prolongada en roedores y el estudio cerebral revela nuevos mecanismos moleculares. Se discutirán además los factores biológicos y genéticos de vulnerabilidad que determinan la susceptibilidad para dicha transición.

Otro avance importante en la neurobiología de la adicción es que la exposición a drogas de abuso produce neuroplasticidad en los circuitos cerebrales implicados en la recompensa y la motivación. Así, de la misma manera que los mecanismos de potenciación a largo plazo (LTP) en el hipocampo son los responsables de la plasticidad neural en el aprendizaje y memoria, la existencia de LTP en las sinapsis excitatorias del área tegmental ventral tras la administración crónica de drogas o tras episodios de estrés sugieren que maladaptaciones en la neuroplasticidad de esta área pueden contribuir a la transición del uso al abuso de sustancias.

La teoría de la sensibilización incentivante propuesta por Robinson y Berridge sugiere que las drogas inducen sensibilización de los sistemas cerebrales mesocorticolímbicos que lleva a que el consumo de las drogas se vuelva compulsivo independientemente del placer que producen, del síndrome de abstinencia en su ausencia, y de los hábitos o memorias formados anteriormente. Los dos tipos de efectos que se sensibilizan con el consumo de las drogas son la activación psicomotora (locomoción, exploración y aproximación) y el incentivo motivacional ("wanting"; proceso psicológico más complejo de estudiar en animales). La sensibilización motora es producida por muchas drogas de abuso, anfetamina, cocaína, opiáceos, metilfenidato, alcohol y nicotina, especialmente si son administradas a dosis altas y/o con incremento progresivo e intermitentes y dependiente de la velocidad de administración, y su principal característica es que es muy persistente, estando presente meses-años tras el cese de su administración en animales y en humanos. Un hecho tremendamente importante en la sensibilización para la adicción es la existencia de diferencias individuales en la susceptibilidad a sensibilizar. Sabemos que, algunos individuos sensibilizan rápidamente y otros son más resistentes. La hipótesis es que los primeros serían los individuos candidatos a realizar el cambio de consumidores a adictos. Esta diferente vulnerabilidad a la sensibilización viene determinada por varios factores, entre otros las hormonas sexuales, las hormonas de estrés (existe cross-sensibilización entre estrés y drogas), las experiencias traumáticas previas, las enfermedades psiquiátricas y por supuesto las posibles variaciones genéticas interindividuales.

Aunque los avances en el conocimiento de la neurobiología de la adicción son considerables, la asignatura pendiente es mejorar los tratamientos farmacológicos e implementar nuestro sistema de atención al enfermo.

¿Es posible informar adecuadamente sobre el problema de drogadicción a los jóvenes?

BEGOÑA DEL PUEYO RUÍZ

Punto Radio. Responsable del programa "Todos contra las Drogas" Periodista

Enviar correspondencia a:

Begoña del Pueyo Ruíz. Avd. Diagonal, 441 08036 Barcelona. begona@ondarambla.es

Tres décadas después de que la UNESCO reconociera que "los medios de comunicación representan un poderoso instrumento para fomentar actitudes y transmitir conocimientos en materia de drogas", los periodistas continuamos enfrentándonos al mismo peligro sobre lo que ya advertía el organismo de la ONU en el año 1972, es decir, que "una información transmitida inadecuadamente puede llegar a propagar el uso de las drogas".

El efecto magnificador de los medios, cuando no se manejan adecuadamente las estadísticas y los estudios (se mezclan consumos ocasionales con habituales e investigaciones científicas con conclusiones de dudosa procedencia) puede provocar en la opinión pública la sensación de que la mayoría de los jóvenes se droga, normalizando los consumos que se pretenden combatir.

Dos ejemplos para ilustrar esta situación:

- Un estudio realizado por la FAD revela que el 43% de los padres considera inevitable que sus hijos entren en contacto con las drogas y esa frustración les impide actuar.
- La percepción de que sus compañeros toman más de lo que realmente prueban, indujo a admitir consumo de sustancias que no existen (se introdujeron junto a las reales) en un muestreo a adolescentes que Energy Control (ONG que trabaja en programas de reducción del riesgo), realizó en institutos para conocer los hábitos de consumo.

Por otra parte, los consumidores de fin de semana no solo no se identifican con los adictos cronificados que suelen aparecer en la prensa, sino que les hace relativizar el uso "lúdico", que hacen ellos de las sustancias. A esto hay que unir el empleo de un lenguaje poco adecuado (se habla de drogas de "diseño", por ejemplo) o que en las radiofórmulas y las teleseries los personajes con los que más se identifican los adolescentes son los que hacen guiños al consumo.

Pese a estas distorsiones del mensaje, los medios de comunicación no pueden renunciar a su responsabilidad en la formación y también en la conformación de estados de opinión con respecto a las drogodependencias. Pero para cumplir el objetivo es imprescindible:

- El compromiso de las empresas de comunicación de formar a periodistas especializados que puedan contrastar sus informaciones con los equipos multidisciplinares que trabajan en drogodependencias.
- Habilitar espacios de debate y reflexión en los que los profesionales puedan participar, ofreciendo recursos más allá de la información puntual, al hilo de la noticia de apenas un minuto de duración.
- La implicación de terapeutas, psicólogos, sociólogos, antropólogos, educadores sociales, médicos, etc. en la elaboración de argumentos más novedosos, que puedan calar en los adolescentes, aprovechando la plataforma de los medios de comunicación.

ASI para adolescentes. (TEEN-ASI)

ROSA DÍAZ, JOSEFINA CASTRO, ROSA CALVO, LAURA GONZÁLEZ, LOURDES SERRANO, ANTONIO GUAL

Servicio de Psiquiatría y Psicología infantojuvenil (Unidad de Adicciones). Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Psicóloga

Enviar correspondencia a:

Rosa Díaz. C/Villarroel 170 Barcelona 08036. diaz@clinic.ub.es

Introducción: Ante el incremento de los problemas relacionados con el consumo recreativo de sustancias adictivas y de las demandas de tratamientos de deshabituación en población juvenil, nos encontramos con la necesidad de validar en nuestro país instrumentos para medir la gravedad de la adicción como el Teen-Addiction Severity Index (T-ASI), que permitan determinar el tipo de intervención más adecuada en cada caso, así como monitorizar la efectividad de los tratamientos utilizados.

Material y método: Se administraron 5 escalas del T-ASI (drogas, escuela, familia, amigos, legal y psiquiátrica) conjuntamente con una entrevista semi-estructurada para recoger datos socio-demográficos, psicopatológicos y de rendimiento escolar a 80 adolescentes (36,3% chicos) de 12 a 18 años (media: 14,5 desviación: 1,48) que iniciaron tratamiento en el Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil de l'Hospital Clínic entre los meses de marzo y octubre del 2004.

Resultados: La escala "drogas" del T-ASI correlacionó significativamente ($r=0.898$ $p<0.01$) con la medida de "problemas con alguna droga" valorada a partir de la entrevista y la historia clínica de los pacientes (5 categorías: no-consumo, consumo ocasional, habitual, de riesgo y abuso-dependencia). Todas las escalas, excepto la de "gravedad psiquiátrica", discriminaron significativamente entre los pacientes con y sin problemas de abuso o dependencia de sustancias.

Conclusiones y discusión: El Teen-ASI adaptado al castellano se revela como un instrumento válido para medir la gravedad de los problemas relacionados con el consumo de drogas en población adolescente psiquiátrica. Los problemas con las drogas están relacionados con menor rendimiento en la escuela, peores relaciones familiares y con los amigos y más problemas legales, pero no necesariamente con la gravedad del trastorno psiquiátrico por el que los adolescentes acuden al servicio.

Craving e impulsividad

GERARDO FLOREZ

Centro Asistencial As Burgas. Unidad Concertada del SERGAS. Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

Gerardo Florez. Rúa do Progreso, 41 9º E 32005 Orense. gerardof@mundo-r.com

INTRODUCCIÓN

El craving, fenómeno básico de las adicciones, se presenta como un trastorno del control de los impulsos al dificultar la capacidad del sistema ejecutivo humano para tomar decisiones.

MATERIAL

Presentación de los últimos hallazgos científicos referentes al craving y a la impulsividad. Descripción de las distintas herramientas de evaluación del craving. Repercusión de estos hallazgos en los tratamientos farmacológicos de las adicciones (haciendo especial hincapié en los tratamientos farmacológicos para la deshabitación alcohólica). Presentación de resultados preliminares de un estudio abierto randomizado en el que se compara la eficacia anti-craving de Topiramato frente a Naltrexona en el tratamiento de la deshabitación alcohólica.

MÉTODO

1. Exposición de las bases cognitivas del craving.
2. Exposición de las bases fisiológicas del craving.
3. Exposición de las bases bioquímicas del craving.
4. Descripción de los instrumentos de medida del craving.
5. Descripción de los tratamientos farmacológicos anti-craving.
6. Presentación de resultados preliminares de estudio comparativo de dos fármacos anti-craving.

DISCUSIÓN

La investigación sobre el craving y su relación con la impulsividad ha abierto una línea fundamental para la comprensión del fenómeno adictivo y el desarrollo de tratamientos eficaces. Sin embargo, todavía es necesario profundizar en el conocimiento de este singular fenómeno ya que existen en la actualidad numerosas controversias en cuanto a la naturaleza fisiológica y cognitiva del mismo. A pesar de estas controversias los avances en la investigación mencionados anteriormente ya han permitido el desarrollo de varios agentes farmacológicos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de deshabitación.

La prevención comunitaria desde la perspectiva municipal

JOSÉ GUILLERMO FOUCE FERNÁNDEZ

CAID.Universidad de Oviedo. Coordinador

Enviar correspondencia a:

José Guillermo Fouce Fernández. C/ Gloria Fuertes, 11, 2º E Torrejón de Ardoz 28850 Madrid. guiller@cop.es

1. Introducción: la prevención comunitaria

Ni el sustantivo prevención, ni el adjetivo comunitario son términos unívocos y fáciles de delimitar y abordar y merecen, por tanto, una reflexión para establecer de qué pretendemos hablar cuando hablamos de intervenciones comunitarias.

Se abordará en la ponencia, por tanto, la definición extendida o restringida de ambos términos, señalando, así mismo, las dicotomías y contradicciones que surgen al desarrollar este ejercicio ya que, desde una reflexión global, la intervención comunitaria, definida a partir de sus principios generales como metodología y sensibilidad de trabajo, abarcaría todos los ámbitos de la prevención e intervención, siendo posible y estando de moda adjectivar todas las intervenciones como pretendidamente comunitarias; desde una perspectiva más restrictiva, sin embargo, pocas intervenciones consideran los principios básicos de la intervención comunitaria (participación de la comunidad, interactividad, enfoque global, promocional, conexión entre intervenciones, etc).

Por último, y desde una perspectiva pragmática, la intervención comunitaria, vista como ámbito de intervención parece recoger todas aquellas intervenciones que no se desarrollan en el ámbito escolar o familiar.

La prevención comunitaria debería jugar un doble papel: como principios transversales inspiradores de todas las intervenciones y como ámbito de intervención más allá de las intervenciones convencionales de tipo familiar o escolar.

2. Actuaciones en prevención comunitaria

Se reflejarán, brevemente, desde una perspectiva pragmática, algunas de las intervenciones que suelen situarse en el ámbito de la prevención comunitaria como las campañas informativas universales, el trabajo con mediadores sociales, uso de nuevas tecnologías, programas de conducción y alcohol y los programas de ocio nocturno alternativo juvenil.

3. Los programas de ocio nocturno alternativo juvenil y la intervención comunitaria

Se entrará a delimitar algunas de las características básicas de estos programas, así como las principales controversias surgidas en torno a los mismos relacionando las mismas con los aspectos conceptuales previamente señaladas de intervención comunitaria.

Los programas de ocio nocturno alternativo juvenil, pueden analizarse hoy, con una cierta perspectiva mayor pues se han estabilizado en el tiempo, constituyéndose, en muchos casos, en un instrumento más de intervención. Los mismos, a mi juicio, no pueden considerarse preventivos o comunitarios sin más, sino que depende de cómo se articulen y manejen los mismos, estos nuevos espacios de intervención serán útiles, preventivos y comunitarios o no.

4. A modo de conclusión: preguntas y sugerencias de posibles actuaciones.

La prevención comunitaria supone hoy, como en el pasado, un impulso que nos genera dudas, preguntas e incógnitas; impulso sobre el que debemos plantearnos preguntas como la dimensión comunitaria que estamos aplicando a muchos de los programas de prevención que desarrollamos hoy de manera deslavazada y desconectadas, el papel de la participación de la comunidad en la prevención o la necesidad de una mayor coordinación entre agentes sociales implicados en la prevención. Aspectos estos necesariamente abordables desde nuestra práctica diaria y especialmente desde las intervenciones a desarrollar en el ámbito local, tradicionalmente el más cercano al ciudadano y, por tanto, a la comunidad.

La prevención comunitaria, por otra parte, impulsa nuevos campos y ámbitos de intervención como la intervención en el ocio nocturno juvenil o en riesgos como la conducción y el consumo de tóxicos.

Índice de gravedad de la adicción. ASI-6

PAZ GARCÍA PORTILLA Y GRUPO DE ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DEL ASI-6

Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

Paz García Portilla. C/ Julian Claverías, s/n Oviedo 33006 Asturias. albert@uniovi.es

Introducción: Desde su introducción en 1979, el Addiction Severity Index –ASI- se ha convertido en uno de los instrumentos más universalmente utilizado y valorado en el ámbito clínico y de investigación de los trastornos por consumo de sustancias.

Las tendencias actuales en el uso y abuso de drogas y en su atención integral por los sistemas de salud han llevado a sus creadores a actualizar y ajustar nuevamente el ASI. De este modo surge una nueva versión, el ASI6, con importantes cambios estructurales y de contenido sobre la versión anterior.

Los cambios estructurales del ASI6 se traducen en tres elementos de gran importancia de cara a la aplicabilidad del instrumento: el tiempo de administración, la fiabilidad interexaminadores y el desarrollo de metodologías de seguimiento más eficaces. Por un lado, el incluir ítems de screening con reglas de escape permite acortar el tiempo de entrevista si el paciente no tiene problemas en esos ítems. Por otro lado, para muchos de los ítems se explicitan más claramente y en el propio cuestionario las definiciones y los criterios operativos para la evaluación y puntuación, lo que se traduce en una mayor facilidad de administración y una mayor fiabilidad interexaminadores. Finalmente, están en desarrollo la entrevista de seguimiento telefónico o autoaplicada a través de ordenador.

Los cambios de contenido del ASI6 comprenden una evaluación más precisa, detallada y actualizada de todas las áreas en general, pero especialmente del área de Daño Físico comórbido y del área de Drogas/Alcohol que incorpora la evaluación del uso de tabaco y del juego patológico, así como del área de la Familia/Social con incorporación de ítems sobre órdenes de alejamiento y problemas de custodia de los hijos.

Dentro del marco de Acciones Preferentes del Plan Nacional sobre Drogas para el periodo 2005-2008, se ha iniciado un proyecto de investigación con el objetivo principal de adaptar y validar al español la versión actual del Addiction Severity Index (ASI6).

Objetivo: Adaptar y validar un instrumento de evaluación de la gravedad de la adicción –ASI6- para su uso en la práctica e investigación clínica en los trastornos por consumo de sustancias en España.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico de validación de un instrumento de medida, comparativo entre un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (n= 200), divididos en dos subgrupos: A1 pacientes inestables (n= 150) y A2 pacientes estables (n= 50), y un grupo de controles sanos (n= 50). El proyecto consta de dos fases:

– Fase de Traducción y Adaptación al español (9 meses), que incluye (1) traducción y adaptación al español, (2) retrotraducción y aceptación por autores originales, (3) estudio piloto, edición, impresión definitiva y distribución de protocolos, y (4) estandarización de los evaluadores clínicos

–Fase de Validación (21 meses)

Resultados: en la actualidad se ha finalizado la traducción y adaptación al español y nos encontramos en la fase de retrotraducción y aceptación por parte de los autores originales.

Epidemiología del tabaquismo en Extremadura

PEDRO GARCÍA RAMOS

Director Gral. De Consumo y Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura . Medico

Enviar correspondencia a:

Pedro García Ramos. Juan Pablo Forné, 9 Mérida. Badajoz. dgscsc@sc.juntaex.es

Con independencia del marco actual de incidencias y prevalencias, quiero adelantar en este resumen el impacto del problema en nuestra Comunidad Autónoma.

El impacto extremadamente negativo del tabaco en la salud, ha quedado demostrado en los últimos años, en los que se han ido recogiendo suficientes evidencias que lo relacionan estrechamente con el padecimiento de numerosos tipos de tumores, enfermedades cardiovasculares y enfermedades del aparato respiratorio.

Según los datos de la Encuesta Extremeña de Salud en 2001, la prevalencia del consumo de cigarrillos es del 32%.

En el mismo se observa un incremento en la Comunidad Extremeña de la cardiopatía isquémica y de la enfermedad cerebrovascular, con respecto al resto del país, mientras que las enfermedades respiratorias y las neoplasias se encuentran por debajo de lo que se observa en el resto.

El tabaco ha producido 2.366 muertes en el periodo de estudio, lo que representa aproximadamente el 23,16% de todas las muertes ocurridas en Extremadura durante 1.992. El 72% de las cuales se produjeron en varones y el 28% restante en mujeres.

En España, sin embargo ese mismo año, según el estudio de González Enríquez et al., estas muertes supusieron el 14,7%, lo que significa que en Extremadura tenemos un 57,64% mas de mortalidad atribuible al tabaco que la media del país.

Dentro de este ámbito hay que reseñar la importancia que tiene dentro del sexo masculino el cáncer de pulmón, que supera con creces a la mortalidad ocasionada por la cardiopatía isquémica o la enfermedad cerebrovascular. No ocurre lo mismo para el sexo femenino donde la mortalidad por enfermedad cardiovascular supone el 71% de todas las muertes ocasionadas por el tabaco, siendo los tumores tan solo el 11% de todas las defunciones, por debajo incluso de las enfermedades respiratorias.

Al coste social de la muerte y de la propia enfermedad, habría que añadir las consecuencias inmediatas: el coste sanitario y el coste por pérdida de capacidad productiva. Los fumadores tienen con relación a los no fumadores: 2,5 días más de incapacidad laboral, y 6,5 días más de absentismo laboral al año.

En Extremadura, prácticamente 1 de cada 3 muertes ocurridas en varones y 1 de cada 8 en mujeres, son producidas por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. La proporción en el sexo femenino es muy superior a la observada para la media del país, que se sitúa para el mismo año en 1:50. Lo cual nos induce a pensar que la mayor prevalencia de fumadores masculinos y los incrementos en la PAP para este sexo, están induciendo una mayor morbilidad en el sexo femenino, que podría estar relacionada a una mayor exposición.

De todos modos el incremento observado de la PAP en la población femenina también ha sido puesto de manifiesto en el trabajo de González Enríquez J y colaboradores, donde se advertía por primera vez un incremento notable de las muertes atribuibles al tabaco en la población femenina, con respecto a trabajos similares publicados con anterioridad. Este hecho se produce por la utilización de una aproximación más realista de prevalencias y riesgos desagregados por edad, sexo y condición de fumador.

En el deseo de utilizar riesgos validados y contrastados, probablemente se haya infraestimado también los mismos, por lo que en definitiva hemos llegado a una aproximación bastante cautelosa del impacto real del consumo de tabaco en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

El uso eficaz de los medios para la formación de valores

VALENTÍ GÓMEZ I OLIVER

Observatorio Europeo de la Televisión Infantil (OETI). Presidente

Enviar correspondencia a:

Valentí Gómez i Oliver. C/ Aragón, 290-292, 5º B Barcelona 08009. prensa@oeti.org // observatori@oeti.org

Como introducción queremos señalar que hablaremos de todas las "pantallas"-los medios- y nos referiremos en especial a la televisión como sinécdoque de todas ellas. Según todos los grandes estudiosos la televisión, medio de comunicación relativamente joven, puede llegar a configurar en el espectador su visión del mundo. Lo mismo ocurre con los demás medios y especialmente con las nuevas tecnologías (TIC).

Es bien sabido- según las intermitentes y frecuentes estadísticas- que los niños y jóvenes de los países desarrollados pasan más horas frente a la televisión, que en las aulas escolares. Los nuevos modelos de estructura familiar propician que, muy a menudo, vean la televisión solos y sin ningún tipo de ayuda pedagógica, analítica o crítica. Es por ello, que en todo el mundo se ha planteado desde hace ya muchos años- con resultados sobre los que se puede discutir- la necesidad básica de que "hay que enseñar a ver la TV, tanto a los niños, a los jóvenes y a los adultos", la tan cacareada "alfabetización mediática, lo que los anglosajones denominan la "media literacy". La introducción de la distinción, podríamos afirmar gnoseológica, entre "ver" y "mirar" la televisión – las pantallas- resulta básica a la hora de pensar en la "nueva educación", tan importante en la era de la aldea global y de la edad del conocimiento.

Resulta necesario, pues, tras estas constataciones, que los programas infantiles y juveniles –en todos los medios- incorporen en el momento de su ideación, aquellos que algunos preclaros especialistas denominan la tríada mágica de la televisión infantil y juvenil: formación (en valores), educación (en conocimientos) y entretenimiento, tout court. No podemos hacer hincapié en los valores sin hablar de los otros dos momentos, recordándonos un poco la trimurti del hinduismo.

Los elementos formativos, que impregnan los in-formativos, deben fomentar conceptos como el de solidaridad, el respeto a la diversidad, a la familia, a la colectividad, al individuo. En resumen: desarrollar el espíritu de los ciudadanos.

Los elementos educativos deben vehicular los elementos propuestos por pedagogos, maestros, educadores, padres y madres, comunicadores. Y potenciar la familiaridad entre el mundo educativo y el audiovisual, gran asignatura pendiente en buena parte del sistema educativo mundial.

Por último, los programas infantiles y juveniles deben entretener, fomentando la fantasía, la imaginación y la creatividad de los niños a quienes están dirigidos, evitando que lo lúdico sea el único elemento a la hora de confeccionar los programas, fomentando la capacidad de elaborar deseos, sueños, utopías y otras ensoñaciones necesarias para cambiar el mundo.

El gran argumento de discusión es que los programas infantiles en los medios de comunicación y en las nuevas tecnologías que contengan y elaboren de manera armónica estos tres ingredientes son, desafortunadamente, todavía muy pocos. La sensibilidad de muchos programadores, educadores, asociaciones de padres y madres, asociaciones de telespectadores, productores televisivos, inventores de contenidos y un etcétera cada vez más numeroso (la sociedad civil) nos hace pensar que paulatinamente irán apareciendo más programas para niños y jóvenes que sean, a la vez, "formativos, educativos y entretenidos".

El alcohol en la dependencia de cocaína

BEGOÑA GONZALVO CIRAC

Centro de Investigación y Tratamiento de las Adicciones- CITA- Dosrius- Barcelona Dpto. de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron - Barcelona. Médico

Enviar correspondencia a:

Begoña Gonzalvo Cirac. C/ Girona , 80 1º 1ª 08009 Barcelona. 29904bgc@comb.es // bgonzalvo@vhebron.net (trabajo)

Diversos estudios clínico-epidemiológicos han demostrado que la mayoría de las personas que tienen una dependencia de cocaína, presentan al mismo tiempo algún trastorno relacionado con el consumo de alcohol.

El conocimiento y manejo clínico de esta doble adicción, constituye un reto terapéutico para los profesionales que trabajamos en el campo de las adicciones, debido al elevado número de pacientes que presentan un doble diagnóstico de dependencia de cocaína y abuso o dependencia de alcohol, y también debido a la complejidad del trastorno.

En este caso, la dependencia de cocaína se considera de peor pronóstico y mayor gravedad; asociándose a un mayor número de complicaciones físicas y psíquicas, a una mayor tendencia a las conductas agresivas en estado de intoxicación y a una menor adherencia al tratamiento de los pacientes, siendo mayor el número de recaídas, y menor el tiempo de abstinencia.

El consumo combinado de cocaína y alcohol produce un aumento y potenciación de los efectos gratificantes de las dos sustancias (aumenta la euforia y percepción de bienestar) y disminuye los efectos indeseados (ansiedad, ideas paranoides). Esto conlleva, por tanto, un aumento de la cantidad consumida de ambas sustancias.

La interacción de cocaína y alcohol da lugar a la formación en el hígado de una nueva sustancia, el cocaetileno; de efectos similares a la cocaína pero de eliminación más lenta y que hace que los efectos de la cocaína sean más prolongados y más intensos. El cocaetileno, formado a partir del acetaldehído y la cocaína, es una sustancia más tóxica a nivel cardiovascular y más adictiva que la cocaína o el alcohol por separado. El cocaetileno actúa también a través de los circuitos cerebrales de refuerzo y recompensa.

En los pacientes que presentan una dependencia de cocaína y un abuso o dependencia de alcohol al mismo tiempo, es necesario el abordaje conjunto de ambas adicciones. Muchas veces los pacientes consultan por los problemas derivados del consumo de cocaína pero no consideran que el consumo de alcohol sea un problema para ellos. En ocasiones el paciente adquiere conciencia de su doble adicción tras producirse una recaída en el consumo de cocaína después de una ingesta de alcohol o al aparecer o aumentar el craving de cocaína justo después de un consumo de alcohol. No obstante, el tratamiento de los dos trastornos debe realizarse al mismo tiempo desde el inicio.

La intervención terapéutica debe comprender el abordaje psicosocial y el farmacológico. Limitándonos a este último, comentar que para el tratamiento de la dependencia del alcohol, disponemos de varios fármacos eficaces. Respecto a la dependencia de cocaína no existe actualmente ningún tratamiento farmacológico específico, aunque se están realizando múltiples estudios clínicos. Sería conveniente el estudio de estos fármacos en pacientes que presenten ambos diagnósticos.

Gestión de calidad. Indicadores en comunidades terapéuticas.

JAVIER GUZMÁN CUEVAS

Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias (FADA). Gerente

Enviar correspondencia a:

Javier Guzmán Cuevas. Avd. Hytasa Ed. Toledo II Pl. 2 Modulo 3 Sevilla 41006. javier.guzman@juntadeandalucia.es

La Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias es una entidad pública, constituida por Acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía el 23 de Febrero de 1998 y adscrita a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Su finalidad es la gestión de programas y centros que presten atención a las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, apoyar su incorporación social y laboral y mejorar su calidad de vida.

La calidad es la facultad de un conjunto de características inherentes a un producto, sistema o proceso para cumplir con los requisitos del cliente. Un producto o servicio es de calidad cuando satisface a los clientes, de este modo se les presta una mejor atención y se logra el más alto grado de bienestar.

El Sistema de Gestión de Calidad implantado en la Fundación es el marco general que ordena y estructura las actuaciones que se realizan desde los diferentes ámbitos de la organización. Este Sistema se sustenta en el Manual de calidad, que sirve de referencia permanente durante su implantación y aplicación; en los procedimientos generales, documentos que establecen las responsabilidades y criterios en las actuaciones relacionadas con la aplicación del Sistema requerido por la norma ISO 9001:2000 y por último, en los procedimientos operativos que son los documentos que describen de manera ordenada y en detalle las acciones que conduzcan a la realización de un determinado trabajo o tarea que afecte a la calidad.

Asimismo, la elección de la Norma ISO 9001:2000 viene determinada en gran medida por sus principios, que se han convertido en objetivos estratégicos de gestión de la Fundación, entre ellos se encuentra un enfoque basado en procesos. Los procesos son las actividades que interactúan transformando los elementos de entradas en resultados. Para el Sistema los elementos de entrada son los procedimientos generales. Una gestión adecuada de los procesos 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 la medición y seguimiento de los procesos mediante la asociación de indicadores a los mismos, lo que facilita que se cuantifiquen los aspectos más relevantes y de este modo se evalúe la calidad

y su progreso en el tiempo. Dentro de los procedimientos establecidos para las comunidades terapéuticas se encuentran dos indicadores, por una parte el tanto por ciento de altas terapéuticas respecto a las altas totales y de otra, la ocupación de las comunidades terapéuticas.

Inmigración. Nuevos retos ante nuevas poblaciones

DOLORES HERNÁNDEZ HERRERA

Técnica de la Oficina Permanente de Inmigración. Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura Trabajadora Social.

Enviar correspondencia a:

M^a Dolores Hernández Herrera. Plaza Alferceces Provisionales, 1 10001 Cáceres. mdolores.hernandez@juntaextremadura.net

1.- Introducción

En un mundo donde los flujos migratorios no solamente de capitales sino también de mano de obra, difícilmente podemos hablar de migración como un fenómeno local o nacional. La globalización afecta a la economía, a las comunicaciones, a la cultura, a la familia. El movimiento de personas atravesando sucesivas fronteras estatales, ha ido dibujando en España un paisaje racialmente diverso. En Enero de 2005 había en España 3'7 millones de extranjeros, según datos del INE. Lo que realmente singulariza el caso español, no son las cifras de inmigrantes, que todavía son inferiores a las de la mayoría de los países de nuestro entorno, sino la casi súbita irrupción del fenómeno, la aceleración experimentada por la llegada a nuestro país de ciudadanos extranjeros.

Cuando se relacionan estos dos términos, inmigración y drogodependencias hay que ser muy cuidadoso a la hora de hacer un análisis, ya que nos movemos en un área que se sitúa entre dos problemáticas, que por parte de nuestra sociedad, se tiende a estigmatizar.

La drogodependencia y la inmigración confluyen allí donde a las personas inmigradas no se les facilita la incorporación a la sociedad receptora, o bien, que puedan estar asentados sobre una base de desigualdad y de etnocentrismo; y también allí donde las personas, que en muchos casos parten de situaciones de debilidad, se encuentran en situaciones de marginación y/o exclusión a nivel económico, social y cultural. Situaciones de marginación, que puede conllevar, entre otras cuestiones, problemas de drogodependencias.

2.- Metodología

El objetivo de esta investigación es conocer si la población inmigrante de nuestra comunidad presentan problemas de drogodependencias y si es así, en qué medida llegan a los servicios que prestamos desde las administraciones públicas, organismos y entidades para que este problema sea tratado.

En esta investigación descriptiva nos hemos nutrido de dos fuentes, una sobre datos bibliográficos y documentados, y otra sobre datos directos a través de entrevistas y cuestionarios.

3.- Resultados

Los resultados obtenidos después de haber tabulado y analizado los datos y cuestionarios, han puesto de manifiesto que los inmigrantes con problemas de drogodependencia es un colectivo minoritario dentro del grupo de los drogodependientes y que a los Centros de Drogodependencias no acuden los inmigrantes, bien porque no tienen dicho problema o porque igual que hace unos años con la población autóctona, quienes acuden a los centros de tratamiento son sólo una parte, minoritaria, del total de la población inmigrante drogodependiente. La otra parte, puede permanecer escondida a las cifras oficiales por causas de irregularidad, desconocimiento, falta de información...

Las propuestas de actuación que recomendamos son:

–Elaborar materiales informativos adaptados .

–Campañas específicas de información y prevención con respecto al uso de drogas insistiendo en los riesgos legales que supone el consumo, el tráfico y los delitos relacionados con éstas.

–Iniciar un trabajo preventivo, sobre todo en las zonas con más población inmigrada, a través de la figura del Mediador Intercultural.

- Realizar estudios de seguimiento de esta población.
- Tener en los Centros de Drogodependencias , guía de recursos de apoyo social dirigido a inmigrantes.
- Elaborar un mapa de zonas de riesgo .
- Incorporar la presencia del Mediador Intercultural en los recursos sanitarios y de drogodependencias.

–Formar y trabajar con los profesionales de atención con drogodependientes, las herramientas necesarias para atender las posibles usuarios inmigrantes.

La Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol (UPRA) en un hospital general como puerta de entrada al tratamiento comunitario

MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ-ARRIERO, GUILLERMO PONCE, ROSANA MOSANOR, ROBERTO RODRÍGUEZ-JIMENEZ

Hospital Universitario 12 de Octubre. Servicio de Psiquiatría. Unidad de Patología Dual y Conductas Adictivas

Enviar correspondencia a:

Miguel Ángel Jiménez Arriero o Guillermo Ponce. Hospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Psiquiatría. Avda. Córdoba s/n 28041 Madrid. mjimenez.hdoc@salud.madrid.org - gponce.hdoc@salud.madrid.org

Introducción. En Madrid, desde el inicio de la reforma psiquiátrica, mediados los años ochenta, surgen diversos programas específicos para tratamiento ambulatorio del Alcoholismo en los recién creados Centros de Salud Mental (CSM). Pero no es hasta 1996 cuando surge la primera unidad mixta (psiquiatría y medicina interna) para la desintoxicación y seguimiento de los pacientes alcohólicos en el Hospital 12 de Octubre. De referencia para el Area asistencial 11 de la Comunidad de Madrid (840.000 hb) y los 5 CSM que la integran.

Material y Método. Actividad, función y coordinación de la Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol (UPRA), de la Unidad de Patología Dual y Conductas Adictivas del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Resultados. Durante estos años la UPRA ha jugado un papel de interconexión entre los diferentes dispositivos asistenciales del Area 11. Es un punto de referencia para atención especial de enfermos alcohólicos derivados desde Atención Primaria (AP), desde los CSM, desde Servicios médico-quirúrgicos del hospital, y desde los CAD y CAID de la zona. Incluso permite la detección y derivación inmediata desde el Servicio de Urgencias, permitiendo la entrada al sistema asistencial de pacientes que de otra forma permanecerían sin ser incluidos en los dispositivos específicos.

Durante estos diez años ha visto 2473 pacientes, de los que 334 (13,5%) han recibido desintoxicación hospitalaria y el resto tratamiento ambulatorio. La población flotante habitualmente en tratamiento activo son

unos 692 pacientes (28%). El 82% de los pacientes (1583) son varones y la edad media alcanza los 42 años. Los pacientes derivados tras detección interna en el propio hospital, urgencias o interconsultas hospitalizadas, supusieron el 52%, los pacientes derivados desde los CSM alcanzaron un 34%, los derivados desde AP un 18% y desde la red de drogas 6%. Se mantienen intervenciones psicoterapéuticas específicas de tipo grupal y con orientación motivacional, de prevención de recaídas y de reducción de daño. Igualmente actividades psicoeducativas dirigidas a pacientes, familiares y a profesionales del propio centro hospitalario. En lo docente ha conseguido un importante efecto indirecto de formación y sensibilización de los demás profesionales del entorno asistencial y especialmente de los psiquiatras y psicólogos en formación, con alumnos y MIR y PIR en prácticas. En el ámbito investigador, la especialización de recursos, las intervenciones terapéuticas específicas, y el tener un volumen considerable de pacientes, ha posibilitado la creación de varios proyectos de investigación con financiación pública

Discusión. Se insiste en la necesidad de que exista un dispositivo de respuesta inmediata que recoja al paciente y permita su incorporación terapéutica dentro de los recursos asistenciales existentes. Desde ese enfoque asistencial se debe contemplar la función de sensibilización de los profesionales y del sistema asistencial ante la existencia de estos pacientes y esta patología. También debe potenciar la continuidad de cuidados en el circuito asistencial y evitar la retirada del paciente del sistema asistencial general. Es necesario contemplar la coordinación con otros dispositivos independientes como pueden ser los grupos de autoayuda, o los dispositivos sociales comunitarios o municipales de apoyo.

Diagnóstico de zonas recreativas

MONTSERRAT JUAN JEREZ

Irefrea

El contexto recreativo y los riesgos

La cuestión de los riesgos -en el sentido de problemas de salud y seguridad que emergen del contexto recreativo nocturno- es un fenómeno conocido pero poco estudiado. Sabemos que el consumo de drogas es uno de los riesgos asociado a la actividad de salir de marcha y que además dicho consumo es la causa de diversos problemas de salud; además de conllevar otras consecuencias de riesgo en aspectos como la sexualidad, agresiones, violencia, accidentes, conducción etc.

Los riesgos ocurren por diversas causas. Para comprenderlos hay que atender tanto aspectos de la conducta individual como a condiciones del contexto donde se producen. Son ya diversos los estudios que muestran que hay riesgos que están íntimamente vinculados al contexto recreativo (Bellis et al, 2004). Los lugares o los locales incómodos, con demasiada gente, muy permisivos, mal organizados, con personal no profesionalizado etc. pueden contribuir a aumentar la diversidad de riesgos que emergen del contexto recreativo (intoxicación, accidentes, violencia, conducción o sexualidad de riesgo) especialmente si se está bajo los efectos de alcohol y otras drogas. Hay también cuestiones relacionadas con las áreas recreativas como la facilidad de acceso a los locales, el alumbrado de las zonas de diversión, la presencia policial, y otros aspectos vinculados a cuestiones de cultura cívica o hechos sociales como es el modelo de diversión que se adopte, la red social y de amigos.

Abordajes preventivos

Los riesgos se pueden prevenir. La información más accesible sobre prácticas preventivas que tienen en cuenta el contexto recreativo se refiere al Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia, los Países Escandinavos o los Estados Unidos (Plant y Harrison 2002, Stockwell 2005,). Existen datos parciales que apoyan la eficacia y la

necesidad de que se elaboren evaluaciones que impliquen al contexto (Herrera, 2005). El diagnóstico previo del contexto recreativo es un requisito para planificar la prevención (Bellis, 2003, Robert 2004). Ello se puede hacer a nivel de la ciudad, de las áreas recreativas o de los locales. Esa comprensión del contexto supone desplegar una serie de instrumentos que permitan crear y organizar información efectiva, la cual puede ser diversa y compleja en cada ciudad o área o local recreativo. Existen ya iniciativas orientadas al diagnóstico de los riesgos en algunos países que están demostrando ser un buen inicio para la gestión de la prevención ante el consumo recreativo de drogas y sus riesgos de forma integral, desde las instituciones de la ciudad, la industria recreativa, los grupos de jóvenes y los individuos. Ello es así porque proteger la salud de quienes se divierten en los centros de diversión, de los que trabajan en ellos o de los que viven cerca de los mismos no es solo responsabilidad de los servicios de salud. Han de intervenir la policía, servicios ambientales, autoridades locales, propietarios de bares y locales, y a diversos individuos y organizaciones.

Pero la prevención ha de dar un paso más, ha de elevarse a nivel internacional. La difusión internacional de un modelo de diversión que incluye el consumo de drogas y sus riesgos es un hecho que crea la necesidad de acuerdos básicos entre países. Por lo menos países que compartimos estrategias sociales y donde hay un intercambio de población considerable (turismo, trabajo, estudios). Ya se están desarrollando iniciativas que permiten crear estrategias coherentes y coordinadas entre países, por ejemplo el movimiento clubhealth1, o el actual proyecto que desarrolla IREFREA, con apoyo de la comisión europea, para lograr criterios estandarizados de evaluación de los riesgos en los contextos recreativos en nueve ciudades europeas.

Toxicomanía, violencia y respuesta social

EVA LABARTA I FERRER

Secretaria del II.llustre Col.legi d'Advocats. Abogada penalista

Enviar correspondencia a:

Eva Labarta i Ferrer. C/ Mallorca 283 08037 Barcelona. laura@icab.es

En el imaginario social, toxicomanía y violencia se acostumbran a relacionar para demandar un mayor control por parte de las administraciones. Decía Max Weber que todo Estado pretende para sí el monopolio de la violencia física legítima, entendiéndose por violencia física, no sólo las penas corporales o la de muerte, si que también aquellas que nos privan físicamente de la libertad –la prisión-, y por legitimidad, aquella cualidad que otorgan las leyes en un Estado. El control social, pues, viene determinado por el sistema jurídico-penal de los estados, sistemas coactivos y con función punitiva para la prevención general, pero que pueden incluir, como ocurre con el Art. 87 de nuestro Código Penal, medidas terapéuticas para la prevención especial e individualizada de las toxicomanías que inducen al delito.

El problema es que toda violencia genera violencia, y la represión penal de los estados no escapa a esta norma. Desde la perspectiva del comercio, la prohibición de la producción y tráfico de las drogas que constan en la lista de la Convención de Ginebra de los años 60, lista que se basa nuestra legislación y jurisprudencia para castigar el tráfico, determina la frontera entre los tóxicos legales e ilegales. Por esto, si hablamos de toxicomanías, de violencia y de colectivos específicos y emergentes, parece que hemos de referirnos en primer lugar a las consecuencias de esta ilegalización. De acuerdo con la Junta de Fiscalización de Drogas de la ONU y de la INTERPOL, alrededor de 140 millones de personas fuman marihuana, 13 millones usan cocaína, 8 millones heroína y 30 millones son adictas a las anfetaminas en todo el orbe. Este número de consumidores es una importante cuota de mercado en un mundo globalizado. Los colectivos más vulnerables a la espiral de violencia de las mafias y el crimen organizado que se nutren del contrabando van, desde los productores compelidos a mantener o a cambiar sus cultivos tradicionales según sean las políticas armadas que vigilan sus cosechas, hasta los "sin papeles" integrantes de los movimientos migratorios, que se ocupan de la distribución. Todos ellos son eslabones de un contrabando que genera corrupción y bolsas de violencia para mantener un poder

paraestatal que a veces alcanza a las mismas estructuras del Estado (caso de Colombia). Por otra parte, el blanqueo de capitales financia las luchas intestinas entre las bandas organizadas y expande su control hacia otras formas de delincuencia, generando más violencia en el submundo de las drogas que habita en nuestras ciudades.

Desde la perspectiva del consumo, es difícil hablar de colectivos emergentes que no estén relacionados con el posible incremento general de la violencia en nuestra sociedad. El efecto de los tóxicos sobre los consumidores depende de factores individuales - la edad, la tolerancia física, el estado emocional...- asociados a la mejor o peor inserción del individuo en el medio que le rodea. En la medida en que la salud mental de la sociedad no se deteriore y la violencia no se considere un valor emergente, el consumo de drogas no tiene porque ser un factor que conduzca a la violencia, salvo por el deterioro mental que puede afectar a la personalidad de algunos consumidores.

Cuestión distinta es el efecto que causa la privación de una droga ilegal a los adictos que por razones de desempleo o marginación se encuentran en situación de exclusión social. Seguirán siendo agentes de la delincuencia, sea de la pequeña o de más grave delincuencia, y en la medida en que las acciones contra la convivencia adquieran nuevas formas de violencia –circulación de armas, por ejemplo, o actuaciones en grupo organizado- se adaptarán a estos cambios en busca de medios eficaces para obtener su dosis.

Mientras esto ocurre, otras sustancias adictivas y peligrosas para la salud merecen el proteccionismo de los Estados, no obstante las reglas de mercado libre que se propugna desde las instancias del comercio internacional. En USA se calcula un consumo de 500 millones de galones de bebidas alcohólicas industrializadas, 50.000 millones de tabletas psicoactivas, 600.000 millones de cigarrillos. Sin necesidad de aportar datos, todos conocemos la relación del alcohol con la violencia doméstica.

Es notoria para todos. Por otra parte, su consumo en nuestras carreteras ya esta castigado, aunque nos cueste todavía categorizar a los alcohólicos como toxicómanos.

Y es que en el imaginario social, y seguramente también en los ficheros estatales, la palabra toxicómana se reserva todavía a los consumidores de sustancias prohibidas, en los que, además, concurre la exclusión social (entre otras razones, porque cuando disponen de medios son más discretos y no son acuden a la asistencia pública). Sin embargo, adictos a sustancias legales o ilegales existen en todas las clases sociales y en todas las profesiones. Sin duda el consumo de drogas significa un riesgo para la salud y para la seguridad de los demás, pero son otras situaciones asociadas a la toxicomanía las que favorecen la explosión de la violencia (generalmente la marginación social, la vulnerabilidad personal y la tensión convivencial de la propia sociedad. Al Derecho y a la Medicina tan solo les corresponde especificar cuando un individuo se transforma en delincuente o en toxicómano, pero los colectivos específicos y emergentes serán diseñados según sean las políticas sociales que apliquemos contra la marginación y en la protección de la salud.

Identificación del consumo de drogas a pie de carretera

M. LÓPEZ-RIVADULLA, A. CRUZ, A. DE CASTRO

Servicio de Toxicología Forense, Instituto de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

Manuel López-Rivadulla. Rúa San Francisco s/n. Facultad de Medicina Santiago de Compostela 15782 A Coruña. apimlrv@usc.es

Los dispositivos para la detección de drogas y/o fármacos de abuso, es uno de los objetivos prioritarios en la Toxicología Forense actual. La necesidad de este tipo de ensayos, está condicionada fundamentalmente porque se hace imprescindible una cierta inmediatez en llevar a cabo los análisis, que permitan adoptar decisiones en un momento determinado para justificar que una persona no debe de realizar una determinada actividad si se confirma la presencia de drogas y/o fármacos, pues de la misma se puede desprender un perjuicio importante, no sólo para ella en términos de salud, sino para otros agentes sociales. Así, en el tráfico rodado, en el medio hospitalario, e incluso con fines particulares, se hace necesario responder ese desafío. En definitiva este tipo de ensayos deben de permitir evaluar el grado de influencia de estas sustancias en la capacidad de las personas para realizar determinadas actividades.

En relación al tráfico rodado, existe legislación sobre el tema, articulada en el Código Penal, donde se contempla como un delito contra la seguridad del tráfico "conducir bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicoactivas". Pese a ello, no han sido desarrolladas normas subsidiarias que permitan establecer y/o medir esa influencia, a diferencia del caso del alcohol, en el que se encuentran delimitados los niveles y procedimientos para poder evaluar su influencia en la conducción.

El propósito de la ponencia es poner de manifiesto cuales son en la actualidad, los aspectos más relevantes que influyen en la implantación de controles con este tipo de dispositivos, y sobre todo aquellos que marcan la eficacia de los mismos. Estos aspectos comprenden fundamentalmente el análisis de la situación con relación a las muestras tomadas para proceder al control, y al propio funcionamiento del dispositivo.

Con respecto a las muestras se discuten los aspectos relacionados con las ventajas e inconvenientes que presentan cada una de ellas, en relación a su facilidad de manejo, y a las posibilidades de llevar a cabo una interpretación correcta de los resultados obtenidos a través de ellas. Así se presentan las circunstancias farmacocinéticas de las diferentes muestras biológicas, comparando unas con otras..

Con relación a los dispositivos se comentan los que actualmente han llegado a una situación que permiten usarlos con una cierta seguridad en las determinaciones, así como las posibilidades que se pueden augurar con el uso de otros que están todavía en fase de prototipo.

Por último presentamos la evaluación realizada en nuestro Servicio de dos dispositivos aplicados a conductores que voluntariamente se han sometido a los mismos. Dichos dispositivos fueron aplicados en las carreteras gallegas a un total de casi 500 conductores por agentes de tráfico bajo la supervisión de personal del Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Santiago de Compostela. En este sentido se presentan en relación a los mismos, las ventajas e inconvenientes desde la perspectiva de los propios agentes y desde la obtenida en el laboratorio.

Finalmente se compara la situación con la que se presenta en algunos países europeos en relación no sólo a la aplicación de dispositivos onsite, sino también en relación a la legislación vigente en dichos países.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Verstaete, ROSITA Project: Roadside Testing Assessment. ROSITA Contract No. DGVII PL 98-3032. Ghent University, Ghent, Belgium, 2000.

2. Steinmeyer S, Ohr H, Moeller M. Oral fluid testing in road traffic – the German experience within the Rosita project. *Annales de Toxicologie Analytique* 2001; 13: 156 (abstract)

3. Samyn S, Viaene B, Laeremans B, De Boeck G. The use of oral fluid and sweat wipes for the detection of drugs of abuse in impaired drivers. *Annales de Toxicologie Analytique* 2001; 13: 157 (abstract)

4. Grönholm M, Lillsunde P. The Finnish experience with the ROSITA project. *Annales de Toxicologie Analytique* 2001; 13: 161 (abstract)

5. Concheiro M, de Castro A., Quintela, Ó. López-Rivadulla, M., Cruz. A.; Determination of drugs of abuse and their metabolites in human plasma by liquid chromatography-mass spectrometry. An application to 156 road fatalities. *Journal of Chromatography B* 2006

Análisis crítico de los sistemas de información en mortalidad vial

AURELIO LUNA

Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Catedrático

Enviar correspondencia a:

Aurelio Luna. Avda. Teniente Flomesta, nº 30003 5 Murcia. aurluna@um.es

El análisis de la realidad requiere el acceso a los datos que nos sirven para caracterizar a la misma, para esto la estadística se ha configurado en el momento actual como una de las herramientas más útiles. Sin embargo como toda herramienta requiere un diseño adaptado a la finalidad que se pretende, que debe comprender desde los datos que se van a recoger, la metodología de la recogida de los mismos, a la técnica de selección de los casos.

¿Qué buscamos? y ¿Para qué lo buscamos? son preguntas a las que previamente hay que responder para establecer cómo lo vamos a buscar. Un análisis pormenorizado de las estadísticas que se manejan en nuestro país ofrece un panorama muy intranquilizador, no solo por la ausencia clamorosa de datos en relación con las sustancias de abuso no institucionalizadas (cocaína, cannabis, opiáceos, anfetaminas, etc.), evidentemente infra-dimensionadas porque durante muchos años no han formado parte de estudio sistematizado en los accidentes de tráfico, sino por algo mas importante desde mi punto de vista, las dificultades objetivas con el diseño de las estadísticas actuales y de los análisis toxicológicos de screening que se aplican en un gran porcentaje del territorio nacional, sino por la falta de datos que puedan servir de base a la posible atribución causal de la sustancia en la génesis del accidente.

Desde una perspectiva mínimamente crítica, de la presencia de una sustancia en los medios biológicos de un cadáver, podemos deducir en el mejor de los casos, la cantidad consumida y el tiempo transcurrido desde su consumo, pero establecer el papel desempeñado por la sustancia en el accidente requiere no solo del razonamiento por analogía extrapolando los datos recogidos experimentalmente sobre los efectos realizados habitualmente en estudios de laboratorio, sino de una integración de los hallazgos de autopsia con una reconstrucción del accidente, y además tener un estudio basado en un diseño caso-control, sobre los accidentes no mortales y sobre los conductores que no han sufrido ningún accidente.

Es evidente que en el mejor de los casos en el conductor herido por un accidente se va a analizar la presencia de alcohol, pero no siempre los datos existentes se van a reflejar en el atestado, y existe una zona de sombra apreciable entre este grupo de conductores. Por otra parte un analisis toxicológico es una prueba complementaria y como tal requiere para su correcta interpretación de una serie de datos que habitualmente no van a estar

disponibles, como ejemplo paradigmático de esta afirmación baste señalar la ausencia de autopsias en muchos fallecidos por accidentes de tráfico en una aplicación excesiva del procedimiento de urgencia que permite sustituir la realización de la autopsia por un reconocimiento externo del cadáver.

Las conclusiones que se expresan en muchos casos no pueden deducirse de los datos existentes, ya que la cantidad y la calidad de los sesgos estadísticos presentes limitan severamente la posibilidad de obtener conclusiones sólidas. Es preciso establecer un diseño más operativo orientado de forma precisa a los objetivos de obtener una interpretación global del accidente y del papel de la sustancia en el mismo.

Drog@: proyecto europeo universitario para la prevención de la drogadicción en la enseñanza superior

JUAN MANUEL MÉNDEZ GARRIDO

Co-responsable Científico del Proyecto Internacional Drog@. Profesor Titular. Universidad de Huelva.

Enviar correspondencia a:

Juan Manuel Méndez Garrido. Avda. de las Fuerzas Armadas, s/n Huelva 21007. jmendez@uhu.es

INTRODUCCIÓN

La Universidad no es ajena a la problemática que supone el consumo de sustancias toxicodependientes. Sin embargo, tradicionalmente desde esta Institución apenas se han desarrollado actuaciones tendentes a dar respuestas favorecedoras de la promoción de la salud y del bienestar del alumnado, circunstancia incomprensible en un ámbito formativo y de investigación. Por ello, es preciso poner en marcha proyectos de prevención y de intervención que den respuestas a la cuestión de las drogas, más allá de la simple prohibición, mediante el desarrollo de iniciativas que traten de dar respuestas a los problemas de los estudiantes en relación con ellas. Los universitarios tienen derecho a unos servicios que atiendan sus necesidades en relación con las drogas para evitar los perjuicios asociados al consumo de estas sustancias.

PROYECTO DROG@

El Proyecto Drog@ surge en el año 2003 al amparo de la Iniciativa Comunitaria Interreg III A de Cooperación Transfronteriza España-Portugal, participando en el mismo las siguientes Instituciones: la Universidad y la Excm. Diputación de Huelva, por parte española y la Universidade do Algarve, el Instituto Politécnico Superior de Beja y el Instituto da Droga e da Toxicodependência, por parte portuguesa. Actualmente, se encuentra en su tercera fase de desarrollo que finalizará en diciembre de 2006.

El principal objetivo del Proyecto ha consistido en la elaboración y la implementación de un programa de prevención en el ámbito del consumo de drogas, mediante el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación como un instrumento de trabajo y medio de prevención de riesgo, poniendo en funcionamiento una página en Internet denominada www.stopdrogas.net, con la que se está intentando desarrollar una verdadera prevención primaria en el ámbito universitario. Se ha actuado teniendo en cuenta tres vertientes:

- 1) Prevención del consumo, especialmente para aquéllos que nunca tuvieron contacto con las drogas.
- 2) Identificación y encauzamiento de estudiantes ya viciados, especialmente en el caso de drogas no legales.

3) Reintegración de los estudiantes que abandonaron el consumo.

Las estrategias utilizadas abarcan tanto acciones de información, sensibilización y formación como consejo psicológico, apoyo psicopedagógico, orientación y derivación hacia organismos e instituciones especializadas en la atención al drogodependiente.

Para conseguir todos estos objetivos, se han creado una web de recursos sobre drogas en general, un observatorio on-line, denominado drog@aid, una plataforma de enseñanza virtual para la formación de dinamizadores universitarios en la prevención de drogas y una web de recursos centrada en el tabaco y el alcohol con el nombre de drogalia.

En el Proyecto, se le ha dado mucha importancia a la formación, para lo cual en cada curso académico se pone en marcha un programa de enseñanza virtual bilingüe (español/portugués), para desarrollar en los estudiantes competencias relacionadas con la dinamización de acciones preventivas que superen y supongan alternativas al consumo de drogas. El proceso de teleformación funciona en régimen semi-presencial, mediante el seguimiento de un proceso de enseñanza y aprendizaje supervisados y evaluados por un grupo de profesores en labores de tutorización, a través del desarrollo de cinco unidades didácticas con la siguiente temática:

- 1) Formación personal y social del líder universitario para la prevención en drogas.
- 2) Introducción a la problemática del consumo.
- 3) Las drogas: descripción, efectos y daños.
- 4) La prevención en la Universidad. Sentido y alcance.
- 5) Políticas y recursos institucionales en España y Portugal.

En este proceso formativo han participado un amplio grupo de estudiantes, quienes han empezado a poner en marcha algunas iniciativas de intervención para la prevención, bajo el asesoramiento y el patrocinio del Proyecto Drog@. Estos dinamizadores universitarios han creado una asociación para la prevención de adicciones y drogas en el ámbito universitario.

Otras iniciativas formativas que se han generado han sido la celebración anual de un Congreso Ibérico sobre la prevención de las tóxico-dependencias en la enseñanza universitaria, Jornadas de Formación de Dinamizadores en Prevención de Drogodependencias, Encuentros Hispano-Luso de Formación de Dinamizadores Universitarios para la Prevención del consumo de drogas en la Enseñanza Superior, Ciclos de Cine sobre el mundo de las drogas, etc.

Asimismo, se ha desarrollado una línea de investigación, mediante la realización de un macro estudio sobre una muestra de 1048 universitarios de las tres Universidades integradas en el Proyecto que ha proporcionado datos significativos sobre los hábitos de consumo de drogas en los jóvenes de esta población universitaria, que nos está permitiendo poner en marcha, junto a nuestros dinamizadores, una serie de propuestas concretas de intervención para la prevención en el campo de las drogas en la Universidad.

Como hemos podido comprobar, la prevención en temas de drogas en la enseñanza superior se hace del todo necesaria y la Universidad tiene que poner todos los medios para ello. Por ello, iniciativas como el Proyecto Drog@ abren un camino muy importante en esta problemática. Mirar al futuro significa el facilitar al alumnado la posibilidad de acceder a cualquier tipo de información gracias al desarrollo de Internet, mediante la creación de web de recursos, observatorios de asesoramiento on-line, plataformas de enseñanza virtual, etc. En este sentido, nuestra modesta aportación a través del Proyecto Drog@ puede ser un ejemplo a seguir en otras instituciones de enseñanza superior.

Normatividad legal y normatividad social. La situación en la UE

FRANCISCO JAVIER MONTERO JUANES

Tribunal Superior Justicia de Extremadura. Teniente Fiscal

Enviar correspondencia a:

Francisco Javier Montero Juanes. Avenida de la Hispanidad s/n Cáceres 10002. j.montero@fiscalia.mju.es

El Ministerio Fiscal tiene encomendada constitucionalmente la defensa de la legalidad, de los derechos fundamentales de los ciudadanos y el interés social. Sin perjuicio de que el Fiscal despliegue su actividad en múltiples órdenes jurisdiccionales en ejecución de sus funciones, es precisamente en el orden penal, en el proceso penal, ejercitando las acciones que le atribuyen las leyes, donde encuentra su más natural acomodo.

El Estado, como titular del "ius puniendi", encomienda al Ministerio Fiscal la defensa de la ley ante los Tribunales de Justicia, conforme a los principios de imparcialidad y unidad de actuación. La comisión de un delito, cualquiera que sea, por violar un bien jurídico esencial de las personas, lleva aparejado un castigo en forma de pena, alguna de las cuales puede alcanzar la privación de libertad por un número importante de años. Se puede decir, en principio, sin atisbo alguno de exageración, que la justicia penal es por tanto una justicia represora, de castigo, merced a la vulneración de la Ley. Por razones de orden público y por respeto a la presunción de inocencia que a todos ampara, la Justicia penal no puede actuar preventivamente, de forma que sin previo delito, no hay castigo. Lejos quedaron ya las Leyes de vagos y maleantes y de peligrosidad u rehabilitación social, que se aplicaban a personas "sospechosas" de cometer delitos, como alcohólicos, homosexuales o toxicómanos, e imponían privaciones de libertad sin que fuera preciso demostrar la comisión de un hecho delictivo.

Si bien siempre se ha afirmado que las penas tienen un efecto preventivo, hacia el delincuente o hacia la sociedad en su conjunto (prevención general y especial), este efecto hay que relacionarlo más con la pretensión de los poderes públicos de que por el ejemplo del castigo impuesto a quien delinque, ni este ni los demás vayan a cometer esas conductas en el futuro, por temor a las penas que se pueden derivar. Sin embargo, es deseo del Legislador que estas conductas no se repitan en el futuro, o que también que los delitos cometidos por determinadas personas en quienes concurren circunstancias especiales (drogadicción, alcoholismo, deficiencias físicas y/o síquicas) tengan un tratamiento especial tanto en la imposición de las sanciones como en su cumplimiento; por lo que una vez delimitada la pena, se articulan mecanismos de complementariedad o sustitución a estas para adecuar su cumplimiento a la realidad de la persona infractora, pues no en balde, la Constitución Española de 1978 y la Ley General penitenciaria de 1979 otorgan a las penas privativas de libertad una eminente finalidad rehabilitadora y reinsertadora en la sociedad, y no tanto represora, pues mucho más allá que la simple vindicación o venganza social como reacción legítima al delito y al delincuente, es particularmente interesante que en futuro no se reincida en el delito. Hay aquí, una clara vocación preventiva de la ley penal. Es más preferible que el sujeto no delinca más a que satisfagamos simplemente un ansia de castigo, que en bastantes ocasiones no sirve sino para retirar de la vida en libertad a un ciudadano, sin garantías de que esos hechos no se repitan en el futuro de forma recurrente.

El Código penal de 1995 contempla un importante catálogo de medidas diferentes a la pura sanción tendente a los fines que antes he descrito, que ajustan la pena al individuo y su circunstancia y que busca, junto a la Ley penitenciaria, un cumplimiento de la misma más humana y compatible con el afán resocializador. Así, las circunstancias eximentes, semieximentes y atenuantes que se derivan de la imputabilidad del autor y que reducen esta, así como la pena a imponer, como las enfermedades mentales, las toxicomanías y el alcoholismo, contempladas en los artículos 20, 21 y 22, la suspensión condicional de las penas de los artículos 80 y siguientes, con especial atención a la posibilidad de suspender la pena privativa de libertad de hasta cinco años a quienes hayan cometido el delito merced a su dependencia de las drogas tóxicas y sigan un tratamiento rehabilitador, la sustitución de las condenas de hasta dos años por multa o trabajos en beneficio de la comunidad, o las medidas de seguridad que se ejecutan en defecto de pena de privación de libertad respecto a quienes tuvieron su

imputabilidad disminuida, y que entre otras, pueden consistir en tratamientos ambulatorios o internamientos en centros adecuados a su perfil.

Estas medidas legales, junto a otras penitenciarias, como el tratamiento individualizado o la clasificación en grados, nos deben llevar a pensar que, aunque naturalmente imperfecto y en demasiadas ocasiones sin demasiados medios, la justicia penal, detrás de su matiz represor, también tiene un matiz rehabilitador tal y como establece nuestra Carta Magna, y que sin duda, el Ministerio Fiscal, y los Tribunales de Justicia, con exquisito respeto a la Ley, aplican y aplicarán este conjunto de instituciones y medidas en todos los supuestos en que sea aconsejable y concurren los requisitos legales y personales para ello.

Buprenorfina alta dosis: Avances en el tratamiento de la dependencia opiácea. Evaluación de seis años en el CAT de TAIPAS – Lisboa

LUIS PATRICIO, DOMINGOS DURAN, ANTÓNIO COSTA, MIGUEL VASCONCELOS, ESTHER CASADO

Centro de Atención a Toxicodependientes de Taipas. Director y Jefe Clínico

Enviar correspondencia a:

Luis Patricio. Rua Sao Bernardo 88 Lisboa 1200. dr_luis_patricio@hotmail.com

En Octubre de 1999 iniciamos en pacientes heroinodependientes del CAT de Taipas, el tratamiento de sustitución opiácea con Buprenorfina alta dosis, Subutex®.

Se Trata de un opióide, agonista parcial, derivado de la tebaína, un alcaloide de la morfina, con acción agonista parcial μ y antagonista κ . Fruto de este perfil de acción, en el dependiente de heroína origina un efecto opioide más suave que los agonistas totales, pero suficiente para disminuir de forma muy significativa el craving a la heroína, bloqueando igualmente los efectos de los otros opiáceos sin riesgo de sobredosis.

Se definieron como objetivos del Programa de tratamiento con Buprenorfina alta dosis, Subutex®:

- Garantizar el mantenimiento de sustitución opiácea, con fármaco con efectos agonista y “antagonista” opiáceo;
- Anular el consumo de heroína.
- Reducir el consumo abusivo de otras sustancias psicoactivas/drogas
- Aumentar la compliance terapéutica en heroinodependientes con cuidados médicos, psicológicos y sociales.

La metodología implica la aplicación de una escala de privación en los días cero, y subsecuentemente en intervalos de 12 meses de tratamiento : además de los datos socio-demográficos, el protocolo evalúa la evolución en el tratamiento en lo referente a los datos médicos y de consumos. La evaluación conlleva el estudio de variables psicológicas, por medio de los siguientes instrumentos : MMPI, Escala Visuo-Analógica, Brief Psychiatric Rating Scale.

La selección de los pacientes fue realizada de acuerdo con criterios pre definidos.

En este estudio se muestran los resultados.

La drogadicción como ingrediente en la construcción mediática de la imagen de los jóvenes

ALEJANDRO PERALES ALBERT

Asociación de Usuarios de la Comunicación. Presidente

Enviar correspondencia a:
Alejandro Perales Albert. C/ Cavanilles, 29 7º C 28007 Madrid. perales@auc.es

INTRODUCCIÓN

La drogadicción supone para las ciencias sociales un objeto material de análisis en el que aplicar planteamientos multidisciplinares y de articulación epistemológica. Más allá de la puesta en marcha de dispositivos de actuación de carácter biopsicosocial en el ámbito del tratamiento y de la salud pública, un mayor esfuerzo de colaboración entre médicos y químicos; psicólogos, psiquiatras y otros terapeutas; sociólogos, antropólogos y comunicólogos puede ayudarnos a arrojar luz sobre un fenómeno social en cuya evolución es necesario distinguir tres niveles que además interactúan entre sí:

- La realidad de las drogodependencias: determinación cuantitativa y cualitativa del problema, sustancias, consumidores, patrones de consumo.
- La percepción social del fenómeno: valores asociados al consumo, actitudes y motivaciones de los consumidores, representaciones sociales sobre la drogadicción y sobre los consumidores y adictos proyectadas por los diferentes segmentos sociales.
- Su imagen mediática, que nos llega tanto a través de la información (noticias, reportajes, artículos, debates, entrevistas, informes, documentos), de la ficción (películas, telefilmes, comedias de situación, telenovelas, etc.), de las campañas de prevención e incluso, en el caso de las drogas legales, de la publicidad.

Si el análisis de la opinión pública mediante técnicas cuantitativas o cualitativas (encuestas, reuniones de grupo, estudios delphi, entrevistas en profundidad, etc.) nos permite conocer cuáles son las representaciones sociales dominantes sobre la drogadicción y los estereotipos y prejuicios igualmente dominantes sobre los drogadictos, el análisis de los mensajes difundidos por los medios de comunicación (la opinión publicada) es fundamental para conocer en buena parte los "porqués" de esas representaciones, estereotipos y prejuicios.

En la construcción del estereotipo del drogadicto la juventud desempeña un papel fundamental; pero lo más significativo hoy es que, a pesar de lo que el análisis de la realidad señala, la drogadicción se ha convertido en un elemento fundamental de la construcción de la imagen de los jóvenes. Eso nos hace pasar del estereotipo al prejuicio, tal y como ha sido conceptualizados por diversos autores (Mackie, Adorno, Bettelheim, Janowitz, Lippman), y e incluso no llevan al terreno de lo que Goffman definía como estigma: en el perfil socialmente dominante sobre el joven drogadicto lo que "hace" define lo que "es"; y se le hace objeto de una biografía ya conocida (sin valores, anómicos); sus motivaciones se asocian al "vicio" y a "la falta de voluntad"; y, aunque ya han pasado a ser considerados enfermos y no delincuentes, aún se hace difícil evidenciar su papel como enfermo designado o síntoma social.

Las razones que explican esta visión dominante del joven como drogadicto son variadas; entre ellas, la propia animadversión y temor de los adultos ante los jóvenes simbólicamente filicida (Ravskovsky). Los medios de comunicación, por su parte, no ayudan mucho, en la medida en la que, a través sobre todo de los contenidos de ficción, la publicidad, las emergentes páginas en Internet o la radiofórmula, contribuyen a normalizar esa visión del joven como joven drogadicto.

Alternativas en la producción: el tabaco biotecnológico

FERNANDO PONZ ASCASO

Dpto. de Biotecnología del Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria. Investigador A1

Enviar correspondencia a:

Fernando Ponz Ascaso. Autopista A-6 Km. 7 28040 Madrid. fponz@inia.es

La producción de tabaco en rama para su consumo asociado al hecho de fumar en cualquiera de sus variantes, estará seriamente amenazada en todos los países de la Unión Europea a partir de 2010, cuando las ayudas directas ligadas a la producción se verán prácticamente eliminadas. En España, tercer país de la UE productor de tabaco en rama, después de Grecia e Italia, la situación planteada es especialmente grave para la comarca de La Vera, en la provincia de Cáceres, que concentra aproximadamente un 85% de la producción nacional. Desde el punto de vista de la producción agraria, está en marcha un profundo e intenso debate sobre las posibles alternativas a esta situación de prácticamente monocultivo y monouso, que afecta a tantas personas y a tanta superficie cultivada. Se barajan varias posibilidades, pero ninguna de momento ofrece unas perspectivas tan rentables como la actual. Probablemente la solución no vendrá de la mano de la sustitución de un monocultivo por otro, sino que planteará un escenario productivo más complejo y variado.

Entre las posibles alternativas, una de ellas se plantea la producción de tabaco como alternativa al propio tabaco, pero con otros usos. El tabaco como cultivo ha alcanzado, desde una perspectiva agraria, un nivel de desarrollo muy alto, al que han contribuido esfuerzos continuados durante mucho tiempo en áreas como la mejora genética, las tecnologías agronómicas, procedimientos de transformación industrial y canales de comercialización, entre otras. Se trata por tanto de una plataforma productiva bastante eficaz y aprovechable, si se encuentran otros fines.

Desde hace aproximadamente unos veinte años, se ha venido disponiendo progresivamente de varias tecnologías genéticas capaces de dirigir la producción en plantas, de proteínas y otros tipos de moléculas que normalmente las plantas no fabrican. De entre las plantas en las que estas tecnologías están más desarrolladas destaca precisamente el tabaco, primera especie vegetal para la que dispuso de un organismo transgénico. En estos veinte años, las tecnologías de producción se han desarrollado mucho y hoy día ya existen diversas formas, además de la transgénica tradicional, de producir en tabaco proteínas heterólogas.

Este conjunto de posibilidades tecnológicas pueden tener unas claras aplicaciones económicas, que de hecho ya han empezado a desarrollarse en algunos países, en los que algunas empresas están comercializando productos elaborados en plantas, entre ellas el tabaco. Los sectores industriales a los que se han dirigido las primeras producciones cuentan con representantes variados, entre los que se encuentran el área del diagnóstico clínico y las proteínas con aplicaciones terapéuticas y preventivas. En la presentación se discutirán las tecnologías de producción y los ejemplos actuales más relevantes, dentro del contexto socio-económico que se plantea en las zonas productoras de tabaco con fines tradicionales.

Programas de desintoxicación nicotínica en atención primaria

JERÓNIMO POZUELOS ESTRADA¹, LUÍS J. MOLINA MARTÍNEZ¹, JOSÉ LUÍS DOMÍNGUEZ MORENO², MARTA NADAL DELGADO², ANTONIA GARCÍA CARRASCO³ FRANCISCA L. MÁRQUEZ PÉREZ⁴ Y M^a JOSÉ ANTONA RODRÍGUEZ⁴.

1. Médicos de Familia. Especialistas en tabaco. Consulta de tabaquismo C.S. La Paz. Badajoz

2. Psicólogos. Especialistas en tabaco. Consulta de tabaquismo C.S. La Paz. Badajoz

3. Enfermera de Familia. Consulta de tabaquismo C.S. La Paz. Badajoz

4. Neumólogos. Especialistas en tabaco. Consulta de tabaquismo. H. Infanta Cristina. Badajoz

Centro de Salud Universitario La Paz. Médico de Familia

Enviar correspondencia a:

Jerónimo Pozuelo Estrada. C/ República Dominicana nº 3 Badajoz 06011. jpozuelose@telefonica.net

La Atención Primaria de Salud (A.P.S) es el marco idóneo para la atención tabaquismo debido a la elevada prevalencia y morbimortalidad que ocasiona en mayores de 18 años. La mayoría de los fumadores no se ven así mismos como enfermos y no creen necesitar intervenciones especializadas .

Cada año los médicos de familia atienden a la mayoría de sus pacientes. Hasta un 15% de sus pacientes fumadores aceptarían una intervención para intentar dejarlo en las próximas 3-4 semanas .

A pesar de un nivel de formación bueno o muy bueno, de los diferentes profesionales de este nivel asistencial, se han detectado múltiples problemas para la atención a conductas adictivas como el tabaquismo .

Se sabe que factores como la accesibilidad, la experiencia, el compromiso y la formación son más importantes que la profesión del terapeuta para el tratamiento del tabaquismo y este es el gran potencial de la A.P.S.

La INTERVENCIÓN BREVE en tabaquismo ha demostrado una abstinencia al año del 10 al 30% en función de la intensidad de la intervención y es recomendada por la O.M.S. como método de abordaje del tabaquismo en A.P.S y las consultas de las diferentes especialidades.

Esta intervención oportunista, de tiempo limitado (entre 3-5 minutos), en todos los mayores de 12 años, debidamente registrada y con una periodicidad de cada 2 años tendría por el volumen de pacientes atendidos un impacto poblacional muy importante.

Las actividades de esta intervención se corresponden con las dos primeras letras del acróstico 5 AES (modificada) .): 1^a Averiguar: conjunto mínimo de datos y sistemas de recordatorios de esta actividad. 2^a Aconsejar: consejo sanitario personalizado, claro, sencillo y convincente. Se le preguntará al paciente si quiere participar en una intervención más intensiva con el objetivo de dejar de fumar en las próximas 3-4 semanas.

Si el paciente nos dice que no se plantea dejarlo en las próximas 3-4 semanas haremos una intervención con las actividades reconocidas con el acróstico regla de las 5 ERRES : 1^a Relevancia 2^a Riesgos 3^a Recompensas 4^a Resistencias 5^a Repetición.

Si nos dice que sí quiere participar en una intervención más intensiva se pasará a una INTERVENCIÓN BREVE INTENSIVA. El tiempo de consulta oscila entre los 15-30 minutos, entre 4-6 sesiones y un seguimiento mínimo de 6 meses. Se precisa en el propio centro de salud (C.S) de una CONSULTA ESPECÍFICA a la que remitir a estos pacientes, el perfil del profesional que los atiende es el de un médico con formación polivalente y formación específica en tabaquismo . Realizan las siguientes tareas: (añadidas a las anteriores de Averiguar y Aconsejar) 3^a Analizar: la dependencia para poder ayudar de forma más personalizada. 4^a Ayudar: a señalar una fecha para dejar de fumar en las próximas 2-3 semanas (objetivo primordial de la intervención). Entrega de algún material de autoayuda. Valorar el uso de estrategias de reducción gradual del consumo y fármacos 5^a Acordar: un calendario de visitas programadas (de control y seguimientos).

BIBLIOGRAFÍA

Córdoba R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. Med Clin (Barc) 2002; 119(14): 541-9.

Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento a fumadores. Prevención del Tabaquismo 2000; 2: 106-112.

Cerrada Cerrada E, López Olmeda C, Bouzas Senanda E, Gómez Rodríguez B y Sanz Cuesta T. Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. Aten Primaria. 2005; 36(8): 434-41

The tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guidelines Panel , Staff and Consortium representatives. A clinical practice guidelines for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. JAMA 2000; 283: 3244 -54.

Olano E, Matilla B, Sánchez E y Alarcón E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria. Aten Primaria. 2005; 36(9):515-23.

Córdoba R, Nerín I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. Med Clin (Barc) 2002; 119(14): 541-9.

Abuso de inhalantes y otras sustancias volátiles en España

FÁTIMA RAMÓN, SALOMÉ BALLESTEROS, ROSA MARTÍNEZ-ARRIETA

Servicio de Información Toxicológica. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses

Enviar correspondencia a:

María Fátima Ramón Rosa. Luis Cabrera 9 Madrid 28002. fatimaram@teleline.es

El abuso de inhalantes es la inhalación intencional de sustancias volátiles para obtener efectos euforizantes, desinhibidores y excitantes. La progresión de los métodos "sniffing", "huffing" y "bagging" corresponde a un aumento en la concentración de las sustancias volátiles. Tanto los disolventes, como los pegamentos, adhesivos, pinturas, barnices, disolventes, agentes de limpieza en seco, pinturas en spray, quitaesmaltes de uñas, correctores de tinta y propelentes en aerosol son las fuentes de exposición a inhalantes más frecuentes en España, aunque existen otras sustancias como algunos medicamentos veterinarios (xilazina) o algunos productos antipolillas (organoclorados) que también se emplean con este objeto. Estas sustancias se utilizan en muchos países del mundo y desde los años sesenta esencialmente en Europa, pero cada cierto tiempo se observa un aumento en su consumo, no solamente entre la población que es adicta a otras drogas de abuso, sino como comienzo de abuso de sustancias entre adolescentes y niños. Los efectos agudos que se pueden observar tras la inhalación de sustancias volátiles fundamentales son sobre el sistema nervioso central (SNC) con una alteración aguda de la función cognitiva. Este efecto puede asociarse a alteraciones cardiovasculares, respiratorias, renales, hepáticas y metabólicas. Los agentes más potentes también pueden producir coma y la muerte. Estas complicaciones se pueden producir incluso tras inhalaciones ocasionales. Los consumidores de sustancias volátiles y los trabajadores tras la exposición crónica a estas sustancias son susceptibles a riesgos a largo plazo. Material y métodos: Se han estudiado todas las exposiciones tóxicas humanas registradas en el SIT a inhalantes desde enero de 1991 hasta junio 2004. Los datos que se han analizado son relativos al tipo de producto, composición, edad, sexo, signos y síntomas y antecedentes de drogodependencias de los pacientes. Resultados: De los 145 casos registrados, los adultos han correspondido al 75,9% y niños < 14 años de edad al 23,4%. La edad más frecuentemente implicada ha sido 14 años (6,9%). La frecuencia de estas intoxicaciones con respecto al total de exposiciones tóxicas de cada año, en el periodo de tiempo estudiado, ha oscilado entre el 0,02 y el 0,08%, produciéndose las mayores incidencias en 1992, 1998 y 2002. De todos los casos, 18 pacientes tenían antecedentes de drogodependencias (12,4%). Las exposiciones sintomáticas ocurrieron en el 75% de las ocasiones en el momento de la llamada (108 casos), y de éstos el 82,4% fue estimado como moderado a grave. La clínica en el momento de la consulta al SIT, teniendo en cuenta que uno o más síntomas se presentaron en el mismo paciente, afectó al SNC en el 75% de las ocasiones, seguido por el sistema gastrointestinal (15,7%). Los productos comerciales más comunes fueron disolventes (33,8%) y pegamentos (22,1%) seguidos de los medicamentos de uso humano (17,9%) (17 casos con anestésicos locales y 7 casos con broncodilatadores). Los hidrocarburos aromáticos (25,2%) fueron la composición química más involucrada. El lugar donde tuvo lugar la intoxicación en más ocasiones fue el domicilio (62 casos). Conclusiones. Como ocurre en otros países, en España algunos grupos juveniles, incluso sin antecedentes de drogodependencias inhalan sustancias volátiles como drogas de abuso por sus efectos sobre el SNC. Aunque la principal composición de estas fuentes de exposición (productos domésticos e industriales) son hidrocarburos, existen incrementos cada cierto tiempo de inhalación de medicamentos como los anestésicos locales y los broncodilatadores en aerosol, además de medicamentos de uso veterinario.

Utilidad terapéutica del cannabis.

JOSÉ ANTONIO RAMOS ATARCE

Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular.

Enviar correspondencia a:

José Antonio Ramos Atarce. Ciudad Universitaria 28040 Madrid. jara@med.ucm.es

El término cannabis se aplica a diversos preparados, como la marihuana y el hachís que, procedentes de la cannabis sativa, son generalmente utilizados con fines recreativos. Entre sus componentes, el δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC) es el principal responsable de sus propiedades psicoactivas. A lo largo de la Historia, el cannabis también ha tenido aplicaciones terapéuticas, aunque su uso como droga, ha retrasado considerablemente el desarrollo de la investigación sobre este tipo de propiedades.

El THC ejerce sus efectos sobre el organismo, a través de unos receptores, cuyos ligandos endógenos son los endocannabinoides y que forman parte de lo denominado "sistema cannabinoide endógeno", que representa un nuevo sistema de comunicación celular. La identificación del funcionamiento de este sistema en el organismo sano, nos permitiera conocer sus alteraciones en diversas patologías. Este conocimiento unido al ya existente sobre la estructura y la actividad de los cannabinoides ha permitido el diseño de derivados relacionados con alguna de las acciones farmacológicas atribuidas a estos compuestos, evitando las relativas a sus efectos psicotrópicos.

Entre las patologías para las que se están estudiando las aplicaciones terapéuticas de los cannabinoides y sus derivados se encuentra: a) el dolor crónico, dado que los cannabinoides son buenos analgésicos, como consecuencia de la presencia de receptores CB1 en las regiones que participan en el control de la nocicepción b) la esclerosis múltiple, en la que pueden atenuar los espasmos musculares, el dolor y las molestias al andar que aparecen asociadas a la enfermedad. c) los accidentes cerebrovasculares, dados los efectos antioxidantes del THC y el cannabidiol, que previenen la muerte neuronal producida por infartos cerebrovasculares o que ocurre en enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson d) las enfermedades extrapiramidales, en las que los agonistas de los receptores CB1 podrían tener un efecto beneficioso en las enfermedades que se caracterizan por hiperquinesia como el corea de Huntington y el síndrome de Gilles de la Tourette, y los antagonistas en el tratamiento de síndromes hipoquinéticos como la enfermedad de Parkinson. e) cáncer y SIDA, en las que el THC y sus derivados sintéticos como la nabilona, son utilizados para reducir la náusea y el vómito en pacientes con cáncer que son tratados con antineoplásicos, o para reducir la caquexia en pacientes con SIDA que se encuentran en tratamiento crónico con antirretrovirales.

Esta en discusión la conveniencia de la administración del cannabis como tal, de la utilización individual del THC o del uso de derivados sintéticos. Los defensores de su consumo fumado, postulan que esta es la mejor forma de beneficiarse de las propiedades terapéuticas de la muestra. En su defensa utilizan el argumento de la posible importancia de alguno de los otros componentes de la planta. Alguna empresa farmacéutica, también ha defendido la utilización de un extracto de la planta, pero recomendando para su administración el uso de nebulizadores, lo que eliminaría los problemas asociados al humo del cigarro.

Tabaquismo 2006. Respuesta global ante la nueva legislación

TERESA SALVADOR LLIVINA

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Miembro de la Junta Directiva

Enviar correspondencia a:

Teresa Salvador Llivina. C/ Mingo y Velasco, 5-B Pozuelo de Alarcón 28224 Madrid. TSL@telefonica.net

Recientemente se han cumplido cincuenta años de la publicación del primer estudio que identificó al tabaquismo como la primera causa evitable de mortalidad, en las sociedades industrializadas. En el curso de medio siglo de investigaciones subsiguientes, nuevos estudios experimentales y observacionales se han ido acumulando, precisando mejor los efectos del tabaco. Más de 25 millones de personas-año de observación de fumadores, ex-fumadores y nunca fumadores han proporcionado una sólida evidencia sobre la magnitud de los riesgos asociados al consumo de tabaco. Grandes estudios prospectivos realizados en EE.UU. de América, Canadá, Reino Unido -cohorte de médicos-, Japón, y Suecia, muestran de forma consistente el riesgo derivado del consumo, la relación dosis-respuesta, el papel relevante de la edad de inicio y la duración de la exposición, así como la disminución del riesgo tras el abandono del consumo.

El tabaquismo en nuestro país es todavía la primera causa aislada de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura. Cada año, más de 54.000 personas mueren debido al consumo de tabaco, la mitad han perdido una media de 20 años de vida. Muchas más personas ven seriamente disminuida la calidad de los años vividos. Se trata de un problema que ha llegado a alcanzar dimensiones epidémicas durante la 2ª mitad del S.XX. Durante cinco siglos el consumo de tabaco fue minoritario en España. Sin embargo, entre 1940 y 1980, el consumo aumentó rápidamente hasta alcanzar al 65% de los hombres y al 16% de las mujeres. A pesar de la posterior reducción, con una prevalencia actual del 31% en población general, España continua siendo uno de los países de la Unión Europea (UE) que más lentamente está reduciendo el consumo, siendo especialmente preocupante la evolución entre las mujeres.

En esta ponencia se revisarán los factores que impulsaron el incremento exponencial del consumo de tabaco en España, mostrando como esta evolución no es casual, si no que depende de factores de carácter económico y político, que mantuvieron en una situación privilegiada a los sectores vinculados a la producción y comercialización del tabaco. Se verá también que a partir de los años 80, algunos de estos factores más favorables a las tabacaleras que a la población, fueron limitándose mediante iniciativas legislativas. Sin embargo, la parcialidad, la insuficiencia, y en muchos casos la falta de apoyo en el seguimiento y cumplimiento efectivo de estas medidas permitieron que el tabaquismo fuera percibido por la población como una conducta normalizada y no existiera suficiente percepción del grado de riesgo derivado del consumo de tabaco. Frente a las lagunas e insuficiencias de esta situación, durante los últimos años se han conseguido importantes avances en el incremento de la percepción social del problema, así como en el planteamiento de planes concretos para su prevención, control y asistencia, tanto a nivel internacional, como europeo, nacional, autonómico y local. En nuestro país, todos estos avances, han permitido que en España se haya aprobado la nueva Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Esta Ley integra algunos de los elementos que se han mostrado eficaces para controlar el problema del tabaquismo. En la actualidad se han identificado, entre otras, seis intervenciones coste-efectivas para el control de la dimensión epidémica del tabaquismo, todas ellas contempladas en el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS, ratificado por el gobierno español en 2005: a) Incremento del precio del tabaco; b) Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de todos los productos del tabaco, logotipos y marcas comerciales; c) Regulación del consumo de tabaco en espacios públicos cerrados y en el lugar de trabajo; d)

Mejora de la información al consumidor; e) Sensibilización social sobre los efectos del consumo de tabaco; f) Disponibilidad de tratamientos eficaces para dejar de fumar.

En esta ponencia se revisará el nivel alcanzado en nuestro país en el desarrollo de cada una de estas prioridades, tanto desde el ámbito de las administraciones públicas, como desde el ámbito de influencia de los profesionales sanitarios, y cómo la entrada en vigor de la Ley 28/2005 puede contribuir a reforzar cambios en la percepción social del problema, así como en su reducción. Y a partir de este análisis, se apuntarán cuáles son los principales retos de futuro para mejorar de forma significativa las dimensiones actuales del problema del tabaquismo en España.

La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Bétera. Nuestras aportaciones en el tratamiento al enfermo alcohólico (1973-2006)

MANUEL SANCHIS FORTEA*, GERÓNIMO FORTEZA CASTAÑO, MERCEDES SANCHIS ARNAU*****

*UDH del Hospital Psiquiátrico de Bétera. Jefe de Servicio

** Economista. Profesor de Estadística

***Economista

Enviar correspondencia a:

Fortea Sanchis. C/Valle de la Balletera 32, 6º, 17 Valencia 46015. sanchisfortea@telefonica.net

Desde el año 1973, en el que se estableció en el Hospital Psiquiátrico de Bétera el Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías -a partir de 1987 denominado Unidad de Desintoxicación Hospitalaria-, la consideración del alcoholismo como enfermedad, el abordaje integral del paciente, y específicamente el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica y sus complicaciones, así como el diagnóstico y terapéutica de los numerosos procesos morbosos concomitantes han sido, entre otras, las líneas básicas de actuación de los numerosos profesionales que a lo largo de estos más de treinta años, hemos estado vinculados a este Servicio y a esta concepción del alcoholismo como "el más complejo de los complejos trastornos" según afirmaba el Dr. Enoch Gordis ex-Director del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

El objetivo de la presente ponencia, dentro de las líneas de investigación de nuestro centro, lo constituye la aportación al conocimiento de los múltiples procesos patológicos asociados al consumo de etanol, desde las observaciones registradas en la documentación obtenida de los pacientes alcohólicos ingresados en nuestra UDH.

Metodológicamente, para el estudio se ha dispuesto de una muestra de 662 historias clínicas, seleccionadas aleatoriamente de una población compuesta por la totalidad de ellas; cerca de 5.000.

El trabajo contempla datos acerca de 102 variables analizadas sobre cada historia clínica.

La selección de la muestra se realizó mediante números aleatorios, con un margen de error del 2.5% y con un nivel de confianza del 95%.

Las variables analizadas se han dividido en dos grandes grupos: variables socio-culturales y las de tipo clínico-diagnóstico-terapéutico.

En la totalidad del mismo se ha tenido en cuenta los "datos excluidos" (aquellos que por cualquier razón, se desconocen), así como la presencia de "datos outliers" (observaciones atípicas).

Los aspectos esenciales de la investigación han sido:

1. Análisis descriptivo de los datos.
2. Examen de correlaciones tanto bivariadas como multivariadas.
3. Contrastes de hipótesis paramétricas.
4. Análisis de componentes principales. Técnica estadística necesaria dado en nuestro caso el gran número de variables del estudio.
5. Análisis discriminante y cluster.
6. Aproximación al estudio de redes neuronales sobre las variables analizadas.

Lógicamente, dada la extensión del examen, los resultados y conclusiones expuestos son una síntesis de toda la línea de investigación que, no obstante, pretenden servir de reflexión, desde nuestra experiencia, a las múltiples cuestiones que se suscitan en la atención de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas y del síndrome de dependencia al alcohol o alcoholismo.

Evaluación de los programas de prevención en espacios de ocio

ROBERTO SECADES

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Prof. Titular

Enviar correspondencia a:

Roberto Secades. C/ Feijoo s/n Oviedo 33003. Asturias. secades@uniovi.es // rsecades@correo.cop.es

La implantación de programas de prevención en espacios de ocio es un hecho cada vez más frecuente en nuestro país. Una parte de estos programas se caracterizan por desarrollar un gran número de actividades deportivas, culturales y recreativas, que capten la atención de los potenciales sujetos de riesgo, mediante una oferta que sea de fácil acceso, altamente diversificada para encajar casi con cualquier posible afición o inclinación, y adecuada a los momentos de máxima demanda (tardes y noches de los fines de semana). Este tipo de estrategias, junto con los programas de reducción de riesgos (basados fundamentalmente en el análisis de pastillas), conformaría un modelo de intervención preventiva llevada a cabo en los espacios de ocio.

Si analizamos la situación de la evaluación realizada sobre los programas de ocio alternativo y de reducción de riesgos en España, podemos llegar a la conclusión de que dicha evaluación se está realizando de forma insuficiente y, en muchos casos, con escasa rigurosidad y poca precisión a la hora de juzgar el grado de consecución de los objetivos marcados por el programa. En la mayoría de las ocasiones se trata, además, de una evaluación centrada de forma casi exclusiva en la valoración del proceso de implementación del programa, en donde no existen, o son muy escasos, los intentos encaminados a valorar los resultados finales del programa en consonancia con los objetivos propuestos.

Existe escasa evidencia basada en investigaciones rigurosas que nos indique exactamente qué tipo de programas de prevención en espacios de ocio es probable que sean efectivos, y con qué tipo de niños y jóvenes. No sabemos tampoco cuáles son los elementos esenciales de este tipo de programas. De hecho, incluso, en algunos casos, es sensato pensar que algunas de estas estrategias puedan estar propiciando un aumento del uso de alcohol y algunas drogas entre los participantes en este tipo de campañas.

Son necesarias más investigaciones sistemáticas y evaluaciones rigurosas de programas de prevención en espacios de ocio, pero también es importante recordar que, en muchos casos, es improbable que un programa de ocio alternativo o de reducción de riesgos, por sí mismos, sean capaces de dar lugar a un cambio destacado en los hábitos de uso de drogas de la población a los que van dirigidos.

De todos modos, aunque sólo haya evidencias limitadas que apoyen la implantación de estos programas, como una estrategia eficaz de prevención del consumo de alcohol y drogas, el interés de este enfoque no debe ser infravalorado. En algunos casos quizá las actividades alternativas deben ser vistas como parte de una red de recursos que proporcione cualquier comunidad preocupada por los jóvenes, independientemente de la posibilidad de documentar reducciones en el uso de alcohol y drogas entre los participantes.

Programas en centros de drogodependencias

JAUME SERRANO JORDÁN

Director del CAS Horta-Guinardó. Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

Jaume Serrano Jordán. C/ Sacedón nº 18 bajos Barcelona 08023. jserrano@inpross.com // jserrano@aspb.es

La dependencia a la nicotina es la más extensa según la O.M.S.. Es conocida la morbi-mortalidad asociada al uso crónico del tabaco; justifica que los objetivos para reducir la alta prevalencia, sean amplios y puedan abordarse de diferentes ámbitos asistenciales.

De acuerdo a los criterios diagnósticos (DSM-IV-ICD-10), el consumo de nicotina incluye criterios de trastorno por dependencia o por abstinencia.

Como trastorno adictivo, en los últimos años, diferentes centros de drogodependencias han integrado dinámicas asistenciales de abordaje y tratamiento de esta adicción.

Según el estudio efectuado por E. Becoña a nivel nacional: "Tratamiento del tabaquismo en los centros de drogodependencias y alcoholismo en España. Estado de la situación y perspectivas futuras"; un 55,6% de los centros de drogodependencias estudiados llevan a cabo tratamiento para fumadores. Destaca que se atienden pocos pacientes (sólo 14 de 142 centros atiende más de 100 pacientes) con aplicación mayoritaria de tratamientos combinados (psicológico y farmacológico).

El abordaje del tratamiento para fumadores debe ser múltiple, de acuerdo a la revisión bibliográfica y diseño de otras ofertas y programas de tratamiento. Desde una perspectiva de salud pública, hasta una perspectiva totalmente clínica, farmacológica y psicológica.

A principios de 2001, los responsables de drogas de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), encargaban a INPROSS la ampliación asistencial para pacientes fumadores en el CAS Horta-Guinardó que gestionaba. La ASPB, jugó una baza importante para dar respuesta a una dependencia de alta prevalencia y fuertes consecuencias sanitarias y económicas, adelantándose a todas las imposiciones actuales.

Los Programas de Cesación Tabáquica desarrollados por INPROSS, se basan en un tratamiento multicomponente, con técnicas motivacionales, técnicas conductuales-cognitivas y tratamiento farmacológico. La aplicación adecuada ha demostrado ser eficaz para conseguir la abstinencia, desarrollar técnicas de entrenamiento de

habilidades, resolución de problemas y prevención de recaídas, y al menos, disminuir los consumos, los efectos asociados y los riesgos asociados.

Los Programas asistenciales han sido revisados y adaptados para un mejor aprovechamiento de la demanda, con tres protocolos diferenciados:

- A. Protocolo Motivacional (PM)
- B. Protocolo de Cesación Tabáquica (PCT)
- C. Protocolo de Reducción de Riscos por consumo de Tabaco (PRRCT)

Dejar de fumar no es un hecho aislado, es un proceso de maduración, orientado a tener objetivos y motivos para vivir sin humo. Se sigue el modelo de Prochaska y Diclemente, orientado al cambio.

Dos terceras partes de los paciente que llegan al CAS son derivados de primaria o salud mental. Siguen alguno de los Protocolos citados con intervenciones individuales y/o grupales.

Es fundamental integrar PCT en atención primaria, en algunas especialidades, como neumología y en centros de segundo nivel para el tratamiento de las adicciones, con larga experiencia en el campo de las drogodependencias, para aquellos que no pueden ser atendidos en el primer nivel asistencial o para pacientes con alta dependencia, con fracasos previos o con una mayor complejidad, que requieran un abordaje multicomponente como se desarrolla en el CAS de Horta-Guinardó y en otros centros de drogas de nuestro medio.

La nueva unidad de patología dual de Sant Boi (Barcelona)

JOSEP SOLÉ PUIG

Coordinador de la Unidad de Patología Dual y Centro de Atención a Drogodependencias, Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental, Sant Boi. Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

Josep Solé Puig. Bennito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Dr. Antonio Pujadas 38 Sant Boi de Llobregat 08830 Barcelona. pdual@hsc-bmennibcn.org

La Unidad de Patología Dual de Sant Boi, Barcelona, se ubica en Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Los ingresos son programados, la estancia media es de un mes y se incluye admisión de personas sin hogar y de medidas penales alternativas a corto plazo. Quienes derivan pacientes a la Unidad son los ambulatorios de la red de salud mental y sobre todo de la red de drogodependencias, funcionando como su unidad de agudos. También se aceptan pacientes de cualquier dispositivo sanitario de Cataluña. La barrera territorial –ingresos del resto de España- se intenta salvar haciendo, si es posible, que como domicilio figure el de algún familiar o residente en la comunidad autónoma.

El trastorno adictivo diana es alcoholismo. En el tren de dependencias relacionadas, el alcohol es la locomotora que arrastra cocaína (abuso/dependencia) y juego patológico como dependencia conductual. Pero la dependencia asociada casi universal en nuestro medio es la de nicotina: tabaquismo y alcoholismo forman la doble dependencia por antonomasia. Además, cannabis, cocaína y benzodiacepinas constituyen otro motivo de abuso o dependencia muy frecuente. En la Unidad se procede a la desintoxicación de alcohol y otras sustancias, como

ya lo hacen desde hace tiempo las unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH), con estancias más breves. De hecho, en el informe de alta de pacientes con reingresos frecuentes se recomienda al profesional comunitario referente que en caso de nueva recaída lo que se programe sea comunidad terapéutica (CT) y desintoxicación previa en UDH, con paso inmediato de ésta a la CT.

Por definición, una unidad de agudos especializada como la descrita debe ir más allá de la desintoxicación y poner el énfasis en la rehabilitación psicosocial propia del diagnóstico dual. En Sant Boi, la terapia de grupo es diaria y tres veces por semana se imparte psicoeducación específica de esquizofrenia y demás trastornos mentales severos, disponible en español en www.senyfundacio.org. Los modestos resultados terapéuticos de medicamentos clásicos –Antabus, Colme- y nuevos –naltrexona, acamprosato- obligan a incluir este tratamiento psicosocial, bien aceptado por los pacientes.

Las nuevas unidades específicas tienen su razón de ser en la comorbilidad, la complejidad diagnóstica -también somática- del enfermo mental grave actual, con alta prevalencia de abuso y dependencia de sustancias. Lamentablemente, en un futuro quizá próximo la coincidencia de trastornos mentales adictivos y no adictivos será la norma. En este sentido, las unidades de patología dual son sin duda útiles, pero a la larga podrían desaparecer. Cuando en España y en Europa, en los servicios psiquiátricos de agudos de hospitales generales o de monográficos se ofrezcan protocolos de tratamiento para todos los enfermos con trastornos adictivos, comórbidos (duales) o no, entonces las unidades específicas quizá ya no tendrán razón de ser. Habrán sido dispositivos de transición, útiles para solucionar problemas que ya deberían estar afrontándose en salud mental genérica. Habrá que ir a la integración de la psiquiatría general y la de los trastornos adictivos, que sobre el papel –CIE-10, DSM-IV- nadie pone en duda.

Comunidades terapéuticas y diferencias de género

PAOLO STOCCO

Therapeutic Community "Villa Renata" Director

Enviar correspondencia a:

Paolo Stocco. San Marco, 1014 Venecia 30124 Venecia. p.stocco@villarenata.org

PALABRAS CLAVE

Identidad de género, tratamiento residencial, comunidad terapéutica.

INTRODUCCIÓN

En los países de la Unión Europea las mujeres drogodependientes oscilan de un cuarto a un quinto de las personas con un uso problemático de drogas.

Sin embargo, más allá de estas cifras, es importante evidenciar el aumento de dicho consumo que, en el caso de algunas sustancias legales como el tabaco y los psicofármacos, ha ya superado el consumo de los hombres.

Además, en el caso de las mujeres embarazadas, este uso es aún más problemático debido a los posibles efectos teratógenos sobre el feto (OFDT 2003).

No obstante estas constataciones, en los informes nacionales y europeos, la drogodependencia femenina encuentra poco o ningún espacio y no es considerada como una especificidad.

Con el objetivo de colmar esta laguna de información, Villa Renata colabora con I.R.E.F.R.E.A. para la realización de una serie de estudios sobre las especificidades de género en el ámbito de la drogodependencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las investigaciones de I.R.E.F.R.E.A. se llevan a cabo con modalidades y tiempos paralelos en 6 países europeos (Austria, Francia, Alemania, Italia, Portugal y España) donde el principal instrumento de estudio es un cuestionario preparado ad hoc para cada encuesta.

La metodología de análisis de los datos contempla un análisis cuantitativo de las frecuencias observadas, así como un análisis cualitativo mediante la técnica de los grupos representativos.

Estos estudios han recogido en total datos correspondientes a una muestra de 825 mujeres adictas a las drogas: un patrimonio para nada indiferente si se consideran las dificultades en la identificación de estos sujetos, que a menudo limitan los estudios a grupos numéricamente exigüos.

Estos estudios constituyen una serie de informaciones dotadas de una visión innovadora por la especificidad y las atenciones conferidas a las exigencias, a las necesidades pero también a las situaciones de discriminación vividas por las mujeres drogodependientes.

RESULTADOS

Nuestras investigaciones han evidenciado repetidamente que la drogodependencia sigue un camino de desarrollo específico y requiere intervenciones que sepan valorizar los recursos femeninos a nivel de prevención, así como de tratamiento en consultorios o tratamiento residencial.

Por lo que concierne a éstos últimos, sería de esperar la organización de comunidades terapéuticas "mixtas" que sepan favorecer una mayor consciencia sobre la propia identidad y sexualidad.

De hecho, son importantes todos aquellos momentos de información y debate orientados a favorecer una elaboración grupal de la feminidad y de las diferencias de género.

Además, sería deseable incrementar la información sobre la sexualidad, la fertilidad y los métodos anticonceptivos, tratando de acrecentar la consciencia hacia una maternidad más responsable.

A nivel psicológico, las mujeres, en medida mayor respecto a los hombres, advierten el peso de no corresponder con las expectativas de adaptación social. Dichas expectativas, consolidadas en modelos culturales y códigos sociales, se repercuten profundamente en los fundamentos de la identidad femenina, generando vivencias intensas de fracaso, que necesitan ser elaboradas durante el recorrido terapéutico (IREFREA 2001).

Otra cuestión relacionada con la especificidad de género es la violencia, sufrida por un porcentaje de mujeres drogodependientes que oscila entre el 50% y el 80%. Un porcentaje tres veces superior respecto a la población general, situación que no debería ser subestimada por los servicios de atención.

En fin, es de esperar poder favorecer en las mujeres drogodependientes la capacidad de tomar decisiones y de no asumir actitudes pasivas durante el tratamiento. A tal propósito, las mujeres tendrían que ser estimuladas a reflexionar y expresar la propia opinión sobre el proyecto terapéutico, transformándose en protagonistas.

En conclusión, ¿cuáles ideas para mejorar la calidad de las intervenciones para las mujeres drogodependientes?

CONCLUSIONES

Es importante aumentar el número de servicios que valorizan los recursos femeninos, ampliamente negados en las historias de estas mujeres.

Intervenciones que permitan acrecentar la independencia afectiva, la capacidad de tomar decisiones y de expresar las propias opiniones. Pero también de adquirir una sexualidad más madura y una maternidad más consciente.

En fin, los tratamientos para mujeres drogodependientes deberían considerar la problemática de las violencias y de la falta de adhesión a la adaptación social (IREFREA. 2002).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IREFREA & European Commission (2000) Women Drug Abuse in Europe: Gender Identity. Martin Impresores, Valencia, Spain. <http://www.irefrea.org/>

IREFREA & European Commission (2002) Women and Opiate Addiction: a European Perspective. Martin Impresores, Valencia, Spain. <http://www.irefrea.org/>

OFDT (2003) <http://www.ofdt.fr/>

Utilización de antipsicóticos en drogodependencias. Tratamientos directamente observados

A. TERÁN; M^ªJ. DURANTEZ; R. POVEDA; J.C ÁLVAREZ

Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes " San Juan de Dios " Palencia.

Enviar correspondencia a:

Antonio Terán. URB. PAGO LA BANCA parcela 13 BOECILLO Valladolid 47151 Valladolid. aterpri@telefonica.net

La existencia de comorbilidad psiquiátrica relacionada con los Trastornos por Consumo de Sustancias es una realidad clínica frecuente habiéndose acuñado el término de Trastorno Dual o Patología Dual para referirse a ella. Dependiendo de las fuentes consultadas y de población estudiada su prevalencia varía entre el 45%-75% . Engloba a la totalidad de los trastornos psiquiátricos aunque por su trascendencia destacan los trastornos de ansiedad, afectivos, de personalidad y los psicóticos. Sin embargo, lo mas llamativo son las repercusiones sobre la evolución y el pronóstico final de ambas patologías ya que se ha podido constatar una mayor prevelancia de complicaciones (incremento del número de hospitalizaciones, mayor frecuentación de los servicios de urgencias, mayor presencia de auto y heteroagresividad, inestabilidad familiar y marginación social, dificultad de acceso a la asistencia sociosanitaria, etc) y peor cumplimiento y respuesta al tratamiento . En resumen, peor pronóstico de ambas patologías, mayor ansia de consumo y aumento del número de recaídas.

La necesidad de buscar abordajes eficaces en los consumidores de drogas con patología psiquiátrica comórbida nos ha llevado a plantear diferentes estrategias terapéuticas, en función de las drogas consumidas y de los trastornos psiquiátricos acompañantes, con el doble objetivo de controlar los trastornos psicopatológicos a la vez que buscamos la abstinencia del consumo de drogas . La que presentamos en esta comunicación se sustenta en los denominados Tratamientos Directamente Observados sobre los que existe un importante desarrollo en nuestro centro basado en la experiencia del tratamiento de la adicción a opiáceos con NTX o metadona, del alcoholismo con NTX y/o interdictores o en la quimioprofilaxis antituberculosa, vacunación VHB, etc. En concreto en los resultados de un programa de seis meses de tratamiento con un antipsicótico atípico inyectable (Risperidona) en un grupo de pacientes politoxicómanos diagnosticados de uno o varios trastornos psiquiátricos comórbidos : Trast. Psicóticos y Trast de la Personalidad principalmente, que complicaban su evolución con frecuentes recaídas en el consumo y episodios de descompensación de la patología psiquiátrica. La evolución favorable en los seis meses de tratamiento queda reflejada en la estabilidad a nivel psicopatológico, la abstinencia del consumo de drogas constatado en urinoanálisis semanales y la importante adherencia al tratamiento.

El consumo de cocaína en los programas de mantenimiento con metadona

MARTA TORRENS MÈLICH

Instituto de Atención Psiquiátrica . Hospital del Mar. Jefe de Sección

Enviar correspondencia a:

Marta Torrens Mèlich. Passeig Marítim 25-29 Barcelona 08003 Barcelona. mtorrens@imas.imim.es

El consumo de cocaína es muy frecuente entre los pacientes dependientes de opiáceos que siguen un programa de mantenimiento con metadona (PMM). Este consumo concomitante de cocaína, ya sea combinada con la heroína como "speedball," o administrada de forma independiente, se ha asociado con mayor frecuencia de conductas de riesgo (número de inyecciones, mayor frecuencia de compartir jeringas, más conductas de riesgo sexual) y mayor prevalencia de VIH; así como con mayor riesgo de aparición de trastornos psiquiátricos inducidos. Además, diversos estudios de seguimiento de pacientes en PMM demuestran que el consumo de cocaína es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento y para seguir consumiendo opioides ilegales y por tanto estos sujetos constituyen un subgrupo de pacientes con mayor gravedad clínica.

En esta ponencia se presentan resultados de estudios realizados en nuestro medio sobre prevalencia del consumo de cocaína en sujetos dependientes de heroína y su repercusión en la evolución del PMM y se revisan las alternativas terapéuticas propuestas.

Metanfetamina, anfetaminas, MDMA y drogas de síntesis, usos recreativos, epidemiología y clínica

MIGUEL ANGEL TORRES HERNÁNDEZ

Servicio Provincial de Salud Mental. Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

Miguel Angel Torres Hernández. Paseo Alameda, 16 2º 46010 Valencia. mtorres@mail.ono.com; matorresh@telefonica.net

INTRODUCCIÓN

Las anfetaminas fueron drogas de consumo frecuente en los años 60-70, cuando ya se pensaba que su consumo iba en descenso, nos encontramos con la aparición de una nueva tendencia en el consumo de psicoestimulantes, diferentes a la cocaína. Nos referimos a la metanfetamina denominada speed, así como el uso de anfetaminas, como lo eran antaño y, finalmente formas que aunque habían sido sintetizadas hacía muchos años, empezaron a utilizarse para uso recreativo y también para uso psicoterapéutico, que luego no demostraron, nos referimos al éxtasis y otras drogas de diseño, así como en los momentos recientes el uso y abuso de otras sustancias como la Ketamina y el GHB.

¿Por qué se observan estos fenómenos? En la mayoría de ocasiones a estas sustancias les precede la aureola de mejorar el contacto interpersonal, mejor sintonía con los ambientes, mejoría en las percepciones sensoriales, aumento de la euforia, mejora del rendimiento, favorecedoras de la aproximación, sexual, etc. Esto hace que se cree una moda o tendencia que, sin la debida información, puede generar problemas clínicos a sus consumidores de resultados imprevisibles. Otra de las razones, quizás más sociológica que otra cosa, es el uso en fiestas privadas, raves, la vinculación con un cierto estilo de vida, un cierto tipo de música, de ambiente, etc. que hace que los laboratorios clandestinos de estas sustancias las produzcan a miles y generen un mercado que, aunque no generan todavía una patología extendida, cada día se demuestra su potencial neurotóxico y de riesgo para el usuario.

EFFECTOS

Actúan sobre SNC, en neuronas serotoninérgicas, dopaminérgicas, liberándolas, además de inhibir su recaptación, con una activación sináptica, así como liberación de noradrenalina con dificultades para su recaptación y, por lo tanto mayor permanencia en sinapsis y estimulación continuada.

Por esos efectos sobre neuronas, producen una serie de efectos comunes como: euforia, anorexia, disminución de la sensación de fatiga, vigilia, vasoconstricción externa y aumento de calor interno, mejoran contacto personal y empatía, aumentan la sensación de rendimiento, alteran el ritmo cardíaco, pueden producir daños renales y hepáticos.

Su capacidad adictiva, especialmente la de las drogas de síntesis, está en discusión, pero no por ello podemos olvidar que son potencialmente peligrosas por sus daños.

TIPOS

Derivados de la feniletilamina: MDMA, MDA, MDEA, etc.

Análogos de la feniletilamina: PMM, Análogo del STP.

Análogos del fentanil: AMF, PFF.

Análogos de la meperidina: MPTP, MPPP.
Análogos de la metacualona: meclocualona, Nitrometacualona.
Análogos de fenciclidina o arilhexaminas: PCP, PCC, TCP, Ketamina.
Otros: Aminorex, GHB, Remolina.

FARMACOCINÉTICA

Administración oral o parenteral. Absorción rápida, duración 3-6 horas.

Eliminación renal, se mejora la excreción con acidificación de orina.

Penetran en neurona a través de la membrana, aumentando las concentraciones de serotonina, noradrenalina y dopamina.

PERFIL DEL CONSUMIDOR

La mayoría son jóvenes, consumidores ocasionales o experimentales, gente "normal" en situaciones de recreo, fácil acceso en ambientes juveniles, música, discos, raves, etc. Nivel medio de estudios, no suelen dar muchos problemas legales, no crean conflictos a nivel de convivencia. De uso muy extendido, no generan tantas urgencias como la cantidad que se consume.

Pueden ocasionar riesgos potenciales de daños cerebrales y neurológicos, pueden producir, especialmente el éxtasis el temido "golpe de calor". También se relacionan las anfetaminas y metanfetaminas con daños mentales tipo paranoide.

Las demandas asistenciales en una Comunidad como la Valenciana han oscilado en porcentajes del siguiente modo anfetaminas 1,2% en 2001 y no llegando a esa cifra entre 1998 y 2004. Con respecto a las drogas de síntesis, el año que dio mayor porcentaje fue de 0,7% en 1999, siendo menor en el resto de años. Por lo que respecta a los estudios de población adulta en la Comunidad Valenciana, el consumo experimental se encontraba en un 4,5% de la población en drogas de síntesis y en anfetaminas en un 2,6%. El consumo frecuente en el último mes oscilaba en un 0,4% en drogas de síntesis y un 0,35 en anfetaminas. Además se ha ido experimentado un descenso en la prevalencia de consumo de las mismas entre el año 2002 y el 2004, además de ser más frecuente entre las mujeres. Por lo que respecta a población española según datos de la encuesta 2003 del PNSD, el consumo frecuente ha sido el máximo en el año 2001, mientras que ha sido menor en el resto de años investigados.

CLÍNICA

Efectos sobre el SNC

Euforia, búsqueda de empatía y buenas vibraciones con el ambiente, sentimientos de capacidad, disminución de fatiga, pérdida de apetito, hiperactividad psicomotora, mejoría en la aproximación sexual, mayor sensibilidad y agudeza perceptiva (olfato, oído) apariencia de mayor lucidez.

Efectos indeseados

Sobredosificación con insomnio, irritabilidad, disforia, malhumor, agitación, agresividad, confusión mental, ideas paranoides, ataques de pánico, crisis ansiosas, temblores, contracciones musculares y rigidez muscular, alteraciones vasculares con riesgos de hemorragias cerebrales, convulsiones epileptiformes.

Cuadros de hipertermia maligna o golpe de calor.

En cuanto a la dependencia hay opiniones diversas, lo que sí se ha demostrado es una taquifilaxia a los efectos y la necesidad de incremento de dosis especialmente en las anfetaminas.

El uso continuado de anfetaminas destruye terminales nerviosas serotoninérgicas, por lo que disminuye la producción de serotonina, dopamina, etc. con disminución de los lugares de recaptación. Hay destrucción física de neuronas.

ABORDAJE DE LOS CONSUMIDORES DE PSICOESTIMULANTES

Tendremos, en primer lugar en cuenta, el tipo de personas, el uso de otras sustancias adictivas, ambiente de consumo. Expectativas del mismo, cantidades consumidas.

En el caso del golpe de calor: control de constantes vitales, lavado gástrico, protección de vías aéreas, rehidratación, acidificación de la orina, reducción de la hipertermia con medidas físicas, control de la tensión arterial, prevención de convulsiones con diazepam o fenitoína.

La neurotoxicidad se podría mejorar a través de administrar ISRS.

Para el trastorno de pánico, utilizaríamos un benzodiazepina de vida media-media o corta.

Para la depresión suelen ser muy útiles los ISRS.

Los trastornos psicóticos hay que tratarlos como un cuadro genuino siendo los antipsicóticos más recomendables el haloperidol y los que no bloqueen los receptores de dopamina.

No hay un tratamiento específico para la deshabituación, podríamos asociar ISRS, antiepilépticos de nueva generación y nootropos.

Todavía las vacunas se hallan en unas fases muy experimentales por lo que dudamos que en poco tiempo estén disponibles.

El análisis funcional, la terapia cognitivo-conductual suelen ser muy eficaces para el abordaje, la comprensión y la ayuda a la resolución del conflicto en este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Bobes J, Lorenzo P, Sáiz PA (1998). Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprehensivo. Masson. Barcelona 1998.

Bobes J, Sáiz PA (Editores) 2003: Monografía drogas recreativas. Adicciones Vol. 15, suplemento 2.

Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Palmer A, Sureda P, Torres MA (2000): Salir de marcha y consumo de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Dirección General de Drogodependencias (2005): Informe de actividad de los Centros y Servicios en materia de drogodependencias en la Comunidad Valenciana. Presentación a la Reunión de Unidades de Conductas Adictivas. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia, 16 diciembre 2005.

Gamella JF, Álvarez A editores (1997): Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Gowing LR, Henry-Hedwards SM, Irvine RJ, Ali RL (2001): Ecstasy. MDMA and other ring-substituted amphetamines. WHO. Mental Health and Substance Dependence Department. WHO. 2001.

Llopis JJ, Castillo A (2004): Tratamiento del abuso de éxtasis (MDMA). En Monografías de Psiquiatría. Drogas de diseño.

Madoz A (2004): Historia, epidemiología y patrones de consumo. En Monografías de Psiquiatría. Drogas de Diseño.

Navarro J, Megías E, Gómez E (2000): el consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana (II). Generalitat Valenciana. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.

Ochoa E (2004) Tipos de sustancias. Farmacología de las drogas de diseño. En Monografías de Psiquiatría. Drogas de diseño.

Ochoa E (2004): Características clínicas del MDMA. En Monografías de Psiquiatría. Drogas de Diseño.

Regione Emilia-Romagna (1996): Ecstasy e sostanze psichedeliche. Tai della Conferenza Internazionale. Bologna 18/19 novembre 1996. Editrice Verso l'Utopia. Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo. Ravenna.

Roberts G (2005): Prevention of Amphetamine-type-stimulant (ATS) Abuse among Young People-A Good Practices Guide-. Draft submitted to the Global Challenges Section Prevention, Treatment & Rehabilitation Unit. United Nations Office on Drugs and Crime. Vienna, Austria. October 9, 2005.

WHO (2001): Management of substance dependence review series. Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders. Department of Mental Health and Substance Dependence. WHO. Geneva.

WHO (1997): Amphetamine-type Stimulants. A report from the WHO Meeting on amphetamines, MDMA and other psychoestimulants. Geneva, 12-15 November 1996. Programme on Substance Abuse. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHO, 1997.

Trastornos de alimentación y drogas

FRANCISCO VAZ LEAL

Facultad de medicina. Universidad de Extremadura. Profesor Titular de Psiquiatría

Enviar correspondencia a:

Francisco Vaz Leal. Campus Universitario Av. De Elvas s/n 06071 Badajoz. fjavaz@unex.es

El diagnóstico dual —trastorno de la conducta alimentaria (TCA) asociado a trastorno por uso de sustancias (TUS)— es frecuente en la práctica clínica. De hecho, hasta el 50% de los sujetos con un TCA consumen o han consumido sustancias psicoactivas, mientras que la prevalencia de TCA detectada en sujetos que presentan un TUS es hasta 7 veces superior a la esperable en la población general. La tendencia a aparecer conjuntamente ha hecho que diferentes modelos utilizados en el estudio y tratamiento de cada una de estas patologías hayan sido aplicados a la otra. También se ha suscitado la cuestión de cuál de las dos patologías aparece antes y en qué medida la una es responsable de la aparición (o, por el contrario, es consecuencia) de la otra. En relación con este último punto, existen estudios que ponen de manifiesto que entre los sujetos con TCAs+TUS, aproximadamente en un tercio de los casos el TUS había precedido al TCA, mientras que en los dos tercios restantes el TCA había aparecido antes que el TUS. Los sujetos en los que el TUS precede al TCA tienden a consumir un mayor número de sustancias tóxicas, pero los sujetos en los que el TCA precede al TUS los síntomas alimentarios suelen aparecer a una edad más precoz y existen más síntomas psicopatológicos.

El modelo adictivo ha sido propuesto como modelo capaz de explicar la aparición y mantenimiento de los TCA. En la base de esta propuesta está la similitud entre algunas manifestaciones clínicas presentes en los sujetos con TCA y con TUS. Por ejemplo, los atracones que aparecen en muchos de los pacientes con TCA tienen algunos elementos en común con el abuso de sustancias: a) los sujetos con atracones y con abuso de sustancias refieren craving en relación con la comida o la sustancia de la que abusan; b) en ambos grupos de sujetos se dan sentimientos de pérdida de control; c) el consumo de comida y de tóxicos se ve influido por factores emocionales y por el estrés; d) en ambos grupos de individuos existe una preocupación persistente por el consumo de comida (o de tóxicos) y existen intentos repetidos por controlar el consumo, el cual tiene lugar a menudo en secreto; y e) con una frecuencia mayor de la teóricamente esperable, como ya se ha señalado, ambos trastornos se dan de forma conjunta en el mismo sujeto, tanto en poblaciones clínicas como no-clínicas. El modelo adictivo de los trastornos alimentarios parte de la idea de que determinados sujetos son biológicamente vulnerables ante determinados tipos de alimentos, que son capaces de provocar una dependencia química. Sin embargo, otros fenómenos observables en relación con el consumo de tóxicos (como la tolerancia, la dependencia física y la abstinencia) no son observables en relación con la comida. Por otra parte, y dado que el modelo adictivo propone que la comida es una droga y que, en consecuencia, puede tener efectos psicoactivos capaces de influir en el estado de ánimo y sobre la conducta, la evidencia clínica no apoya en absoluto la idea de que la comida pueda tener grandes efectos a nivel farmacológico.

En términos generales, parece claro que los niveles de psicopatología son superiores en sujetos con patología dual que en sujetos con una sola patología. Por otra parte, los sujetos con TCA+TUS presentan más diagnósticos de trastornos del cluster B que los TCA sin TUS asociado. Elementos importantes a valorar dentro de este apartado serían el papel de la impulsividad, de la menarquia precoz y de los antecedentes de abusos sexuales. En general, los pacientes con anorexia nerviosa restrictiva (ANR) presentan menos consumo de tóxicos y de alcohol que las pacientes formas purgativas (ANP) o con bulimia nerviosa (BN), que tienden a consumir alucinógenos, tranquilizantes, estimulantes, LSD, PSP, cocaína y éxtasis. De una forma global, se ha asociado la restricción con el uso de anfetaminas, la intensidad de los atracones con el uso de ansiolíticos y la intensidad de las conductas de purga con el uso de alcohol, cocaína y tabaco. Una cuestión que ha sido analizada es si determinados comportamientos ligados a la ingesta podían estar específicamente relacionados con el uso de sustancias, habiéndose encontrado que el uso de alcohol se asocia de forma significativa con el empleo de diuréticos, con independencia del subtipo clínico de TCA.

En función de todos estos datos, parece claro que es necesaria la detección de patología en uno y otro campo y la puesta en marcha de un protocolo de tratamiento que incluya ambas áreas clínicas.

Manejo de la mujer embarazada y drogodependiente

MARTHA LUZ VÉLEZ URIBE

Center for Adicction and Pregnancy, Johns Hopkins School of Medicine. U.S.A. Pediatra, Directora Sección de Puericultura

Enviar correspondencia a:

Martha Luz Vélez Uribe. Center for Addiction and Pregnancy Johns Hopkins Bayview Medical Center
4940 Eastern Avenue Baltimore MD 21224 EEUU. mvelez@jhmi.edu

INTRODUCCIÓN

La drogodependencia en mujeres durante el embarazo es un problema de gran magnitud y frecuentemente ignorado. La prevalencia de uso de drogas ilícitas durante el embarazo en USA es de aproximadamente 5.5% con un rango de 1,3-50% dependiendo del área geográfica y métodos de evaluación. El uso de drogas durante el embarazo esta asociado a problemas obstétricos (aborto, infecciones, retardo del crecimiento intrauterino), pediátricos (prematuridad, bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia del neonato), psiquiátricos (depresión y otros trastornos asociados a la drogodependencia) y sociales (crimen, violencia). El Centro para Adicción y Embarazo (CAP, la sigla en inglés del Center for Addiction and Pregnancy) de la Universidad de Johns Hopkins en Baltimore, es un programa para la atención de mujeres embarazadas drogadictas y sus hijos, que ofrece en forma integral servicios de obstetricia, pediatria, psiquiatria, enfermeria y trabajo social, tanto en forma residencial como ambulatoria.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa CAP fue creado hace 15 años para atender las multiples necesidades de servicios de salud que frecuentemente afrontan las mujeres embarazadas drogadictas y sus hijos. El tratamiento de la drogodependencia consiste en psicoterapia individual y de grupos, enfocadas a los problemas especificos de la madre y la crianza de sus hijos. Para las adictas a opioides se ofrece tratamiento con metadona o la oportunidad de participar en investigación con buprenorfina. Para las pacientes expuestas a violencia fisica, sexual o emocional, se ofrece terapia individual y de grupo enfocadas en la atención de estos problemas. Todas las pacientes reciben atención prenatal, educación sobre el embarazo y planificación familiar. CAP trabaja estrechamente con el sistema legal, servicios de protección del niño, instituciones que dan soporte espiritual, narcóticos anónimos, etc. CAP también tiene un componente de investigación con varios proyectos, entre ellos la evaluación de la efectividad de buprenorfina vs. metadona durante el embarzo, efectos de la metadona en el desarrollo fetal, etc.

CAP atiende a más de 300 mujeres embarazadas drogodependientes cada año. Las mujeres admitidas al programa CAP tienen un promedio de 29 años de edad, 2 hijos, la mayoría son abusadoras de varias sustancias (67%), solteras (89%), con una alta prevalencia de trastornos siquiátricos (41%) e historia de exposición a violencia (85%). Entre 7% y 9% son HIV positivas. El promedio de peso al nacer de los niños de madres en tratamiento en CAP es 3.120 grs., con un promedio de edad gestacional al nacer de 39.5 semanas, APGAR a 1 minuto 8 y a los 5 minutos 8.8, y un porcentaje de síndrome de abstinencia neonatal que requiere tratamiento farmacológico de 49%. En un estudio comparando el costo de tratamiento de mujeres tratadas en CAP con un grupo control que no recibió tratamiento especializado se encontró un ahorro de casi \$5.000 por cada madre.

Este modelo de tratamiento integral de la embarazada drogodependiente ha demostrado ser efectivo en mejorar los pronósticos perinatales y la adherencia de las pacientes al tratamiento de la drogodependencia.

Adicciones y conflictividad socio-laboral

JOSÉ MIGUEL ZOIDO RAMOS

CEDEX (Centros de Drogodependencia Extremeños) de Badajoz. Especialista en Medicina del Trabajo. Médico.

Enviar correspondencia a:

José Miguel Zoido Ramos. Rda. Del Pilar, 22 06002 Badajoz. josemiguel.zoido@sc.juntaex.es

La adicción a sustancias consideradas como drogas, ya sean legales o no institucionalizadas, provocan una alteración en la salud global del usuario y/o adicto. Esto es, disminución del estado de la salud en sus dos aspectos bien diferenciados:

- Salud individual: ya sea salud física y/o salud mental
- Salud comunitaria: salud familiar, salud laboral y salud social

Una vez que el adicto, supera las fases precontemplativa, contemplativa y de preparación a la acción (teoría de estadios del cambio de Prochaska y Di Clemente), llega al estadio de acción e inicia el tratamiento integral de su adicción en centros especializados. En los mismos, se puede plantear por el equipo terapéutico una Incapacidad Temporal (I.T.), de duración variable, para instaurar un tratamiento farmacológico - psicológico adecuado al tipo de adicción y paciente, y poder contar con el apoyo familiar adecuado para realizar con éxito la desintoxicación domiciliaria y posterior inicio de deshabituación.

Su médico de A.P., ante la petición reglada del médico del Centro de Atención a Drogodependientes, realiza la I.T. por tiempo variable, dependiendo de cada caso, y dos hojas del documento son enviadas al centro de trabajo. Si trabaja en una empresa pública, el departamento de RR.HH. los archiva en su historia laboral, como los de petición de asuntos propios, los de petición del periodo vacacional, etc. Si la empresa es privada y ha optado que la protección y prestación económica por I.T., derivada de las Contingencias Comunes y de las de Accidentes de Trabajo, sean realizadas por Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), es donde puede comenzar la conflictividad socio-laboral.

Las Mutuas son asociaciones empresariales, sin ánimo de lucro, autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y constituidas con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social del Régimen General, en concreto de la gestión de las contingencias derivadas de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y en la gestión de la prestación económica de I.T. derivada de Contingencias Comunes (esto último desde Junio de 1996). Desde Enero de 2004 esta cobertura se ha ampliado a los Regímenes Especiales (trabajadores autónomos y agrarios) de forma voluntaria para aquellos que así lo deseen.

Ante una situación de I.T. para el trabajo por Contingencias Comunes, son dos los estamentos implicados en realizar las prestaciones:

- La atención sanitaria, a cargo del Servicio Público de Salud
- La prestación económica, a cargo de la Entidad pagadora (INSS, ISM o Mutua).

Así pues, las MATEPSS realizan, entre sus funciones, dos cometidos principales: 1.- atención sanitaria y prestación económica en las Contingencias Profesionales (Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales) a sus afiliados. 2.- prestaciones económicas en las Contingencias Comunes a los trabajadores de las empresas que hayan optado por esta opción y a los trabajadores Autónomos o del Régimen Agrario que deseen tener esta cobertura.

Las Mutuas, al estar a cargo de realizar una prestación económica en el ámbito de las Contingencias Comunes, han sido facultadas para realizar ciertas actuaciones sanitarias:

a) Reconocimientos médicos, que se realizan de modo sucesivo por sus propios servicios médicos a partir de los 15 días de la baja, y el acceso a la documentación clínica de que disponga el paciente para el control de la I.T.

b) Otras actuaciones sanitarias reguladas por los acuerdos de colaboración suscritos con los Servicios Públicos de Salud, siempre en aras de conseguir acortar la duración de la Incapacidad Temporal

c) Los médicos de las Mutuas pueden realizar propuestas de ALTA al Servicio Público de Salud (Inspecciones y Médicos de Cabecera) en aquellos casos en los que no se vea justificada una situación de I.T. por no existir suficiente menoscabo

d) También, en aquellos pacientes en los que la gravedad de la enfermedad o su duración indique que no van a poder recuperarse para su trabajo habitual, pueden realizarse propuestas de Incapacidad Permanente.

La aprobación de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), supone un cambio en las pautas de actuación de las empresas con el fin de obtener y establecer una mejora en las condiciones de trabajo, por lo que el empresario debe realizar unas actividades de actitud preventiva, desarrolladas por los Servicios de Prevención, ya sean propios o ajenos y concertados. Las empresas están obligadas a:

- Evaluación de riesgos con la adopción de medidas correctoras y controles periódicos
 - Vigilancia periódica de la salud del trabajador con su consentimiento expreso, salvo para verificar si las condiciones de trabajo pudiesen comportar un riesgo a los demás
 - Informar a los trabajadores sobre los riesgos y las medidas adoptadas
 - Garantizar que los equipos de trabajo sean los adecuados y estén homologados
 - Poner a disposición de la autoridad laboral y sanitaria la documentación relativa a la evaluación de riesgos, medidas de protección y prevención adoptadas, resultado de los controles no médicos practicados, relación de accid. de trabajo y enf. profesionales
 - Proporcionar a los trabajadores equipos de protección adecuados y velar por el uso efectivo de los mismos
 - Dar formación al trabajador en materia preventiva, tanto teórica y práctica, de manera suficiente y adecuada, y durante su jornada laboral desde su incorporación a la empresa y con motivo de cambio de actividad.
- La Vigilancia de la Salud es descrita en el Art. 22 de la LPRL y recoge las siguientes consideraciones:
- Se garantiza la vigilancia periódica del estado de salud en función de los riesgos inherentes al tipo de trabajo
 - Solo podrá realizarse cuando el trabajador preste su consentimiento
 - Las pruebas se llevarán a cabo respetando siempre la dignidad y la intimidad del trabajador y los resultados obtenidos serán comunicados a los trabajadores afectados
 - Se garantizará la confidencialidad y reserva de toda información relacionada con el estado de salud del trabajador
 - Los datos obtenidos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores, no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador
 - El acceso a la información médica de carácter personal, se limitará al servicio médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento
 - Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo por personal sanitario de competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

PALABRAS CLAVE

Mutuas, adicciones, incapacidad temporal, vigilancia de la salud, conflictividad laboral, servicios de prevención.

RESÚMENES COMUNICACIONES Y POSTERS

Factores familiares que predicen la asistencia paterna a un programa de prevención familiar

**SUSANA AL-HALABÍ DÍAZ, JOSÉ M. ERRASTI PÉREZ, JOSÉ R. FERNÁNDEZ HERMIDA,
ROBERTO SECADES VILLA, OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ, JOSÉ L. CARBALLO CRESPO**

Universidad de Oviedo - Facultad de Psicología

Enviar correspondencia a:

Susana Al-Halabí Díaz. Plaza Feijoo S/N. Oviedo 33003. Asturias. alsusana@uniovi.es

RESUMEN

Este estudio analiza los factores familiares que predicen la asistencia de los padres al programa de prevención familiar "Familias que Funcionan" (adaptación española del "Strengthening Families Program") llevado a cabo en el ámbito escolar. Se midieron las variables familiares que actúan como factores de riesgo en el consumo de drogas de los adolescentes y que también están relacionadas con la baja participación paterna en los programas de prevención.

PALABRAS CLAVE

Drogas, prevención familiar, asistencia paterna.

El amisulpride como tratamiento de los síntomas psicóticos en pacientes dependientes de cocaína

J. ALMOGUERA, A.I: HENCHE, A. DÍAZ RUANO

Unidad de drogodependencias de Toledo.

Enviar correspondencia a:

Angel Díaz Ruano. Director de la Unidad de Drogodependencias de Toledo. adruano@diputoledo.es

RESUMEN:

Introducción

En los últimos años, ha aumentado el número de pacientes dependientes de cocaína que presentan síntomas psicóticos. Los neurolépticos clásicos son eficaces frente a los síntomas positivos, pero no así frente a los negativos. El amisulpride es un antipsicótico atípico que tiene un efecto dual. A dosis altas produce un bloqueo de receptores límbicos dopaminérgicos postsinápticos (potente actividad antipsicótica). A dosis bajas, aumenta la transmisión dopaminérgica mesocortical, bloqueando los receptores D2/D3 presinápticos (control de los síntomas negativos).

Objetivos

Establecer la eficacia del amisulpride, a un mes, en los pacientes dependientes de cocaína con síntomas psicóticos.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de una serie de casos a un mes. Se incluyen treinta pacientes, valorados en el EAD (Equipo de Atención a Drogodependientes) de Toledo de junio a diciembre de 2005, con diagnóstico DSM-IV-TR de dependencia de cocaína, abstinentes y con síntomas psicóticos en el momento de la valoración.

El estudio consta de dos visitas (basal y un mes). El amisulpride se pauta en la primera y se ajusta individualmente hasta llegar a dosis de mantenimiento (200 - 400 mg/día). En cada una de las visitas se cumplimenta pasa la escala breve de evaluación psiquiátrica (BRPS) y la escala de impresión clínica global (CGI). El tratamiento incluye psicoterapia y controles toxicológicos en orina semanales.

Hemos analizado las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos (historias clínicas).
- Síntomas psicóticos (BPRS).
- Mejoría clínica (CGI).
- Abstinencia (controles toxicológicos).

Para comparar el BPRS basal y BPRS a un mes utilizamos el test no paramétrico de la suma de los rangos de Wilcoxon.

Como la variables CGI-SI (gravedad de la enfermedad) y CGI-GI (mejoría global) son cualitativas y distintas, utilizamos una tabla de contingencia cruzando los datos de las dos tablas de frecuencias.

RESULTADOS

De los treinta pacientes incluidos (92 % hombres y el 8 % mujeres), veintiseis completaron el estudio. Dos pacientes abandonaron el tratamiento de deshabituación; dos ingresaron en una comunidad terapéutica y no fue posible hacer el seguimiento. La media de edad fue de $29,69 \pm 7,06$ años.

Todos estaban diagnosticados, según criterio DSM-IV-TR, de dependencia de cocaína. Algunos consumían paralelamente otras sustancias (34 % cannabis, 30 % alcohol y 0,7 % opiáceos).

La dosis media de amisulpride fue de $376,92 \pm 42,97$ mg/día. En algunos pacientes se utilizó medicación concomitante (ansiolíticos 15 %, antidepresivos 60 %, anticomiciales para el *craving* 46 % y otros antipsicóticos 2 %).

Se registró somnolencia ($n = 2$), disfunción eréctil ($n = 1$) y extrapiramidalismo ($n = 1$). Ningún caso precisó la retirada definitiva del fármaco, aunque estos dos últimos necesitaron una reducción de la dosis.

Al analizar los controles toxicológicos, el 73 % de los pacientes mantenían abstinencia de cocaína al mes de seguimiento.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) al comparar el BPRS basal (mediana = 49) y BPRS a 1 mes (mediana = 9,5). Encontramos diferencias similares ($p < 0,0001$) si comparamos las puntuaciones del *cluster* de síntomas positivos (basal: mediana = 9. Un mes: mediana = 2,5) y el *cluster* de síntomas negativos (basal: mediana = 12,5. Un mes: mediana = 3).

Al mes de tratamiento, se observa una mejoría en la totalidad de la muestra (CGI): 50 % de los pacientes están mucho mejor; 34,6 %, moderadamente mejor; 15,4 % levemente mejor. Estos resultados son independientes de las puntuaciones del CGI-SI ($p = 0,113$)

CONCLUSIONES

El tratamiento con amisulpride mejoró significativamente los síntomas psicóticos en los pacientes dependientes de cocaína incluidos en este estudio. Destaca la escasez de efectos secundarios.

Este estudio tiene la limitación de contar con una muestra relativamente pequeña y sin grupo control. Pueden existir sesgos por el empleo de otros psicofármacos o por otras variables no analizadas.

El principal valor de este estudio radica en que se objetiva que el amisulpride, a dosis bajas, es eficaz tanto en síntomas positivos como en negativos, a diferencia de otros antipsicóticos clásicos.

PALABRAS CLAVE

Amisulpride, cocaína, síntomas psicóticos.

Estudio descriptivo realizado con la población atendida en el CAD: Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza

EQUIPO DEL CAD

CAD de Cieza

Enviar correspondencia a:

M^º Angeles Antelo. C/ Ludovisi n^º 40 Urbanización La Alcayna. Molina de Segura. 30500 Murcia. manges.antelo@telefonica.net

RESUMEN:

Muestra: pacientes atendidos en el año 2005 en el CAD de Cieza.

Estudio de las siguientes variables:

- Sustancias que consumen
- Sexo
- Edad
- Nivel educativo
- Situación laboral
- Profesión
- Convivencia con familia propia
- Convivencia con familia de origen
- Apoyo familiar
- En abstinencia: si
no
- Tratamientos: Psiquiátrico
Psicológico
Farmacológico
- Frecuencia recaídas
- En proceso de rehabilitación

Los jóvenes y las sustancias

FANNY T. AÑAÑOS BEDRIÑANA

Universidad de Granada

Enviar correspondencia a:

Fanny T. Añaños Bedriñana. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Pedagogía, Campus Cartuja s/n, fanntab@ugr.es

RESUMEN:

Introducción

Si entendemos la droga en su sentido más amplio, es decir, como cualquier sustancia química que provoca cambios en la dimensión emocional, el funcionamiento del organismo y/o el comportamiento de una persona, el tabaco, cannabis y el alcohol cumplen estas condiciones y, son las sustancias objeto de nuestro estudio.

Estas drogas, definidas frecuentemente "blandas", pueden considerarse los productos más importantes, tanto por ser sustancias de intenso consumo a lo largo de la Historia y por ser en estos momentos las que mayor número de dependientes acogen y más problemas causan, bien sanitarios, bien psicosociales. A su vez, tienen la característica de ocupar los primeros puestos de las drogas más consumidas. También, es opinión generalizada que puede conformar el primer peldaño de la escalada hacia las toxicomanías, ya que su efecto potencial allana el camino de entrada y facilita la vía de aprendizaje hacia el consumo de otro tipo de drogas.

Desde esa perspectiva, las drogas siempre han tenido presencia social y cultural con patrones diferenciados en las distintas épocas y lugares. Los grupos sociales se han relacionado con las sustancias, en este caso, los jóvenes españoles. En el presente trabajo se exploran los resultados de una investigación nacional llevado a cabo por el Grupo de Investigación HUM 739 "Educación Social y Cultural" de la Universidad de Granada, financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Objetivos

Estudiar y analizar la relación establecida entre los jóvenes y las sustancias (alcohol, tabaco y cannabis) desde la perspectiva de los contactos, edad de inicio y los periodos de consumo.

Metodología

Los sujetos objeto de la investigación fueron jóvenes entre los 12 y 26 años de todo el territorio nacional, en una muestra aleatoria de 1,118 sujetos tanto en zonas rurales como urbanas a los que se aplicaron 1,030 cuestionarios y 88 entrevistas en profundidad.

RESULTADOS

En la investigación, la interacción (contacto) entre los sujetos y las drogas se concreta en datos rotundos como: el 93,7% ha bebido alguna vez (preferentemente cerveza, whisky y calimocho), el 79,1% ha fumado tabaco y el 54,9% ha probado cannabis.

Los resultados expresan que el primer contacto con las drogas suele producirse en edades muy tempranas: por ejemplo, a los 13 años experimentaron en un 22,2% con bebidas alcohólicas, el 30,6% con el tabaco y el 6% con el cannabis. No obstante, los porcentajes mayores se sitúan a los 14-15 años en cuanto al alcohol

(40,5%) y el tabaco (35,1%), en cambio con el cannabis el tramo etario sube a 16-17 años (32,1%). Las frecuencias de contacto refieren a:

– Experimental “lo probé una sola vez”: 6,1% alcohol, 31% tabaco y 35,1% cannabis, reflejando que la mayoría de los sujetos continúa la relación con las drogas.

– Ocasional: consumo esporádico sin una determinación temporal definida pero espaciados (cannabis 49,4%, alcohol 42,2% y tabaco 12,1%).

– Habitual: conducta repetitiva periódica o pauta de conducta frecuente, por ejemplo, beber alcohol todos los fines de semana (49,5%), asimismo distinguimos al 10,3% en cuanto al cannabis.

– Diario: dependiente o compulsivo, especialmente de tabaco (31,8%), cannabis 5,5% y alcohol 0,9%. Incidiendo en el tabaco y tomando el 31,8% como porcentaje total, las cantidades fluctúan entre 1 y 5 cigarrillos (33,7%), 6 y 10 (30,6%), 11 y 20 (32,6%) y, más de 20 cigarrillos el 3,1%.

PALABRAS CLAVE:

Jóvenes, alcohol, tabaco, cannabis, experimentación, edad de inicio, periodicidad de consumo.

¿Qué se entiende por drogas? Interpretaciones desde la pedagogía

FANNY T. AÑAÑOS BEDRIÑANA

Universidad de Granada

Enviar correspondencia a:

Fanny T. Añaños Bedriñana. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Pedagogía, Campus Cartuja s/n. 18071 Granada - fanntab@ugr.es

RESUMEN:

Introducción

Las drogodependencias, desde la educación, interesan porque es un ámbito de investigación y actuación de la Pedagogía Social y de la Educación Social, así como se encuentran enmarcadas dentro de las materias transversales referidas a la Educación para la Salud.

En ese sentido, además de los parámetros científicos que conceptúan las drogas, entran a definir los aspectos sociales, económicos y culturales de los grupos que los utilizan. Las cuestiones sociales, perceptivas, interpretativas, etc. vinculadas al uso de drogas pueden estudiarse recurriendo a las representaciones sociales, entendiendo por tales a la visión, percepción y sobre todo una evaluación de algún fenómeno concreto de la realidad, en este caso, de los jóvenes sobre las drogas.

Un breve recorrido histórico por las definiciones pone de manifiesto la pluralidad de significados. No puede asegurarse que contemplemos un significado universal y prolongado en el tiempo; la evolución valorativa está condicionada por las sociedades, las costumbres, la accidentalidad de la naturaleza, los nuevos estilos de vida... siendo así, el sentido de la droga tiene un carácter fundamentalmente cultural.

Objetivos

El trabajo presentado es el resultado de una investigación nacional llevado a cabo por el Grupo de Investigación HUM 739 “Educación Social y Cultural” de la Universidad de Granada y estuvo financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Uno de los objetivos perseguidos en este trabajo es el de explorar y analizar las percepciones-definiciones sobre las drogas (alcohol, tabaco y cannabis) en relación a las conductas de consumo.

Metodología

Los sujetos objeto de la investigación fueron jóvenes entre los 12 y 26 años de todo el territorio nacional, en una muestra aleatoria de 1,118 sujetos tanto en zonas rurales como urbanas a los que se aplicaron 1,030 cuestionarios y 88 entrevistas en profundidad.

Resultados

La mayoría de jóvenes identifican las sustancias como drogas, concretamente, alcohol 65% (de ellos probaron la sustancia el 93,7% integrándose en él sujetos que no identifican o dudan que la sustancia es droga), el tabaco 84,2% (de ellos el 79,1% llega a fumar alguna vez) y, el cannabis 90,9% (de ellos el 54,9% llega a consumir al menos una vez). Las explicaciones o los razonamientos sobre la identificación o no de la sustancia como droga, se definen mediante la Tabla 1.

Tabla 1. Razonamientos del concepto de droga

<i>Es una droga por:</i>	% Alcohol	% Tabaco	% Cannabis
Cantidad abundante de consumo	28	2,5	-
Afecta a la salud	18,5	36,2	29,5
Afecta el entorno	1,9	-	-
Es un vicio	-	2,9	-
Por la información y publicidad	-	-	4,9
Crea adicción	59,6	59,4	54,1
Tiene efectos secundarios	20,1	-	24,6
Tiene más efectos negativos que el tabaco	-	-	8,2
Es ilegal	50	57,1	3,3
<i>No es droga por:</i>			
Es legal	50	42,9	-
No tiene efectos secundarios	25	-	-
Me divierte	25	-	-

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El alto índice de contacto con las drogas pone en relieve una contradicción entre los pensamientos y las conductas, es decir, la mayoría de los sujetos reconocen el alcohol, el tabaco y el cannabis como drogas, pero la inmensa proporción han entrado en relación con ellas. Los argumentos son sorprendes, subjetivamente inconsistentes, pseudocientíficos... y en cierto modo contradictorios; muestran tanto a jóvenes informados e identifican los tóxicos como drogas en general, pero, también las explicaciones de las mismas expresan que se encuentran condicionadas a las características adictivas de las sustancias, a la baja percepción del riesgo y a las consecuencias sociosanitarias, al marco legal, al prestigio social, a los hábitos de consumo, etc.

Finalmente, habría que contemplar en la intervención, de forma prioritaria, la educación sobre las drogas. Ésta tiene como meta la consecución o la colaboración en ella del pleno desarrollo del individuo y, por esta razón, el educador debe asumir su responsabilidad educativa ante el fenómeno.

Si los objetivos finales se orientan a que los individuos transformen las representaciones sociales llenas de benignidad-propiedades que se perciben con el consumo, así como, tengan capacidad de tomar decisiones, clarifiquen los valores en relación con las drogas, sean capaces de su puesta en práctica en diversas situaciones..., la intervención educativa va más allá de la información o aplicación pasiva de materiales por más didácticos que sean; es, entre otros, la educación en el marco en el que desarrollan la vida los sujetos objeto; es el compromiso educativo entre el educador y el individuo que implica toda la dinámica sin olvidar el contexto familiar, social... más amplio.

PALABRAS CLAVE

Drogas, representaciones sociales, Educación Social y Pedagogía Social.

Dependencia del ejercicio: hipótesis planteadas y valoración en fisicoculturistas

FÉLIX ARBINAGA IBARZÁBAL

Dpto. Psicología Fac. CC Educación. Univ. De Huelva

Enviar correspondencia a:

Félix Arbinaga Ibarzábal. Avd. Fuerzas Armadas, s/n. Huelva 21007. arbinaga@wanadoo.es

RESUMEN:

El estudio y análisis de la dependencia del ejercicio se desarrolla a partir de los trabajos de Baekeland (1970) donde observara por primera vez la influencia que la privación del ejercicio tenía sobre los patrones del sueño. Por dependencia del ejercicio puede entenderse cuando éste se realiza a intensidades, frecuencias o condiciones que causan deterioro y/o malestar, implicando un repertorio de conductas que van más allá de lo estrictamente necesario para mantener la forma física o realizar un entrenamiento ajustado a las necesidades del sujeto y/o de la competición que se prepara, derivando en consecuencias físicas y/o psicológicas cuando la práctica del ejercicio es impedida o retirada (Arbinaga y Caracuel 2004). Las principales hipótesis que han sido consideradas son la denominada como Hipótesis del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Yates, 1991) y la Hipótesis del Trastorno Adictivo (Morgan, 1979). En esta última, con un mayor apoyo de la investigación (Arbinaga, 2004) se plantearían tres posibles alternativas: 1.- La Hipótesis termogénica, la cual considera que el ejercicio incrementa la temperatura corporal reduciendo la actividad tónica muscular y la ansiedad somática (De Vries, 1981, Morgan y O'Connor, 1988), 2.- La Hipótesis de la catecolamina plantea que el incremento de éstas muestra una fuerte implicación en el control atencional, estados de ánimo, respuestas al estrés y cardiovasculares (Christie y Chesher, 1982; Morris, Salmon, Steinberg, Sykes, Bouloux, Newbould, McLoughlin, Besser y Grossman, 1990) y 3.- La Hipótesis endorfinica nos dice que la euforia experimentada se debe al papel de las beta-endorfinas, efecto placentero, reducción del dolor, síndrome de retirada y el efecto que la naloxona tiene como inhibidor de los mismos (Wagemaker y Goldstein, 1980; Thoren, Floras, Hoffmann y Seals 1990). En este trabajo presentamos los resultados obtenidos por un grupo de fisicoculturistas, evaluados mediante la "Escala de Adicción General Ramón y Cajal" (Ramos, Sansebastián y Madoz, 2001). Por fisicoculturistas hemos entendido aquellos sujetos que realizan un entrenamiento de musculación estética (Tous, 1999) con el objetivo de producir una hipertrofia muscular sarcoplasmática. Sobre una muestra de 52 fisicoculturistas competidores y 64 noveles no competidores, todos ellos varones, puede observarse que el 32,7% del conjunto de la muestra dice practicar este deporte para "sentirse mejor con su cuerpo" y un 19,2% de los sujetos competidores estarían en las categorías de adicción alta. Las dimensiones valoradas muestran diferencias significativas entre los grupos en todas ellas (ansia: $t=2,81$, $p=0,006$; abstinencia: $t=3,59$, $p=0,000$; carencia de control: $t=3,59$, $p=0,000$ y la puntuación total: $t=3,88$, $p=0,000$) salvo en la de tolerancia ($t=1,44$, $p=0,153$). Para el futuro, habría que seguir trabajando en concretar un modelo etiológico y de clasificación para esta entidad; así como aumentar la atención que los profesionales le dedican a este fenómeno, que va mostrando cada día un mayor impacto entre la población que lleva a cabo una actividad física, diseñando programas de buenas prácticas deportivas y por tanto preventivas. De igual forma, se debiera incrementar el número de trabajos que aporten datos y conviertan la escala utilizada en un adecuado instrumento de valoración, breve y de fácil aplicación, en las diversas manifestaciones de la dependencia y específicamente la referida al ejercicio.

PALABRAS CLAVE:

Dependencia, ejercicio, fisicoculturismo, evaluación.

Revisión de los tratamientos por dependencia a nicotina durante 2004

FLORA ARIAS ACEDO; M^a VICTORIA BOTICARIO VILLARROEL; M^a PAZ MATEOS AYÚCAR

CEDEX (Centro de Drogodependencias Extremeño)

Enviar correspondencia a:
M^a Victoria Boticario. victoriaboticario@hotmail.com

RESUMEN:

En el trabajo que presentamos desde nuestro centro, ofrecemos una revisión realizada a lo largo del año 2005 a pacientes que se sometieron a tratamiento de deshabituación tabáquica durante el año 2004, en el Centro de Drogodependencias Extremeño de Cáceres.

Los datos se recopilaron mediante encuesta telefónica y se completaron con los existentes de las historias clínicas del centro.

Se comparan las variables socio-demográficas entre el grupo de pacientes que mantenía la abstinencia en el momento de realizar el estudio, y los que habían recaído en el consumo de tabaco.

Sistema cannabinoide y regulación de la conducta alimentaria: I. Falta de asociación entre el polimorfismo (AAT)_n del gen del receptor cannabinoide tipo 1 (CNR1) y el polimorfismo 385CàA de la enzima inactivadora de endocannabinoides amidohidrolasa de ácidos grasos (FAAH) en trastornos de la conducta alimentaria en un estudio preliminar.

F. ARIAS¹, I. AMPUERO², B. MAESTRO², F. ALMODOVAR³, S. SÁNCHEZ¹, J. J. GORGOJO³, J. A. RAMOS²

1. Unidad de Psiquiatría, Fundación Hospital Alcorcón (FHA), Madrid.

2. Departamento de Bioquímica, Universidad Complutense de Madrid.

3. Unidad de Endocrinología y Nutrición, FHA.

Enviar correspondencia a:

Francisco Arias Horcajadas. Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón. 28922 Madrid. farias@fhacorcon.es

RESUMEN:

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia (BN) son trastornos psiquiátricos de origen genético y ambiental. Estudios recientes indican que el sistema cannabinoide está implicado en la regulación de la ingesta alimentaria y en el balance energético, a través de la modulación de mecanismos centrales y periféricos. El objetivo de este estudio preliminar fue investigar la asociación entre un polimorfismo en el gen del receptor cannabinoide tipo 1 (*CNR1*) y otro de la enzima amidohidrolasa de ácidos grasos (*FAAH*) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se incluyeron 47 pacientes con TCA (13 AN subtipo restrictivo, 21 AN subtipo purgativo and 13 BN subtipo purgativo) y 98 controles sanos. Nosotros estudiamos el número de repeticiones del triplete (AAT)_n del gen *CNR1* y el polimorfismo 385 C@A del gen de la enzima *FAAH*. No se observaron diferencias significativas en la distribución de alelos y genotipos entre el grupo de TCA comparado con el grupo control. De cualquier forma, se observó una menor frecuencia del alelo 8 y mayor frecuencia del alelo 7 en el polimorfismo investigado del gen del *CNR1* en mujeres con TCA, que no alcanzó la significación estadística (Prueba exacta de Fisher: P=0.1 and P=0.09, respectivamente). Estos datos preliminares no apoyan la hipótesis de que cambios en el sistema cannabinoide estén implicados en la patogenia de los TCA, en una pequeña muestra con fenotipos heterogéneos. Son necesarios más estudios para explorar la posible menor frecuencia de alelo 8 y la mayor frecuencia de alelo 7 del polimorfismo del gen *CNR1* en mujeres con TCA en muestras mayores y explorar otras variantes genéticas del sistema cannabinoide.

PALABRAS CLAVE:

Trastornos de la conducta alimentaria, gen del receptor cannabinoide, gen de la enzima amidohidrolasa de ácidos grasos, polimorfismos, sistema cannabinoide, estudio de asociación

Diferencias de género en la presentación y evolución de la enfermedad alcohólica

JOSÉ JUAN AVILA ESCRIBANO , DAVID GONZÁLEZ PARRA

Unidad de Alcoholismo de Salamanca

Enviar correspondencia a:

José Juan Avila Escribano. Paseo de San Vicente, 81. Salamanca 37007. javilae@chsaludmental.com

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los estudios epidemiológicos más recientes señalan que en el consumo de alcohol en la mujer se ha incrementado en los últimos años. Lo que nos hace pensar que en un próximo futuro haya un aumento de mujeres que padezcan alcoholismo. Es importante conocer sus características diferenciales para intervenir terapéuticamente lo más precoz posible.

OBJETIVOS: Analizar la severidad de la Enfermedad Alcohólica, así como las diferencias clínicas y evolutivas de dicha enfermedad en el hombre y la mujer; a través de una muestra de pacientes alcohólicos tratados en la Unidad de Alcoholismo de Salamanca durante los años 2002 a 2004.

METODOLOGÍA: Muestra de 370 pacientes (325 varones y 45 mujeres). Durante este periodo de evaluación se analizaron: 1. Pruebas de laboratorio (GOT, GPT, GGT, VCM). 2. EUROPASI (Escala Europea que valora la repercusión del consumo de alcohol en varios aspectos: somático, psiquiátrico, adictivo, legal, socio-laboral, familiar). 3. Consumo de Alcohol a lo largo de la vida (patrón de consumo). En el análisis estadístico se utilizó el programa SSPS.9 y se hallaron las medias y se utilizó la T de "Student".

RESULTADOS: 1. Las medias de los valores analíticos eran : GOT: Varón (V): 45.77 U/l; Mujer (M): 47.69 U/l. GPT: (V): 46.31 U/l; (M): 41.29 U/l. GGT: (V): 137.51 U/l; (M): 96.74 U/l. VCM: (V): 95.05 Fl. (M): 98.13 Fl.

2. En el EUROPASI los valores medios obtenidos en cada una de las escalas fueron: Varón: (Somático.-1.48, Psiquiátrico.-1.97, Adicción.-6.99, Legal.-1.2, Laboral.-2.49, Familiar.-4.28); Mujer (Somático.-1.33, Psiquiátrico.-2.91, Adicción.-7.25, Legal.-1.00, Laboral.-2.89, Familiar.-4.26).

3. El consumo de Alcohol a lo largo de la vida lo dividimos en : edad de inicio (ALCI 1), edad de aparición de los primeros problemas (ALCI 2) para ambos sexos: ALCI 1 : (V): 16.9; (M): 19.61; ALCI 2: (V):24.48; (M): 30.93. La cantidad de Alcohol consumida es de (V): 132.64 gr/día; (M): 115.10 gr/día. Duración o años de consumo (ALCVIDA): (V): 17.85; (M): 13.26.

CONCLUSIONES: En las variables de laboratorio los datos son estadísticamente significativos para el VCM, que tiende a ser mayor en el sexo femenino. En cuanto a las transaminasas existen diferencias significativas en la GGT que está más aumentada en el hombre. En cuanto a la severidad médico-social (EUROPASI) sí es estadísticamente significativo la variable de la repercusión psiquiátrica, mayor en la mujer; y del problema legal, mayor en el hombre. Para la variable patrón de consumo de alcohol, los datos señalan que la mujer inicia el consumo más tarde, aparecen los primeros problemas a una medad más tardía (30 años), consumen menos alcohol, y la duración del consumo es menor, es decir en menos tiempo presentan una dependencia claramente establecida (13 años versus 17).

PALABRAS CLAVE

Dependencia, alcohol, varón mujer, EUROPASI.

Patrón tabáquico entre los estudiantes de E.S.O.–Secundaria de Ciudad Rodrigo (Salamanca)

**C. AVON GOMEZ; M. C. TABERA HERNÁNDEZ; E. SÁNCHEZ DE LA CUESTA;
P. PAREJO DÍAZ; D. BARREDA GAGO; C. JULIA ALVAREZ; R. PÉREZ SANTOS**

Centro de Salud San Juan.

Enviar correspondencia a:
Miguel Avón Gómez. C/Valencia 32. Salamanca 37005. mtorrecillag@usuarios.retecal.es

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Según el último informe del Observatorio Español Sobre Drogas el tabaco es, después del alcohol, la droga más consumida entre los estudiantes de Secundaria pues el 29.2% son fumadores en la actualidad y un 5.2% se denominan exfumadores. Siendo la prevalencia por edad y sexo superiores en el grupo de las chicas. Afortunadamente la percepción del riesgo asociado al consumo diario de tabaco ha aumentado.

OBJETIVOS: Se pretende valorar el patrón de consumo de tabaco en los estudiantes ESO y Secundaria de la zona de Ciudad Rodrigo, así como los motivos que tienen para seguir o abandonar el consumo de tabaco, como base para el abordaje del tabaquismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta anónima de 19 ítems a estudiantes de entre 11 y 17 años de institutos públicos del área de Ciudad Rodrigo (Salamanca)(n=753), realizando antes de la vigente ley de medidas sanitarias para la prevención del tabaquismo (ley 28/2005). Se aplicaron las pruebas estadísticas descriptivas y para la comparación de porcentajes el chi cuadrado/ Kruskal Wallis Nivel de significación del 5%.

RESULTADOS: Contestaron 753 alumnos con una media de edad de 13.96 años (DE 1.49) de ellos un 42.4%(38.8%-46,0%) eran varones y un 57.6%(54.0%-61.2%) mujeres. 627 eran no fumadores que suponían el 83.3%(80.4%-85.8%) de la muestra, frente a 126 que eran fumadores representando un 16.7%(14.2%-19.6%) del total. De estos últimos un 80,8% (71.9%-87.8%) fuman habitualmente en el recinto del instituto y un 34.7%(26.3%-43.9%) apoyan la prohibición de fumar en él, según el R.D. 192/88. La media de cigarrillos/día entre los fumadores fue de 7.33 (DE 6.454). De los chicos fumaba un 15.0% (11.4%-19,6%) frente a un 18.0% (14.5%-22.0%) de las chicas (p >0.05). La media de la edad de inicio en chicos fue de 12.81(DE 1.59) años en contraposición a los 13.26(DE 2.08) de las chicas (p<0.05). En cuanto a la relación deporte-tabaco, un 86.5% de los que practicaban deporte no eran fumadores (p < 0.05). Entre los motivos que encuentran para seguir fumando la razón más frecuente es porque se sienten bien, haciéndolo en un porcentaje del 56.3% (47.2%-65.2%) seguido por su capacidad relajante con un 43.7% (34.8%-52.8%), entre otras motivaciones encontramos por placer 32.5%(24.5%-41.5%), por costumbre con un 27.0%(19.5%-35.65%) por no ganar peso un 7.9%(3.9%-14.1%), porque se fuma en su entorno social un 27.8%(20.2%-36.5%) y porque se fuma en su familia un 23.0%(16%-31.4%). Las razones que les harían dejar el tabaco son problemas de salud en un 81% (73%-87.4%), por ahorro en un 53.2%(44.1%-62.1%), la mejora del aspecto físico para un 40.5%(31.8%-49.6%), un embarazo propio o de la pareja para un 34.1%(25.9%-43.1%), que estuviera mal visto por la sociedad para el 40.5%(31.8%-49.6%), como reto personal un 35.7 (27.4%-44.7%) o ante el consejo médico en un 11.1%(6.2%-17.9%).

CONCLUSIONES: Existe una tendencia hacia un consumo discretamente mayor entre las chicas, quienes comienzan a fumar ligeramente más tarde respecto a los chicos de su entorno. Los adolescentes empiezan a tomar conciencia de la problemática del tabaco y de su interferencia en la salud, siendo la practica habitual de deporte un mecanismo útil para evitar su consumo.

PALABRAS CLAVE:

Tabaquismo. Adolescencia. Educación

¿Se consume mucha droga en nuestra área de salud?

JOSÉ MARÍA BAEZA LÓPEZ; MANUEL CARLOS SÁNCHEZ PÉREZ; FRANCISCA SÁNCHEZ SALMERÓN; MANUEL SÁNCHEZ PINILLA; JOSE MARTÍNEZ LÓPEZ; MANUELA TROYA GIL

Centro de salud La unión

Enviar correspondencia a:

Jose María Baeza López. C/Cristo de los mineros, 4. LA UNION 30360. MURCIA. jbaezalopez@hotmail.com

RESUMEN:

Objetivo: conocer la prevalencia del consumo de drogas de los pacientes de nuestro de salud y el perfil de dicho consumidor.

Material y método: el estudio se ha realizado en un centro de salud semirural con un núcleo poblacional cabecera y dos consultorios periféricos. La población de estudio la componen todos los pacientes adscritos a los siete cupos de medicina de familia del núcleo cabecera con historia informática en el programa OMI AP (12303 pacientes). Hemos excluido los pacientes de los consultorios periféricos por no estar informatizados. De toda la población hemos seleccionado aquellos pacientes en los que figura cualquier episodio en el que aparezca la palabra droga o el episodio conflicto familiar. En estos pacientes hemos medido las siguientes variables: número de historia clínica, edad, sexo, años desde la detección del consumo, cupo médico al que está adscrito, tipo de droga consumida, derivación o no al CAD (centro de atención al drogodependiente), inclusión o no en el programa de metadona, trastorno psiquiátrico asociado, consumo de alcohol asociado, traumatismos que puedan estar asociados al consumo de drogas.

Se han excluido aquellos pacientes en los que no figuran todas las variables y aquellos con conflicto familiar en los que no se ha objetivado el consumo de drogas.

Para el estudio estadístico se ha realizado un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión así como análisis bivalente mediante el test de la Chi-cuadrado para las variables cualitativas y el test de la T de Student y ANOVA para las variables cuantitativas.

Resultados: el total de pacientes registrados con consumo de drogas fue 120 lo que supone una prevalencia del 0,97% de la población total. La edad media del paciente consumidor es de 32,52 + 3,42 años y el tiempo medio desde la detección del consumo es de 2,94 + 0,91 años. De los 120 casos sólo 17 son mujeres lo que representa el 14,16% del total. La distribución por cupos médicos es homogénea no habiendo encontrado diferencias significativas entre ellos. En cuanto al tipo de droga, 57 casos (47,5%) consumen solo cocaína por diferentes vías, 33 casos (27,5%) heroína, 6 casos cannabis (5%), solo hay un caso de consumo de éxtasis que supone el 0,83% del total. De los 120 casos, 99 han sido derivados al CAD y solo 21 (17,5%) han sido tratados exclusivamente por su médico de familia. De los 99 derivados al CAD se incluyeron en el programa de metadona 23 (19,16% del total).

En 39 casos aparece en la historia algún episodio de trastorno psiquiátrico siendo el más diagnosticado el trastorno por ansiedad con 23 casos (19,16% del total), en 5 casos esquizofrenia (4,16%), en 2 ludopatía (1,66%), 2 casos de depresión (1,66%) y en 7 se han encontrado otros trastornos psiquiátricos.

En 36 pacientes también figura en su historia un episodio de consumo excesivo de alcohol (30%).

En 12 pacientes aparecen episodios de agresiones o peleas (10%), dos de las mujeres tienen episodio de violación y un solo paciente ha tenido un accidente de tráfico relacionado con el consumo de drogas.

Conclusiones: en nuestra zona encontramos una elevada prevalencia del consumo de heroína en relación a otros estudios y sin embargo el consumo de cannabis aparece muy bajo lo que relacionamos con la aceptación social de esta droga lo que hace que no se considere un problema de salud y los pacientes no consultan por

su consumo. También llama la atención el alto porcentaje de episodios de consumo de alcohol excesivo asociado.

PALABRAS CLAVE:

Atención primaria, drogas, alcohol

Análisis de las tentativas suicidas atendidas en un Hospital General en pacientes con historia de trastorno adictivo

**M^a L. BARRIGÓN ESTÉVEZ; A. FONTALBA NAVAS;
M. ANGUIA ROMERO; E. GORDO RODRÍGUEZ; A. BRAÑAS GONZÁLEZ**

Enviar correspondencia a:
María Luisa Barrigón Estévez. marisabe@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: Una de las patologías emergentes en los últimos años son los trastornos adictivos y en ellos el riesgo de suicidio, que es una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes, es elevado. De ahí la justificación de estudiar los intentos de suicidio en pacientes con trastornos adictivos.

Objetivos: Estudiar las características de la población atendida en el Servicio de Urgencias de un Hospital General por intento de suicidio, delimitando de entre todas las características del subgrupo de pacientes en seguimiento por un trastorno adictivo que realiza un intento autolítico.

Material y método: Se seleccionaron de entre todas las consultas urgentes atendidas por psiquiatría en el curso del año 2003 en el Hospital Clínico San Cecilio de Granada, aquellas en las que el motivo de consulta era intento de suicidio, recogiendo en todas ellas las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes psiquiátricos, historia previa de intentos de suicidio, ingreso o no del paciente y método empleado.

Se analizaron las características de los pacientes con historia de trastorno adictivo, comparándolas con el resto de pacientes.

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS 12.0, empleando las pruebas de Chi-cuadrado, U de Mann-Whitney o t de Student, según procediese, para estudiar las diferencias entre los grupos.

Resultados: Del total de 286 pacientes atendidos por intento de suicidio, 25 (8,7%) recibían atención médica por algún trastorno adictivo. En este grupo la edad media fue de 35,10 años (no existieron diferencias significativas con la del resto). De los 25 pacientes, 20 (80%) fueron hombres. En 9 de los casos (36%) no se trataba de la primera tentativa suicida. En 6 (24%) se recoge en la historia de urgencias comorbilidad con trastorno de personalidad. 2 (8%) de los pacientes fueron ingresados por el Servicio de Psiquiatría. El método empleado por 18 de los pacientes fue la ingesta masiva de medicamentos (aislada o en combinación con otro método), de ellos el 58,8% tomó benzodiazepinas, el 5,9% AINES, el 11,8 % mezcla de no psicofármacos, el 5,9% mezcla de psicofármacos y no psicofármacos y en el resto no se tienen datos del tipo de fármaco empleado.

Conclusiones: Del total de los pacientes atendidos en urgencias por intento de suicidio los pacientes con diagnóstico de trastorno adictivo supone un porcentaje importante. Estos pacientes son fundamentalmente

varones, un tercio de ellos han realizado en alguna ocasión un acto similar y cerca de una cuarta parte presentan algún trastorno de personalidad. El método más frecuentemente empleado, al igual que en el resto de pacientes, es la ingesta medicamentosa, siendo el tipo de fármacos más empleado, también al igual que en el resto de pacientes, las benzodiacepinas.

TDAH en consumidores de cocaína

**M. L. BARRIGÓN ESTÉVEZ; A. FONTALBA NAVAS; M. RUIZ MARTÍNEZ; J. JOYA REDONDO;
O. ANDRÉS RICOY; R. GARCÍA GARCÍA**

Centro Provincial de Drogodependencias

Enviar correspondencia a:
Maribel Barrigón. Granada. mruizmartinez@dipgra.es

RESUMEN:

Introducción: En los trastornos relacionados con sustancias (TRS) la comorbilidad psiquiátrica es extremadamente frecuente (1). Hasta hace pocos años, los trabajos que estudiaban esto no tenían en cuenta el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), ya que se suponía que era un trastorno exclusivamente infantil y que no persistía en la edad adulta. En la actualidad, estudios de seguimiento han demostrado que esto si sucede (2) y otros trabajos han estudiado la comorbilidad entre el TDAH y los TRS, hallando tasas de entre un 5 y un 35 % (3 y 4). Una droga de especial interés en el TDAH es la cocaína, ya que tiene un patrón de acción similar a los fármacos usados en el tratamiento del TDAH y el subgrupo de pacientes con TRS y TDAH resulta de difícil abordaje terapéutico. Un estudio reciente (5) habla de un 21% de pacientes con TDAH entre los pacientes abusadores de cocaína; este subtipo de consumidor de cocaína presenta unas características clínicas especiales y se puede beneficiar de ciertas alternativas de tratamiento

Objetivos: Estudiar la incidencia de TDAH en una muestra de pacientes en tratamiento por adicción a cocaína. Estudiar las posibles diferencias entre aquellos pacientes en los que se constata la existencia de TDAH y el resto.

Material y método: Los 28 sujetos que han participado en este estudio son pacientes que reciben tratamiento en el Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) de Granada para abandono del consumo de cocaína. Todos ellos reúnen criterios diagnósticos para Trastorno por consumo de cocaína (F14 del DSM-IV-TR).

En todos los pacientes se recogieron los siguientes datos: datos sociodemográficos y clínicos, datos sobre hábitos de consumo de tóxicos, cuestionario de efectos de la cocaína, dos escalas autoadministradas para el diagnóstico de TDAH, en la infancia, Wender Utah Rating Scale y en el adulto (escala elaborada a partir del listado de síntomas de TDAH del DSM-IV).

Resultados: Nuestra muestra estuvo compuesta mayoritariamente por varones (24 frente a 4 mujeres), con una edad media de 28,5 años. En el 53,6% de ellos existía historia comórbida de TDAH en la infancia, con una persistencia del 80% (42,9%) hasta la edad adulta.

Con respecto al consumo de otros tóxicos, los pacientes con TDAH son fumadores en el 91,7% de los casos, un 41,7% reconoce haber tenido problemas con el consumo de alcohol, un 25% consume la cocaína siempre junto con alcohol, el 58% de los pacientes consumidores de cocaína con TDAH consumen además cannabis. En ninguno de estos casos las diferencias llegan a ser significativas.

Los pacientes con TDAH se inician más precozmente en el consumo de cocaína que el resto, primer consumo (17 años vs. 22 años; $p=0,005$) e inicio del consumo más frecuente (22 años vs. 27 años; $p=0,034$). Igualmente, el consumo de tabaco es más precoz en estos pacientes (13 años vs. 16 años; $p=0,031$)

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de comorbilidad de TDAH en los consumidores de cocaína, mayor en nuestro estudio que lo hallado hasta el momento, probablemente por no contar con información de familiares. Los paciente en los que de produce esta comorbilidad presentan unas características diferenciales del resto de consumidores en cuanto a la edad de inicio del contacto con los tóxicos, que es más precoz.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*. 2000 Apr;61(4):244-51.
2. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *JAMA*, August 4, 2004—Vol 292, No. 5: 619-623.
3. Wilens TE, Prince JB, Biederman J, Spencer TJ, Frances RJ. Attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid substance abuse disorders in adults. *Psychiatr Serv* 1995; 46:761-765.
4. Levin FR, Kleber HD. Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse: relationships and implications for treatment. *Harv Rev Psychiatry*.1995 Jan-Feb;2(5):246-58.
5. Ros Soler A, Valoria Martinez A, Nieto Munuera J. Cocaine and other psychostimulant consumption: their relationship with the childhood hyperactivity syndrome. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004 Nov-Dec;32(6):346-52.

Cannabis y psicosis: diferencias clínicas en primeros episodios psicóticos según el consumo de cannabis

M. L. BARRIGÓN; M. RUIZ-VEGUILLA; A. FONTALBA; M. ANGUITA; L. GOMIS; M.GURPEGUI

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario San Cecilio e Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada.

Enviar correspondencia a:
Marisa Barrigón. Granada. marisabe@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: El cannabis es una de las drogas de uso más extendido entre los jóvenes. En la población española de entre 15 y 34 años, la prevalencia del consumo de cannabis es del 17,3% (Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías, 2005). De especial relevancia es la discusión sobre el papel de esta droga en la presentación de los cuadros psicóticos. Mediante estudios de cohortes, ha quedado demostrada la relación de causalidad entre el consumo de cannabis y el desarrollo de psicosis. Queda pendiente de aclarar la cuestión de si existen características clínicas diferenciales entre las psicosis asociadas a cannabis y las que no están relacionadas con este tóxico.

Objetivo: Conocer la frecuencia y patrón de consumo de cannabis entre los pacientes que presentan un primer episodio psicótico y estudiar las posibles diferencias existentes entre aquellos que presentan psicosis asociada al uso de cannabis (PAC) y los que presentan un primer episodio psicótico sin asociación con el cannabis (PNAC).

Material y método: Los pacientes incluidos en este estudio se reclutaron en los distintos dispositivos de Salud Mental del Área Sanitaria Sur de Granada entre diciembre de 2003 y diciembre de 2005. Se incluyeron 64 pacientes que cumplían criterios CIE-10 de psicosis funcional en su primer episodio. Fueron criterios de exclusión los antecedentes de enfermedad neurológica y de traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento. En todos los pacientes se recogieron las siguientes variables: datos sociodemográficos, antecedentes familiares, consumo de tóxicos legales (cuestionario), consumo de drogas ilegales (módulo L del CIDI) y determinación de tóxicos en orina en el momento de la entrevista, antecedentes de complicaciones obstétricas y retraso en el desarrollo (adquisición del habla, deambulación y control de esfínteres), síntomas de primer rango de Kurt Schneider, PANSS, fluidez verbal, escala de evaluación de Signos Neurológicos Menores (SNM) de Buchanan y Heinrich y escala de evaluación de la actividad global (EEAG) del DSM-IV-TR. La muestra fue dividida en dos grupos (PAC y PNAC) para el análisis estadístico.

Resultados: De los 64 pacientes que conforman la muestra, 37 (58%) han consumido cannabis en más de cinco ocasiones a lo largo de su vida; de ellos, 35 (95%) son o han sido consumidores diarios de cannabis y 6 (17%) abandonaron el consumo hace al menos un año. Al comparar PAC frente a PNAC, se observa una proporción de varones significativamente más frecuente en el grupo PAC (74% vs 26%; $p=0,003$); y una edad media menor, con diferencia casi estadísticamente significativa, (24,4 vs 28,9 años; $p=0,079$). Hubo xx (60%) consumidores de cannabis que consumían además otros tóxicos ilegales; también consumían alcohol en mayor medida que los no consumidores (media de 13,2 g/día frente a 5,2 g/día; $p=0,028$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas, entre los dos grupos, en la existencia de antecedentes familiares de psicosis, complicaciones obstétricas o retraso en el desarrollo. Tampoco en la presencia de SNM o fluidez verbal. En cuanto a la psicopatología, los dos grupos no presentaron diferencias en la puntuación total de la PANSS, aunque sí se observó mayor desorganización (3,38 vs 2,71; $p=0,02$), mayor excitación (2,69 vs 1,69; $p=0,000$) y menor depresión (1,78 vs 2,52; $p=0,023$) en el grupo de PAC [cálculo realizado según los factores de la PANSS descritos por Peralta y Cuesta (1994)]. No se encontraron diferencias entre los grupos en la presencia de alucinaciones auditivas o de síntomas de Kurt Schneider.

Conclusiones: Un gran número de pacientes con un primer episodio psicótico presentan historia de consumo de cannabis, en su mayoría diario. Se observaron diferencias clínicas entre estos pacientes y los que no han consumido cannabis, con mayor excitación y desorganización y menor depresión. Los pacientes con un primer episodio psicótico que habían consumido cannabis fueron varones en su mayoría y presentaban consumo asociado de otros tóxicos. Queda pendiente aclarar el significado de estas asociaciones y estudiar, en el análisis longitudinal de la muestra, la influencia del tipo de trastorno psicótico y la evolución de los síntomas según sean o no consumidores de cannabis.

Resiliencia y consumo de cocaína

ELISARDO BECOÑA; ANA LÓPEZ; M^a CARMEN MÍGUEZ; ELENA FERNÁNDEZ DEL RÍO

Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

Elisardo Becoña. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur. Santiago de Compostela 15782. Elisardo Becoña [pcelisar@usc.es]

RESUMEN

La resiliencia, o capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de sufrir un estrés intenso, una catástrofe, o experiencias traumáticas como malos tratos, violencia, etc., está relacionada con un gran número de conductas problema, como es el consumo de alcohol y de otras drogas, en el sentido de que aquellas personas con mayor resiliencia se adaptan y superan las situaciones difíciles sin tener que consumir drogas.

En el presente estudio se estudia la resiliencia en relación con el consumo de cocaína (alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses) en una muestra de 1.144 personas de 14 a 25 años de edad, representativa de dos comarcas de Galicia, la del Salnés (Pontevedra) y la de O Carballiño (Ourense), la primera costera y la segunda agrícola y de interior. Para evaluar la resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993). Esta evalúa resiliencia y los factores de competencia personal y de aceptación de uno mismo y de los demás.

Los resultados del estudio permiten confirmar la hipótesis de que las personas que nunca han consumido cocaína o que no la han consumido en los últimos 6 meses tienen una mayor puntuación en resiliencia, tanto evaluada con la escala general, como con las escalas derivadas factorialmente de competencia personal, y de aceptación de uno mismo y de la vida, en relación a los que la han consumido. Por ejemplo, mientras que los que no han consumido cocaína en los últimos 6 meses tienen una puntuación de 137.76, baja a 122.61 para los que la han consumido. No aparecen diferencias significativas por sexo. En relación a la edad, al agruparlas en tres edades (14-17, 18-21 y 22-25 años), hay un descenso en la resiliencia conforme incrementan su edad los que consumieron cocaína alguna vez en la vida, mientras que ocurre lo contrario en los que no han consumido nunca cocaína de tal modo que, en éstos, se les incrementa la resiliencia con la edad. Encontramos diferencias en el consumo o no consumo de cocaína por zona (O Carballiño vs. Salnés) en resiliencia para el consumo alguna vez en la vida (los consumidores de cocaína de O Carballiño tienen mayor resiliencia tanto para alguna vez en la vida como para los últimos 6 meses que los del Salnés). Lo mismo encontramos para las escalas de competencia personal y aceptación de uno mismo y de los demás.

Estos resultados indican la utilidad del constructo de resiliencia para explicar el consumo de cocaína, como de otras drogas, diferencias por edad y zona, y la potencialidad de este constructo para ser utilizado en los programas preventivos a nivel escolar, familiar y comunitario, así como a nivel terapéutico para incrementar la misma en los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de la cocaína.

PALABRAS CLAVE

Cocaína, resiliencia, jóvenes

Psicopatología por MDMA

E. BERMÚDEZ; B. HERNÁNDEZ; G. PONCE; B. BOLEA; M.A. JIMÉNEZ-ARRIERO; T. PALOMO

Unidad de conductas adictivas/patología dual. Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Enviar correspondencia a:

M^o Elvira Bermúdez Vázquez. Avda. de Andalucía, s/n. Madrid. elvira1@wanadoo.es

RESUMEN:

Introducción: Según el Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría de Octubre de 2000, el éxtasis es una de las sustancias preferidas por la juventud, y los consumidores de MDMA consumen también otras sustancias, siendo las asociadas con mayor frecuencia: cánnabis, alcohol y tabaco. Según la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de 1996 (Plan Nacional sobre Drogas, 1997) el 5,1 % de los estudiantes entre 14 y 18 años han tomado éxtasis o similares. El consumo es alarmante por su expansión.

Objetivos: Poner en evidencia la relación existente entre el consumo de MDMA (éxtasis) y la aparición de trastornos psiquiátricos.

Material y Métodos: A propósito del caso de una mujer de 18 años que consume MDMA desde edad muy temprana y presenta un trastorno de pánico inducido por dicha sustancia, se revisa la bibliografía sobre el consumo de MDMA y drogas de síntesis: los patrones de consumo, perfil del consumidor, neurotoxicidad, efectos clínicos a corto-medio-largo plazo y psicopatología inducida por estas sustancias.

Resultados: El consumidor de MDMA suele ser joven, la mayoría entre 15 y 25 años, soltero/a, estudiante, vive con los padres (con buenas relaciones con ellos), de nivel socioeconómico medio o medio/alto y es poli-consumidor de otras sustancias (fundamentalmente alcohol y cánnabis).

El consumo de las drogas de síntesis suele realizarse durante el fin de semana, con amigos, en discotecas, "afters" y fiestas "raves" que acogen a miles de personas y duran toda la noche. Los fines son recreativos, para bailar y divertirse, obtener sensaciones nuevas y relacionarse mejor con la gente.

La MDMA es una potente neurotoxina cerebral, selectiva para el sistema serotoninérgico. La dosis tóxica de MDMA en monos (5mg/Kg) equivale en el hombre a 1,28 mg/Kg. o 96 mg. La dosis habitual es de 75-125 mg/dosis por lo que se exponen al riesgo de neurotoxicidad con una sola dosis

Conclusion: Las todavía escasas publicaciones sobre Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos relacionados con el uso de MDMA, destacan la incidencia de Trastornos Psicóticos, Trastornos Afectivos y Trastornos de Ansiedad en consumidores de esta sustancia, estando la capacidad panicogénica del éxtasis bien documentada. La experimentación de ataques de pánico tras la ingesta de MDMA, así como tiempo después del consumo, es una de las complicaciones psiquiátricas descritas con más frecuencia.

PALABRAS CLAVE:

MDMA, metilendioximetanfetamina, psicopatología.

Percepción, actitudes y satisfacción de los pacientes con un programa de reducción de daños con buprenorfina para pacientes con adicción a opiáceos en Andalucía

IZASKUN BILBAO ACEDOS; FRANCISCO GONZÁLEZ SAIZ; ROSARIO BALLESTA GÓMEZ; ÓSCAR LOZANO ROJAS

Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Área de Sistemas de Información e Investigación

Enviar correspondencia a:

Izaskun Bilbao Acedos. izaskun.bilbao@juntadeandalucia.es

RESUMEN:

Introducción: Diversos autores (1,2,3,4,5) han puesto de relieve la importancia de incorporar a los estudios sobre tratamiento en drogodependencias, indicadores que tomen en cuenta la percepción del paciente hacia el tratamiento y su satisfacción con el mismo. La percepción sobre el tratamiento influye sobre su aceptabilidad y, por lo tanto, sobre el seguimiento y adherencia, modulando así su efectividad. Con el objetivo de complementar el estudio de seguimiento sobre efectividad del tratamiento con buprenorfina, en términos de mejora de la calidad de vida, de una muestra de pacientes transferidos desde metadona, se diseñó este estudio cualitativo sobre la percepción, actitudes y satisfacción con el tratamiento. Se optó por el empleo de técnicas cualitativas, concretamente la entrevista semi-estructurada, por ser una herramienta de gran utilidad para el acercamiento a la perspectiva de los pacientes, con el objetivo de conocer la percepción subjetiva sobre el tratamiento y de qué modo se ha construido esa percepción.

Objetivos: 1) Conocer la percepción y la satisfacción de los pacientes que participan en el estudio piloto con buprenorfina en Andalucía, sobre su nuevo tratamiento. 2) Identificar el perfil idóneo de pacientes dependientes a opiáceos por la prescripción de buprenorfina

Sujetos y ámbito de estudio: pacientes con dependencia a opiáceos en tratamiento con buprenorfina en la experiencia piloto en la Comunidad Autónoma de Andalucía, transferidos desde el programa de tratamiento con metadona.

Metodología: Metodología cualitativa. Se han realizado 18 entrevistas semiestructuradas: 9 a pacientes que han seguido el tratamiento en Comunidad Terapéutica y 9 en tratamiento ambulatorio. Para el análisis se ha seguido el Método de Comparación Constante, propuesto por la Teoría Fundamentada. El análisis se ha apoyado en el programa informático de análisis de datos textuales NUDIST-NVIVO.

Resultados: A través del análisis se han distinguido cinco categorías presentes en la elaboración de la percepción del tratamiento desde el punto de vista de los pacientes entrevistados: el valor salud, entendido como los efectos que el tratamiento seguido tiene o puede llegar a tener sobre su salud física y psicológica, la adaptación del tratamiento a la vida cotidiana, el estigma como elemento presente sobre las personas vinculadas al tratamiento, la facilidad o dificultad para la retirada del fármaco y la eficacia percibida del tratamiento.

Los pacientes entrevistados manifiestan sentirse cansados tras años de evolución en su tratamiento con metadona y pretenden llevar a cabo la retirada del mismo, para lo que aceptan entrar en el tratamiento con buprenorfina. Cuando los pacientes se plantean la retirada del fármaco, la mejoría que relatan haber tenido a través del tratamiento con metadona queda relegada a un segundo lugar. En esa fase, las dificultades para prescindir del apoyo farmacológico se identifican con un fracaso del tratamiento para "curar" –entendido por los entrevistados como la posibilidad de mantener la abstinencia sin apoyo farmacológico- y con la aparición de una dependencia nueva, añadida a la de la droga, que es la dependencia al fármaco de tratamiento. Por este motivo, el menor potencial adictivo de la buprenorfina y su mayor comodidad en la retirada son acogidos de manera muy positiva por estos pacientes. Además, los pacientes lo perciben como un tratamiento menos estigmatizante y

más fácil de adaptar a la vida cotidiana, a lo que contribuiría una posible dispensación en farmacias. Consideran que estas características y la ausencia de efecto euforizante y sedante facilitan el proceso de incorporación social de los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trujols, J. y Pérez de los Cobos, J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento, *Adicciones* (2005), vol. 17, Supl.2, 181-202.
2. Giacomuzzi, S. Ertl, M., Kemmler, G., Riemer, Y. Vigl, A. Sublingual Buprenorphine and Methadone Maintenance Treatment: A three-Year Follow-up of Quality of Life Assessment. *The Scientific World Journal* (2005) 5, 452-468.
3. Koester, S., Anderson, K. y Hoffer, L., Active Heroin Injectors' Perceptions and Use os Methadone Maintenace Treatment: Cynical Performance or Self-Prescribed Risk Reduction? *Substance Use & Misuse*, 1999, 34 (14), 2135-2153.
4. Stahler, G. Y Cohen, E., Using ethnografic methodology in substance abuse treatment outcome reserch. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000,18, 1-8.
5. Rodríguez, M., Jiménez-Lerma, J.M., Iraurgi, I., Murua, E., Bacigalupe, L., Chavarri, M.R., Balsategi, B., Evaluación de la Satisfacción con el tratamiento en un Centro Ambulatorio de Drogodependencias a través del "Treatment Perceptions Questionaire" (TPQ), *Adicciones*, 2002, vol. 14, nº 4, 417-424.

PALABRAS CLAVE

Percepción de tratamiento, satisfacción de pacientes, metodología cualitativa, buprenorfina

Tabaco y enfermedad mental: diferencias en el grado de dependencia y la motivación para el abandono entre pacientes con enfermedad mental aguda y crónica

A.L. BLANCO; A. RASERO; P. RAMOS; A. MORENO; Mv. CLEMENTE; N. IGLESIAS

Complejo Sanitario Provincial de Plasencia

Enviar correspondencia a:

ÁNGEL LUIS BLANCO GONZÁLEZ. angeluisblanco@terra.es

RESUMEN:

Introducción: La dependencia al tabaco es una constante en las personas que padecen una enfermedad mental sobre todo en pacientes con trastorno psicótico. Diversos estudios apuntan que la cronicidad por distintas causas (amotivación, institucionalización, falta de alternativas de ocio, medicación, ect.) es un factor de mal pronóstico en el grado de dependencia y en la motivación para el abandono

Objetivo: Evaluar el grado de dependencia en pacientes agudos y crónicos y la motivación para el abandono del tabaco.

Material y Métodos: Se estudian un total de 66 pacientes ingresados en las unidades del CSP de Plasencia, 31 de ellos con patología aguda y 35 con patología crónica.

Se les aplica el test de Fagerström (que mide el grado de dependencia al tabaco) y el test de Richmond (que mide la motivación para el abandono del tabaco).

Como método de comparación estadística se ha utilizado el test de ANOVA

Resultados: Los pacientes con patología aguda presentan cifras más bajas en el test de Fagerström (4,31 vs 6,11; $p<0,05$), y más altas en el test de de Richmond (7,13 vs 4,83 $p<0,01$) que los pacientes con patología crónica.

Realizando el mismo análisis por diagnósticos, los pacientes con trastornos psicóticos presentan una mayor dependencia (6,15 vs 4,26; $p<0,05$) y menor motivación para el abandono (4,79 vs 7,19; $p<0,01$) que el resto de los pacientes.

Conclusiones: La cronicidad de la enfermedad psiquiátrica parece un factor de mal pronóstico tanto en la dependencia como en la resistencia al abandono. Si además el paciente tiene un diagnóstico del grupo de esquizofrenias y trastornos psicóticos el pronóstico se ensombrece aún más.

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad Mental, tabaco, test de Richmond, test de Fagerström

¿Influye el tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos en la adicción al tabaco?

A.L. BLANCO; C. RUBIO; A. JIMÉNEZ-LUQUE; A. MORENO; P. RAMOS; A. RASERO

Complejo Sanitario Provincial de Plasencia

Enviar correspondencia a:
ÁNGEL LUIS BLANCO GONZÁLEZ. angeluisblanco@terra.es

RESUMEN:

Introducción: Diversos estudios concluyen que la adicción al tabaco en los pacientes psicóticos está aumentada por dos motivos principales: por un factor farmacodinámico, la actuación sobre receptores nicotínicos podría mejorar los síntomas negativos de los pacientes; y por un factor farmacodinámico, el uso del tabaco disminuye los niveles plasmáticos de algunos antipsicóticos.

Objetivo: Comparar el grado de dependencia en pacientes que toman diversos tratamientos psicofarmacológicos.

Material y Métodos: Se estudian un total de 66 pacientes ingresados en las unidades del CSP de Plasencia. Se ha incluido 3 grupos de pacientes: Trastornos psicóticos (33), trastornos de personalidad (21) y trastornos del estado de ánimo (12).

Se les ha aplicado el test de Fageström que mide el grado de dependencia. Se evalúan las diferencias según el tratamiento utilizado: primero por grupos farmacológicos (Antipsicóticos, antidepresivos, antidepresivo+antipsicótico, otros); y en segundo lugar intergrupos (tipo de antipsicótico).

Como método de comparación estadística se ha utilizado el test de ANOVA

Resultados: En el test de Fagerström, los pacientes que se encuentran tomando antipsicóticos presentan cifras más elevadas que los que toman antipsicóticos y antidepresivos y éstos más que los que toman solo antidepresivos (6,23 vs 4,99 vs 4,01 $p < 0,5$ y $p < 0,01$)

En el test de Richmond, los pacientes que se encuentran tomando antipsicóticos presentan cifras más bajas que los que toman antipsicóticos y antidepresivos y éstos menos, que los que toman sólo antidepresivos (7,16 vs 6,13 vs 4,57 $p < 0,05$).

Cuando se realiza la comparación intergrupos sólo se observan diferencias significativas en las puntuaciones el test de Fagerström, entre los pacientes en tratamiento en monoterapia y aquéllos que toman 2 o más antipsicóticos asociados (7,0,1 vs 5,97 $p < 0,05$) no observándose diferencias significativas con respecto al tipo de antipsicótico.

Conclusiones: La toma de antipsicóticos es un factor de riesgo para la adicción al tabaco y la resistencia al abandono. Sólo la utilización de monoterapia tiene una influencia positiva disminuyendo las cifras de dependencia medidas con el test de Fagerström

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad Mental, psicofarmacología, test de Fagerström, test de Richmond, Antipsicóticos, antidepresivos.

Alcohol y enfermedad mental: diferencias en las habilidades de afrontamiento entre patología mental aguda y crónica

A.L. BLANCO; M. GARCÍA-GARCÍA; Y. BEJARANO; M. GARCÍA-PEREDA; M. CLEMENTE; J. RIVERA

Complejo Sanitario Provincial de Plasencia

Enviar correspondencia a:
ÁNGEL LUIS BLANCO GONZÁLEZ. angeluisblanco@terra.es

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad Mental, CBI, afrontamiento, alcohol.

RESUMEN:

Introducción: La influencia del consumo de alcohol en la evolución en la enfermedad mental obliga a implantar tratamientos específicos encaminados a lograr la abstinencia al alcohol tanto farmacológicos como psicoterapéuticos y rehabilitadores.

Objetivo: El objetivo del estudio es valorar si el contacto más continuado que tiene los pacientes crónicos supone un cambio en las habilidades de afrontamiento para conseguir la abstinencia y si el diagnóstico tiene algún tipo de influencia en las mismas.

Material y Métodos: Se estudian 61 pacientes ingresados en las unidades del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia que son o han sido consumidores habituales del Cocaína. De ellos 30 son paciente con patología aguda y 31 con patología crónica.

Se les ha evaluado a través del cuestionario CBI (Inventario de Habilidades de afrontamiento) diseñado para valorar las habilidades de afrontamiento que el paciente emplea para evitar recaídas durante el tratamiento.

Como método de comparación estadística se ha utilizado el test de ANOVA

Resultados: Los pacientes con patología crónica presentan una mayor puntuación global en el cuestionario CBI que los que sufrían trastornos agudos. ($p < 0,05$)

Con respecto a las diferentes subescalas, los pacientes con patología aguda presentaban mayores puntuaciones en la subescala: pensamiento negativo ($p < 0,05$), mientras que los que tenía patología crónica presentaban mayor puntuación en pensamientos positivo ($p < 0,05$) y evitación ($p < 0,01$)

Por patologías sólo los pacientes con trastornos afectivos tenían una elevación estadísticamente significativa en la subescala pensamiento negativo ($p < 0,05$)

Conclusiones: Se observan diferencias estadísticamente significativas en la utilización de estrategias de afrontamiento distintas según el tiempo de evolución

Sólo los pacientes con trastorno del estado de ánimo (fundamentalmente trastornos depresivos) obtuvieron mayor puntuación en la subescala de pensamiento negativo.

Cocaína y enfermedad mental: diferencias en las estrategias cognitivas para la abstinencia entre enfermos agudos y crónicos

A.L. BLANCO; M. GARCÍA-PEREDA; Y. BEJARANO; T. COBOS; G. AZABAL; M. GARCÍA-GARCÍA

Complejo Sanitario Provincial de Plasencia

Enviar correspondencia a:
ÁNGEL LUIS BLANCO GONZÁLEZ. Plasencia (CÁCERES). angeluisblanco@terra.es

RESUMEN:

Introducción: La presencia de patología dual supone, entre otras cosas, una influencia negativa del tóxico sobre la evolución en la enfermedad mental. Esto obliga a implantar tratamientos específicos encaminados a lograr la abstinencia a la cocaína tanto farmacológicos como psicoterapéuticos y rehabilitadores.

Objetivo: El objetivo del estudio es valorar si el contacto más continuado que tiene los pacientes crónicos supone un cambio en las estrategias cognitivas para conseguir la abstinencia y si los pacientes con distintos diagnósticos utilizan uno u otro tipo de estrategias.

Material y Métodos: Se estudian 44 pacientes ingresados en las unidades del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia que son consumidores habituales de Cocaína. De ellos 23 son paciente con patología aguda y 21 con patología crónica.

Se les ha evaluado a través del Cuestionario de Procesos de Cambio diseñado para valorar las estrategias que desarrolla el paciente durante el tratamiento de la adicción. Se comprobó si existen diferencias significativas en el tipo de estrategia cognitiva empleada según la cronicidad de la patología y el diagnóstico.

Como método de comparación estadística se ha utilizado el test de ANOVA

Resultados: Los pacientes con patología crónica presentan una mayor utilización de estrategias relacionadas con el aumento de concienciación ($p < 0.05$) y control de estímulos ($p < 0,01$)

Los pacientes con patología aguda puntúan más alto en las subescalas: manejo de contingencias y relieve dramático.

Cuando se evalúan las subescalas por diagnósticos no se encuentran diferencias significativas en ninguna de las subescalas.

Conclusiones: El tiempo de intermanejo en unidades de hospitalización y el tiempo de evolución de los cuadros, independientemente de los diagnósticos, parecen modificar las estrategias cognitivas que los pacientes emplean a la hora de evitar el consumo de cocaína.

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad Mental, estrategias cognitivas, cocaína, abstinencia.

Consumo de drogas en pacientes trastorno mental severo.

A.L. BLANCO; N. IGLESIAS; T. COBOS; A. JIMÉNEZ-LUQUE; C. RUBIO ; G. AZABAL

Complejo Sanitario Provincial de Plasencia

Enviar correspondencia a:

ÁNGEL LUIS BLANCO GONZÁLEZ. Plasencia (CÁCERES). angeluisblanco@terra.es

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad Mental, Trastorno mental severo, alcohol, cocaína

RESUMEN:

Introducción: La presencia de consumo de sustancia en pacientes ingresados en unidades de psiquiatría es hoy más la norma que la excepción. La mayor parte de los pacientes con enfermedad mental consumen algún tipo de tóxico (legal o ilegal). La utilización de las drogas para constarrestar los síntomas hace que sea necesario plantearse el concepto de automedicación en la etiología de la patología dual.

Material y Métodos: Se realiza un estudio descriptivo de la prevalencia de consumo de tóxicos en 69 pacientes que han estado ingresados en las unidades del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia. Para ello se han realizado 3 grupos de pacientes: Trastornos psicóticos (34), trastornos de personalidad (21) y trastornos del estado de ánimo (14). Se han estudiado el número de tóxicos y la edad de inicio en el consumo

Resultados: De la muestra estudiada el 18,85% (13) sólo han consumido drogas legales (alcohol y tabaco) y el 50,15% (56) han consumido además drogas ilegales. Ninguno no consumió ningún tipo de tóxico.

Con respecto al número de tóxicos que han consumido a lo largo de su vida: 13 han consumido 2 tóxicos, 33 pacientes 3; 15 han consumido 4; y 8 había tomado 5 o más tipos de droga.

En cuanto al diagnóstico y el número de tóxicos consumidos: los pacientes que más número de drogas consumen son los diagnosticados de trastorno de personalidad (21): 4,14; mientras que los pacientes con trastornos psicóticos (34) han consumido una media de 3,71 tóxicos; y los pacientes con trastornos del estado de ánimo (14): 2,21

No se observan diferencias estadísticamente significativas comparando la edad de inicio de los distintos grupos diagnósticos: si bien la edad media de inicio en el consumo de cualquier tipo de tóxicos es menor en el grupo de los psicóticos (13,5) que en los trastornos de personalidad (13,9) o en los trastornos afectivos (14,2)

Otro aspecto que se ha tenido en cuenta es si el tóxico ha tendido alguna influencia en el internamiento. En los pacientes con trastornos de personalidad en el 42,8% de los casos el internamiento estaba relacionado con el efecto del tóxico, mientras que sólo se producía en el 29,4% de los trastornos psicóticos y en el 0 % de los trastornos del estado de ánimo.

Conclusiones: Los pacientes con trastorno de personalidad son los que más utilizan drogas (sobre todo ilegales) y además los tóxicos suponen en más de la mitad de ellos la causa de internamiento. Los pacientes con trastorno del estado de ánimo tienden a consumir drogas legales (solo el 3 pacientes de la muestra han consumido alguna droga ilegal, 1 cannabis y 2 cocaína ninguno de ellos con dependencia a las mismas).

Publicación en revistas científicas de las comunicaciones presentadas a congresos nacionales de drogodependencias

**BOLAÑOS PIZARRO, M.¹; CASTELLANO GÓMEZ, M.²; VALDERRAMA ZURIÁN, F. J.³;
VIDAL GRAMACHE, M.⁴; VIDAL INFER, A.⁵; AGUILAR, J.⁵; PÉREZ, M. J.¹; SANCHO, A.⁶; ALEIXANDRE BENAVENT, R.¹**

1. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. (Universitat de València-CSIC). Valencia

2. Conselleria de Sanitat. Valencia

3. Centro de Salud Nápoles y Sicilia. Departamento 9. Agència Valenciana de Salut

4. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva (Valencia)

5. FEPAD. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias. Valencia

6. Unidad de Conductas Adictivas. Xàtiva (Valencia)

Enviar correspondencia a:

Rafael Aleixandre Benavent. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (Consejo Superior de Investigaciones Científicas-Universitat de Valencia).
Facultat de Medicina. Avd. Blasco Ibáñez, 15 Valencia-46010. aleixand@uv.es

RESUMEN:

Introducción: Los científicos utilizan diversos canales para lograr la diseminación de sus descubrimientos e investigaciones, siendo, a menudo, la presentación en congresos la primera evidencia de la actividad científica. Muchas comunicaciones presentadas en los congresos científicos nunca llegan a publicarse en las revistas profesionales, considerándose esta publicación como un indicador de calidad del propio congreso. El objetivo del presente trabajo es analizar las características de las comunicaciones presentadas en los congresos de la SET y Socidrogalcohol en el período de 1997-1999, y que han sido publicados posteriormente como artículos en revistas científicas.

Método: Se introdujeron en una base de datos Access las referencias bibliográficas de las comunicaciones y pósteres incluidos en los libros de actas de los congresos de la SET y Socidrogalcohol del período 1997-1999. Se realizaron búsquedas bibliográficas en un 19 bases de datos tanto multidisciplinares como de ciencias de la salud y específicas en drogodependencias, para identificar la existencia de publicaciones procedentes de las comunicaciones y pósteres de los congresos. Las búsquedas se realizaron utilizando el primer apellido de todos los autores de las comunicaciones y las iniciales de los nombres, aunque, en aquellos casos en los que fue posible, la búsqueda se realizó a través de los dos apellidos unidos mediante guión. Para determinar si se trataba de los mismos autores se realizó una revisión de los documentos recuperados comprobando que firmaran como mínimo dos o más autores de la comunicación o póster en el artículo publicado y que la institución fuera la misma en ambos. Posteriormente, se analizaron las palabras clave y el título del artículo para comprobar que trataban de la misma temática. En una base de datos relacional se incluyeron las referencias bibliográficas de los trabajos relacionados.

Resultados: De las 270 comunicaciones presentadas en los congresos de la SET y Socidrogalcohol se han localizado 18 trabajos (6,67%), de los cuales 16 corresponden a artículos científicos y los dos restantes a tesis doctorales. El porcentaje de publicación fue mayor en las presentaciones orales que en los pósteres (67% versus 33%). La mayor parte de los trabajos se publicaron en español y en revistas españolas. Sin embargo, la revista que más trabajos publicó fue la británica *Addiction* (3 artículos). El 72% de las comunicaciones publicadas lo hicieron al año siguiente al de la celebración del congreso, mientras que el índice de colaboración de aquellas fue de 4,33 puntos. 9 de los 16 trabajos publicados lo han sido en revistas específicas en Drogodependencias, mientras que 7 lo han hecho en revistas de otras áreas.

Discusión: El porcentaje de publicaciones obtenido puede considerarse muy bajo en comparación con otras áreas revisadas. La mayor parte de las comunicaciones (tres cuartas partes) se publican al año siguiente al de la celebración del congreso (a excepción de las dos tesis doctorales que son de un año anterior al del congreso).

Sin embargo, una tercera parte se publican con mayor retraso, lo que podría deberse al deseo de los autores de ampliar el estudio o de revisarlo. El índice de colaboración obtenido presenta un ligero aumento en las publicaciones con respecto a las comunicaciones, pudiendo ser debido a algunos abusos como las llamadas "autoría honoraria" y "autoría de agradecimiento". La publicación de artículos en revistas de otras áreas se muestra totalmente acorde con el carácter multidisciplinar de la investigación, prevención y control de las conductas adictivas, área en la que participan colectivos de diversas disciplinas.

PALABRAS CLAVE:

Congresos científicos; Drogodependencias; Comunicaciones orales; Pósteres; Revistas científicas

Cannabis: rasgos diferenciales de personalidad

R. BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ*; J AIZPIRI DÍAZ*; J.F MARCOS FRÍAS *; I ZABALA CAPETILLO*

* Medicina Psico-orgánica, S.L. Bilbao

Enviar correspondencia a:

Ricardo Bravo de Medina Hernández. Licenciado Poza 14,1°. Bilbao 48011. rbravo@neuro-psiQUIATRIA.com.

RESUMEN:

Objetivos: Determinar los rasgos significativamente diferenciales de personalidad y síntomas clínicos en pacientes con dependencia de cannabis.

Método: Grupo experimental; pacientes dependientes de hachis (N=30) que cumplen con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR.

Grupo clínico de control; pacientes (N=116) con diagnóstico clínico en eje I del DSM-IV-TR diferente de dependencia a sustancias.

Grupo normativo de control; (N=103), Grupo de sujetos "sanos" que no han recibido ninguna clase de tratamiento psiquiátrico, ni psicológico.

La muestra de estos grupos está constituida por las pacientes consumidores de hachis que permanecen ingresados en una Unidad de Salud Mental perteneciente a la empresa Medicina Psico-orgánica S.L.

Instrumentos: Inventario de Personalidad MCMI-II. (PT > 84) Analizados estadísticamente mediante el programa informático SPSS versión 11.5. Anova

Resultados: Los rasgos diferenciales con significación estadística para los consumidores de Cannabis en cuanto a la personalidad, teniendo en cuenta la comparación con los otros dos grupos de control clínico y no clínico son; los rasgos esquizoides (F = 36.480**), antisocial (F = 16.801**). Y en cuanto a los síntomas clínicos tienen significación la ansiedad (F = 39.982 **), el abuso de alcohol (F = 84348**) y el abuso de drogas (F = 44.668**)..(** P < 0,01).

Conclusiones: Existen rasgos diferenciales de personalidad para los dependientes de Cannabis. Estos muestran un mayor distanciamiento de las relaciones personales, del mundo y de sus propias emociones, manteniéndose al margen de las normas sociales y mostrando escaso interés por lo que rodea además de dificultades para la obtención del placer.

PALABRAS CLAVE:

Rasgos de la Personalidad, cannabis

Trastornos de la personalidad en pacientes consumidores de cannabis: un estudio comparativo

R. BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ *; J. AIZPIRI DÍAZ *; J. F. MARCOS FRÍAS *; I. ZABALA CAPETILLO*

* Medicina Psico-orgánica, S.L. Bilbao

Enviar correspondencia a:

Ricardo Bravo de Medina Hernández R. Licenciado Poza 14,1º. 48011. Bilbao 48011. rbravo@neuro-psiQUIATRIA.com.

RESUMEN:

Objetivos: Determinar la tasa de comorbilidad, frecuencia y tipología de los trastornos de personalidad (TP) en pacientes con dependencia de cannabis comparándolos con una muestra de pacientes psiquiátricos no-adictos y con una muestra de sujetos normales.

Método: Grupo experimental; pacientes dependientes de cannabis (N=30) que cumplen con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR.

Grupo clínico de control; pacientes (N=116) con diagnóstico clínico en eje I del DSM-IV-TR diferente de dependencia a sustancias.

Grupo normativo de control; (N=103), ningún tipo de tratamiento psiquiátrico.

Instrumentos: Entrevista individual semiestructurada; Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II); Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE); SPSS 11.5

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

Resultados: El 20,7% del grupo experimental presenta algún TP frente al 22,4%, grupo clínico de control y al 9,7%, grupo normativo de control.

Los TP más frecuentes del grupo experimental son el antisocial (37,9%), y el Agresivo-sádico (27,6%), mientras que en el grupo clínico de control son el Compulsivo (54,3%), el esquizoide (37,9%) y el dependiente (34,5%).

Los TP del grupo experimental se concentran en el cluster B (55,3%) de forma significativa, mientras que los TP del grupo control se concentran en el cluster C (57,8%).

Conclusiones: La tasa de comorbilidad en los consumidores de cannabis no es significativa con respecto al grupo control clínico aunque sí con respecto al grupo normativo. Existen por lo tanto prevalencias similares de trastornos de personalidad entre la población clínica no adicta y los consumidores de hachis. Sin embargo los trastornos de personalidad son de carácter antisocial ubicados principalmente en el cluster B.

PALABRAS CLAVE:

Comorbilidad. Trastornos de Personalidad. Cannabis.

La recuperación natural de alcohol y otras drogas: resultados preliminares en una muestra española

JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO; JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA; ROBERTO SECADES VILLA; MARÍA TERESA BOBES BASCARÁN; OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ

Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología

Enviar correspondencia a:

José Luis Carballo Crespo. Pza. Feijoo s/n. Oviedo 33003. Asturias. jlcarballu@hotmail.com

RESUMEN:

Se presentan los primeros resultados de un estudio dirigido a analizar los procesos y determinantes que influyen en la recuperación natural de los problemas adictivos de alcohol y otras sustancias (se excluye el caso del tabaco) en una muestra española. Se han llevado a cabo comparaciones entre sujetos que han asistido a tratamiento con otros que no han acudido para solucionar sus problemas adictivos en una muestra que ha sido seleccionada a través de varias técnicas de captación usadas anteriormente en esta área de investigación, como son el reclutamiento mediático o la puesta de carteles en lugares clave (ej. estaciones de autobús). La muestra ha sido evaluada con una entrevista semiestructurada que analiza distintos aspectos del consumo y la vida del sujeto que podrían estar relacionados con la recuperación con y sin tratamiento. Algunos de los rasgos que diferencian a ambos grupos parecen ser el grado de dependencia a la sustancia psicoactiva y las razones por las cuales abandonan o reducen. Estos resultados se discuten en las conclusiones, además se exponen las líneas futuras para la continuación del estudio.

PALABRAS CLAVE:

Recuperación natural, tratamiento, conductas adictivas, dependencia

Gestión y calidad asistencial en la red del plan de Galicia sobre drogas: 1997-2005

I. CARRERA, J. FRAGA, J. OSORIO, J. MORÁN Y V. PEDREIRA

Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade - Xunta de Galicia.

Enviar correspondencia a:

Indalecio Carrera Machado. Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. Santiago de Compostela 15703. indalecio.carrera.machado@sergas.es

RESUMEN:

Introducción: La calidad asistencial de los programas de tratamiento en drogodependencias es cada vez más un motivo de preocupación y de estudio. Con la finalidad de mejorar este aspecto en la red asistencial gallega, el Plan de Galicia sobre Drogas (PGD) establece por primera vez en 1997 los Protocolos Internos de Actividad-Financiación (PIAF), desde la perspectiva de una estrategia de gestión de "dirección por objetivos".

Objetivo: El objetivo de esta aportación es analizar la influencia de la implantación de los PIAF sobre la práctica clínica y sus resultados en la red asistencial del PGD, medidos a través de la evolución de los indicadores del Sistema de Evaluación Asistencial (SEA).

Material y método: Se basa en la aplicación anual de los PIAF con las entidades con las que se convenían servicios asistenciales y en la implementación del SEA en todos los centros de tratamiento. Los PIAF establecen objetivos relacionados con el cumplimiento de la cartera de servicios y de los indicadores del SEA (permanencia en tratamiento, motivo de salida, asistencia, intervenciones y carga asistencial). Los instrumentos que articulan el SEA son: a) Ficha de admisión a tratamiento, basada en el concepto de historia clínica y b) Ficha mensual, que recoge las actividades realizadas con cada sujeto en cada programa durante su tratamiento en el centro.

Resultados y conclusiones: (pendientes de procesar datos de 2005)

1. Los objetivos planteados en los PIAF se han cumplido de forma satisfactoria: en 2004, el porcentaje global de cumplimiento es del 80,5%, siendo del 100% en el caso del cumplimiento de los objetivos relacionados con la cartera de servicios y del 76%, en el cumplimiento de los indicadores del SEA.

2. El número de altas terapéuticas en programas libres de drogas (PTLD) superó los objetivos propuestos ($\geq 25\%$), a la vez que descendieron los abandonos, situándose por debajo del 25% en programas de alta exigencia y del 15% en los de menor exigencia terapéutica.

3. La media de días de permanencia en programa y las actividades grupales se vienen incrementando de manera sostenida desde la puesta en marcha de los PIAF.

4. Se ha mejorado la calidad del registro de información: en 2004, sólo el 3,6% de "desconocidos" en el total de ítems del SEA, alcanzándose el objetivo propuesto ($\leq 5\%$); en el caso de la serología VIH, sólo 4,5% "desconocidos" en 2004.

Como conclusión, se puede afirmar que la cumplimentación de los objetivos planteados en los PIAF se sitúa por encima del 80% desde 1999, evidenciándose como un buen instrumento para dirigir el proceso terapéutico y mejorar la calidad asistencial, desde una óptica de gestión asistencial de dirección por objetivos.

PALABRAS CLAVE:

Evaluación, calidad asistencial, drogodependencias.

Evolución del consumo de drogas en Galicia 1988-2004

I. CARRERA, J. FRAGA, J. OSORIO, J. MORÁN Y V. PEDREIRA

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade - Xunta de Galicia

Enviar correspondencia a:

Indalecio Carrera Machado. Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. Santiago de Compostela 15703. indalecio.carrera.machado@sergas.es

RESUMEN:

Introducción: Las encuestas epidemiológicas y los indicadores indirectos son tipos de metodologías que se vienen utilizando en España y otros países con el fin de monitorizar la evolución del consumo de drogas. En Galicia, durante el período 1988-2004 se han venido realizando una serie de estudios epidemiológicos periódicos sobre el consumo de drogas con el fin de realizar un seguimiento de los patrones de consumo de las diferentes drogas y factores asociados, siendo nuestro objetivo, describir los resultados del último estudio (2004) y establecer un análisis comparativo con los de años anteriores.

Material y método: El universo que se tomó como referencia está formado por la población de 12 y más años, residentes en los distintos hábitats, áreas de salud y zonas de costa e interior de Galicia. La selección de la muestra se realizó mediante afijación simple no proporcional por áreas de salud y grupos de edad, recuperando posteriormente la proporcionalidad. Se llevaron a cabo 2.300 entrevistas personales (margen de error de $\pm 2\%$) en el lugar de residencia de los entrevistados, elegidos mediante rutas aleatorias, durante octubre-noviembre de 2004.

Conclusiones y discusión:

1. DROGAS LEGALES: En 2004 se evidencia un descenso de la actual prevalencia del hábito de fumar (1,3 puntos porcentuales, situándose en el 30,8%), mas acusado en población masculina y >40 años, pero se inicia el hábito a una edad más temprana. En el caso del consumo de alcohol, después del descenso registrado en 2002, se incrementa de nuevo (7,6% bebedores de riesgo), aunque sin llegar a los niveles del año 2000 (8,5%). Referido al consumo juvenil, se mantiene la unificación intersexual de las pautas de consumo excesivo en fines de semana, el predominio urbano y una generalización de los estratos sociales afectados, pero destacando la condición de estudiantes y parados.

2. DROGAS ILEGALES: La única sustancia ilegal cuyo consumo no desciende es la cocaína, que se mantiene en los mismos niveles de 2002 (consumo últimos 6 meses=1,4%). La sustancia más consumida continúa siendo el cannabis, a pesar de que es una de las que más desciende, junto con las drogas de síntesis (0,7 puntos porcentuales, en ambos casos).

3. MODELOS DE POLICONSUMO: Se consolida en primer puesto el modelo de los psicoestimulantes detectado en 1996, pero la asociación de tabaco+alcohol+cannabis pasa a ocupar el 2º lugar, por delante del modelo de los psicofármacos y desplazando el modelo de narcóticos al último lugar.

4. TENDENCIAS: Dada la consolidación del modelo de policonsumo analizado y del patrón de riesgo observado en el sector juvenil de nuestra población referido al consumo de sustancias legales, se deben priorizar estrategias preventivas que incidan sobre este modelo de policonsumo y específicas para el sector juvenil de la población.

PALABRAS CLAVE:

Epidemiología, consumo, drogas.

Evaluación de los tratamientos de drogodependencias en Galicia: 1994-2004

I. CARRERA; J. FRAGA; J. OSORIO; J. MORÁN; V. PEDREIRA

Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade - Xunta de Galicia.

Enviar correspondencia a:

Indalecio Carrera Machado. Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. Santiago de Compostela 15703. indalecio.carrera.machado@sergas.es

RESUMEN:

Introducción: En Galicia, se viene evaluando la asistencia al drogodependiente de forma sistemática desde 1994 mediante el Sistema de Evaluación Asistencial (SEA), cuya herramienta informática es el GECEAS (Gestión de Centros ASistenciales). Mediante esta herramienta se recoge en cada centro la información solicitada por el sistema y se exporta a una unidad central, que elabora la memoria anual. La calidad de los datos recogidos ha aumentado progresivamente y se han ido confirmando las tendencias señaladas en años anteriores.

Objetivo: Analizar la evolución de las características de los pacientes atendidos en las unidades de la red gallega de drogodependencias, así como del proceso asistencial en que participan.

Material y método: El SEA es un sistema de información multicéntrico que realiza una recogida sistemática de datos homogéneos, estableciendo una línea base poblacional y consignando las intervenciones que se realizan con cada paciente durante el tratamiento.

Los instrumentos utilizados por este sistema son: a) Ficha de admisión a tratamiento, basada en el concepto de historia clínica (incorpora las variables SEIPAD), permite establecer la mencionada línea base y b) Ficha mensual, que recoge las actividades realizadas con cada sujeto en cada programa durante el tratamiento en el centro. Actualmente, existen 21 centros notificadores.

Conclusiones y discusión: (pendientes de procesar datos de 2005)

1. La evolución de las admisiones a tratamiento en la red asistencial muestra una tendencia al descenso entre 1997 y 2002, pero desde 2003, vuelven a repuntar, fundamentalmente por el incremento de las demandas de tratamiento relacionadas con la cocaína, ya mayoritaria entre aquellos que lo hacen por primera vez. El volumen asistencial ha venido incrementándose de forma sostenida desde 1997.

2. El perfil del usuario de los servicios varía en función del programa terapéutico al que ha sido asignado y de la presencia de antecedentes de tratamiento, presentando el mayor grado de deterioro global los pacientes incluidos en PTDO y con antecedentes de tratamiento.

3. Entre los motivos de salida, destaca el "cambio de programa", indicando que la existencia de una oferta terapéutica diversificada para todos los pacientes en un mismo centro asistencial favorece la permanencia en tratamiento. Los abandonos se han estabilizado a lo largo de los últimos cinco años, situándose por debajo del 25%. Destacar la evolución de las altas terapéuticas en PTLTD, que desde el 2000 superan el 25% de las salidas en este programa finalista (previo al alta).

4. Las intervenciones más utilizadas son las de tipo individual, sanitarias y grupales, registrando el PTDO el 75% de las realizadas en 2004.

PALABRAS CLAVE:

Evaluación, tratamientos, drogodependencias

Evolución del indicador de mortalidad por reacción aguda al consumo de drogas en Galicia: 1992-2005

I. CARRERA; A. BERMEJO; B. LÓPEZ DE ABAJO; J. FRAGA; V. PEDREIRA

Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade - Xunta de Galicia. Instituto de Medicina Legal de Universidad de Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a:

Indalecio Carrera Machado. Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. Santiago de Compostela 15703. indalecio.carrera.machado@sergas.es

RESUMEN:

Introducción: El Plan de Galicia sobre Drogas (PGD) puso en marcha este indicador en 1992, enmarcado en el conjunto de indicadores del Observatorio de Galicia sobre Drogas (OGD) y, a su vez, en consonancia con el Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD) del Observatorio Español sobre Drogas (OED). El objetivo de este póster, es analizar la evolución de este Indicador en el período 1992-2005.

Material y método: Se registra el número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas. Se requiere confirmación toxicológica para la notificación de caso. El procedimiento consiste en que el médico forense remite los datos y muestras biológicas al Servicio de Toxicología del Instituto de Medicina Legal de Santiago. Desde aquí se remite informe al médico forense y se notifica al Observatorio de Galicia sobre Drogas.

La unidad de cobertura es el partido judicial, cubriéndose el 100% del territorio gallego.

En el periodo 1992-2004 (pendientes de procesar datos 2005), se estudiaron un total de 688 casos, confirmando mediante análisis toxicológico 619 (90%).

Conclusiones y discusión:

1. En los años 2003 y 2004 se invirtió la tendencia de años anteriores y la cocaína ha pasado a ser la droga que provoca la mayoría de los fallecimientos. En 2004 el 46,7% de los fallecidos consumían cocaína, porcentaje que supone más del doble con respecto a los que consumían heroína. En los doce años de evolución del indicador en Galicia, sólo se ha detectado un caso de muerte por presencia de adulterantes.

2. Predomina el sexo masculino, edad media interanual de 30,8 años, aunque se observa una tendencia al incremento en la edad de los fallecidos. La presencia de serología positiva para VIH en 2004 alcanza el 37,7% lo que supone un aumento de 8,7 puntos porcentuales con respecto a 2003. Los lugares donde más frecuentemente se encontraron los cadáveres fueron sus propios domicilios o en la calle.

3. El mecanismo causal del fallecimiento cabe relacionarlo con la sobredosis, tanto por la elevada pureza de las sustancia-droga (según datos del OGD: 25% para heroína y 42% para cocaína), como por la potenciación ocasionada por el fenómeno de policonsumo de drogas, presente en la mayoría de los fallecidos.

Conclusiones: se observa un cambio radical en cuanto a las sustancias que provocan la muerte pasando a ser la cocaína la que adquiere mayor relevancia, lo que implica la necesidad de reorientar las estrategias preventivas para reducir el consumo de esta droga. Además, se detecta un incremento en el porcentaje de fallecidos infectados por VIH, lo que justifica el énfasis en las estrategias preventivas para disminuir conductas de riesgo en esta población. Se recomienda la puesta en marcha de medidas que favorezcan la atención médica temprana, lo que permitiría reducir la morbi/mortalidad relacionada con el consumo de drogas y también, reforzar la cooperación entre el médico forense y el toxicólogo para evitar la sobrenotificación de casos en este indicador.

PALABRAS CLAVE:

Mortalidad, drogas, sobredosis.

Estudio biopsicosocial retrospectivo de un Programa de Mantenimiento con Metadona

MÓNICA CASTAÑOS IZQUIERDO*; **JOSÉ LUIS CERNUDA LÓPEZ****; **CELIA DEL PINO LIDÓN*****

Centro de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) de Usera. *Psicóloga; **Trabajador Social; ***Médico

Enviar correspondencia a:
Celia del Pino Lidón. Madrid. celia.delpino@terra.es

RESUMEN

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de pacientes en Programa de Mantenimiento con Metadona en el CAID de Usera desde el uno de julio de 2002 hasta el treinta de junio de 2005.

Seleccionamos una muestra intencionada cuyo criterio de selección es que tienen a la misma psicóloga, dada la dificultad de analizar datos psicológicos si la psicóloga no conoce al paciente.

Se pretende describir la evolución de los pacientes tanto desde el punto de vista médico como psicológico y social, utilizando para ello variables de los tres campos profesionales. Pero también se pretende averiguar si las intervenciones en cualquiera de estos tres campos pueden hacer variar la situación de estos pacientes.

Desde el punto de vista médico se valora la dosis de metadona y las variaciones de ésta a lo largo del tiempo, observándose que la dosis aumenta progresivamente a lo largo de los tres periodos. También se contabilizan el número de consultas médicas, observándose que éstas aumentan según avanza el tiempo en tratamiento. Otra variable importante es la existencia de patologías infecciosas asociadas y su control o tratamiento. En este grupo de pacientes sólo un 14,81% tienen serologías negativa y el 40,7% de los pacientes son positivos a VHB, VHC y VIH, siendo el seguimiento de estas patologías mayor según aumenta el tiempo de estancia en el centro. Asimismo se recogen datos acerca de la existencia o no de patología psiquiátrica, observándose una prevalencia del 22,2% al 25,9% con un tratamiento psiquiátrico entre el 83,3% y el 100%. Hay que destacar que el número de tratamiento psiquiátricos es superior al de patologías debido al uso cada vez más frecuente de este tipo de fármacos para el tratamiento de las adicciones. Por último se observa la existencia de consumo de sustancias de abuso (heroína, cocaína, alcohol, cannabis y benzodiazepinas) y la variación de dichos consumos a lo largo del tratamiento. Es importante destacar que todos los consumos de sustancias de abuso disminuyen a lo largo de los tres periodos . .

Desde el punto de vista social se observa que un 77,7% de los pacientes son varones, con una edad media de 38 años. El 59% tienen pareja y su relación con ella es buena en más de la mitad de los casos aunque ésta es o ha sido consumidora de drogas en un 44% de los casos. Un 40% de los pacientes no tienen hijos y en caso de tener un hijo su relación con él es buena, no habiendo intervención por parte de las instituciones del menor en la mitad de los casos. Es curioso destacar que el 63% de los pacientes definen sus relaciones familiares como "malas o regulares", habiendo en un 17,24% de los casos consumos por parte de algún miembro. En cuanto al nivel educativo el 70% tienen la educación básica obligatoria pero ningún paciente tiene estudios universitarios. En más de la mitad de los casos el nivel socioeconómico es medio y sólo el 47% tienen una actividad laboral remunerada, habiendo un 15% de los pacientes que no han trabajado nunca y un 27,59% que podrían ser perceptores de una pensión no contributiva. Otro dato interesante es que casi la mitad de los pacientes no ha necesitado ayuda institucional ni recursos de la Agencia Antidroga y sólo un 21% ha solicitado ayuda en los Servicios Sociales de zona. Por último se analiza la situación legal de los pacientes resultando que el 59% de ellos ha tenido problemas judiciales y el 48% han estado en prisión, mejorando la situación legal a lo largo del tratamiento y finalizando el tercer periodo un 61% sin ninguna incidencia legal.

Desde el punto de vista psicológico se ha analizado un grupo de variables que puede estar relacionado con el grado de motivación de la persona que inicia tratamiento, y que se recogen en la evaluación inicial: de

quién parte la iniciativa para realizar PMM en el Caid de Usera, las dificultades que percibe para el mismo, los apoyos con los que cuenta, sus expectativas de cara al tratamiento; así como la duración de su abstinencia en tratamientos anteriores. La mayoría de personas (51,5%) iniciaron PMM a petición propia; el 7,4% lo iniciaron por indicación de su equipo profesional de referencia. El 40,7% fueron derivados al Caid de Usera, desde otros dispositivos, estando ya en PMM.

Respecto a las expectativas sobre el tratamiento, un 44% explicitaba alguna demanda más allá de la mera toma de metadona; un 29,6% no esperaba nada más que eso; y un 7,4% no sabía decir. También se han recogido un grupo de variables que tienen que ver con los consumos de heroína y/o cocaína que algunas personas mantenían estando ya en PMM. Se ha estudiado en cada uno de los tres periodos si quienes consumían identificaban los antecedentes de sus consumos, lo que resultaba cierto en la mayoría de los casos. De los refuerzos alternativos al consumo que identifican las personas en tratamiento de este estudio, el más importante, por la frecuencia en que es señalado como tal (entre un 30 y un 40% en los tres periodos), son las relaciones familiares o de pareja. Un porcentaje similar, aunque ligeramente inferior, utiliza refuerzos propios del estilo de vida antiguo (alternar con alcohol en bares; consumir alcohol, cánnabis y/o benzodiacepinas en la calle).

PALABRAS CLAVE:

Metadona, Variables Médicas, Variables Sociales, Variables Psicológicas

Tratamiento en usuarios de cocaína: seguimiento y evaluación

OLGA CHAPINAL; MARIA SALA, LOURDES FONT; IRINA OLASZ; LOURDES JUSTE; TERESA CORBELLA

Centre d'Atenció i seguiment de drogodependències (CASD). Servei de Salut. Ajuntament de Sabadell

Enviar correspondència a:
Olga Chapinal. Rambla 22. Sabadell 08201. ochapinal@ajsabadell.es

RESUMEN:

Introducción. En los últimos años se ha incrementado el número de usuarios de los Centros de Atención y Seguimiento de Drogodependencias (CASD) en los cuales la cocaína es la droga que origina el inicio de tratamiento. El año 1997, en el CASD de Sabadell estos pacientes representaban el 5,9% de los pacientes que iniciaban tratamiento mientras que en el año 2004 representaron un 27%. El perfil de estos usuarios es también diferente al del consumidor de heroína o de alcohol: suelen tener un nivel de estudios más elevado, y provienen de niveles socioeconómicos menos deprimidos. La evolución de su adicción a la cocaína y como influyen los determinantes sociolaborales, familiares y las diferentes opciones terapéuticas que se aplican en cada caso no ha sido evaluada en nuestro entorno. Esta información puede ayudar a una mejor orientación de las estrategias terapéuticas en función de los predictores de la evolución del paciente.

Objetivos. 1) Estudiar la evolución de los pacientes que han iniciado tratamiento en el CASD por abuso de cocaína con relación al consumo de esta droga y a la situación laboral y familiar, a los seis y doce meses después de haberlo iniciado. 2) Estudiar la asociación entre variables relacionadas con el paciente (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, historia de consumo etc.) y con el tratamiento (individual versus grupal) y el cambio de estos pacientes con relación al consumo.

Población y Metodología. Diseño: Estudio de seguimiento prospectivo de todos los pacientes que inician tratamiento en el programa de cocaína ocurridos durante el año 2003 y 2004 en que la cocaína sea la droga de consumo principal y no haya consumo concomitante de heroína ni tratamiento con metadona. Variables de estudio: variables sociodemográficas, variables descriptoras de la dependencia a la cocaína, del tratamiento, de la adherencia al tratamiento y del estado evolutivo del paciente. Toda la información se obtiene de las historias clínicas de los pacientes y se recogen en un formulario de recogida de datos estandarizada.

Análisis. Análisis descriptivo uni y bivariada de todas las variables de los pacientes incluidos en el estudio. Mediante análisis estratificado o análisis multivariante con regresión logística se controlará el efecto de las variables confusoras y /o que tengan influencia en el resultado del tratamiento.

Resultados. Se han incluido un total de 186 pacientes. Un 82% son hombres y un 18% mujeres, la media de edad es de 29 años en ambos sexos, un 22% tiene el bachillerato superior o equivalente, un 62% trabaja y un 23% está en el paro. La edad media de inicio al consumo fue de 20 años, sin diferencias por sexo. El 23% de los hombres y el 15 % de las mujeres han realizado tratamientos anteriores. A los 6 meses sólo un 36% de los pacientes seguían en tratamiento en el centro, siendo esta proporción superior en los hombres (37%) que en las mujeres (29%). A los 12 meses, el seguimiento se había reducido al 22%. Las mujeres, las personas con estudios superiores o con contratos laborales tienen más riesgo de abandonar el tratamiento. En cambio, las personas asignadas a terapia de grupo de prevención de recaídas, presentan de forma estadísticamente significativa mayor adherencia terapéutica que aquellos a los que se les asignaba sólo programa terapéutico individual.

Conclusiones. Se trata de una cohorte importante de pacientes usuarios de cocaína, formada principalmente por hombres. Los resultados del estudio pueden ayudar a reorientar las estrategias terapéuticas, haciéndolas más adecuadas según el tipo de paciente.

Trastornos de personalidad y autoeficacia percibida para resistirse al consumo de drogas. Estudio de una cohorte

JUAN CHICHARRO ROMERO; EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ; MARÍA PÉREZ LÓPEZ

CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid

Enviar correspondencia a:
Juan Chicharro Romero. Alcalá, 527. Madrid 28027. juanchicharro@yahoo.es

RESUMEN

Objetos: Conocer la relación entre los patrones de personalidad y la autoeficacia percibida para resistirse al consumo de sustancias. Explorar la evolución de la autoeficacia a lo largo del tratamiento y su relación con los resultados de éste.

MATERIAL Y MÉTODO

Procedimiento: Se administra el DTCQ y el MCMI-II a una muestra de sujetos que inician tratamiento (una vez libres de los efectos de la sustancia, o de la abstinencia) en un Centro de Atención a Drogodependencias (CAD-4-San Blas, Ayuntamiento de Madrid). Se evalúa el nivel de objetivos de tratamiento alcanzado a los 3, a los 6 y a los 9 meses en los pacientes que lo continúan, mediante una escala analógica que cumplimentan los profesionales.

Sujetos: Muestra de 115 sujetos que inician tratamiento ambulatorio por heroína, cocaína, alcohol o cannabis.

Instrumentos: Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) y Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ), historial clínico, escala analógica de cumplimiento de objetivos.

Análisis de datos: Paquete estadístico SPSS 10 W. Realizamos comparación de medias (pruebas paramétricas y no paramétricas), análisis de fiabilidad, correlaciones no paramétricas, análisis factorial exploratorio y análisis de regresión por pasos sucesivos.

RESULTADOS

El DTCQ se muestra como un instrumento con gran consistencia interna, mostrando un único factor de autoeficacia percibida en el que saturan todas las escalas, que mantienen fuertes correlaciones entre sí.

Siete escalas de trastornos de personalidad del MCMI-II muestran fuertes correlaciones negativas con todas las subescalas y la puntuación total del DTCQ. Los patrones esquizoide, dependiente, histriónico, narcisista y paranoide que apenas muestran covariación. La más baja percepción de autoeficacia corresponde al Trastorno de Personalidad Límite ($r = -0,51$), seguidos por el Autodestructivo ($r = -0,45$) y Negativista ($r = -0,43$). El Trastorno Obsesivo/Compulsivo de la Personalidad es el único que correlaciona positivamente con la escala general del DTCQ ($r = 0,42$) y con todas sus subescalas.

El DTCQ y sus subescalas muestra también fuertes correlaciones con los síndromes clínicos del Eje I del MCMI-II, salvo con la Distimia y el Trastorno Delirante.

La correlación entre las puntuaciones del DTCQ y la estimación de cumplimiento de objetivos del tratamiento correlaciona siempre $r = 0,3$ cuando la evaluación se realiza al mes, a los tres, a los seis y a los nueve meses (en

esta última estimación N=57). Sí se aprecian variaciones en las correlaciones entre los patrones de personalidad y el nivel de cumplimiento de objetivos en los sucesivos periodos de evaluación: los patrones Antisocial y Agresivo/Sádico parecen alcanzar mejores resultados desde el principio del tratamiento, el patrón negativista apenas muestra mejorías o empeoramientos, el patrón Obsesivo/Compulsivo mantiene una mejoría permanente, y los patrones Autodestructivo, Esquizotípico, Límite y Evitativo muestran correlación fluctuante con indicadores de empeoramiento.

Ensayamos la versión de 8 ítems del DTCQ propuesta en la literatura, y encontramos que presenta una correlación de 0,97 con la escala completa, mientras las subdimensiones correlacionan entre 0,74 y 0,88 con la escala reducida.

CONCLUSIONES

La Autoeficacia Frente al Consumo no parece ser un buen indicador de resultados. De hecho, parece presentar una relación en U invertida, donde los niveles intermedios de autoeficacia predicen mejores resultados, en tanto que una muy baja autoeficacia y una autoeficacia excesiva predicen pobres resultados. Diversos trabajos recientes muestran que la elevada autoeficacia no conlleva mejores resultados que una baja autoeficacia percibida frente al consumo, que favorecería la protección en circunstancias de riesgo (Fiorentine et al, 2003).

Además, la autoeficacia puede predecirse en gran medida a partir de los rasgos y patrones de personalidad, pudiendo considerarse que la autoeficacia es más una dimensión disposicional que una variable con validez situacional para predecir el consumo.

Por otra parte, no se justifica el uso de una prueba de 50 ítems cuando una versión reducida a 8 de ellos correlaciona 0,97 con la original, tal y como ya han mostrado estudios preliminares (Sklar y Turner, 1999).

LIMITACIONES

La gran mortalidad experimental que los estudios con drogodependientes ofrecen es una fuerte limitación para extraer conclusiones categóricas.

Revisión de casos de ingresos por encefalopatía de wernicke en una unidad de toxicología clínica y desintoxicación hospitalaria

B. CLIMENT DÍAZ; D. GARCÍA ESCRIVÁ; P. HERRERA DE PABLO; C. GARCIA FABRA; R. SANZ VILA

Unidad De Toxicología Clínica Y Desintoxicacion Hospitalaria. Servicio De Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitaria De Valencia

Enviar correspondencia a:
D. García. dgarcia@comv.es

RESUMEN:

Presentamos una revisión de los 9 casos de Encefalopatía de Wernicke como diagnóstico principal admitidos en nuestra Unidad en los últimos 3 años, definiendo los hallazgos clínico-epidemiológicos más relevantes de los mismos. La mediana de edad fue de 52 años, con antecedentes de alcoholismo de larga evolución en todos menos un caso, que presentaba una neoplasia de recto. La clínica predominante fue neurológica (100% de los casos) con predominancia de la alteración de la marcha, mareos, alteración de conducta y desorientación o confusión, presentando paresia de oculomotores o nistagmus en sólo 5 de los casos. El diagnóstico fue en todos los casos clínico, aunque en algunos casos hallazgos de Electrofisiología o Resonancia Magnética Nuclear apoyaron el diagnóstico. El tratamiento instaurado consistió en todos los casos en la administración de Tiamina por vía intramuscular a dosis de 100-300 mg/día más tratamiento de desintoxicación alcohólica e inicio de deshabitación. Durante su estancia en el Hospital, 3 pacientes desarrollaron deprivación alcohólica definida como grave a partir de 15 puntos en la escala CIWA-AR. Uno de ellos falleció tras resolverse la deprivación, y otro tras desarrollar neumonía nosocomial. El resto de pacientes evolucionaron satisfactoriamente y sin graves secuelas salvo 2 casos de psicosis de Korsakoff y uno con convulsiones durante su ingreso.

DISCUSIÓN:

La Encefalopatía de Wernicke y la Psicosis de Korsakoff son dos estadios de la misma enfermedad caracterizada por el déficit prolongado y grave de Tiamina, con metabolismo anaerobio por reducción de la acción de la piruvato deshidrogenada, lo que condiciona el acúmulo de glutámico que se comporta como neurotransmisor excitador. Las patologías predisponentes son el alcoholismo crónico, la anorexia nerviosa, la cirugía de derivación intestinal, la hiperemesis gravídica y algunos tipos de cáncer. El curso clínico comprende inicialmente trastornos digestivos, seguido de lentitud en las ideas, irritabilidad, trastornos visuales y cefaleas, lo que progresa a confusión mental, bradipsiquia y torpeza con ptosis palpebral, hipertonia oposicional, ataxia y trastornos vegetativos. Previamente se suele referir alteraciones de la memoria seguidos de cambios de humor, cefaleas, insomnio y afectación sensitivo-motora de mmii. La amnesia anterógrada, desorientación, primero temporal y luego espacial, y fabulación, comprenden la Psicosis de Korsakoff, que es una de las secuelas posibles. La tríada clásica de oftalmoplejia, ataxia y confusión sólo suele aparecer en un número limitado de pacientes. La evolución lenta, mejorando primero el nistagmus y la ataxia, persistiendo durante más tiempo la psicosis de Korsakoff.

La intervención grupal en el proceso de deshabituación por tabaquismo desde el CE.D.EX de Cáceres

M^a G. COLOMBO Y RIVA; F. MERIDEÑO NIETO

Equipo Psicoterapéutico del CE.D.EX de Cáceres

Enviar correspondencia a:

M^a Graciela Colombo y Riva. Centro de Drogodependencias de Cáceres. C/ Antonio Reyes Huertas nº 9, Bajo. Cáceres 10002. pacomeride@hotmail.com

RESUMEN:

Introducción: Desde el punto de vista de la Psicología dinámica, y de sus aspectos teóricos y metodológicos basados en el psicoanálisis, el objetivo fundamental de la intervención es aumentar la capacidad de concienciar la enfermedad, así como ayudar a crear una nueva identidad libre del hábito, quedando, en este sentido, planteada como una intervención terapéutica de apoyo.

Desde nuestra perspectiva, cualquier intervención psicoterapéutica sólo se aconseja una vez que se consigue y estabiliza la abstinencia.

OBJETIVOS GENERALES DEL TRATAMIENTO:

1. Esclarecer y modificar algunas áreas de la estructura mental del paciente y resolver el conflicto intrapsíquico asociado al hábito.
2. Hacer conscientes para superarlas posibilitando el fortalecimiento del yo de cara a prevenir futuras recaídas.

EL PROCESO TERAPEUTICO

El tratamiento psicológico va responder a las diversas etapas o fases por las que pasa el proceso:

1. VALORACION INICIAL Y ENCUADRE TERAPEUTICO

- Entrevista libre individual
- Análisis de la demanda
- Motivación: apoyo a la decisión tomada de distancia respecto a la sustancia.
- Intentos fallidos: evaluación de fracasos y causas.
- Valoración de aspectos ansiógenos, depresivos y determinación de aspectos psicopatológicos.
- Valoración de capacidad para el establecimiento de una alianza terapéutica.
- Motivación y disponibilidad hacia la experiencia grupal (en caso de no disponibilidad o negativa a la participación en grupo, el planteamiento pasaría a ser de psicoterapia individual)

2. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL:

- Frecuencia de sesiones a concertar
- Entrevista diagnóstica.
- Confrontación, clarificación e interpretación del hábito.

3. PSICOTERAPIA DE GRUPO

- Frecuencia semanal
- Duración de experiencia grupal: 10 sesiones.
- Seguimientos individuales de revisión y mantenimiento de la abstinencia mensual, trimestral y semestral.

- Requisito previo a la incorporación grupal: estar abstinentes
- Compromiso de silencio de los aspectos analizados grupalmente, quedando desaconsejada la relación extraterapéutica.
- Comunicación a través de los temas tratados más que por la relación individual.
- Se trabaja sobre las contribuciones espontáneas de los pacientes
- Discusión libre y asociación grupal.
- Énfasis en fantasías, defensas y resistencias que afectan al grupo como totalidad.

PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA TERAPIA GRUPAL

- Se trata de un proceso:
- Facilitado mediante el intercambio de experiencias y alianzas.
- Reconocimiento del esfuerzo
- Desmitificación del hábito
- Valoración de beneficios secundarios.
- Reconocimiento de situaciones de riesgo
- Reorganización de vida sin tabaco

CONTENIDOS COMUNES EN SESIONES GRUPALES

1) Motivación al tratamiento:

a) Motivos de salud:

- Afonía
- Enfisema pulmonar
- Bronquitis crónica
- Ahogos
- Ronquidos
- Sangre en esputo
- Cáncer de pulmón
- Cáncer de mama
- Menopausia
- Asma

b) Compromisos afectivos:

- Promesas
- Hijos que hacen la comunión
- Boda de hija
- Actitud de los hijos ante el consumo

2) No reconocimiento de la adicción

- a) Reconocimiento de la dependencia física
- b) Reconocimiento de la dependencia psíquica.

3) Expectativas mágicas:

- a) Valoración mágica del parche
- b) Depositan la cura fuera, en el terapeuta, en el centro, etc.

4) Oralidad:

- a) Voracidad
- b) Degustación.
- c) Preocupación por el peso.

5) Irritabilidad

- 6) Insomnio
- 7) Componentes depresivos
 - a) Falta
 - b) Pena/congoja
- 8) Lo onírico:
 - a) Descarga onírica
 - b) Realización de deseos
 - c) Pesadillas: pérdidas, búsquedas, amputaciones.

PALABRAS CLAVE:

Proceso, Psicoterapia de grupo, fortalecimiento del yo, conflicto intrapsíquico, alianza terapéutica, discusión libre y análisis grupal.

Perfiles psicológicos de pacientes en tratamiento por dependencia a nicotina o hábito tabáquico en el CE.D.EX de Cáceres

M^a G. COLOMBO Y RIVA; F. MERIDEÑO NIETO

Equipo Psicoterapéutico del Centro de Drogodependencias de Cáceres

Enviar correspondencia a:

M^a Graciela Colombo y Riva. Centro de Drogodependencias de Cáceres. C/ Antonio Reyes Huertas nº 9, Bajo. Cáceres 10002. pacomeride@hotmail.com

RESUMEN:

Introducción: El trabajo de Perfiles Psicológicos de pacientes de tabaco atendidos en consulta psicológica en el CE.D.EX de Cáceres, abarca la experiencia psicoterapéutica entre el año 2000 y el año 2005, desde que el centro comienza a atender a pacientes con dependencia a nicotina, hasta que deja de atender de forma sistemática este tipo de dependencia.

Objetivos: Desde el estudio de una serie de rasgos y características psicológicas, poder entender mejor a nuestros pacientes, y posibilitar una elaboración de su hábito desde una perspectiva que tiene que ver con su mundo interno, tanto como con otro tipo de condicionantes, físicos, sociales, o culturales.

Motivación frente al tratamiento: Los motivos para dejar de fumar por los pacientes y las pacientes que pasaron por el programa de tabaco, fueron diversos. Entre los motivos actuales más importantes, podemos destacar:

- Problemas de salud
- Prevención de posibles enfermedades
- Prescripción médica
- Indicación de familiares y amigos
- Motivos sociales y laborales
- Motivos económicos
- Autonomía personal (no depender de ninguna sustancia)
- Dar ejemplo a los hijos

La aplicación del Test de Motivación de Richmond, permitió unificar expresiones y deseos, a la vez que facilitar la homogeneización del nivel de motivación de los afectados en un buen período de tiempo

Niveles de dependencia: A la hora de establecer el perfil psicológico de los pacientes que iniciaron tratamiento en el Centro de Drogodependencias de Cáceres, por su adicción al tabaco, también se tuvo en cuenta el índice de dependencia.

Dicha valoración se realizó mediante la aplicación del de Fargeström.

Instrumentos de evaluación psicológica: La aplicación del Cuestionario de Evaluación IPDE, conjuntamente con el Inventario de Ansiedad y la Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión al inicio del tratamiento, permiten establecer la VALORACIÓN DEL ESTADO PSICOLÓGICO, según tres ejes orientativos para la intervención psicoterapéutica:

- Rasgos de personalidad significativos
- Sintomatología ansiosa
- Sintomatología depresiva.

A partir de la valoración psicológica inicial se establece el encuadre terapéutico, dentro del cual va a desarrollarse el dinámico proceso de la deshabituación

- EL "INTERNATIONAL PERSONALITY DISORDER EXAMINATION I.P.D.E.- ICD-10 MODULE" (EXAMEN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD MODULO C.I.E.-10)

RASGOS EVALUADOS POR EL I.P.D.E MODULO C.I.E.-10"

- PARANOIDE
- ESQUIZOIDE
- DISOCIAL
- IMPULSIVO
- LIMITE
- HISTRIÓNICO
- ANANCÁSTICO
- ANSIOSO
- DEPENDIENTE

- EL STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY- STAI DE C.D. SPIELBERGER, R.L. GORSUCH Y R.E. LUSHENE (CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO/ RASGO)

INTERPRETACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD POR FACTORES

INTERPRETACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD POR FACTORES	
FACTOR I	ANSIEDAD ESTADO AFIRMATIVO: o Nerviosismo o Tensión o Preocupación o Intranquilidad
FACTOR II	ANSIEDAD ESTADO NEGATIVO: o Activación Positiva o Animación o Bienestar o Satisfacción o Cambios en sí mismo
FACTOR III	ANSIEDAD RASGO AFIRMATIVO: o Melancolía o Desesperanza o Sentimientos de incapacidad
FACTOR IV	ANSIEDAD RASGO NEGATIVO: o Estabilidad. o Ausencia de cambios de humor.

- LA ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE.

Se trata de una prueba breve y sin dificultad que intenta evaluar el estado depresivo que vivencia la persona:

- Alteraciones del humor
- Altibajos en el estado de ánimo
- Llanto
- Irritabilidad
- Alteraciones del sueño
- Pérdida de apetito y del peso
- Disminución o pérdida de la apetencia sexual
- Pesimismo
- Fatigabilidad

CONFIGURACIÓN DE LA VALORACIÓN CUANTITATIVA:
• DEPRESIÓN AUSENTE
• DEPRESIÓN SUBCLÍNICA/ VARIANTES NORMALES
• DEPRESIÓN MEDIA/ SEVERA
• DEPRESIÓN GRAVE.

VARIABLES ANALIZADAS

- Edad al inicio del tratamiento
- Edad de inicio en el consumo
- Sexo
- Psicoterapia grupal/ Psicoterapia individual
- Motivación
- Dependencia
- Rasgos de personalidad
- Niveles de ansiedad
- Estado depresivo

PALABRAS CLAVE:

Nicotina, tabaquismo, motivación, dependencia, Richmond, Fageström, I.P.D.E, S.T.A.I, Zung, rasgos psicológicos, ansiedad, depresión.

Características del fenómeno botellón en Valencia: ¿Se corresponden las alternativas con las necesidades?

M. T. CORTÉS ; J. A. GIMÉNEZ; M. V. MESTRE; M. J. NÁCHER; P. PASCUAL ; S. VICÉNS

Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Enviar correspondencia a:

María Teresa Cortés Tomás. Avda. Blasco Ibáñez, 21. Valencia. Maria.T.Cortes@uv.es

RESUMEN:

La investigación sobre el fenómeno del botellón se ha centrado, hasta el momento, en un análisis sociológico del mismo que ha tratado de dar respuesta al motivo de su aparición entre la juventud española. Entre los resultados obtenidos ha trascendido principalmente el considerar la práctica del botellón como una forma de ocio juvenil. Esta interpretación parcial del fenómeno unida a la urgencia de intervención por parte de las autoridades ante el conflicto social de primer orden que ha supuesto el botellón -quejas continuas de los vecinos por ruido, suciedad, vandalismo...- ha llevado a que se adopten medidas ante el mismo parciales, poco elaboradas y en consecuencia poco efectivas.

Ante esta situación un grupo de investigación de carácter multidisciplinar, financiado por el Plan Nacional sobre Drogas, nos hemos propuesto realizar un análisis de cuáles son las características que definen este fenómeno en la Comunidad Valenciana, contemplando sus diferentes actores implicados: Jóvenes, Padres, Autoridades, Fuerzas de Orden Público, Asociaciones de Vecinos y Medios de Comunicación. Este exhaustivo análisis permitirá que las propuestas de actuación den respuesta a necesidades concretas y reales.

En este trabajo¹ presentamos una primera aproximación de los resultados que se están obteniendo. En este caso, limitamos la información a parte de la muestra de jóvenes evaluada. Concretamente, nos remitimos a los 1.070 estudiantes universitarios encuestados en la ciudad de València.

Estos datos se han recogido sirviéndonos de un cuestionario elaborado durante la primera etapa del proyecto. Éste nos ha permitido estructurar la información en 8 áreas: Datos epidemiológicos; Patrón consumo de la familia y propio; Ocio familiar y propio; Práctica del botellón; Motivos y creencias relacionadas con el botellón; Consecuencias y dificultades asociadas; Percepción que tienen los jóvenes sobre la postura de sus padres frente a que ellos hagan botellón y punto de vista sobre las alternativas realizadas hasta el momento.

Entre los resultados más destacados encontramos, por ejemplo, que se trata de una práctica regular, limitada principalmente a los jueves-viernes y sábados; que se dilata durante todo el año, incrementándose en los meses de marzo-abril, julio-agosto-septiembre y diciembre. Suele iniciarse alrededor de las 21,30 y finalizar a las 4 de la madrugada. El consumo medio de alcohol destilado de alta graduación se sitúa en 5 copas, lo que equivale a una tasa de alcoholemia elevada (aprox. 2.04 g/l sangre). Esto contrasta con la percepción distorsionada que muestran estos jóvenes sobre los efectos que un consumo de esta cantidad produce en ellos, lo que va unido a su baja percepción de riesgo. Además y de manera notoria destaca su afirmación de que el botellón es un espacio destinado al consumo de alcohol, dejando en un segundo o tercer plano la idea de momento de ocio. Esta realidad contrasta con la idea que subyace en la mayoría de las propuestas que se han puesto en marcha para erradicar esta práctica, focalizadas en la ocupación del tiempo libre de los jóvenes. Ejemplo de ello es el análisis comparativo que hemos efectuado entre las características propias de los jóvenes universitarios valencianos que hacen botellón y las medidas ofertadas desde el Ayuntamiento de Valencia.

Este trabajo se incluye dentro del proyecto de Investigación Financiado por el PND: Análisis de los determinantes psicosociales que intervienen en la aparición del fenómeno del botellón y propuestas de intervención al respecto.

PALABRAS CLAVE:

Botellón, universitarios valencianos, análisis multidimensional, alternativas al fenómeno.

Especificidades del trabajo social en alcoholismo

NURIA DAVILA; CARMEN GUIMERANS; BERTA GÓMEZ; JACINTO MOSQUERA

UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO (ASVIDAL)

Enviar correspondencia a:

UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO (ASVIDAL). C/ Escultor Gregorio Fernández nº 8 bajo. VIGO 36204. info@alcoholasvidal.com

RESUMEN:

Al abordar la problemática social de los sujetos con dependencia alcohólica, lo primero que nos preguntamos es si existen diferencias específicas entre estos y cualquier otro individuo que presente una demanda de tipo social.

Sin duda existe una especificidad que tiene que ver con el propio sujeto: su condición de adicto.

Esto podemos analizarlo, desde el punto de vista temporal, señalando tres aspectos: impacto de la adicción en la génesis de la problemática social planteada, forma de realizar la demanda e influencia en la resolución futura del problema.

1) EL ALCOHOL COMO GENERADOR DE PROBLEMÁTICA SOCIAL

La dependencia alcohólica genera en los sujetos que la padecen un deterioro lento pero progresivo a nivel físico y mental, lo que condiciona problemas de salud cada vez más graves.

Su condición de adicto hace que siga consumiendo a pesar de que va perdiendo su situación laboral, su familia, sus relaciones sociales.

Su prioridad es el consumo de la sustancia y a ello se dedica (y a conseguirla) durante todo el día, pareciendo no importante el alejamiento de su familia, la supervivencia en dispositivos sociales, etc...

2) DEMANDA DE SERVICIOS SOCIALES: pueden existir varios supuestos:

– Demanda sin que se explicita la dependencia: necesidad de realizar un diagnóstico en base a síntomas sugestivos.

– Negación de la evidencia.

– Demanda que se pone en relación con sus problemas de alcohol.

En todos los usos es imprescindible ligar las estrategias de solución de la demanda planteada en el tratamiento de la dependencia.

Pero la estrategia debe ser distinta en cada caso:

1. En los que reconocen el consumo de alcohol como generador o perpetuador de sus carencias sociales se remitiría inmediatamente a la Unidad de Alcoholismo.

2. En los que no hay un reconocimiento de algo para nosotros evidente, es preciso solicitar aquellos informes médicos que nos carguen de razones para señalarle al sujeto que "aunque beba poco, ese poco le ocasiona mucho daño" y que es imprescindible tratarse.

3. Cuando las circunstancias nos hagan sospechar un consumo, debemos interrogar a su familia y entorno social cuantificando consumos y valorando conductas.

3) INFLUENCIA DE LA ADICCIÓN ALCOHÓLICA EN LA EVOLUCIÓN

Para analizar este punto, partimos de un sujeto con dependencia alcohólica y carencias sociales, que ha realizado una demanda de tipo social y al que hemos remitido a la Unidad de Alcoholismo al mismo tiempo que realizamos las gestiones pertinentes para cubrir la demanda solicitada. Tenemos que hacer hincapié en la

ineludible necesidad de poner en tratamiento su dependencia y relacionarlo con la prestación social concedida. Nadie es responsable de su alcoholismo, pero sí de buscarle solución.

Otro aspecto diferente es como evolucione su dependencia.

En primer lugar, es importante que el sujeto perciba beneficios al cambiar su conducta de beber a no beber.

En ocasiones el sujeto ha llegado a situaciones socialmente límites por su alcoholismo. Cualquier mejora de su situación social debe atribuirse a su decisión de poner en tratamiento su dependencia de tal forma que sea continuamente motivado para permanecer en tratamiento.

En segundo lugar hay que tener en cuenta que la dependencia alcohólica es una enfermedad crónica con una evolución en recaídas, generalmente. Por lo tanto, ante un consumo hay que:

– No culpabilizar al sujeto, animándole a seguir en tratamiento, evitando que la violación de la abstinencia represente un fracaso.

– Mantener todos los recursos concedidos siempre que siga en tratamiento.

– De acuerdo con la Unidad de Alcoholismo, aceptar metas intermedias distintas a la abstinencia, confiando en que la reinserción social motive al sujeto para lograr metas más ambiciosas con respecto al consumo de alcohol.

Por último, pensar que la propia dependencia alcohólica limita la competencia de los sujetos para cumplir objetivos y tareas.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo social, alcohol, alcoholismo.

Trabajo social en una unidad de alcoholismo

NURIA DAVILA; CARMEN GUIMERANS; BERTA GÓMEZ; JACINTO MOSQUERA

UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO (ASVIDAL)

Enviar correspondencia a:

UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO (ASVIDAL)/ Escultor Gregorio Fernández nº 8 bajo. VIGO 36204. info@alcoholasvidal.com

RESUMEN:

El alcoholismo es una patología frecuente que debe ser tratada en una Unidad de Alcoholismo asegurando el conveniente abordaje multidisciplinario que esta patología precisa: farmacológico, psicológico y de reinserción social.

Los tres aspectos son necesarios para tratar al paciente alcohólico, pero es evidente que la individualización del programa asistencial puede dar una preponderación de algunos de los aspectos sobre los demás de forma variable en la dimensión temporal.

Así, al iniciar tratamiento en la Unidad de Alcoholismo, generalmente tendrá un abordaje farmacológico para evitar la abstinencia alcohólica. Pero también pudiera ser que se presente una emergencia social (falta de alimentos, de vivienda...) que ponga en primer término el abordaje social.

Por lo tanto, nos situamos en un abordaje biopsicosocial en que hay que individualizar ritmos y subprogramas.

En este contexto, las actividades integradas en el trabajo social son:

1) Participar en la evaluación inicial del paciente, para atender emergencias sociales.

En el momento que el paciente acude al Centro por primera vez (previa cita) es atendido por la Trabajadora Social, realizando esta la entrevista de acogida donde se recoge la información básica necesaria para valorar la situación en que se encuentra y determinar el proceso a seguir de acuerdo al programa asistencial de la Unidad.

Ante una situación de emergencia social (carecer de alojamiento, ingresos económicos y/o apoyo sociofamiliar, etc...), el proceso mencionado tendría que aplazarse para iniciar previamente la intervención social.

2) Realizar la historia social a todo paciente que presente una carencia social.

Cumplimentar la historia persigue dos objetivos principales:

- Recabar toda la información necesaria sobre la situación social del paciente.
- Establecer prioridades de intervención.

En dicha historia se recogerán los datos relativos a: filiación, derivación interna, demanda explícita, vía de acceso, escolarización, historia laboral, vivienda, relaciones sociales, tiempo libre, problemática judicial, etc...

3) Información de recursos para atender las carencias sociales.

A partir del momento en que está finalizada la fase anterior, se informará al paciente del tipo de recursos a los que puede acceder y las características de los mismos.

El acceso a ellos estará condicionado a la gravedad de la situación, existiendo varias categorías de emergencia:

- Cobertura de necesidades básicas (alojamiento, manutención, asistencia sanitaria...)
- Solicitud Renta Integración de Galicia (RISGA)

4) Coordinación con los Servicios Sociales de Base para una adecuada tramitación y seguimiento de recursos.

En el momento en que quedan establecidas las prioridades, se contacta con la Trabajadora Social de Base para derivar al paciente y acordar las líneas conjuntas de intervención teniendo en cuenta las características del usuario, ya que se trata de un usuario de servicios sociales con una patología como es la adicción al alcohol, siempre y cuando no se añada alguna otra patología.

En el caso de perceptores de RISGA se acordaría con la Trabajadora Social de Base el proyecto de inserción más adecuado para completar el tratamiento en nuestra Unidad.

PALABRAS CLAVE

Trabajo social, alcohol, alcoholismo.

Impacto del consumo de alcohol en los servicios sociales de base

NURIA DAVILA; CARMEN GUIMERANS; BERTA GÓMEZ; JACINTO MOSQUERA

UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO (ASVIDAL)

Enviar correspondencia a:

UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO (ASVIDAL). C/ Escultor Gregorio Fernández nº 8 bajo. info@alcoholasvidal.com

RESUMEN:

Justificación: Al revisar el documento sobre “Los condicionantes de vida en la población pobre de Galicia”, promovido por Cáritas en el año 1998, nos llamó la atención la escasa relevancia del consumo excesivo de alcohol como generador de problemática social.

Esto contrastaba con nuestra apreciación subjetiva, apreciación quizá sesgada por nuestra dedicación casi exclusiva a esta patología.

Material y métodos: Propusimos a las trabajadoras sociales que a los sujetos atendidos en un día de consulta, se le preguntara acerca de la presencia de problemas de alcohol en el propio demandante y/o en su familia. Se recogieron datos demográficos como sexo, edad, lugar de residencia, demandante nuevo o antiguo y la percepción de RISGA (Renta de Integración Social de Galicia)

Resultados:

- Ayuntamientos participantes – 30
- Número total de entrevistas realizadas en un día – 563
- Edad media del entrevistado – 54,5
- Porcentaje de mujeres – 70,9%
- Porcentaje de problemas de alcohol en el propio demandante y/o familia propia – 39,05%
- Mayor antigüedad en la demanda en familias con alcoholismo positivo (FPA)+
- Mayor porcentaje de RISGA en (FPA)+
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los habitantes de Vigo y los demás municipios de la provincia.

Conclusiones:

- Se confirma el gran impacto del consumo excesivo de alcohol en las demandas de los Servicios Sociales de Base.
- El gran porcentaje de mujeres como demandantes de estos servicios
- Ambos aspectos, no recogidos en la literatura.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo social, alcohol, Servicios Sociales de Base, impacto.

Las distorsiones cognitivas y su papel en la demanda de tratamiento en drogodependencias

MIGUEL DEL NOGAL TOMÉ

CTD Tetuán. Cruz Roja Española. Psicólogo

Enviar correspondencia a:
Miguel Del Nogal Tomé. C/ Dr Santero nº 18. psicomanter@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: Cualquier profesional de las toxicomanías sabe que el primer gran reto en el trabajo con los pacientes drogodependientes es la motivación para el tratamiento.

No sólo nos referimos a la motivación para iniciarlo, sino la motivación para mantenerse en él.

El énfasis que en nuestro póster hemos puesto va en la línea de analizar las distorsiones cognitivas que subyacen a la motivación/ desmotivación con respecto al tratamiento

Objetivos: Nuestro objetivo es hacer explícitas algunas de las distorsiones cognitivas que aparecen en los pacientes de cara a justificar sus consumos, el abandono de los tratamientos, las recaídas. En definitiva el cambio o no de su conducta adictiva.

Metodología: Se realizó un análisis de los pensamientos distorsionados encontrados en buena parte (N= 60) de los pacientes del programa de cocaína y alcohol de nuestro centro.

La forma en la que se recogió la información fue a través del análisis de las verbalizaciones de los pacientes.

Conclusiones: Apoyándome en las distorsiones cognitivas propuestas por Beck, y analizando pormenorizadamente la forma de pensar de los pacientes vistos en la clínica, se desarrolló un listado de las principales distorsiones cognitivas de nuestros pacientes a partir de las verbalizaciones de nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVE:

Drogodependientes, toxicomanías, distorsiones cognitivas, motivación para el tratamiento, abandono de tratamiento, demanda de tratamiento, verbalizaciones, Beck

Programa Integral de Rehabilitación de Drogodependientes (Programa IDRE) del Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Cáceres

EQUIPO IDRE

Ayuntamiento de Cáceres

Enviar correspondencia a:

Javier Barrera. Edificio Valhondo. Avda. Universidad s/n. Cáceres 01003. jbarraera@ayto-caceres.es

RESUMEN:

Contenido del póster: Póster donde se incluye la explicación del programa IDRE, sus fases, momentos de la intervención y principios metodológicos. Se expondrá, también aunque de manera muy sucinta algunos datos estadísticos.

Breve resumen del Programa IDRE: IDRE es un programa para la disposición de estructuras de segundo nivel, es decir estructuras semi-especializadas, que se desarrolla en espacios normalizados, y que se configura como una estrategia de intervención destinada a la rehabilitación, recuperación, capacitación y normalización social y laboral de las personas a las que atiende, que se coordina, apoya y complementa con los diferentes servicios de intervención terapéutica –en este caso CEDEX-, de asistencia social, de formación (educativa y laboral) y de acompañamiento al empleo.

Los beneficiarios de IDRE-Drogas son aquellos pacientes del Centro de Drogas de Cáceres –CEDEX, que cumplen criterios protocolizados de derivación y que padecen un gran riesgo de recaída en sus afecciones, o graves dificultades para superar las alteraciones que padecen, y que debido a su vulnerabilidad o a la existencia de graves deterioros personales o a la falta de apoyos familiares o profesionales eficaces, o a la existencia de un fracaso histórico en sus procesos de abstinencia, o a la presencia de una patología dual, presentan una incapacidad, real o percibida, para llevar a cabo un funcionamiento normalizado a niveles familiar, social y laboral.

Las acciones de IDRE se concretan en un programa individualizado (P.I.R.) para cada uno de los participantes, donde se reflejan objetivos integrales que tiendan, además de completar las acciones psicoterapéuticas propias del CEDEX, a eliminar la situación de vulnerabilidad y los deterioros personales, a través de procesos psicoterapéuticos, el entrenamiento en habilidades y el desarrollo de las competencias y capacidades personales, como pasos previos para reiniciar los procesos de aprendizaje y de normalización en su vida social, laboral y familiar

En el póster explicativo se han incluido todos los itinerarios contemplados en la propuesta de actuación para los años 2006-2007 (incluidos los dos itinerario 4 y 6) que aunque todavía no están operativos de forma completa, está programado que en estos dos años esté operativo. Dichos itinerarios son: Itinerario 1: tiene como participantes a personas en abstinencia y como finalidad la rehabilitación de su dependencia y su normalización social, laboral y familiar. Itinerario 2: de atención a personas con grandes dificultades para abandonar el consumo de drogas. Tiene como finalidad la mejora de la calidad de vida. Itinerario 3: de atención a personas drogodependientes en abstinencia, con otras enfermedades físicas o psicológicas incapacitantes, con imposibilidad de acceso al mercado laboral y dificultades para la normalización social y familiar. Tiene como finalidad la prevención de la exclusión social y la mejora de su calidad de vida. Itinerario 4: de atención a personas drogodependientes, con patología dual, con dificultades para acceder aun correcto tratamiento del trastorno mental por el consumo de drogas. Tiene como finalidad la abstinencia y conciencia de enfermedad, así como el acceso y mantenimiento en los diferentes servicios de salud mental. Itinerario 5: para drogodependientes condenados judicialmente a trabajos en beneficio de la comunidad, y que aceptan ser atendidos por el CEDEX y participar en el programa. Itinerario 6: de apoyo terapéutico mediante una atención puntual y específica a pacientes del CEDEX consumidores preferentemente de drogas que no son la heroína.

Igualmente en el póster se indicarán las fases, actuaciones, características funcionales y principios metodológicos y terapéuticos que definen el programa IDRE.

Incidencia de problemas de salud en recién nacidos de madres consumidoras de diferentes drogas de abuso

M. FALCÓN ROMERO*, **M.V. LÓPEZ ROBLES****, **J. LL. ALCARAZ LEÓN ****, **M.D. PÉREZ CÁRCELES ***, **VM BOSCH GIMÉNEZ **** y **A. LUNA MALDONADO ***

(*) Cátedra de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia

(**) Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Enviar correspondencia a:

María Falcón. Universidad de Murcia. Cátedra de Medicina Legal y Forense. falcon@um.es.

RESUMEN:

Introducción: El consumo de drogas durante el embarazo es una realidad en nuestro medio, con una serie de repercusiones sociales y asistenciales que requieren un abordaje integral desde los recursos sociosanitarios. En un porcentaje importante de los casos la historia de consumo de la embarazada no se recoge ni se detecta por parte del personal sanitario lo que plantea problemas en el momento del nacimiento (infecciones, síndrome de abstinencia, etc.).

Objetivos: Conocer la incidencia de los problemas clínicos en el momento del nacimiento de los hijos de madres consumidoras de drogas de abuso en nuestro medio.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre todos los recién nacidos diagnosticados con "síndrome de abstinencia neonatal" o como "hijos de madre consumidora de drogas de abuso" desde el 1-1-2002 al 31-12-2005 en el Hospital universitario Virgen de la Arrixaca de la Región de Murcia.

Resultados: En 29.177 nacidos vivos hemos encontrado 49 casos, lo que supone una incidencia de 1,68 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos. Las madres tenían una edad media de 28,7 años, con una media de hijos de 2,8. En el 85,7% de los casos la madre reconocía antes del parto su consumo, siendo las sustancias más utilizadas: metadona (73,5%); cocaína (18,4%) y heroína fumada (16,3%).

Solamente un 34,7% de los embarazos habían sido controlados por el médico. Los recién nacidos estuvieron ingresados una media de 25,4 días y presentaban un peso medio al nacimiento de 2584,8 g siendo en un 45,6% menores de 2.500 g y con un porcentaje de prematuridad del 34%. Un 87,5 % de los recién nacidos presentaron una clínica compatible con un síndrome de abstinencia; un 8,2% infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH); un 30,6% infección por virus de la hepatitis C (VHC), y un 6,1% de niños infección por virus de la hepatitis B (VHB).

Conclusiones: El consumo de drogas de abuso por las madres gestantes se asocia a un porcentaje elevado de recién nacidos de bajo peso, prematuridad, síndrome de abstinencia neonatal, infección vertical por VIH y VHC, y VHB. La baja tasa de embarazos controlados nos demuestra la escasa cobertura asistencial y el elevado grado de marginalidad de las madres consumidoras en nuestro medio. Consideramos muy importante el desarrollo de campañas de información y sensibilización tanto a las embarazadas como a los profesionales sanitarios de la necesidad de un control médico tanto del embarazo como en el parto en estas situaciones.

PALABRAS CLAVE:

Drogas de abuso, embarazo, recién nacidos, síndrome de abstinencia.

Eficacia del topiramato en el tratamiento del alcoholismo

ROMÁN FERNÁNDEZ ALEPUZ*, VANESSA ALCALDE FERNÁNDEZ, PILAR SÁNCHEZ OLÍAS**, ÁNGEL ABAD JUAN****

* Médico, ** Psicólogo

Enviar correspondencia a:
Román Fernández Alepuz. enavas@jaces.jnj.com

RESUMEN:

Introducción

El presente estudio pretende evaluar la eficacia del topiramato como anti impulsivo, en dosis de 200mg, en el tratamiento del alcoholismo.

Se han utilizado dos muestras: inicio de tratamiento y reinicio (recaída).

Objetivos

El objetivo es comprobar los cambios que se producen tras seis meses de tratamiento con 200mg diarios de topiramato.

Método

Se han utilizado dos muestras: inicio de tratamiento y reinicio (recaída). Así, se han formado dos grupos de 25 sujetos cada uno de ellos. En cada grupo se han tomado las siguientes medidas a través de una entrevista estructurada:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Peso.
4. Situación actual (Laboral).
5. Si es primer tratamiento.
6. Tratamiento farmacológico.
7. Tratamiento psicológico.
8. Días de consumo.
9. CGI (Escala de impresión clínica global).
10. VAS (Escala de deseo de alcohol).
11. Comorbilidad.
12. Presencia de pensamientos relacionados con el alcohol.
13. Frecuencia de los mismos.
14. Interferencia social y laboral que producen.
15. Ansiedad asociada.
16. Esfuerzo por evitarlos.
17. Éxito en evitarlos.
18. Número de copas por día.
19. Días de consumo semanales.
20. Interferencia del consumo en lo laboral.
21. Interferencia del consumo en lo social.
22. Ansiedad por beber si no pudiera hacerlo.
23. Esfuerzo por no beber.
24. Intensidad del deseo.
25. Control sobre el consumo de alcohol.

Resultados:

200mg. Inicio.

La muestra final ha sido de 24 sujetos, 20 hombres (83,3%) y 4 mujeres (16,7%). La edad media es de 35,4 años. El peso medio de 73,13Kg. 13 (54,2%) en activo; 6 (25%) en paro; 3 (12,5%) incapacidad temporal; 2 (8,3%) en otras situaciones.

14 (58,3%) en tratamiento farmacológico. 10 (41,7%) no. El 20,8% toman antidepresivos tricíclicos, un 4,2% ISRS, un 4,2% Acamprosato, un 8,3% naltrexona, un 8,3% disulfirán, el 12,5% benzodiazepinas, el 4,2% hipnosedativos y un 3% otros medicamentos.

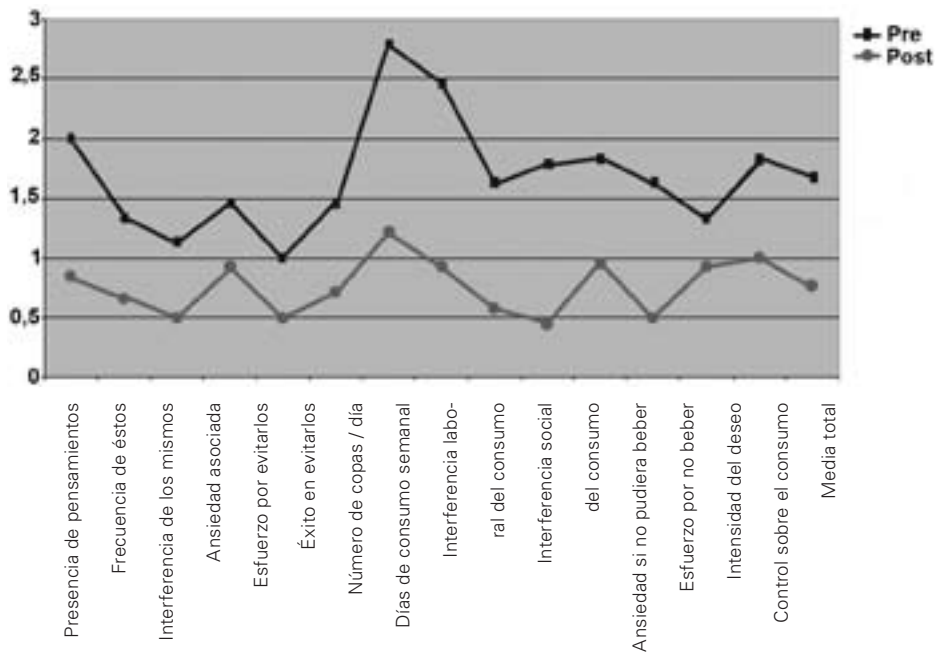
Un 83,3% reciben tratamiento psicoterapéutico y el resto, 16,7%, no.

4 (16,7%) beben una vez a la semana. 3 (12,6%) entre 3 y 6 días. 15 (62,5%) beben a diario.

En la escala CGI, 5 (20,8%) no presentan enfermedad; 4 (16,7%) están levemente enfermos; 13 (52,4%) moderadamente enfermos y 2 (8,4%) entre marcadamente y gravemente enfermos.

Presencia de pensamientos 2 0,83
Frecuencia de éstos 1,33 0,67
Interferencia de los mismos 1,13 0,5
Ansiedad asociada 1,46 0,92
Esfuerzo por evitarlos 1 0,5
Éxito en evitarlos 1,46 0,71
Número de copas / día 2,79 1,21
Días de consumo semanal 2,46 0,92
Interferencia laboral del consumo 1,63 0,58
Interferencia social del consumo 1,79 0,46
Ansiedad si no pudiera beber 1,83 0,96
Esfuerzo por no beber 1,63 0,5
Intensidad del deseo 1,33 0,92
Control sobre el consumo 1,93 1
Media total 1,69 0,76

Diferencia pre - post tratamiento -0,93



Diferencia en las medidas pre y post tratamiento en la muestra de inicio.

Lesiones estructurales cerebrales y funcionamiento neuropsicológico en pacientes VIH-1+: efectividad de los programas de mantenimiento con metadona

M. A. FERNÁNDEZ GIL^{1,3}; F. J. VAZ LEAL^{1,4,5}; A. ROYO^{2,3}; J. A. GUIADO MACÍAS^{1,4}

1. Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB). Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

2. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

3. Servicio de Radiología.

4. Servicio de Psiquiatría.

5. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura.

Enviar correspondencia a:

Ángeles Fernández Gil. C/ Jesús Rincón Jiménez 82 5º D. Badajoz 06010. mafdezgil@telefonica.net

RESUMEN

OBJETIVO: Describir los hallazgos en resonancia magnética (RM) de los pacientes HIV-1+ drogodependientes. Analizar la afectación estructural cerebral, la afectación neuropsicológica y los datos analíticos más relevantes. Evaluar si existen diferencias significativas entre los pacientes que siguen un programa de mantenimiento con metadona (PMM) y aquellos que no.

MATERIAL Y METODO: La muestra estuvo compuesta por 60 pacientes drogodependientes VIH-1+ (24 mujeres y 36 hombres; edad media: $34,5 \pm 2,5$ y $38,8 \pm 4,9$ años, respectivamente) con lesiones de sustancia blanca observadas en RM, de los cuales treinta y seis (60%) estaban en un PMM.

Se determinó en cada caso el número de lesiones existentes a nivel de la sustancia blanca y el grado de atrofia (en función del diámetro bicaudado). La situación clínica de cada sujeto fue establecida mediante la cuantificación de parámetros que incluían la carga viral, el número de leucocitos y la amilasa. El deterioro neuropsicológico se evaluó mediante la escala "HIV Dementia Scale".

Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS, versión 12.0, utilizando el test de Chi-Cuadrado (para variables cualitativas) y la t de Student (para las cuantitativas).

RESULTADOS: Los pacientes en PMM mostraron menor número de lesiones de sustancia blanca, mayor diámetro bicaudado, menor carga viral, mayor número de leucocitos y menores niveles de amilasa en sangre. En cuanto a la afectación neuropsicológica, estos pacientes presentaron puntuaciones más altas en la HIV Dementia Scale. No se detectaron diferencias significativas en el tamaño y localización de las lesiones en la sustancia blanca.

CONCLUSIÓN: Los pacientes HIV-1+ que siguen un PMM muestran una situación clínica más favorable que aquellos que no están adscritos a este tipo de terapia, así como un menor deterioro neuropsicológico y menos alteraciones estructurales cerebrales. En base a estos hallazgos, se puede concluir que el tratamiento con metadona puede contribuir a mejorar de forma significativa la situación clínica de los pacientes HIV-1+ con dependencia de tóxicos.

PALABRAS CLAVE

Programa de mantenimiento con metadona (PMM), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lesiones de sustancia blanca, resonancia magnética (RM), adicción a drogas por vía parenteral (ADVP).

Trastornos de personalidad en heroinómanos y su relación con la gravedad de la adicción y los resultados del tratamiento

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA

Servicio de Salud Mental. Area IV. SESPA

Enviar correspondencia a:

Juan José Fernández Miranda. U. Costa Verde 11. Gijón 33299. miranvilla@telefonica.net

RESUMEN:

Objetivos: conocer la prevalencia de los trastornos de personalidad (TP) en una población de heroinómanos a tratamiento con metadona, su relación con la gravedad de la adicción y su influencia en los resultados del tratamiento de la dependencia.

Método: se siguieron dos poblaciones de 150 y 132 dependientes de opioides en PMM en Asturias. Al comienzo, a los dos y a los seis años de tratamiento se les administró el European Addiction Severity Index (EuropASI) y el International Personality Disorder Examination (IPDE). Se realizaron también serologías VIH, VIB y VHB y controles de orina (heroína, cocaína y benzodiazepinas).

El perfil del usuario de los PMMs correspondía a un varón de entre 25 y 30 años, soltero, sin trabajo estable y que había estado en prisión. Más de la mitad tenían VHC y casi un tercio eran VIH+. La vía de consumo intravenosa era la más frecuente.

Resultados:

1) Línea base: las puntuaciones más elevadas en el EuropASI se dieron en las áreas de drogas, empleo, sociofamiliar y psicológica. Con el IPDE, la presencia de TP se dio en un 77.3%, siendo los más frecuentes el disocial y el límite. En general, la gravedad en las diferentes áreas del EuropASI fue mayor entre aquellos que padecían TP.

2) Seguimiento a los dos años: el 68.07% presentaban algún tipo de TP. No había diferencias entre los resultados de la línea base y a los dos años, lo que apunta a la consistencia de los trastornos comórbidos. Tampoco existían diferencias entre los pacientes reevaluados a los dos años y aquellos a los que fue imposible evaluar, considerándose la submuestra representativa. En cuanto al EuropASI, la gravedad en el área de problemas médicos empeoró y mejoraron las de empleo/soportres, consumo de alcohol y drogas, y sociofamiliar. En general, la gravedad en las diferentes áreas del EuropASI en pacientes con TP fue mayor en el momento basal.

3) Seguimiento a los seis años: La efectividad del mantenimiento prolongado fue elevada, con mejora sociofamiliar y clínica evidente. Con el EuropASI se observó una gravedad de la adicción muy moderada, siendo las áreas de drogas y laboral las más afectadas y la legal la menos.

Se diagnosticaron un 29,7% de trastornos afectivos, un 19,1% de trastornos por ansiedad y un 11,8% de trastornos psicóticos. Con el IPDE se detectó algún TP en el 51,1%. El más común era el disocial, seguido del límite, manteniéndose en la mayoría de los TP las prevalencias sin diferencias estadísticamente significativas. El puntuar en algún TP era más probable en aquellos mayores de 28 años, que eran abusadores de cocaína al comenzar el tratamiento, estaban en paro, tenían causas pendientes y consumían en los meses previos a la entrevista benzodiazepinas y cocaína. La dosis de metadona no se relacionó con ningún TP. También se encontró relación entre una más elevada gravedad en las áreas del ASI de drogas, sociofamiliar, laboral y psicológica y tener algún TP según el IPDE.

Conclusiones: Se constata un porcentaje de trastornos de personalidad elevado, siendo los más frecuentes el disocial y el límite. Como el grupo presenta una baja gravedad de la adicción tras dos y seis años en PMM, pero los TP tienen elevada prevalencia, manteniéndose a lo largo de los cortes de seguimiento, se puede apuntar a que éstos puedan ser "genuinos" y no fruto del estilo de vida propiciado por el consumo habitual de sustancias ilegales. En general, los TP influyeron en la gravedad de la adicción y en la evolución de la conducta adictiva, empeorándolas. No obstante, el permanecer en tratamiento se asoció con una disminución de la gravedad de diferentes áreas relacionadas con la dependencia, independientemente de la presencia de TP.

PALABRAS CLAVE:

Dependencia de opioides, tratamiento, metadona, trastornos de personalidad, evaluación, IPDE, ASI.

Alcohol y psicosis. A propósito de un caso

**A. FONTALBA NAVAS, M L. BARRIGÓN ESTÉVEZ, L. DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ,
E. VELÁZQUEZ NAVARRETE, M. ANGUITA ROMERO**

Hospital Clínico San Cecilio

Enviar correspondencia a:
Maria Luisa Barrigón. Granada. marisabe@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: El alcoholismo se asocia a menudo con trastornos psiquiátricos y neuropsiquiátricos, siendo en muchas ocasiones incierto el mecanismo fisiopatológico que subyace a esta relación. Los fenómenos psicóticos asociados al alcoholismo son variados, ya Bleuler definió diversos fenómenos psiquiátricos asociados al alcoholismo, entre ellos el delirio de celos crónico de los bebedores y la paranoia alcohólica.

Objetivos: Indagar en la relación existente entre el alcohol y la sintomatología psicótica.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica en la literatura actual del tema "psicosis y alcohol" al tiempo que se revisan textos clásicos que ya abordaron el tema.

Se expone un caso clínico de un paciente con sintomatología psicótica de reciente aparición consumidor abusivo de alcohol desde su juventud, discutiendo los posibles diagnósticos en función de la clínica presentada.

Resultados: Se realiza un diagnóstico diferencial del caso, apoyándonos en la literatura revisada y exponiendo las pruebas complementarias (biológicas y neuropsicológicas) realizadas.

Se realizan los siguientes diagnósticos (DSM-IV-TR):

1. Abuso de alcohol (F10.1)
2. Dependencia de alcohol (F10.2)
3. Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas (F10.7)

Conclusiones: El alcohol es un factor etiológico en enfermedades psiquiátricas, si bien establecer la causalidad puede ser complicado. Las clasificaciones diagnósticas actuales pueden hacer complicado el establecimiento de diagnósticos de este tipo.

Propuesta de abordaje del tabaquismo en pacientes codependientes a otras sustancias

IGNACIO GARCÍA BARQUERO

CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid

Enviar correspondencia a:

Ignacio García Barquero. CAD 4 San Blas. Alcalá, 527. Madrid 28027. cadsanblas@munimadrid.es

RESUMEN:

OBJETIVOS: Conocer las características de la dependencia tabáquica en consumidores de otras sustancias en tratamiento ambulatorio. A partir de los datos, formular estrategias de abordaje con perspectivas de éxito realistas.

MATERIAL Y METODO: Procedimiento: Administramos una batería de pruebas psicométricas a una muestra de sujetos en tratamiento por abuso/dependencia de heroína, cocaína o alcohol.

Participantes: muestra de 76 sujetos en tratamiento por adicción a sustancias (opiáceos, cocaína, alcohol, cannabis, y benzodiacepinas).

Instrumentos: Fase de cambio de Prochaska Clemente (1982), Test de Fagerstroëm, Test de Russell ampliado, Test de Motivación de Richmond y Escala de Goldberg de depresión/ansiedad.

Análisis de datos: Paquete estadístico SPSS 10 W.

RESULTADOS: Un 68'8% de los sujetos, se encuentra en fase de precontemplación frente al 35% hallado en población general y un 10'9% en fase de contemplación frente al 50-60% respectivamente. El grado de motivación media obtenido con el Test de Richmond es bajo situándose en 4'6 puntos. El Test de Fagerstroëm muestra una dependencia de moderada a severa en el 82% de los pacientes. El Test de Russell muestra altas puntuaciones en las variables de adicción, sedación e indulgencia. La escala de Goldberg muestra síntomas sugestivos de ansiedad o depresión en el 79-81% de los casos.

DISCUSION: La mayoría de los sujetos de nuestra muestra se encuentran en fase de precontemplación respecto del abandono del tabaco, en claro contraste con lo observado en población general; su grado de motivación media para el cese del consumo, obtenido con el test de Richmond, con una puntuación de 4'6, es asimismo bajo, lo que nos orienta hacia la utilización de técnicas de intervención motivacional en sus diversas modalidades con objeto de hacer avanzar a aquéllos en los sucesivos estadios de cambio.

La dependencia a la nicotina, de moderada a alta en el 82% de los sujetos, además de las altas puntuaciones en las variables de adicción, sedación e indulgencia, obtenidas con el test de Russell, indican el alto valor que como reforzador positivo conceden los participantes a la nicotina, y nos hacen prever que muchos de ellos no aceptarían de entrada una interrupción del consumo pero probablemente sí una reducción del mismo lo que, como es sabido, puede producir por si mismo un avance en los estadios de cambio en un segundo paso.

La presencia de síntomas sugestivos de ansiedad y/o depresión 79-81% de los casos medidos por la escala de Goldberg pueden tanto complicar el tratamiento como favorecer un mayor consumo por lo que un primer paso sería profundizar en su estudio y tratamiento, teniendo en cuenta que es un test de screennig, no diagnóstico.

La terapia sustitutiva con nicotina en sus diversas modalidades sería nuestra herramienta farmacológica fundamental; su eficacia y seguridad están ampliamente demostradas, tanto en técnicas de deshabitación como de reducción del consumo, y su uso estaría especialmente indicado en unos pacientes que, como los nuestros, presentan una alta dependencia a los efectos farmacológicos de la nicotina. Una utilización correcta y juiciosa de los diferentes fármacos ansiolíticos, antidepresivos y moduladores de la impulsividad junto a la intervención psicológica de modificación de conducta, orientada en su adecuación a los diferentes tipos de personalidad del sujeto, cuyo análisis previo sería deseable, harían factible una intervención con unas perspectivas de éxito realistas que tuvieran en cuenta las especiales características del fumador codependiente a otras sustancias que nos reportan las pruebas psicométricas realizadas.

Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes sanos y con patología mental grave

IGNACIO GARCÍA CABEZA*, EMILIO IGNACIO SANCHEZ DÍAZ*, M^a DEL MAR EPIFANIO GUTIÉRREZ, OSCAR MEDINA*, JORGE VIDAL***, CELSO ARANGO***

* Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

** CS Calesas. Madrid.

*** Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Enviar correspondencia a:

Emilio Ignacio Sánchez Díaz. esanchezd.hgugm@salud.madrid.org

RESUMEN:

Introducción: El consumo de drogas, es un problema que despierta una preocupación por sus consecuencias sanitarias, sociales, culturales y políticas. Su uso en adolescentes está muy extendido con los consiguientes riesgos.

Numerosos trabajos encuentran una clara asociación entre el uso de drogas y patología psiquiátrica.

Material y Métodos: Comparamos la prevalencia de distintas drogas (alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, heroína, cocaína, anfetaminas) en una muestra de adolescentes sanos procedente de un centro de Atención Primaria (58) y otra con patología psiquiátrica procedente de la Unidad de Hospitalización de un Hospital General (62), para lo que se utilizó un cuestionario y se recogió muestras de orina para la detección de drogas.

Resultados: La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes es significativamente mayor en adolescentes sin patología psiquiátrica, mientras que los pacientes ingresados presentan un consumo significativamente mayor de cocaína, anfetaminas y éxtasis. No existen diferencias en el consumo de tabaco ni cannabis. La edad de comienzo es menor en el caso de cualquier sustancia para los pacientes ingresados, aunque sólo alcanza diferencias significativas en el caso del cannabis. Por diagnósticos son los trastornos de conducta y personalidad los que presentan un mayor consumo de drogas.

Programa de mantenimiento con metadona perfil de usuario y evolución de los niveles de exigencia

M. N. GARCÍA GÓMEZ; Z. RAMOS MARRERO; D. SOCORRO LEDESMA; A. BARTOLOMÉ ANDRÉS

Área De Asistencia. A.C.J. San Miguel. Santa Cruz De Tenerife. Unidad de Atención a las Drogodependencias de Santa Cruz de Tenerife

Enviar correspondencia a:

Maruja García Gómez. C/ Horacio Nelson,32. S/C de Tenerife 38006. m_garciagomez@hotmail.com

RESUMEN

El número de personas incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) de la Asociación San Miguel fue de 1.372 en el año 2004, con un perfil de usuario que se ha mantenido prácticamente igual en los últimos años y que lo podemos concretar en: paciente varón en un 86%, con múltiples fracasos en tratamientos anteriores y con una antigüedad en el consumo de heroína superior a los diez años.

Dos indicadores de interés en este mismo año son por un lado, las 134 altas terapéuticas a pacientes que cumplieron con éxito los objetivos previstos en el programa y por otro, los 86 pacientes incluidos en el Programa de Dispensación de Metadona en Oficinas de Farmacia.

La distribución según los niveles de exigencia se configura de la siguiente forma en los tres últimos años:

PMM	BAJA EXIGENCIA	TRANSICIÓN	ALTA EXIGENCIA
2002	32%	24%	32%
2003	16%	20%	54%
2004	7,5%	24%	68,5%

Se aprecia un descenso importante en el porcentaje de pacientes de baja exigencia que cumplen los criterios mínimos, pero suficientes, del programa de reducción de riesgos, con toma presencial y diaria en el Centro Dispensador.

El grupo de transición se ha mantenido estable durante estos años, en actitud precontemplativa y finalmente, los pacientes de alta exigencia con una progresión ascendente que se concreta con un 68,5% en el año 2004, que acuden regularmente a las consultas del equipo terapéutico, tienen controles de drogas sistemáticos y se benefician del take home.

PALABRAS CLAVE:

Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), perfil de usuario, nivel de exigencia

Análisis comparativo del perfil de usuario del programa libre de drogas en los últimos cinco años. (2000-2004).

M. N. GARCÍA GÓMEZ; Z. RAMOS MARRERO; D. SOCORRO LEDESMA; A. BARTOLOMÉ ANDRÉS

Área De Asistencia. A.C.J. San Miguel. Santa Cruz de Tenerife. Unidad de Atención a las Drogodependencias de Santa Cruz de Tenerife

Enviar correspondencia a:

Maruja García Gómez. C/ Horacio Nelson,32. S/C de Tenerife 38006. m_garciagomez@hotmail.com

RESUMEN

Las UAD de la Asociación San Miguel han atendido durante los últimos cinco años un total de 6.967 casos en el programa libre de drogas, distribuidos siguiendo una progresión ascendente con 1.273 casos en el 2000 y 1.425 casos en el 2004.

Algunos datos de interés del perfil de usuario:

La edad de inicio en el consumo ha disminuido (22 años de media en el 2000 y 18,5 años en el 2004) frente al mantenimiento de la edad media de demanda de tratamiento que ha sido de 25 años, lo que indica que se pasa mayor tiempo consumiendo antes de pedir ayuda debido al silencio clínico del tipo de sustancias consumidas.

Hemos atendido a un 86% de varones y a un 14% de mujeres de media, distribución que se ha mantenido sin diferencias significativas durante estos años. El nivel de formación ha aumentado puesto que en el año 2000 el porcentaje mayor se encontraba en estudios primarios (38%) y en el 2004 el 51% poseía ESO-FP I.

Con respecto a la situación laboral también hemos encontrado un cambio significativo, en el año 2000 los usuarios atendidos se encontraban en un 49% en desempleo y en un 30% trabajando con contrato, frente al mismo porcentaje, 38%, para los desempleados y activos laboralmente del año 2004.

La variable que más cambios ha sufrido en estos cinco años ha sido la demanda de tratamiento en las UAD tal y como reflejamos en la siguiente tabla:

	2000	2001	2002	2003	2004
HEROINA	50%	47%	33%	24%	17%
COCAINA	14,5%	11%	18%	22%	25,5%
ALCOHOL	10%	14%	13,5%	18%	16,5%
CANNABIS	6,6%	15%	20,5%	22%	25,5%
CRACK	6,6%	6%	8%	10%	7%

En primer lugar, se confirma el brusco descenso de las demandas por consumo de heroína que han pasado del 50% en el año 2000 al 17% en 2004, junto a la vía de administración que mayoritariamente es inhalada y el bajo porcentaje que se hace de la vía parenteral, un 6% en el año 2004.

En segundo lugar, El progresivo aumento de las demandas por consumo de cocaína, en el 2000 un 14,5% y en el 2004 el 25,5%, que si las unimos a las demandas por crack (boliches en Tenerife), apreciamos que por primera vez en el año 2003 y 2004 la cocaína es la droga que mas demandas solicita.

En tercer lugar las demandas por alcohol se han mantenido estables con una tendencia al alza en los últimos años y finalmente, en cuarto lugar, el cánnabis que al margen de la normalización del consumo, las demandas de tratamiento se han visto mediatizadas por las Sanciones Administrativas de Gobierno Civil impuestas a los consumidores, por lo que hemos pasado de atender al 6,6% en el 2000 al 25,5% en el 2004.

Detrás de estos datos se encuentran por un lado las personas que de manera voluntaria, en su mayoría, acceden a nuestros programas de tratamiento y por otro, unos profesionales que no dejamos de actualizar las estrategias terapéuticas para poder dar respuesta a estos continuos cambios. Este es nuestro reto permanente.

PALABRAS CLAVE:

Unidad de Atención a las Drogodependencias UAD, libre drogas, perfil usuario, demanda de tratamiento, evolución, análisis comparativo.

¿Debemos tratar el tabaquismo de pacientes psiquiátricos o con otra adicción?

**VICENTE GARCÍA VICENT, FRANCISCO CASTAÑEDA CORRALES, JOSÉ
MANUEL SÁNCHEZ RUIZ, ANA BELÉN SOLER MARTÍN**

Comunidad terapéutica Hacienda de Toros.

Enviar correspondencia a:

Vicente García Vicent. Carretera de Istán km.4. Fundación Marbella Solidaria. Marbella 29600. vicentegarcia@fundacionmarbella.org

RESUMEN:

INTRODUCCION: La cesación tabáquica no ha sido un foco de atención en las intervenciones clínicas realizadas en población adicta a drogas. La subnotificación del consumo de tabaco coincide con otras observaciones sobre que únicamente una minoría de los profesionales que atienden personas con trastornos mentales evalúa o aconseja a sus pacientes en relación al tabaco. Este hecho se sustenta en ciertos mitos, como que estos pacientes no quieren dejar de fumar, que la dependencia nicotínica no es tan grave como la otra adicción, que tratar el tabaquismo provoca recaídas en la otra adicción, o que el tratamiento del tabaquismo es poco efectivo en general, y todavía lo es menos en los adictos a otra sustancia. En la Fundación Marbella Solidaria (FMS), red de centros y servicios para la atención de pacientes con problemas de adicción del Ayuntamiento de Marbella, que atiende a 755 pacientes, el 94% de pacientes fuman diariamente, y de ellos un 31% manifiestan intención de querer dejarlo.

OBJETIVO: Avanzar en la creencia de los investigadores de que no tienen por qué existir grandes diferencias en cuanto a las tasas de abstinencia tabáquica tras el tratamiento multicomponente entre personas que sólo fuman tabaco y pacientes que además son o han sido adictos a otras sustancias o padecen alguna patología psiquiátrica, siempre que estén motivados y con su otra adicción o psicopatología estabilizada y controlada por un psiquiatra.

MATERIAL Y METODOS: El estudio consistió en analizar las bases de datos de los pacientes que han iniciado un programa de tratamiento multicomponente en la Unidad de Tabaquismo de la FMS (dirigidos por un psiquiatra y un psicólogo) desde su creación hace año y medio, y comparar las tasas de abstinencia global al finalizar el programa con las de aquellos que presenten otra adicción o patología psiquiátrica. En los grupos ambulatorios el formato de tratamiento era de 6 meses y en la comunidad terapéutica (CT) uno más intensivo de 9 semanas. Los criterios de inclusión de estos últimos eran la abstinencia a droga principal de al menos 3 meses y estabilización de patología psiquiátrica a juicio del psiquiatra de la FMS.

MUESTRA: Durante el año 2005 se han realizado 10 grupos de tratamiento multicomponente en la FMS (7 a nivel ambulatorio y otros 3 en la CT). En total han sido tratados 93 pacientes de su dependencia tabáquica (según criterios CIE-10), 70 a nivel ambulatorio y 23 en la CT.

RESULTADOS: De los 97 pacientes tratados 38 no fumaban al finalizar el tratamiento (el 39%). De los pacientes con dependencia a otras sustancias (43) habían dejado de fumar 14 (el 32%), de los cuales 7 lo han hecho en la CT. "Sorprendentemente" de los 16 pacientes con patología psiquiátrica (4 esquizofrénicos, 2 bipolares, 1 con antecedentes de depresión, 2 con trastornos de la esfera neurótica y 7 trastornos de personalidad), de los que además 14 tenían otra adicción, dejaron de fumar 9 tras el tratamiento (56%).

CONCLUSIONES: En la evidentemente corta experiencia de los autores la pregunta que da título al poster tiene una clara respuesta afirmativa. Algunos factores que pueden haber influido en los buenos resultados han sido la fuerte implicación de los profesionales, el hecho de que un psiquiatra, y además en muchos casos el de referencia de los pacientes tratados, llevara los grupos, la novedad del tratamiento, el tratamiento aplicado para la otra adicción o para la enfermedad psiquiátrica (tanto farmacológico como psicológico o grupal), etc., pero sea por el motivo que sea estos resultados nos dan pie para seguir investigando y ayudando a nuestros pacientes que quieren dejar de fumar a intentarlo sin prejuicios.

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo, patología dual, adicciones

Plan de control del tabaquismo en una comunidad terapéutica

**VICENTE GARCÍA VICENT, JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ RUIZ, FRANCISCO CASTAÑEDA CORRALES,
ANA BELÉN SOLER MARTÍN**

Comunidad terapéutica Hacienda de Toros.

Enviar correspondencia a:

Vicente García Vicent. Carretera de Istán km.4. Fundación Marbella Solidaria. Marbella 29600. vicentegarcia@fundacionmarbella.org

RESUMEN:

INTRODUCCION: Muchos pacientes que están en programas de tratamiento de drogas ilegales o de alcohol están interesados en dejar de fumar, y algunos incluso de forma simultánea al tratamiento de la otra sustancia. Además, las enfermedades derivadas del hábito tabáquico constituyen la primera causa de muerte en estos pacientes cuando están abstinentes, y hay estudios que demuestran que la abstinencia tabáquica en ellos no afecta al pronóstico de su otra adicción. De hecho, dejar de fumar en personas drogodependientes puede proteger contra las recaídas en drogas de abuso y ayudar en la recuperación. Por tanto, aunque los pacientes adictos a otras sustancias presentan un mayor número de intentos de abandono del tabaco y peores tasa de cesación tabáquica, en torno al 12%, las recomendaciones son que el consumo de tabaco debe ser evaluado sistemáticamente en todos los adictos a drogas ilegales o alcohol, y que todos los que sean fumadores deben recibir consejo breve para la reducción / cesación del consumo, ofreciendo tratamiento de alta intensidad a los que deseen dejar el tabaco.

¿EN QUE CONSISTIÓ EL PLAN?:

- Reglamentación de todas las zonas cubiertas de la CT como espacios libres de humo, excepto un espacio amplio y bien ventilado concebido como zona de ocio. Estas zonas se señalaron y se establecieron sanciones para el incumplimiento de las normas.
- Realización de varios seminarios informativos para toda la CT, dentro de la estructura de la Escuela de Salud, donde se revisaban los mitos, los beneficios de dejar de fumar y la legislación en la materia.
- Seguir las recomendaciones anteriormente expuestas, para lo que se inició un grupo multicomponente de 9 sesiones semanales con un psicólogo y un psiquiatra.

OBJETIVOS DEL PLAN:

1. Crear una conciencia social dentro de la CT de la dimensión real del problema tabáquico y en contra de su "normalización" actual.
2. Informar sobre la legislación que limita el uso del tabaco en lugares públicos.
3. Avanzar en el estadio del cambio.
4. Dotar de información y recursos para aquellos pacientes que quisieran reducir el consumo o intentar la abstinencia.

MATERIAL Y METODOS: Para evaluar los resultados del Plan mediante un indicador indirecto pero objetivo se ha realizado un seguimiento de la situación de consumo tabáquico de los pacientes fumadores de la CT el día de implantación del Plan y 9 semanas después, tras la conclusión del primer grupo de tratamiento multicomponente. Se han analizado sólo los pacientes que han iniciado y concluido el estudio, excluyendo todas las altas durante el mismo y los pacientes que ingresaron después de iniciado, lo que supone 43 pacientes.

RESULTADOS: Al inicio del estudio fumaban 38 de los 43 pacientes en estudio, lo que supone aproximadamente un 90%. La media de consumo de estos pacientes era de 23,7 cigarros/día. A las 9 semanas tan sólo 2 pacientes de los 7 que habían iniciado el grupo multicomponente habían dejado de fumar (28%). El consumo se había reducido a 15,9 cigarros/día, sobre todo en los que habían realizado el grupo (3 de estos pacientes referían estar fumando "algún cigarro de vez en cuando" al acabar el grupo). Otros 12 que no habían hecho tratamiento habían reducido el consumo, y manifestaban intención de hacer un intento serio de dejarlo cuando se fueran de alta. Nadie se quejó ni incumplió las normas impuestas.

CONCLUSIONES: En un análisis preliminar del Plan podríamos decir que la acogida del mismo ha sido mucho mejor de la que esperábamos y que hemos avanzado enormemente en la concienciación sobre un problema que antes no teníamos en cuenta, que curiosamente han existido más reticencias desde los profesionales y personal auxiliar que de los mismos pacientes, y que tras el éxito del paso dado pretendemos realizar nuevos estudios sobre un campo tan poco explorado como es el abordaje del tabaquismo en una CT.

PALABRAS CLAVE:

Tabaquismo, patología dual, adicciones.

Patología triple (patología dual+VIH) en la población de adictos en tratamiento en la Fundación Marbella Solidaria

VICENTE GARCÍA VICENT; ANA BELÉN SOLER MARTÍN

Comunidad terapéutica Hacienda de Toros.

Enviar correspondencia a:

Vicente García Vicent. Carretera de Istán km.4. Fundación Marbella Solidaria. Marbella 29600. Malaga. vicentegarcia@fundacionmarbella.org

RESUMEN:

INTRODUCCION: En España, debido a la elevada prevalencia de infección por el VIH entre los pacientes adictos a drogas por vía parenteral, es frecuente la presencia de la llamada patología triple, esto es, pacientes con patología dual (adicción más otra patología psiquiátrica) y además infectados por el VIH. Estos pacientes pueden presentar cuadros psiquiátricos cuyas causas pueden ser las descritas para la patología dual, pero además se añaden las posibles causas relacionadas con el VIH.

OBJETIVOS: Definir el porcentaje de pacientes con VIH atendidos en la FMS y el de patología triple en esta población. Describir los tipos de patología psiquiátrica que presentan los pacientes infectados por el VIH en tratamiento en la FMS. Comprobar si la población de pacientes atendidos en la FMS con VIH presentan más patología psiquiátrica que los que no son VIH+. Analizar de forma secundaria otras variables de interés relacionadas con la población VIH (sexo, droga diana, vía, programa, etc.)

MATERIAL Y METODOS: Se recoge la información mediante un cuestionario de 22 ítems que se obtiene de la historia clínica del paciente, llamado el Conjunto Mínimo Homogéneo de Datos (CMHD).

RESULTADOS: De los 755 pacientes de la FMS, hay 50 VIH+, lo que supone un 6,62%. Con patología triple hay 17, lo que supone un 34% del total de infectados por VIH y un 2,3% del total. La distribución por psicopatologías es la siguiente: 6 han padecido depresiones mayores, 3 tienen antecedentes de psicosis tóxicas, 7 cumplen criterios de trastorno de personalidad, 1 es epiléptico. De los 50 sólo 7 son mujeres (14%), todos menos 2 (96%) son dependientes de opiáceos, y 43 (84%) cumplen criterios de politoxicomanía, todos excepto 5 (90%) han utilizado la vía parenteral como posible vía de contagio del VIH, aunque ya no la utilizan, al menos de forma habitual, 37 (74%) han contraído alguna otra enfermedad infectocontagiosa (hepatitis B ó C, tuberculosis o sífilis), 44 (88%) están en programa de mantenimiento con metadona (PMM) y tan solo 3 (6%) en programa de naltrexona.

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta que el porcentaje de patología dual en la FMS es del 53% no existe un aumento de prevalencia de patología psiquiátrica en nuestros adictos VIH+ respecto al resto. Este hecho puede ser debido a diversos factores:

El excelente trabajo de control y cuidado de estos pacientes y la gran coordinación existente entre los recursos socio-sanitarios de la zona: Hospital Costa del Sol, Centros de Salud, Asociación Concordia Antisida y nosotros mismos, la Fundación Marbella Solidaria (FMS).

La presencia de psiquiatras en los centros de la FMS (único centro público para el tratamiento de adicciones en Andalucía que cuenta con psiquiatras), que permite la detección y el tratamiento precoz y el seguimiento estrecho de los trastornos psiquiátricos que frecuentemente aparecen en la población adicta.

La mayoría de pacientes infectados por el VIH en la FMS están en PMM, y la propia metadona mitiga en gran medida los síntomas psicóticos, neuróticos y afectivos, siendo frecuente tras la desintoxicación de esta sustancia que afloran cuadros psiquiátricos, por lo que nosotros intentamos siempre que dicha desintoxicación sea en un medio supervisado de media estancia como la CT "Hacienda de Toros".

PALABRAS CLAVE:

Patología triple, patología dual, VIH, adicciones

Consumo de cocaína previo al ingreso

ANGELES GARCIA-MATEOS, RUTH OLMOS, MARTA GARCIA

CAD de Hortaleza.

Enviar correspondencia a:

Ruth Olmos. C/Minaya,7. Madrid 28043. Madrid. olmoser@munimadrid.es

RESUMEN:

INTRODUCCION: Los PMAOs han sido estudiados de forma exhaustiva desde su inicio, y su efectividad contrastada, de hecho las conclusiones de la Revisión Cochrane 2002 son categoricas: "El mantenimiento con metadona es una intervención efectiva en el tratamiento de la dependencia de heroína al retener a los pacientes en tratamiento y disminuir el uso de heroína mejor que tratamientos que no utilizan la sustitución opioide".

Sin embargo no existe consenso en determinar que variables pretratamiento son predictivas para determinar la evolución en estos programas, aunque la existencia de una psicopatología y el consumo de cocaína previo parecen ser las variables relacionadas con el paciente que se asocian con un peor pronóstico.

OBJETIVO: Nos planteamos un estudio descriptivo para definir el perfil de consumo de cocaína, previo al ingreso de los pacientes en PMAOs, y su relación con la evolución en dicho programa.

MATERIAL Y METODO: Para ello se han revisado las historias de 265 pacientes incluidos en programa de mantenimiento con metadona entre los años 2000 al 2004.

Se han recogido variables sociodemograficas, variables relacionadas con el consumo de cocaína y variables relacionadas con el tratamiento (tiempo de permanencia en el programa, motivos de salida del mismo, consumo de opiáceos y/o cocaína confirmada con controles toxicológicos de orina).

PALABRAS CLAVE:

Mantenimiento con metadona, evolución, factores predictivos.

Evaluación de los objetivos asistenciales en usuarios de PMM: estudio de la calidad de vida

T. GARRIGA RAMÓN; FJ SAMPER VILLAR; M. UTGÉS NOGUÉS

Enviar correspondencia a:
Teresa Garriga. tgarriga@gss.scs.es

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El enfoque actual en el tratamiento de las drogodependencias, está basado sobretudo en objetivos asistenciales y mejora de la atención global de los pacientes. Es por esto imprescindible y necesario evaluar si algunos de los programas actuales de tratamiento se ejecutan e infieren en la población diana mejorando su calidad global de vida. Para ello es necesario medir de forma objetiva el impacto de salud. Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) ayudan a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes adictos a la heroína, pero también sabemos que los recursos adyacentes a estos programas.

OBJETIVOS: Principalmente obtener un grado de medida objetivo sobre el estado global de salud actual de los pacientes en PMM de nuestro centro y además evaluar detalladamente los resultados planteando la necesidad de realizar alguna intervención específica en el grupo de pacientes en cuestión, para optimizar el tratamiento y aumentar su eficacia.

MATERIAL Y METODOS: Diseño transversal realizado en el año 2005 sobre una muestra aleatoria de pacientes en PMM del CAS Lleida (n=109). Se ha utilizado el cuestionario de salud SF-36 además de variables socio-demográficas y de salud. Se han calculado datos de tendencia central, dispersión y percentiles para identificar valores de referencia y compararlos con los de la población de paciente en PMM de la comunidad autónoma vasca y la población general española.

RESULTADOS : Revisadas las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario, tan sólo en dos de ellas se aprecia un notable deterioro (rol físico y rol emocional) respecto a los grupos que se ha comparado. No obstante se ha detectado una estabilización en aquellos pacientes con un período de permanencia en PMM de entre 36-40 meses.

CONCLUSIONES: Tras la evaluación de los datos, hemos objetivado que se precisa potenciar diferentes programas psicosociales y sanitarios que complementen los PMM para una mejoría global de la calidad de vida. En nuestro caso nos planteamos estructurar un proyecto de intervención específico de inserción sociolaboral que será evaluado en el futuro para determinar la efectividad del mismo.

Comorbilidad psiquiátrica en pacientes con enfermedad alcohólica según sexo

DAVID GONZÁLEZ PARRA ; JOSÉ JUAN ÁVILA ESCRIBANO

Unidad de Alcoholismo de Salamanca

Enviar correspondencia a:

José Juan Avila Escribano. Paseo de San Vicente 81. Salamanca 37007. javilae@chsaludmental.com

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el consumo de alcohol es más perjudicial en la mujer y que el alcoholismo femenino presenta características que le diferencian del que padece el hombre. Una de estas diferencias se refiere a la comorbilidad que presentan junto con la dependencia del alcohol.

OBJETIVOS: Queremos analizar los diagnósticos secundarios más frecuentes asociados a la enfermedad alcohólica en el sexo masculino y el femenino. Realizamos una revisión de historias de pacientes alcohólicos tratados en la Unidad de Alcoholismo de la Provincia de Salamanca entre los años 2002-2004.

METODOLOGÍA: En una muestra de 370 pacientes (325 varones y 45 mujeres) con Enfermedad Alcohólica, analizamos la proporción de ellos que presentan un diagnóstico psiquiátrico secundario y el tipo de diagnóstico, según criterios DSM-IV, así como las diferencias que existen en ambos sexos.

RESULTADOS: De los 370 pacientes, 126 presentan comorbilidad psiquiátrica (34,1% de la muestra), de los cuales 111 son varones, y 15 son mujeres. En los diagnósticos prevalece el Trastorno de Personalidad (11,9%), la Depresión (8,1%) y el Abuso de Drogas (9,5%), con porcentajes menores, juego patológico, ansiedad... En la distribución por sexos; en el masculino tenemos como diagnósticos más frecuentes: T. Personalidad (36%), Abuso de drogas (29%), Depresión (20%) y Juego Patológico (5%). En el femenino los T. Afectivos (53%), T. Personalidad (20%), y Abuso de drogas (20%).

CONCLUSIONES: Existen diferencias en la comorbilidad psiquiatría en la enfermedad alcohólica, según el sexo. En el sexo masculino predomina trastornos del Eje II (T. Personalidad) y en mayor proporción los T. Límite de la Personalidad; en el sexo femenino los del Eje I (T. Afectivos), fundamentalmente los cuadros Depresivos.

PALABRAS CLAVE:

Comorbilidad, alcoholismo masculino, alcoholismo femenino.

Producción científica en drogodependencias y redes de colaboración en las publicaciones biomédicas españolas

**G. GONZÁLEZ-ALCAIDE¹, J. C. VALDERRAMA-ZURIÁN¹; R. ALEIXANDRE-BENAVENT¹;
M. CASTELLANO-GÓMEZ²; F. BUENO-CAÑIGRAL³; J. I. GRANDA-ORIVE⁴**

1. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Universitat de València-CSIC

2. Dirección General de Drogodependencias. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

3. Plan Municipal de Drogodependencias. Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.

4. Servicio de Neumología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

Enviar correspondencia a:

Gregorio González Alcaide. C./ Blasco Ibáñez, 15. Valencia 46010. gregonal@fiv.upv.es

RESUMEN:

Introducción y Objetivos. El estudio de la actividad investigadora en drogodependencias y en todas las áreas de ciencias de la salud en España conlleva la necesidad de evaluar la producción científica de los profesionales, grupos y centros de investigación de las diversas Comunidades Autónomas. El presente estudio analiza los artículos sobre drogodependencias publicados en revistas biomédicas españolas. Asimismo, se han obtenido los patrones de colaboración de los investigadores e instituciones, identificando y construyendo las redes de colaboración de los mismos.

Métodos. Se han identificado los trabajos en drogodependencias publicados en revistas biomédicas españolas en el período 1999-2004 mediante una búsqueda bibliográfica en la base de datos IME (Índice Médico Español). Se ha realizado una búsqueda en los campos título y descriptores de los términos y lexemas truncados abstin*, alcohol*, anfetamin*, alucinogen*, barbitúrico*, cannab*, coca*, drog*, etanol*, extasis, hachis, heroin*, LSD, marihuan*, marijuan*, metaamfet*, metadona, MD*, naltrexona, opiac*, opioid*, síndrome de abstin*, sobredos*, tabaco, tabaquismo, toxicoman*, desintoxica* y de los lexemas benzodiacep*, disolvent*, hipnotic*, inhalant*, pegament*, psicofarmac* y sedant* combinados con los términos adicción, consumo y dependencia. Con la información extraída se ha confeccionado una base de datos relacional utilizando el software Microsoft Access. Se ha realizado un proceso de corrección y normalización de las autorías e instituciones firmantes de los trabajos. En las autorías se han comprobado las firmas en las que un mismo autor firma de dos o más formas diferentes utilizándose como criterio básico de unificación la existencia de coincidencia en los lugares de trabajo de ambas firmas. Para la normalización de las instituciones se han identificado las macroinstituciones o instituciones matrices consignando el nombre oficial de las mismas recogido en el listado de Centros y Servicios del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo o en la dirección web de las mismas.

Se ha obtenido el índice de productividad, el índice firmas/trabajo, y la dispersión en las publicaciones científicas. Para el análisis y construcción de las redes de colaboración de autores e instituciones se han utilizado los programas TextToPajek y Networks-PAJEK.

Resultados. Se han analizado 1.890 trabajos, el 80,48% firmados por dos o más autores, siendo el índice firmas/trabajo 3,68. Se han identificado y caracterizado los patrones de colaboración de los 33 autores más productivos, encabezados por Jiménez Ruiz, con 28 trabajos, Barrueco Ferrero con 26, Ochoa Mangado con 25 y Nebot Adell con 24 trabajos. Las revistas especializadas en drogodependencias Adicciones (244), Trastornos Adictivos (148) y Revista Española de Drogodependencias (80) encabezan el ranking de productividad de trabajos si bien también se publican un importante número de trabajos sobre drogodependencias en revistas de carácter general como Atención Primaria (80), Gaceta Sanitaria (75) o Revista Clínica Española (53). Se han identificado las redes de colaboración de los autores y de las instituciones más productivas. En relación con los autores, considerando un umbral de colaboración de cuatro o más trabajos conjuntos firmados en coautoría se han identificado 36 clústeres de autores de elevada productividad e intensidad de colaboración integrados por 130 autores.

Discusión. El presente estudio ha permitido identificar numerosos clústeres de autores de drogodependencias en España y las principales relaciones de colaboración interinstitucional, lo que puede ser de utilidad para los planificadores y gestores de financiación de proyectos de investigación. Estudios futuros deberían incluir el análisis de los trabajos de los investigadores españoles publicados en revistas extranjeras.

PALABRAS CLAVE:

Publicaciones científicas, drogodependencias, productividad científica, análisis de coautorías, redes de colaboración.

Trabajo financiado por: Plan Municipal de Drogodependencias. Ayuntamiento de Valencia. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Programa I3P cofinanciado por el Fondo Social Europeo.

Sistema cannabinoide y regulación de la conducta alimentaria: II. El polimorfismo corto (AAT)_n del gen del receptor cannabinoide tipo 1 (CNR1) predice una menor pérdida de peso tras tratamiento médico o quirúrgico en pacientes con obesidad morbida

J.J. GORGOJO¹; F. ARIAS²; F. ALMODÓVAR¹; S. SÁNCHEZ²; J. RAMOS³; M. ALVAREZ⁴; J. ROMERO⁵

1. Unidad de Endocrinología y Nutrición, Fundación Hosp. Alcorcón, FHA

2. Unidad de Psiquiatría, FHA

3. Dep.de Bioquímica, Univ. Complutense de Madrid

4. Unidad de Cirugía General y Aparato Digestivo, FHA

5. Laboratorio de Apoyo a la Investigación, FHA

Enviar correspondencia a:

Francisco Arias Horcajadas. Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón 28922. Madrid. farrias@fhacorcon.es

RESUMEN:

Introducción: El receptor cannabinoide CB1 y sus ligandos endógenos, los endocannabinoides, están implicados en el control del balance energético. Una hiperactividad mantenida del sistema endocannabinoide (SEC) puede contribuir al desarrollo de obesidad. Se ha descrito una mayor actividad del SEC en polimorfismos cortos del receptor cannabinoide tipo 1 (CNR1) y en el polimorfismo 385 AA de la enzima inactivadora de endocannabinoides amidohidrolasa de ácidos grasos (FAAH).

Objetivos: 1) Estudiar la prevalencia de los polimorfismos en el triplete (AAT)_n del gen CNR1 y del polimorfismo del locus 385 de la enzima FAAH en pacientes con obesidad mórbida (OM) y en controles no obesos. 2) Valorar el efecto de estos polimorfismos en la respuesta al tratamiento médico en pacientes con OM.

Pacientes y métodos: 79 pacientes con OM [IMC 46,0 (6,0) kg/m²] y criterios de cirugía bariátrica y 98 controles sanos no obesos [IMC 24,0 (3,3) kg/m²] fueron genotipados para la longitud del triplete polimórfico

(AAT)n del gen CNR1 (corto < 11 repeticiones, largo > 11) y los polimorfismos (AA, AC, CC) del gen FAAH. En la cohorte de pacientes con OM se registró el peso a los 12 meses del tratamiento médico (modificación de estilo de vida y fármacos). Para el estudio estadístico de prevalencia de polimorfismos se utilizó la chi-cuadrado de Pearson. Para valorar el efecto de los distintos genotipos sobre el porcentaje de pérdida de peso se construyeron dos modelos de regresión lineal múltiple tras incluir variables relevantes de interacción y confusión.

Resultados: La prevalencia de los distintos genotipos se indica en la tabla adjunta. El estudio estratificado mostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de 2 alelos cortos del gen CNR1 y la OM ($p=0.05$) en sujetos con polimorfismo AA o AC de la FAAH, pero no en sujetos con polimorfismo CC. En los pacientes con el polimorfismo corto/corto del gen CNR1, el porcentaje de pérdida de peso 1 año después del tratamiento médico, ajustado por múltiples variables de confusión, fue 5.1 puntos porcentuales menor (IC95% 1.31 a 8.93) que en los obesos con polimorfismos largos. La presencia de un alelo A en el polimorfismo del gen FAAH se asoció a una pérdida de peso 3.4 puntos mayor (IC 95% 0.46 a 6.3%) que la observada en pacientes con polimorfismo CC.

Conclusiones: La presencia de 2 alelos cortos del gen CNR1 y al menos un haplotipo A del gen FAAH se asocia a un mayor riesgo de OM. El polimorfismo CNR1 corto/corto predice una menor respuesta al tratamiento médico o quirúrgico, sugiriendo una hiperactividad del SEC en este grupo de pacientes.

Polimorfismos		Obesidad mórbida (%)	Controles (%)
CNR1 (AAT)n	<i>corto/corto</i>	15.2	8.7
	<i>corto/largo</i>	38.0	40.2
	<i>largo/largo</i>	46.8	51.1
FAAH	AA	2.5	4.5
	AC	35.4	33.7
	CC	62.0	61.8

PALABRAS CLAVE:

Obesidad mórbida, gen del receptor cannabinoide, gen de la enzima amidohidrolasa de ácidos grasos, polimorfismos, sistema cannabinoide, estudio de asociación.

Alcohol y disfunción sexual. Estudio de prevalencia

ANTONI GUAL* ; LLUISA ORTEGA ; ESTHER FERNÁNDEZ***)**

Hospital de Basurto

*Jefe de la Unidad Funcional de alcoholismo del Hospital Clínico de Barcelona.

** Psiquiatra adjunta de la Unidad Funcional de alcoholismo del Hospital Clínico de Barcelona.

*** Médico interno residente del Hospital de Basurto (Bilbao)

Enviar correspondencia a:

Esther Fernández. esthersantoyo@yahoo.es

RESUMEN:

Introducción: Este trabajo analiza la evidencia de relación entre ambas patologías (alcoholismo y disfunción sexual) objetivándose la ausencia de estudios epidemiológicos relacionados.

Material y métodos: Participación voluntaria de 100 pacientes atendidos consecutivamente en la unidad de Alcoholismo del Hospital Clínico de Barcelona. Se recogen datos alcoholológicos básicos y se valora la disfunción sexual mediante escala protocolizada.

Resultados: Alta prevalencia de disfunción sexual en pacientes alcohólicos.

En proceso de análisis la relación existente entre diferentes variables obtenidas de la historia clínica del paciente y la existencia de disfunción sexual.

Conclusiones:

- Elevada prevalencia
- Infradiagnóstico
- Necesidad de protocolización
- Existencia de tratamientos
- Calidad de vida

PALABRAS CLAVE:

Alcohol y disfunción sexual. Infradiagnóstico.

El topiramato en la deshabituación de cocaína: Un ajuste de dosis más rápido

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

Unidad de Drogodependencias de Toledo.

Enviar correspondencia a:
Angel Díaz Ruano. adruano@diputoledo.es

RESUMEN:

Introducción: Varios estudios recientes señalan la eficacia del topiramato en el tratamiento de la dependencia de cocaína. En el último año, treinta pacientes dependientes de cocaína han recibido tratamiento con topiramato en nuestra unidad, pero hemos empleado una escalada de dosis ligeramente más rápida que la habitual.

Objetivos:

- Evaluar la eficacia del topiramato en el tratamiento de deshabituación de pacientes consumidores de cocaína, mediante la valoración del craving y la impulsividad, y utilizando una escalada más rápida de la dosis.
- Evaluar la frecuencia de aparición de reacciones adversas y la gravedad de las mismas al emplear dicha escalada.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, de tipo cohorte, retrospectivo, en el que se evalúan 30 pacientes valorados en la Unidad de Drogodependencias de Toledo durante el año 2005, cuya droga principal es la cocaína y que han recibido tratamiento con topiramato.

Nuestro protocolo de actuación con todos los pacientes dependientes de cocaína incluye la cumplimentación de la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) y el Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ), lo que nos ha permitido mediciones retrospectivas fiables. Ambas escalas son cumplimentadas por los pacientes en una visita basal (tras un mínimo de cinco días de abstinencia) y a los 15, 21 y 30 días de la primera.

Las variables analizadas han sido:

- Datos sociodemográficos (historia clínica).
- Impulsividad (BIS-11).
- Deseo de consumo –craving– (CCQ).
- Abstinencia de cocaína (controles toxicológicos en orina).

Las variables BIS-11 y CCQ se han comparado estadísticamente utilizando el test no paramétrico de Friedman para variables pareadas.

Resultados: Se incluyeron treinta pacientes (80 % hombres y 20 % mujeres), con una media de edad de 28,4 años, diagnosticados de dependencia de cocaína según los criterios del DSM-IV-TR. Algunos cumplían además criterios de abuso o dependencia de otras sustancias: alcohol (20 %), cannabis (20 %) y ambas (3,33 %). Veintisiete pacientes finalizaron el estudio; dos abandonaron el tratamiento de deshabituación antes de completar todas las escalas y a uno hubo que retirarle el topiramato a las dos semanas por presentar diplopía. Otros nueve pacientes presentaron reacciones adversas leves y precisaron un ajuste más lento. Lo más frecuente fue la somnolencia (cinco pacientes).

Se inició el tratamiento con 50 mg en una dosis nocturna; a los tres días se añadieron 50 mg en una dosis matinal. Posteriormente se realizaron incrementos de dosis a razón de 50 mg cada cinco días, hasta alcanzar la dosis eficaz. Al mes, la dosis media de topiramato fue de 227,78 mg. Algunos pacientes recibieron además otros psicofármacos (22 % antidepresivos, 11 % benzodiacepinas y 7 % antipsicóticos).

Comparando los resultados de las escalas al inicio y al final del periodo de estudio, se observa una disminución en las puntuaciones medias de la BIS-11 (68,18 frente a 36,33; $p < 0,0001$) y en la puntuación media del craving según el CCQ (192,52 frente a 67,19; $p < 0,0001$). Al mes, mantienen abstinencia de cocaína un 66,67 % de los pacientes.

Aunque no disponemos de las escalas, hemos podido evaluar los datos de abstinencia a los tres meses. De los veintisiete pacientes evaluados inicialmente, dos habían abandonado el tratamiento de deshabituación. De los veinticinco restantes, el 76 % mantenía la abstinencia de cocaína.

Conclusiones: Nuestros resultados no difieren de los de otros estudios que indican que el topiramato es eficaz para el tratamiento de deshabituación de los pacientes dependientes de cocaína (reducción de la impulsividad y del craving y aumento del porcentaje de pacientes abstinentes).

No obstante, nuestro estudio tiene la limitación de contar con una muestra relativamente pequeña y sin grupo control. Tampoco se puede afirmar que no existan sesgos por el empleo de otros psicofármacos o por otras variables no analizadas.

El principal valor de este estudio radica en que las significaciones estadísticas halladas tienen relevancia clínica. Además, con la escalada más rápida de dosis propuesta, el topiramato mantiene un buen perfil de tolerabilidad y permite conseguir un mayor grado de estabilidad del paciente en menos tiempo

PALABRAS CLAVE:

Cocaína, topiramato, craving, impulsividad.

Factores predictores de buena respuesta al tratamiento con interdictores en pacientes alcohólicos

**B. HERNÁNDEZ HERRERA; E. BERMÚDEZ VÁZQUEZ; G. PONCE ALFARO;
R. RODRÍGUEZ JIMÉNEZ; M. A. JIMÉNEZ-ARRIERO; T. PALOMO**

UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS/PATOLOGÍA DUAL. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.

Enviar correspondencia a:
Belén Hernández Herrera. belenh@hotmmail.com

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Diversos estudios han demostrado la utilidad de los Interdictores en los pacientes en fase de deshabituación alcohólica, tanto a corto como a largo plazo, dentro de un programa terapéutico en Atención Especializada aunque otros estudios han encontrado resultados contradictorios.

OBJETIVO: Estudiar los posibles factores de buena respuesta a Interdictores para determinar qué pacientes son más susceptibles de respuesta a estos tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio naturalístico de 350 pacientes alcohólicos tratados con fármacos Interdictores en la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital 12 de Octubre. Se comparan los datos con la evolución de 350 pacientes que no recibieron tratamiento con Interdictores, siendo éstos tratados con otros fármacos que habitualmente se utilizan en deshabituación. Se estudian las siguientes variables: sexo, tipología de Cloninger, TDAH, antecedentes familiares de alcoholismo y niveles de 5-HIAA.

RESULTADOS: Se observó que el sexo masculino, la presencia de antecedentes familiares de alcoholismo, y los niveles bajos de 5-HIAA eran predictores de una mayor respuesta terapéutica al tratamiento con Interdictototes ($p < 0,05$). No se encontró relación con el antecedente de TDAH o la tipología de Cloninger.

CONCLUSIONES: El estudio de diversos factores predictores de buena respuesta a Interdictores puede ayudar a optimizar la respuesta a estos tratamientos.

Tratamiento farmacológico directamente supervisado en el CTD Moratalaz. Uso de benzodiazepinas

**JUAN JESÚS HERNÁNDEZ NICOLÁS; MARISA ROMERA ADRADA; MARIA LUISA MONTES GONZÁLEZ;
TANIA MARÍN PELÁEZ**

CTD MORATALAZ CRUZ ROJA

Enviar correspondencia a:

TANIA MARIN PELAEZ. AVD/MORATALAZ 50-52. MADRID 28030. ctdmoratalaz@cruzroja.es

RESUMEN:

OBJETIVOS:

- Analizar cuales son los fármacos que toman los pacientes de nuestro centro
- Describir los fármacos de mayor consumo
- Dentro de los pacientes que toman alprazolam analizar si las dosis son mas altas en -aquellos en los que el alprazolam es frankimazin o en los que es genérico.
- Estudiar si existe una relación cruzada entre dosis de metadona y dosis de Alprazolam

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de fichas de medicación y de dosis de metadona de los pacientes en programa en el mes de julio del año 2005, recogida y análisis de los datos obtenidos

RESULTADOS: Durante el mes de Julio existían en el centro 358 pacientes, 115 tomaban TFDS; en total un 32% de ellos recibía TFDS.

Si distribuimos según grupos farmacológicos :

EL 94% de participantes tiene prescrito una benzodiazepina, un 19% antidepresivos , 24% antipsicóticos , 37% estabilizadores del ánimo y un 18% tratamientos coadyuvantes.

Si nos centramos en cada grupo...

...los resultados son:

– En primer lugar se encuentran las benzodiazepinas (94%) con el Alprazolam a la cabeza (31%) , un 14% corresponde a Frankimazin® y un 17% a Alprazolam.

– En segundo lugar con un 25% se encuentra la Gabapentina incluido dentro de los estabilizadores del ánimo, posteriormente estarían: Clorazepato di potásico (20%), Lormetazepam (15%) y Lorazepam (12%) todos ellos benzodiazepinas.

– Así los pacientes que toman benzodicepinas como tratamiento principal son un 82% y los que tienen prescritos más de una benzodicepina suman un 15%.

– El tercer grupo de medicamentos es el de los antipsicóticos con Olanzapina (Zyprexa) como prioritario. Los antidepresivos en cuarto lugar siendo la Fluoxetina la más prescrita seguida muy de cerca por la Mirtazapina.

– En un 18% su tratamiento va acompañado de vitaminas, reconstituyentes, protectores de estómago, ácido fólico, etc.

ALPRAZOLAM versus TRANKIMAZIN

El Alprazolam junto con el Trankimazin® es la benzodicepina más consumida y el fármaco mayormente prescrito en nuestro centro; las dosis de Alprazolam y Trankimazin son bastante similares, siendo un poco más elevadas las de Trankimazin, pero no por el hecho de tomarlo supone una sobredosificación de benzodicepinas como se podría pensar en un principio.

CONCLUSIONES: Los pacientes en TFDS son un 32% del total de participantes, es un porcentaje elevado, analizando el porqué vemos que es debido a:

- Dificultades económicas que evitan el seguimiento correcto del tratamiento.
- Para evitar el tráfico de medicación.
- Intentar un buen cumplimiento del tratamiento.

Según estos datos, será susceptible o no de recibir TFDS.

A nivel de consumo, las benzodicepinas están en primer lugar, debido a la situación clínica psiquiátrica de ansiedad y dependencia. Su elevado % implica un proceso de dependencia a benzodicepinas añadida a la de opiáceos.

Los estabilizadores del ánimo y en concreto la Gabapentina es el segundo fármaco más prescrito, por su perfil ansiolítico y como coadyuvante de la desintoxicación, en los casos de benzodicepinas y alcohol, cubre un posible cuadro epiléptico por síndrome de privación.

Los antipsicóticos y la Olanzapina en concreto, se usan para controlar el "craving" y junto con la Risperidona son los que presentan menos efectos secundarios.

Los antidepresivos más comunes son la Fluoxetina y la Mirtazapina, esta última con propiedades ansiolíticas e inductoras del sueño.

Si relacionamos las dosis medias de Alprazolam y Trankimazin® con las de metadona:

Parece que los pacientes que reciben dosis altas de metadona y que realizan TFDS con Trankimazin, demandan más cantidad de este fármaco que los estabilizados con dosis bajas de metadona.

Existen diferentes explicaciones:

1. Gran dependencia de opiáceos y benzodicepinas. Presentan dosis altas buscando un efecto excesivo que les proporcione sensaciones cercanas a la intoxicación.
2. Gran tolerancia a los efectos de ambos grupos farmacológicos junto con una situación más grave a todos los niveles.
3. Los pacientes que realicen tratamiento a dosis más bajas de Alprazolam lo consigan por otras vías (médico de cabecera, mercado negro..)

La HIPÓTESIS que planteamos es que los pacientes que admiten tratamiento con Alprazolam genérico tienen una situación clínica más estable y de menor gravedad, por lo que aunque necesitan dosis más altas de metadona no demandan dosis más altas de Alprazolam. Sin embargo, los que solamente aceptan el Trankimazin (y no el genérico) son pacientes más graves, menos estabilizados, que tienden a abusar tanto de metadona como de Trankimazin.

PALABRAS CLAVE:

Metadona, tratamiento farmacológico directamente supervisado, benzodicepinas.

Intervención breve sobre tabaco en un servicio hospitalario de urgencias

N. HERRERO HERNÁNDEZ; A. GARCÍA AYUSO; F. SÁNCHEZ SALMERÓN; P. SÁNCHEZ MARTÍNEZ; E. PAGAN DATO; I. GARCÍA SÁNCHEZ

C.S Cartagena-Casco

Enviar correspondencia a:

Nuria Herrero Hernández. C/S. Vicente 2. CARTAGENA 30202. MURCIA. nuhepa@ono.com

RESUMEN:

Con ocasión de la Semana sin humo propiciada por la SEMFYC y otras entidades, y la celebración el 31 de Mayo del Día mundial sin tabaco, nos propusimos aprovechar la visita a urgencias de pacientes fumadores para comprobar, con un pequeño número de casos, si un programa puesto en marcha en este ámbito, y con los recursos disponibles podría ser eficiente, entendiendo como tal que un porcentaje importante de fumadores que reciban dicha intervención avanzara algún estadio en su fase de abandono, según el modelo transteorético de Prochaska y di Clemente.

La intervención breve, consistente en un consejo breve, enérgico y personalizado ha de suministrarse según la SEMFYC a todos los fumadores. El hospital debe ser no sólo el último escalón en atención sanitaria y proveedor de un alto nivel científico-técnico, sino también un escenario promotor de la salud, según el modelo de los entornos saludables, y pensamos además que la actual presencia de Médicos de Familia y Residentes de esta especialidad en los servicios de urgencia hospitalarios puede favorecer las actuaciones en Promoción de la Salud.

Como ya se ha demostrado, muchos fumadores que abandonan el hábito lo hacen influidos por un acontecimiento vital (personal o familiar) importante. Una visita a urgencias será por tanto una ocasión que no puede ser desaprovechada a pesar de las limitaciones que evidentemente encontramos dada la importante presión asistencial a que nos vemos sometidos en este ámbito.

Durante la última semana de Mayo de 2005, (siempre que la situación asistencial lo permitió), 76 pacientes fumadores que atendimos en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Rosell de Cartagena y cumplían los criterios de inclusión, recibieron dicho consejo breve, se les prescribió como un tratamiento más el abandono del tabaco y remitió a su Médico de Familia, además de solicitarles permiso para ser incluidos en el estudio. Pasados al menos 6 meses se contactó con ellos telefónicamente (lo que no se consiguió con 24 pacientes), para evaluar si habían evolucionado en su fase de abandono del hábito.

Nuestros resultados preliminares muestran que el 50% de fumadores había avanzado en su etapa de abandono, y en fase de acción o mantenimiento se hallaba el 25%. No había avanzado o incluso retrocedió el 37.05%. Independientemente del estadio de abandono según este modelo, el 50% de fumadores había reducido su consumo a menos del 50% del inicial. En este último dato parece haber influido muy favorablemente la reciente entrada en vigor de la Ley sobre tabaco.

Para esta intervención sólo se requieren como recursos los 3 minutos que como media se dedicaron a ella, por lo que los costes no deben ser un obstáculo para la implementación de un programa formal de Promoción de salud que nos anime a actuar de forma protocolizada sobre los pacientes fumadores siempre que acudan al servicio de urgencias, no padezcan enfermedad incurable o terminal, estén en situación de poder comunicarse correctamente con el médico que les atiende y que no exista una situación de colapso en el servicio de urgencias que nos lo impida claramente.

PALABRAS CLAVE:

Intervención breve, hábito tabáquico, Urgencias, Médicos de Familia, Promoción de salud.

10 años de reducción del daño: unidades móviles de Cáceres

SANTIAGO VICENTE IGLESIAS; M^a VICTORIA BOTICARIO VILLARROEL

Cruz Roja Extremadura, Oficina Provincial de Cáceres.

Enviar correspondencia a:

Santiago Vicente Iglesias. Victoria Boticario [victoriaboticario@hotmail.com]

RESUMEN:

En el año 1995, la Secretaría Técnica de Drogodependencias, en colaboración con Cruz Roja, puso en marcha un programa de Reducción del Daño dirigido para la captación de un grupo de drogodependientes que se pensaba que no habían contactado con la red asistencial, o que habían abandonado sus tratamientos. A lo largo de estos años son más de 2000 los usuarios atendidos en las 2 unidades móviles de la provincia de Cáceres.

Estudio sobre el insomnio en pacientes drogodependientes

A. LAGARES ROIBAS * ; M.J GALLEGO MONTES **; F. BRASAL.**

* Médico. CAD San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid-Salud

** Terapeuta ocupacional. CAD San Blas. Instituto Adicciones. Madrid-Salud.

Enviar correspondencia a:

Antonio Lagares Roibás. CAD San Blas. c/ Alcalá, 527. Madrid 28027. cadsanblas@munimadrid.es

Resumen:

INTRODUCCIÓN.- El insomnio se define como la dificultad para conciliar y/o mantener el sueño, que se acompaña con la sensación subjetiva de falta de sueño, el cual no es reparador generando un mal funcionamiento diurno con una disminución secundaria de la calidad de vida. Según la forma de presentación podemos diferenciar el Insomnio de conciliación o dificultad para quedarse dormido; de mantenimiento o despertares a lo largo de la noche e Insomnio de final de sueño o despertar precoz. Una de las diferentes causas que pueden provocar insomnio es el consumo de sustancias psicoactivas.

JUSTIFICACIÓN.- Se puede afirmar que el insomnio es la patología del sueño que con más frecuencia se asocia a las conductas adictivas. En el 15% de los insomnios de larga evolución encontramos un problema de drogodependencia y/o alcoholismo. El sueño suele ser una de las áreas menos profundamente exploradas en las evaluaciones clínicas de los drogodependientes, desde luego, no se le concede la importancia que merece

por su repercusión en el devenir cotidiano del sujeto adicto. Argumentos, todos ellos, que nos han animado a realizar el estudio que presentamos.

OBJETIVOS.- El presente estudio pretende analizar y conocer las principales características en relación al insomnio que presenta una cohorte de pacientes drogodependientes, así como las repercusiones que ello supone en su vida diaria. Se pretende además, en función de esas características proponer alternativas de solución –en lo que a tratamiento se refiere- a los diversos tipos de insomnio.

MATERIAL Y MÉTODOS.-

Diseño: estudio descriptivo y transversal.

Procedimiento: Se distribuyen al azar 100 cuestionarios –Instrumentos de evaluación- durante dos meses, ofertándolos a los primeros cinco usuarios que acudían al centro cada día y que voluntariamente decidían participar. Se consiguió un $n = 81$.

Instrumentos: Para la realización de este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de trabajo:

- Cuestionario de calidad del sueño de Pittsburg –PSQI-.
- Historia clínica.
- Programa estadístico SPSS

RESULTADOS.- Una vez aplicados los citados instrumentos, se obtuvieron resultados correspondientes a sexo, edad y sustancias de consumo. Se determinaron además las principales variables (latencia a sueño, horas dormidas, percepción de la calidad del sueño, somnolencia diurna, falta de ánimos para desarrollar actividades etc.) que caracterizan al insomnio de los pacientes de la muestra estudiada, y que serán motivo de exposición de forma detallada en el POSTER que presentamos. Además en función de estos resultados, proponemos alternativas de tratamiento para este colectivo.

CONCLUSIONES.- Analizados y discutidos los resultados se presentarán las principales conclusiones, algunas de ellas y de forma resumida las exponemos a continuación:

- Los pacientes drogodependientes duermen menos horas que el resto de la población.
- La calidad del sueño percibida por los propios usuarios es calificada de mala-bastante mala al menos por un 50%.
- La mayoría de estos pacientes tardan más de media hora en conciliar el sueño, o sea, presentan insomnio de conciliación.
- Entre un tercio-mitad de esta población presentan disfunción diurna secundaria al insomnio que presentan.
- Etc. Etc.

PALABRAS CLAVE:

Drogodependiente. Insomnio. Calidad del sueño. Disfuncionalidad. Alternativas.

Evolución a 3 y 6 meses de personas dependientes de la cocaína tratadas en Centros de Drogodependencias: Abstinencia y evolución en diversas áreas de funcionamiento.

A. LÓPEZ DURÁN¹; E. BECOÑA IGLESIAS¹; A. SENRA COMESAÑA²; J. M^a GARCÍA JANEIRO²; J. CANCELO MARTÍNEZ³; J. SOBRADELO LENS³; C. ESTÉVEZ VORKAUF³; I. VIEITEZ FERNÁNDEZ^{3,4}; M. LLOVES MORATINOS⁴; A. MONEO MONTES⁴; M^a T. LAGE LÓPEZ⁵; E. DÍAZ CASTRO Y L. CASETE FERNÁNDEZ^{5,6}

(1) Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

(2) Unidad Asistencial del Ayuntamiento de Pontevedra.

(3) Unidad Asistencial Alborada. Vigo (Pontevedra).

(4) Comunidad Terapéutica Alborada. Tomiño (Pontevedra).

(5) Unidad Asistencial ACLAD. A Coruña.

(6) Comunidad Terapéutica ACLAD. A Coruña.

Enviar correspondencia a:

Elisardo Becoña. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur. Santiago de Compostela 15782. alduran@usc.es.

RESUMEN:

Introducción. Según los datos del Plan Nacional sobre Drogas (2003) en el año 2001 había 9.367 personas en tratamiento por problemas con el consumo de cocaína (para el 66.2% era la primera vez que estaba en tratamiento en un Centro de Drogodependencias). Diez años antes, en 1991 sólo había registradas 943 personas por problemas con la cocaína. Estos datos reflejan la importancia del estudio de todos los aspectos que rodean al consumo de cocaína y los problemas que se derivan del mismo. Uno de estos aspectos es la evolución de las personas con dependencia de la cocaína que demandan tratamiento en Centros de Drogodependencias. En nuestro país todavía son escasos los estudios longitudinales de este tipo (Pedrero, Puerta, Segura y Martínez, 2004; Sánchez-Hervás et al., 2002), destacando en el ámbito internacional los realizados por Carroll, Power, Bryant y Rounsaville (1993), Crist-Christoph et al. (1999), y McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss y Koppenhaver (2001).

El objetivo del presente estudio es analizar la evolución de personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento a partir de las evaluaciones que realiza el terapeuta de referencia en tres momentos diferentes: en el momento de la evaluación inicial, a los tres y a los seis meses después de la misma. Los ámbitos que evalúa son: psicopatología, área social/familiar, área laboral/académica y área judicial. A los tres y a los seis meses se evalúa el porcentaje de abstinencia y si el paciente mantiene el contacto con el Centro de Drogodependencias.

Método. En la evaluación inicial disponemos de las realizadas por los terapeutas de 113 sujetos, a los tres meses tenemos datos de 105 sujetos y a los seis meses de 89 sujetos. Todos tienen diagnóstico de dependencia de la cocaína y han demandado tratamiento en uno de los siguientes Centros de Drogodependencias de Galicia: Unidad Asistencial del Ayuntamiento de Pontevedra, Unidad Asistencial de Alborada (Vigo), Comunidad Terapéutica de Alborada (Tomiño), Unidad Asistencial de ACLAD (A Coruña) y Comunidad Terapéutica Fonte Douro de ACLAD (A Coruña). La muestra fue seleccionada entre el 23 de septiembre de 2003 y el 28 de abril de 2005 en función de los siguientes criterios de inclusión: estar en tratamiento por consumo de cocaína como droga principal, existencia de dependencia de la cocaína según los criterios del DSM-IV-TR, y llevar un mínimo de tres semanas y un máximo de seis semanas abstinente en el consumo de cocaína. Los criterios de exclusión fueron: la presencia de alteraciones psicóticas graves y la incapacidad de responder a los instrumentos de evaluación utilizados.

Como instrumentos de evaluación utilizamos la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID) en su versión española (First, Spitzer, Gibbson y Williams, 1998), para evaluar la dependencia de la cocaína, que se aplicó en la evaluación inicial, y un cuestionario diseñado por nosotros denominado Evaluación global del paciente a realizar por el terapeuta de referencia. Cuando se evalúa a un sujeto, su terapeuta debe determinar en una escala tipo Likert de cero a cuatro cómo considera que está el mismo en las áreas psicopatológica, familiar/social, laboral y judicial (cero significa un funcionamiento normalizado en esa área y cuatro un deterioro importante). A los tres y seis meses de la evaluación inicial, cubre nuevamente este cuestionario y además si el sujeto ha realizado nuevos consumos.

Resultados. Los resultados obtenidos indican que a los tres meses de realizada la evaluación inicial el 50.4% de los sujetos no habían vuelto a consumir cocaína, el 35.7% habían consumido y había un 13.9% en los que desconocemos si han consumido o no. A los seis meses de la evaluación inicial, el 30.4% de los sujetos permanecían abstinentes, el 49.6% habían vuelto a consumir y desconocíamos en el 20% si habían consumido o no. Se comprobó con urinoanálisis la abstinencia. Respecto a las puntuaciones medias en los distintos ámbitos que debía de evaluar el terapeuta, en todas las áreas hay una evolución positiva ya que la puntuación media disminuye respecto a la evaluación inicial.

Conclusión. Los resultados del presente estudio indican que el nivel de abstinencia obtenido en personas que acuden a tratamiento con dependencia de la cocaína a los Centros de Drogodependencias obtienen buenos resultados en relación a otros estudios publicados y que hay una adecuada mejoría en áreas relevantes de su funcionamiento cotidiano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carroll, K.M., Power, M.D., Bryant, K. y Rounsaville, B.J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 71-79.

Crist-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L.S., Muenz, L.R, Thase, M.E., Weiss, R.D., Gastfirnd, D.R., Woody, G.E., Barber, J.P., Butler, S.F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L.M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M.L., Moras, K. y Beck, A.T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. National Institute on Drug Abuse Colloborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-501.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbson, M., Williams, J.B.W. y Smith-Benjamin, L. (1998). Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- SCID-I. Barcelona: Masson.

Mckay, J.R., Merikle, E., Mulvaney, F.D., Weiss, R.V. y Koppenhaver, J.M. (2001). Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. *Addiction*, 96, 213-225.

Pedrero, E.J., Puerta, C., Segura, I. y Martínez, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6, 175-191.

Plan Nacional sobre Drogas (2003). Observatorio Español sobre drogas. Informe nº 6. Recogido el 13 de enero de 2005 en <http://www.mir.es/pnd/publica/html/delga.htm>

Sánchez-Hervás, E., Morales, E., Tomás, V., Molina, N., del Olmo, R., Bosch, C., Sanoguera, M. y Escrivá, P. (2002). Tratamiento de la dependencia a cocaína: estudio de seguimiento de seis meses. *Adicciones*, 14 (sup.2), 137.

PALABRAS CLAVE:

Cocaína, tratamiento, dependencia, evolución, abstinencia.

Cómo se divierten los menores murcianos en las fiestas de su ciudad

ASENSIO LÓPEZ, MANUELA VILLANUEVA, ADELA BAÑÓN, M^a DOLORES ALARCÓN, ANTONIO DOMÍNGUEZ, EDUARDO GONZÁLEZ

Servicios Municipales de Salud, Plan Municipal sobre drogodependencias, Ayuntamiento de Murcia.

Enviar correspondencia a:

Manuela Villanueva. Plaza Preciosa, 5. Murcia 30008. alopez.sanidad@ayto.murcia.es

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. En Murcia las fiestas locales con más aceptación por parte de la población son las Fiestas de Primavera y concretamente el Día del Bando de la Huerta consigue una participación masiva de los jóvenes. La ciudad se llena de Peñas huertanas que ofrecen durante todo el día a los ciudadanos vestidos con el traje regional comida típica y bebidas.

OBJETIVOS

- Conocer el comportamiento de los jóvenes menores de edad el Día del Bando.
- Identificar las conductas de riesgo de los adolescentes causadas por la ingesta de alcohol y otras sustancias adictivas.

MÉTODOS

Encuesta realizada en la última semana de mayo y primera de junio de 2005 a 3.089 jóvenes entre 13 y 17 años procedentes de 18 centros de secundaria del municipio de Murcia.

Selección de la muestra: Selección de conglomerados por aulas, y estratificada por curso, modalidad de centro docente (público y privado) y localización (casco urbano y pedanías).

Error muestral: Para un nivel de confianza del 95%, para $P=Q$, el error es del 2,2% para el conjunto de la muestra y menor del 5% para cada uno de los subgrupos.

Cuestionario elaborado ad hoc y pilotado previamente para su validación y comprensión.

RESULTADOS

- El Día del Bando tomaron bebidas alcohólicas el 51.1% del total de los chicos, y por edades: el 17.3% de 13 años, el 36.1% de 14 años, el 56% de los chavales de 15 años, el 71.1% de 16 años, y el 70.5% de 17 años.

- Un tercio de los chavales, ya desde los 13 años, y casi la mitad de los chicos de 14 años estuvo todo el Día del Bando sólo con sus amigos, y otro tercio solamente parte del día con su familia, elevándose estas cifras al 75.7% en menores de 16 años. Mientras tanto, los datos globales revelan que sólo el 10.8% estuvo con su familia y un 16.1% compartió la jornada entre su familia y sus amigos.

- Prepararon Botelleo: la mitad de los chicos entre 13 y 14 años, cifra que se eleva al 59.2% en los 15 años, y al 74.3% entre los 16 y 17 años.

- Los jóvenes tienen una muy diferente percepción entre lo que bebieron sus amigos o la gente de su edad, y la cantidad de alcohol que tomaron ellos mismos. De esta manera, el 26.4% considera que bebió en exceso, pero al valorar la cantidad de alcohol consumido por sus iguales la cifra aumenta al 78.4% y va ascendiendo con la edad de los encuestados: el 55.3% de chicos de 13 años piensa que "los demás bebieron mucho o en exceso". Lo mismo opina el 70.7% de los chavales de 14 años, el 81.6% de los de 15 años, el 88% de los de 16 años y el 90.7% de los de 17 años.

• Un 92% de los chicos dice no haber tenido ningún problema debido a la ingesta de bebidas alcohólicas, pero al preguntarles si surgió alguna situación desagradable el Día del Bando, sus respuestas son:

- El 20% admite que se emborrachó.
- El 9% que le sentó mal la comida.
- El 6.5% tuvo una bronca en casa.
- El 4.1% se peleó con sus colegas y el 3.6% con su pareja, el 8% con otros chicos.
- El 0.9% sufrió un accidente con un vehículo.
- El 0,7% tuvo que ser atendido en urgencias.

CONCLUSIONES

- Consumo excesivo de alcohol entre los menores de edad.
- Bajo control familiar y social de este consumo.
- Riesgos para la salud de los adolescentes.

PALABRAS CLAVE:

Consumo de alcohol, menores, fiestas, conductas de riesgo, bajo control familiar.

Prevención de drogodependencias en jóvenes con riesgo de fracaso escolar. Una intervención selectiva en el marco de un Programa de Iniciación Profesional

MATILDE LÓPEZ, AMPARO YÁÑEZ, PEDRO LÓPEZ, M^a DOLORES CAMACHO

Ayuntamiento de Murcia. Sección de Empleo

Enviar correspondencia a:

Matilde López de Haro. Centro de Formación e Iniciativas de Empleo, avda. Primero de Mayo, s/n. Murcia 30006. matilde.empleo@ayto-murcia.es

RESUMEN:

Introducción: Los Programas de Iniciación Profesional se contemplan como una alternativa educativa a los jóvenes de 16 a 20 años que abandonan el sistema educativo y proporcionan una formación básica y profesional que les permite incorporarse a la vida activa o proseguir sus estudios. En estos jóvenes se dan diversos factores de riesgo asociados a variables personales, familiares y derivados del propio fracaso escolar, que les hace vulnerables frente a diversas adicciones, entre las que se encuentra el consumo de drogas.

El Programa de Prevención de Drogodependencias, en el marco de las acciones formativas de Iniciación Profesional del Ayuntamiento de Murcia, surge en el año 1998 como respuesta a la existencia de pautas de consumo de sustancias psicoactivas en estos jóvenes, y a la demanda realizada por el equipo docente del Programa de acciones formativas que les capacitaran para dar una respuesta adecuada al problema. A lo largo de los años el Programa ha ido incorporando recursos comunitarios y ha ampliado la intervención al ámbito familiar, con resultados significativos.

Objetivos: Modificar las creencias y actitudes de los jóvenes con riesgo de fracaso escolar sobre el consumo de drogas.

Proporcionar a los docentes materiales didácticos flexibles y polivalentes para su integración en las programaciones didácticas.

Proporcionar a los padres y madres de estos jóvenes pautas y estrategias que favorezcan la prevención de drogodependencias en el ámbito sociofamiliar.

Metodología: La intervención preventiva se enmarca desde una perspectiva de promoción de salud y de reducción de riesgos. Se pretende la formación y cambio de creencias y actitudes, valoradas a través de un cuestionario-escala con cinco categorías de respuesta, aplicados al conjunto de los alumnos/as al inicio y al término del programa. Tras analizar sus creencias y actitudes hacia el consumo de drogas, se introducen unidades didácticas sobre alcohol, tabaco, cannabis, presión de grupo y toma de decisiones, que son impartidas por el equipo docente de manera transversal, integradas en la programación docente.

También se realiza el visionado de películas de actualidad con objeto de capacitar a los alumnos en el análisis y la crítica de aquellas situaciones argumentales, símbolos y mensajes que orientan sobre los riesgos a evitar y que favorecen determinadas actitudes y valores.

El programa contempla también la formación y actualización del personal docente implicado en su desarrollo y una Escuela de padres.

Conclusiones: Se ha constatado a lo largo de estos años que las acciones educativas desarrolladas han tenido un efecto preventivo sobre el grupo. Se ha observado una evolución favorable en las actitudes y creencias de los alumnos/as sobre el consumo de drogas; también ha disminuido la proporción de jóvenes cuyas creencias se contextualizan en clave de riesgo, sobre todo en lo referente a considerar que el alcohol, el tabaco y el cannabis (sustancias principales que se trabajan en el programa) generan dependencia.

La Escuela de padres ha puesto de manifiesto la dificultad de muchas familias para abordar estrategias de comunicación efectiva y de resolución de conflictos con los hijos, convirtiéndose en un instrumento eficaz para prevenir y detectar conductas de riesgo.

PALABRAS CLAVE:

Consumo de drogas, jóvenes, prevención selectiva, Iniciación Profesional, Escuela de Padres.

La evolución del primer grupo de discusión PAIMM-Retorn. Cinco años de trabajo grupal en pacientes sanitarios adictos

VICTORIA MARCOS GONZALEZ*; **MONTSERRAT MARTINEZ GOBERN****;
PILAR LUSILLA PALACIOS***; **MIGUEL CASAS BRUGUÉ******

* Psicólogo psicoterapeuta de la Unidad de Hospitalización; DUE en salud mental de la Unidad de Hospitalización;

** Psiquiatra responsable clínico de la Unidad de Hospitalización

**** Profesor responsable clínico del Program

Enviar correspondencia a:
Victoria Marcos. VMARCOS.paimm@comb.es

RESUMEN:

Presentamos el análisis de 5 años del primer grupo terapéutico ambulatorio de discusión, en el tratamiento de la dependencia a sustancias (alcohol y benzodiazepinas), del programa PAIMM-Retorn.

Desde el inicio de este recurso asistencial, se han incorporado un total de 34 pacientes con criterios de dependencia (CIE-10): 25 (73%) al alcohol, 3(8,8%) a las benzodiazepinas y 6 (17,6%) a ambas sustancias.

Describimos las características del tipo de grupo de discusión: asistentes, frecuencia, tiempo, el perfil de los usuarios: genero, edad, estado civil, formación académica, situación laboral y tratamientos previos realizados.

La evolución del grupo en estos años ha sido la siguiente: 12 pacientes (35%) han sido alta del grupo, una vez finalizado su compromiso grupal, con un promedio de estancia superior a los 2 años; 8 pacientes (23%) abandonaron el grupo, (4 de ellos en los primeros meses de su incorporación) ; 1 paciente fue baja por no cumplimentar los criterios de permanencia y 13 pacientes (38%) siguen acudiendo al grupo.

La elevada adherencia de los pacientes al grupo 73% (12 altas y 13 activos), el prolongado tiempo de estancia, (9 de ellos entre 25.36 meses) y el mantenimiento de la abstinencia en el 64,7% (22 pacientes), avalan la idoneidad de este recurso terapéutico como herramienta útil en el seguimiento ambulatorio para este colectivo profesional, durante el proceso de deshabituación y consolidación de la abstinencia.

PALABRAS CLAVE:

Grupo de discusión, dependencia, profesionales de la salud.

Efectividad de un programa de prevención del consumo de drogas en el medio escolar aplicado por el profesor con la ayuda de líderes iguales

M. MARTÍNEZ-LORCA* ; C. ALONSO-SANZ; J. MONTAÑÉS-RODRÍGUEZ***

*Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha.

**Servicio Sociosanitario. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Enviar correspondencia a:

Manuela Martínez-Lorca. Avd. de la Real Fábrica de Sedas s/n. Talavera de la Reina. Toledo. mmlorca72@hotmail.com

RESUMEN:

Este estudio tiene por objetivo conocer la efectividad de un programa de prevención cuando es aplicado por el profesor habitual, con la ayuda de los líderes de igual edad que los alumnos.

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.

Además, se utilizó una prueba sociométrica para identificar a los líderes de los alumnos entre sus compañeros de clase.

El programa de prevención aplicado durante el primer año de intervención, está constituido por 16 sesiones de 50 minutos aproximadamente de duración y sus componentes fundamentales son la información, 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 repaso 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 119 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 de comparación. La media de edad es de 11,89 años.

En términos generales, el programa -aplicado por el profesor habitual de los alumnos junto con los líderes de igual edad de éstos- ha tenido un efecto boomerang sobre las variables de carácter más cognitivo. Así, se produce un incremento de las expectativas positivas hacia todas las sustancias, disminuyen las expectativas negativas hacia el tabaco y el cannabis, disminución también de las actitudes negativas hacia todas las sustancias, al igual que de la asertividad, tanto general como la relacionada con la sustancia.

También en el grupo experimental, aumenta la prevalencia percibida de consumo de alcohol y de cannabis, disminuye el rechazo al consumo de estas sustancias percibido en el mejor amigo, así como el rechazo al consumo percibido de cannabis llevado a cabo por el mejor amigo, tienen una imagen de los consumidores de tabaco más positiva y tienen una menor dificultad percibida tanto para conseguir tabaco como cannabis.

Por el contrario, el programa sí parece que ha tenido un efecto positivo sobre los conocimientos hacia el cannabis y sobre el tiempo libre, si bien en este último caso, parece que aumentan todo tipo de actividades de tiempo libre, tanto productivas como no productivas.

En cuanto al consumo de tabaco, únicamente se observa una reducción de la intención de fumar en el futuro a lo largo de todo el proceso de aplicación en el grupo objeto del programa. Sin embargo, los consumos experimentales no se han visto disminuidos.

Por lo que respecta al consumo de alcohol, los consumos se han visto aumentados en el grupo experimental para determinadas bebidas (cervezas, vasos de vino y copas de licor) y en determinados períodos de tiempo (de lunes a jueves). Sin embargo, obtenemos dos efectos de signo contrario, por un lado, un efecto positivo, porque se reduce la intención de beber en el futuro y, por otro lado, un efecto negativo sobre el consumo abusivo, incrementándose el número de intoxicaciones etílicas en vida.

Por último, en cuanto al cannabis, el efecto del programa es contrapreventivo, ya que han aumentado todos los indicadores de consumo.

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.

En conclusión, parece que el programa, cuando es aplicado por el profesor con la ayuda de los líderes de igual edad que sus alumnos, ha tenido un efecto contrapreventivo en la modificación de las variables cognitivas y un efecto negativo en la prevención del consumo de cannabis. Con respecto al consumo de tabaco y alcohol, los resultados son dispares.

PALABRAS CLAVE:

Drogas, programa, prevención, líderes

Oxcarbamecepinina en el tratamiento de pacientes politoxicómanos

ANA MENA PÉREZ; AURORA DOLL GALLARDO; AINHOA GARIBI

HGU Gregorio Marañón

Enviar correspondencia a:

Ana Isabel Mena Pérez. Ibiza 43. Madrid 28045. anamenap@gmail.com

RESUMEN:

ANTECEDENTES DEL TEMA

El tratamiento de los síntomas de abstinencia durante la desintoxicación suele ser un paso previo a comunidades terapéuticas de deshabitación. La importancia en el control de la intensidad de los síntomas, radica en evitar el abandono del tratamiento por parte del paciente. Sin embargo los fármacos actuales ponen muchas limitaciones en su utilización en estas patologías. Las benzodiazepinas, uno de los fármacos más usados, tienen un alto poder adictivo, por lo que en los pacientes supone un importante riesgo de dependencia.

Los nuevos antiepilépticos son una nueva posibilidad en el tratamiento, por no existir riesgo de adicción, su perfil de buena tolerancia y la baja tasa de interacciones.

La oxcarbamecepinina pertenece a esta familia de fármacos, en este estudio plantearémos dos novedades: los pacientes reclutados son politoxicómanos (frente a pacientes con un único consumo) más cercano a la realidad clínica actual y valorar la eficacia de la oxcarbamecepinina en el tratamiento del craving cocaínico.

OBJETIVOS

1. Valorar la eficacia de la oxcarbamecepinina en el tratamiento de los síntomas de la abstinencia.

2. Valorar si el tratamiento de oxcarbameceptina disminuye los niveles de impulsividad.
3. Determinar si usar oxcarbameceptina en la desintoxicación disminuye la necesidad de utilizar benzodiazepinas.

MÉTODO

Reclutamos 40 pacientes de la Unidad de Desintoxicación del Hospital Gregorio Marañón, donde estuvieron ingresados durante 10 días. Seleccionamos al azar a 20 que tratamos con oxcarbameceptina y benzodiazepinas si era necesario, y al otro grupo un tratamiento habitual sin oxcarbameceptina.

Registramos el sexo, la edad, los hábitos tóxicos, enfermedades médicas, otros diagnósticos psiquiátricos, dosis de benzodiazepinas en equivalentes al alta. Utilizamos las siguientes escalas

- Alcohol: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar)
- Opiáceos: Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)
- Cocaína: Cocaine Craving Questionnaire (CCQ)
- Gravedad del cuadro : Clinical Global Impresión (CGI).
- Impulsividad : Impulsivity Rating Scale (IRS).

RESULTADOS

El perfil demográfico y de consumo de los dos grupos se resumen en el siguiente párrafo:

- Controles: 14 varones y 6 mujeres; edad media: 37.1; VIH: 35%; VHC: 80%.
- Casos: 17 varones y 3 mujeres; edad media: 36.55; VIH: 45%; VHC: 85%.

En cuanto al perfil del consumo todos los pacientes tienen un consumo mixto: alcohol 95%, cocaína 80%, opiáceos 90%. La media de consumo: cocaína 1,02 gramos/día (DS 0,59), alcohol 264,05 mg/día (DS 104,44), metadona 66, 94 mg/día, y otros opiáceos 0,15 mg/día (DS 0,007).

La cantidad de benzodiazepinas al alta, en el grupo control es de: 59,01 mg (DS 17,80) vs el grupo en tratamiento con oxcarbameceptina en el que la media es 24,25 mg (DS 20,48). La diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa con $p < 0,05$.

Las puntuaciones de las escalas de abstinencia al alta son: la CIWA una media 6,22 (DS 3,3), la SOWS una media de 8,68 (DS 1,5) sobre 30 ambas corresponden al intervalo de síntomas leves. La CCQ media es de 146,75 (DS 26,52) sobre 315 puntos máximo de la escala, nivel de craving leve-medio.

La CGI es una escala cualitativa en la que los 20 casos se han considerado como una patología grave y en 19 la mejoría fue importante.

En la IRS la media es de 4,3 (DS 2,4) corresponde con niveles reducidos de impulsividad.

Tampoco se observaron interacciones con otros fármacos, especial atención a los retrovirales.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la oxcarbameceptina ha demostrado ser efectiva en el control de síntomas de la abstinencia, sin producir efectos secundarios importantes, y disminuyendo de forma importante la dosis de benzodiazepinas. La dosis de oxcarbameceptina ha sido 1200 mg/día, pero esta no es la dosis máxima, por eso en futuros estudios se debería aumentar, porque podría eliminar la necesidad de utilizar benzodiazepinas.

Por otra parte la oxcarbameceptina parece disminuir los niveles de impulsividad que podría ser importante para mejorar el pronóstico.

PALABRAS CLAVE:

Oxcarbameceptina politoxicomanía

Prevalencia de infección por VHB, VHC y VIH durante 2005

ANA ISABEL MENDO ANEGO; ANA BELEN ÁREVALO BLAZQUEZ; M^a INMACULADA GARCÍA-MARTÍN GARCÍA-MARTÍN; M^a VICTORIA BOTICARIO VILLARROEL; M^a PAZ MATEOS AYÚCAR

Enviar correspondencia a:
Ana Isabel Mendo Anego. victoriaboticario@hotmail.com

RESUMEN:

En este trabajo realizamos una revisión del estado serológico frente a los Virus de la Hepatitis B y C, y frente al virus de la Inmunodeficiencia Humana, de los pacientes tratados en el Centro Extremeño de Drogodependencias de Cáceres, a lo largo del año 2005, independientemente de la sustancia que motivó su inicio de tratamiento. Los datos han sido recogidos de las historias clínicas de nuestro centro.

Comorbilidad psiquiátrica en pacientes ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria: evolución en el tiempo

D. MIGUEL ARIAS; C. VÁZQUEZ VENTOSO; M.J. ÁVILA GONZÁLEZ; R. GONZÁLEZ MARTÍNEZ; S. SEGADE RODRÍGUEZ; M. SERRANO CARTÓN

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza. A Coruña

Enviar correspondencia a:
Domingo Miguel Arias. CHU Juan Canalejo- Marítimo de Oza. C/ Las Jubias de Arriba, 84. A Coruña 15006. dmigari@canalejo.org

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN: La cronificación de los pacientes drogodependientes, junto al aumento del consumo de estimulantes determina, entre otros factores, el aumento diagnóstico de trastornos psicopatológicos asociados, que con cierta frecuencia precisan su ingreso hospitalario. Por otro lado, la estabilización de estos pacientes en programas de mantenimiento con antagonistas hace que se hayan reducido las indicaciones de desintoxicación. Ante esta situación, las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria deben adaptarse a estas nuevas necesidades, aunque en ocasiones se ha optado por la creación de unidades específicas de patología dual. En este trabajo analizamos la presencia de esta comorbilidad psiquiátrica en los pacientes ingresados en una UDH, así como su evolución a lo largo de los últimos 8 años.

METODOLOGÍA: Se consideran todos los pacientes (n=429) ingresados en una UDH desde 1998 hasta el 2005. La información es recogida mediante cuestionario elaborada al efecto que incluye datos sociodemográficos.

cos, toxicológicos, clínicos y terapéuticos. Los diagnósticos se realizan según criterios DSM-IV. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

RESULTADOS: Se aprecia una prevalencia alta de comorbilidad psiquiátrica entre los pacientes ingresados en la UDH, que constituye el motivo de ingreso en un 21,4 %. Así mismo, se observa como esta prevalencia va aumentando a lo largo de los últimos años: Mientras que en 1998 y 1999 ingresaban por esta causa el 8% y 16% respectivamente, a partir del 2003 estos porcentajes se sitúan en torno al 30-40 %. Los diagnósticos más habituales corresponden al eje II, aunque cada vez se diagnostican más cuadros psicóticos y afectivos.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de trastornos psiquiátricos en pacientes drogodependientes está aumentando en los últimos años.
- Estos pacientes con frecuencia requieren ingreso hospitalario ante la imposibilidad de manejo ambulatorio de las crisis agudas.
- Las UDHs constituyen el marco óptimo para el tratamiento de pacientes con esta comorbilidad.

PALABRAS CLAVE:

Comorbilidad, patología dual, UDH.

Cocaína como droga motivo de ingreso en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

**D. MIGUEL ARIAS; C. VÁZQUEZ VENTOSO; M.J. ÁVILA GONZÁLEZ; S. GONZÁLEZ BARDANCA;
E. FONTELA VIVANCO; M, SERRANO CARTÓN**

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza. A Coruña

Enviar correspondencia a:

Domingo Miguel Arias. Servicio de Psiquiatría. CHU Juan Canalejo- Marítimo de Oza. C/ Las Jubias de Arriba, 84. A Coruña 15006. dmigari@canalejo.org

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN. En los últimos años hemos asistido a un cambio en los patrones de abuso de sustancias, con un aumento significativo del consumo de estimulantes. Este cambio ya se ha trasladado a las unidades de tratamiento ambulatorio de drogodependientes y más recientemente a las unidades hospitalarias. En el presente trabajo estudiamos la relevancia del consumo de cocaína en los ingresos en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria a lo largo de los últimos 8 años, así como su relación con el cambio de perfil de los pacientes ingresados.

METODOLOGÍA. Se consideran todos los pacientes (n=429) ingresados en una UDH desde 1998 hasta el 2005. La información es recogida mediante cuestionario elaborada al efecto que incluye datos sociodemográficos, toxicológicos, clínicos y terapéuticos. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

RESULTADOS. Del total de pacientes ingresados en el periodo de estudio, en alrededor del 10% la cocaína figuraba como droga motivo de ingreso. Pero si consideramos los porcentajes por cada año, observamos como estos han ido aumentando de forma significativa, pasando de un 4,2% en el año 1998 a un 20,8% en el 2005. Este aumento del consumo de cocaína también se ha asociado con un aumento de la sintomatología psicopatológica asociada.

CONCLUSIONES

- Se constata un aumento de la presencia de cocaína como droga motivo de ingreso
- También se observa una elevada presencia de esta sustancia como droga asociada a los opiáceos
- El abuso de cocaína con frecuencia requiere el ingreso hospitalario con el fin de contener el consumo compulsivo o bien por las complicaciones psicopatológicas asociadas.

PALABRAS CLAVE:

Cocaína, UDH, patología dual.

Evaluación psicológica y del consumo de drogas en pacientes HIV positivos candidatos a trasplante hepático

M. MONRAS*; **N. FREIXA***; **A. RIMOLA*****; **J.M. MIRÓ******; **J. BLANCH*****; **M. LAGUNO******; **A. MORENO******

* Unidad de Alcoholología-Servicio de Psiquiatría. Instituto de Neurociencias.

** Servicio de Hepatología.

*** Servicio de Psiquiatría.

**** Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS

Enviar correspondencia a:

Miquel Monras. Unidad de Alcoholología-Hospital Clínic de Barcelona. C/. Villarroel, 170. Barcelona 08036. mmonras@clinic.ub.es

RESUMEN:

Introducción: La inclusión de pacientes HIV positivos (HIV+) en los protocolos de evaluación como candidatos a trasplante hepático (TH) supone introducir unos nuevos pacientes con características muchas veces desconocidas a priori, que podrían suponer dificultades para las que no estuvieran preparados los equipos sanitarios. Especialmente son desconocidas sus características psicosociales y respecto del consumo de drogas.

Material y Método: El objetivo es estudiar las características psicoconductuales, actitudinales y sociofamiliares en una cohorte de 19 pacientes HIV+ evaluados consecutivamente en la Unidad de Alcoholología del Hospital Clínic de Barcelona (UA-HCB). Todos fueron evaluados previamente por los servicios de Hepatología y Enfermedades Infecciosas acerca de la idoneidad del trasplante hepático para la patología hepática que presentan y por la estabilización de su enfermedad infecciosa.

Resultados: El 89,5% son varones y la edad $40,8 \pm 3,3$ años. Su nivel intelectual se sitúa en la normalidad. La causa del HIV+ es la adicción a drogas (opiáceos) por vía parenteral (ADVP) en 13 pacientes (68%), en 2 (11%) son las relaciones sexuales (la mitad homosexuales) y los 4 (21%) restantes niegan saber la causa.

La actitud frente a la evaluación del consumo de drogas es sincera sólo en 2 pacientes (10% de casos) mientras 11 (58%) colaboran pasivamente. Los seis (32%) restantes muestran una actitud parcial o totalmente defensiva o negadora.

Respecto la enfermedad orgánica se muestran conscientes 10 pacientes (52,6%) y de la dependencia alcohólica 7 (36,8%). En cambio hay evidencia de abuso o dependencia alcohólica en 13 (68%) pacientes y en 4 casos el patrón de consumo no ha podido aclararse por la falta de colaboración del paciente. Sólo en 2 casos el consumo de alcohol no ha sido nunca abusivo. También hay antecedentes personales por problemas relacionados con el consumo de alcohol en 18 casos.

Ha consumido opiáceos 12 (63,2%) pacientes (en otro hay la sospecha), cannabis 16 (84,3%) y cocaína 10 (52,7%) pacientes. Todos los pacientes han consumido benzodicepinas, en 9 (47,3%) casos con historial de abuso.

Hay antecedentes familiares de problemas con el consumo de alcohol en 14 (73,4%) pacientes y con AVDP en 5 (26,3%). Hay 15 casos con antecedentes psicopatológicos personales y 11 con antecedentes psicopatológicos familiares.

Han existido tratamientos alcohológicos en 6 casos, psiquiátricos en 6, antidepresivos en 4 y por otras drogas en 8 casos. También existe desestructuración familiar en 11 casos, utilización de Servicios Sociales en 11, inmigración en 3, estancias en la cárcel en 2, deterioro neuropsicológico en 7 y probable trastorno de la personalidad en 12 casos.

Finalmente la evaluación psicológica descartó a siete pacientes, tres exclusivamente debido a su problemática a nivel psicológico y con las drogas y otros cuatro a su combinación con otras contraindicaciones orgánicas. Once pacientes fueron aceptados y un paciente falleció durante el proceso de evaluación.

Discusión: Existe una muy elevada prevalencia de psicopatología, trastornos de la personalidad, desestructuración familiar y social y abuso de alcohol y drogas en los pacientes HIV+ candidatos a TH. Ello probablemente se relaciona con una escasa conciencia de problemas con su uso y con una actitud muchas veces defensiva e insincera ante su exploración. Los pacientes rechazados son precisamente los menos conscientes de sus problemas psicológicos y con las drogas, y los que tienen peor cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. Es necesario por tanto una evaluación psicológica y social muy exhaustiva, por el elevado riesgo de ocultación de información significativa y trascendente con vistas al trasplante hepático y para el posterior seguimiento y control de su evolución.

PALABRAS CLAVE:

Alcoholismo, abuso de drogas, trasplante hepático, VIH, evaluación psicológica.

Rasgos psicopatológicos de personalidad en jugadores patológicos, alcohólicos y cocainómanos. Datos preliminares

BERNARDO MORENO JIMÉNEZ; JOSÉ MIGUEL RODRIGUEZ MOLINA; ANA MARÍA AVILA MUÑOZ

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud; Universidad Autónoma de Madrid.

Enviar correspondencia a:

José Miguel Rodríguez Molina. Campus universitario de Cantoblanco. Facultad de Psicología; Despacho 11. Madrid 28049. jm.rodriguez@uam.es

RESUMEN:

El estudio de la personalidad en adictos es un tema recurrente en Psicología. Tradicionalmente se han intentado buscar rasgos de personalidad previamente alterados que sirviesen para pronosticar la futura adicción.

En otras ocasiones se ha tratado de ver qué alteraciones de personalidad (fundamentalmente rasgos psicóticos o neuróticos) podían producirse a consecuencia del consumo prolongado de sustancias adictivas.

Sin embargo, la existencia de un instrumento de medida como el MCMI-II de Millon, permite realizar un trabajo mucho más centrado en aquellos rasgos de personalidad de carácter psicopatológico que tienen una relación directa con las clasificaciones de enfermedad mental al uso (DSM-IV y CIE-10).

En nuestro trabajo se aplicó el MCMI-II a tres grupos de:

- Jugadores patológicos
- Alcohólicos
- Cocainómanos.

Los resultados de un primer análisis muestran que los rasgos que aparecen como más alterados son (al margen de abuso de alcohol y abuso de drogas) los que definen una personalidad de tipo:

1. Histriónica
2. Narcisista
3. Compulsiva
4. Antisocial
5. Hipomanía y
6. Límite

En estos momentos se está llevando a cabo el estudio diferencial de los tres grupos.

PALABRAS CLAVE:

Juego patológico, alcohol, cocaína, personalidad, rasgos, psicopatología

Evaluación de los pacientes ingresados en unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH) durante el 2005

E. OCHOA; A.J. DOÑA; E. SALVADOR; A. GALLO; M. MARTÍN; A. CONEJO; A. PÉREZ

Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid.

Enviar correspondencia a:

Enriqueta Ochoa. Crta Colmenar Km 9,100. Madrid. 28034. eochoa.hrc@salud.madrid.org

RESUMEN:

OBJETIVO. Valorar el perfil de los pacientes remitidos a UDH (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) desde los dispositivos ambulatorios de la Comunidad de Madrid. La UDH consta de 2 camas concertadas con la Agencia Antidroga que se ubican dentro de la Unidad de Psiquiatría.

MÉTODOS. Se incluyeron todos los pacientes, 48 en total, que ingresan en la UDH del Hospital Ramón y Cajal durante el año 2005. La evaluación se realizó mediante entrevistas clínicas y un protocolo semiestructurado (1).

RESULTADOS. Se realizaron 48 ingresos, siendo 44 (91'6%) hombres y 4 (8'4%) mujeres, mayoritariamente solteros (60'42%) o separados (31'25%). La media de edad fue de 38 años, oscilando entre los 17 y los 60 años. El 34'03% de los pacientes había realizado únicamente estudios primarios, habiendo obtenido el graduado escolar un 42'55% de ellos; encontramos 1 solo paciente con estudios universitarios. La principal fuente de ingresos de los pacientes estudiados consistió en una pensión por incapacidad, encontrándose una buena parte de ellos en situación de desempleo sin subsidio. En el momento del ingreso la mayoría (79'16%) no tenían causas judiciales pendientes.

El porcentaje de pacientes en los que se encontró comorbilidad con enfermedades somáticas y psiquiátricas fue:

- VIH + en un 56'25%
- VHC + en un 79'16%
- VHB + en un 37'5%
- Patología psiquiátrica concomitante en 68'75%

Del total de pacientes estudiados, el porcentaje de reingresos en UDH fue de 68'75%, encontrando pacientes que tenían hasta 7 ingresos previos.

Los hallazgos más relevantes en relación al tipo de tóxico cuya desintoxicación motivó el ingreso fueron:

1. Un total de 25 pacientes (52,08 %), ingresaron para desintoxicación de cocaína, bien sola (10), o asociada a otros tóxicos, como heroína, benzodiazepinas o alcohol (15 en total), siendo la combinación más frecuente con la heroína (7 pacientes).

2. 24 pacientes (50 %) ingresaron para desintoxicación de alcohol, de los cuales sólo 8 (17 % del total) no realizaron ningún otro tipo de desintoxicación, que sí se realizó en el 34% restante (16) .

3. 18 pacientes (37.5%) ingresaron para desintoxicación de benzodiazepinas, siendo especialmente frecuente entre ellos la combinación de dicha desintoxicación con la de alcohol (13 pacientes, 27%).

La estancia media fue de 10.35 días, incluyendo 4 pacientes que sólo permanecieron durante un día en el hospital, tras solicitar el alta voluntaria. El 89% de los pacientes completaron con éxito el proceso de desintoxicación.

CONCLUSIONES. La demanda mayoritaria de desintoxicación hospitalaria en la actualidad se realiza para alcohol y benzodiacepinas, con frecuencia combinados entre sí y con cocaína. Las desintoxicaciones hospitalarias de heroína son casi inexistentes en el momento actual, así como las de metadona, sustancia consumida por una gran parte de los pacientes pero de la que no se demanda desintoxicación o reducción de dosis.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Protocolo habitual del centro, publicado en: Baca-García E, Madoz-Gúrpide A: Protocolos de recogida de datos en una unidad de toxicomanías con "Clínica de naltrexona". En: Ochoa Mangado E. Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona. Col. Psiquiatría 21. Dir. Prof. Sáiz Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. Psiquiatría Editores SL; 2001.

PALABRAS CLAVE:

Desintoxicación hospitalaria, metadona, heroína, cocaína, alcohol, benzodiacepinas

Oxcarbamecepinas en Desintoxicación Hospitalaria de dependientes de alcohol y/o benzodiacepinas

E. OCHOA*; E SALVADOR*; J. RODRÍGUEZ-QUIROS*; A. MADDOZ-GÚRPIDE**

* Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid.

** Centro de Salud Mental de San Blas. Madrid.

Enviar correspondencia a:

Enriqueta Ochoa. Servicio de Psiquiatría. Crta Colmenar Km 9,100. Madrid 28034. eochoa.hrc@salud.madrid.org

RESUMEN:

OBJECTIVO. Valorar la eficacia y seguridad de la oxcarbamecepinas en la desintoxicación de dependientes de alcohol y/o benzodiacepinas (1, 2) que ingresan en UDH (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) en nuestro medio.

MÉTODOS. Se incluyeron todos los pacientes con dependencia de alcohol y/o benzodiacepinas que ingresan para desintoxicación de dichas sustancias en la UDH del Hospital Ramón y Cajal remitidos desde los dispositivos comunitarios desde mayo hasta diciembre de 2005. La valoración de estos pacientes se realizó con: (3)-Historia clínica y protocolo clínico socio-demográfico y toxicológico. (4)-La escala EIDA de gravedad de dependencia alcohólica. Ambas se administraron al ingreso en la Unidad. (5)-La escala CIWA-AR de gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica, administrada diariamente. La dosis de oxcarbamecepinas fue ajustada a la situación clínica del paciente, consumo de alcohol y/o benzodiacepinas, grado de dependencia y gravedad de la abstinencia.

RESULTADOS. 19 pacientes han participado en el estudio, de los que la mayoría (83%) son varones. El 83% se encontraba en programa de mantenimiento con metadona, con una dosis media de 98 mg/día (rango entre 50-180).

El 33% realizaban desintoxicación por su dependencia de alcohol, el 25% lo hacían por su dependencia de benzodiacepinas y 42% presentaban dependencia conjunta de alcohol y benzodiacepinas. El consumo medio de

alcohol al ingreso fue de 190 gr de alcohol por semana, y el de benzodiazepinas fue de 38 mg de diazepam. La escala EIDA de gravedad de dependencia alcohólica, administrada al ingreso osciló entre 28-90.

La media de la escala CIWA durante el ingreso fue de 1,20 con un rango entre 4 y 0. La dosis media de oxcarbamepina fue de 1300 con un rango que osciló entre 900 y 1800 mg/día. Se realizó un ajuste entre el primer y segundo día de ingreso instaurándose entonces las dosis más elevadas, se mantenía al paciente con estas dosis durante 3-4 días, realizándose posteriormente una disminución gradual del fármaco durante un periodo de 5-10 días. El tiempo medio de desintoxicación fue 10 días, con un rango que osciló entre 7 y 18 días. Un paciente precisó tratamiento coadyuvante con clonacepam al presentar intenso nerviosismo y síntomas de abstinencia. Fue bien tolerada en todos los pacientes excepto en un paciente en que fue retirada por erupción cutánea que el paciente relacionó con dicho fármaco.

CONCLUSIONES. Los resultados preliminares señalan que la oxcarbamepina es bien tolerada por los pacientes con dependencia de alcohol y/o benzodiazepinas. La desintoxicación se realizó de forma eficaz en la gran mayoría de los dependientes.

A pesar del pequeño número de pacientes estudiados, la oxcarbamepina parece ser un tratamiento eficaz en la desintoxicación de pacientes dependientes de alcohol y/o benzodiazepinas. Son necesarios más estudios para verificar esta eficacia.

BIBLIOGRAFIA

(1) Croissant B, Scherle T, Dile A, Heinz A, Mann K. Oxcarbamepina in alcohol relapse prevention. A case series. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37(6): 306-307.

(2) Mondon S, Jou J, Monrás M, Gual A. La oxcarbamepina en la prevención del síndrome de abstinencia alcohólico. 13th European Psychiatric Congress. Munich, marzo 2005.

(3) Baca-García E, Madoz-Gúrpide A: Protocolos de recogida de datos en una unidad de toxicomanías con "Clínica de naltrexona". En: Ochoa Mangado E. Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona. Col. *Psiquiatría* 21. Dir. Prof. Sáiz Ruiz J. Barcelona: Ed. Ars Medica. *Psiquiatría Editores SL*; 2001.

(4) Rubio G, Urosa B, Santo-Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica* 1998 (supp 1) 5: 44-47.

(5) Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-AR). *Br J Add* 1989; 84: 1353-1357.

PALABRAS CLAVE:

Oxcarbamepina, desintoxicación, alcohol, benzodiazepinas.

¿Qué hacemos con el alcoholismo en la tercera edad?

RUTH OLMOS; HELENA DÍAZ; SAGRARIO C. TRUEBA; PILAR COLIS

CAD de Hortaleza. Madrid. CSM Torrejón de Ardoz. Madrid

Enviar correspondencia a:
Ruth Olmos Espinosa. C/ Minaya,7. Madrid 28043. olmoser@munimadrid.es

RESUMEN:

INTRODUCCION. Aunque se trata de una población cada vez más numerosa y mejor conservada, con programas sanitarios específicos, los problemas relacionados con el alcohol en la tercera edad no están bien estudiados. Ni siquiera la encuesta domiciliaria que realiza el Observatorio Español sobre Drogas recoge el consumo en las personas mayores de 64 años.

De la totalidad de pacientes atendidos en nuestro Centro durante los años 2003-2005, con el diagnóstico de dependencia y/o abuso del alcohol, el 27,85 son mayores de 60 años. Estaríamos ante un indicador indirecto del aumento de la prevalencia de problemas de alcohol en la tercera edad. Dato que se ve confirmado en la limitada literatura al respecto.

El diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en las personas mayores, esta condicionado por una serie de características sociales especiales, como la falta de soporte familiar, la pérdida de poder adquisitivo, la necesidad de reorganizar el excesivo tiempo libre, y por la presencia de patologías orgánicas, con limitaciones físicas y psíquicas.

En general pocos estudios incluyen a personas de la tercera edad cuando se evalúan tratamientos.

OBJETIVOS. Conocer el perfil sociodemográfico, de la población mayor de 60 años que durante los años 2003-2005, han recibido tratamiento en nuestro dispositivo asistencial y definir el tiempo de evolución de la enfermedad, el tratamiento recibido y la respuesta al mismo.

MATERIAL Y METODO. Para ello se han revisado las historias clínicas de 61 pacientes mayores de 60 años, con diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol, recogiendo las variables sociodemográficas de sexo, edad, nacionalidad, estado civil, núcleo de convivencia, estudios y situación laboral. Y las variables clínicas relacionadas con la evolución de la enfermedad, factores desencadenantes, el tiempo de tratamiento y resultado terapéutico.

Los datos obtenidos han sido analizados utilizando las pruebas estadísticas de medias, frecuencias absolutas y relativas.

CONCLUSIONES. Entre las conclusiones obtenidas cabe destacar, el perfil prototipo de nuestra población muestral es el de un varón, de 64,65 años de edad, de nacionalidad española, casado, con estudios primarios cursados y en situación de incapacidad laboral permanente.

Las actuaciones terapéutica más frecuente son el consejo médico y la intervención sociofamiliar. Esta última con un doble objetivo, informar y orientar a la familia sobre las características de la dependencia alcohólica y del proceso terapéutico, e intervenir en los conflictos convivenciales derivados de dicho consumo. Entre los conflictos más frecuentes destacan la ruptura o deterioro de la comunicación entre los miembros de la familia, así como el aislamiento social. Se intenta ayudar a mejorar o restablecer los vínculos familiares y sociales, favoreciendo la integración adecuada del individuo en su medio para evitar la exclusión social.

El tiempo medio de atención en el centro de los pacientes dados de alta fue de diez meses, frente a los 4 meses de los que abandonaron el tratamiento, el 44,26% de los pacientes fue dado de alta por mejoría.

Esto nos indica que es una población que se beneficia de una intervención terapéutica dirigida a su problema con el alcohol.

PALABRAS CLAVE:

Tercera edad, Abuso/Dependencia alcohol, Pronóstico

Sistema cannabinoide y regulación de la conducta alimentaria: III. El receptor para cannabinoides CB1 y la enzima hidrolasa de ácidos grasos (FAAH) están presentes en la mucosa gástrica humana

M.R. PAZOS¹; R.M. TOLÓN¹; C. BENITO¹; E. NÚÑEZ¹; F. ARIAS²; J.J. GORGOJO³; M. NEVADO⁴; M. ÁLVAREZ⁵; F. ALMODÓVAR³; J. ROMERO¹

(1) Laboratorio de Apoyo a la Investigación.

(2) Unidad de Psiquiatría.

(3) Unidad de Endocrinología.

(4) Unidad de Patología.

(5) Unidad de Cirugía, Fundación Hospital Alcorcón.

Enviar correspondencia a:

Francisco Arias Horcajadas. Alcorcón 28922. Madrid. farias@fhalcorcon.es

RESUMEN:

Datos experimentales previos sugieren que los receptores CB1 están implicados en la regulación de la homeostasis energética y la conducta alimentaria. Entre los efectos de los cannabinoides destacan la inhibición de la secreción ácida, descenso de la movilidad gástrica y regulación de la ingesta. Hasta este momento se creía que estos efectos estaban mediados por los receptores CB1 localizados en los terminales nerviosos vagales que inervan el sistema digestivo. Sin embargo, existen pocos datos sobre la presencia y posible función de los componentes del sistema endocannabinoide en el tracto digestivo humano. El objetivo de este trabajo es estudiar la presencia y distribución de estos componentes en la mucosa gástrica humana. Para llevar a cabo el estudio utilizamos biopsias gástricas de individuos sanos para hacer inmunohistoquímica, inmunofluorescencia, western y RT-PCR. Nuestros resultados indican que, tanto el receptor CB1 como la FAAH, están presentes en una población celular específica de la mucosa gástrica; se trata de células de gran tamaño y que presentan un marcaje citoplasmático. Por otra parte, no se ha detectado la presencia del receptor CB2 en mucosa gástrica. Mediante doble inmunofluorescencia con un anticuerpo específico anti-H⁺/K⁺-ATPasa podemos concluir que las células que expresan CB1 y FAAH son las células parietales u oxínticas secretoras de ácido. Estos resultados han sido confirmados por western-blot y RT-PCR. Con estos datos se demuestra la presencia de CB1 y FAAH en la mucosa gástrica humana lo que sugiere que existen diferencias entre la mucosa humana y la de otros mamíferos.

PALABRAS CLAVE:

Mucosa gástrica humana, células parietales, receptor CB1, enzima amidohidrolasa de ácidos grasos.

Proyectos de colaboración transfronteriza de la U.E.: balance de la experiencia luso-galaica en drogodependencias: 1998-2006

V. PEDREIRA, L. RIOS, I. CARRERA, M. BRITO, J. MORÁN Y T. MOTA

Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade - Xunta de Galicia. Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodependência de Portugal

Enviar correspondencia a:

Indalecio Carrera Machado. Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. Santiago de Compostela 15703. indalecio.carrera.machado@sergas.es

RESUMEN:

La naturaleza fronteriza de las regiones de Galicia y del Norte de Portugal ha suscitado, a lo largo del tiempo, un conjunto de afinidades históricas, sociales y culturales. La apertura de sus fronteras en el marco de la Unión Europea determinó que la relación entre ambas regiones fuera mucho más estrecha. Esta tradición de convivencia luso-galaica es bien antigua (recordar el "viejo" Reino de Galicia y su Condado Portucalense) y se materializa actualmente en la Eurorregión formada por Galicia y el Norte de Portugal, configurando un espacio de fuerte relación social, económica y cultural, con un gran potencial de desarrollo futuro.

En este contexto debemos situar la Comunidad de Trabajo Galicia-Norte de Portugal, constituida el 31 de octubre de 1991 al amparo del Acuerdo Constitutivo elaborado en base al Convenio Marco Europeo de 1980, sobre la Cooperación Transfronteriza entre Comunidades y Autoridades Territoriales del Consejo de Europa. Esta Comunidad de Trabajo fue creada para promover y facilitar una dinámica de encuentros regulares entre Galicia y el Norte de Portugal, abordando asuntos de interés común, coordinando iniciativas y explorando posibilidades de solución a los problemas comunes, a través de acuerdos u otras propuestas a las autoridades competentes.

En este marco y desde 1998, vienen trabajando conjuntamente la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, a través del Plan de Galicia sobre Drogas, y la entonces denominada Direção Regional do Norte de Portugal do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, actualmente Delegação Regional do Norte do Instituto das Drogas e Toxicodependências, articulando varios proyectos de colaboración.

Ambos socios, elaboraron una estrategia inicial en base a cuatro posibles líneas de cooperación, a raíz de las cuales se elaboraron once proyectos conjuntos. Dada la envergadura económica de algunos de ellos, se priorizó su candidatura a las ayudas comunitarias a través de las distintas convocatorias del Programa de Iniciativa Comunitaria Interreg III A, España-Portugal.

Hasta la actual 3ª convocatoria, se han presentado un total de siete proyectos de cooperación transfronteriza, cuatro de los cuales han sido aprobados por el correspondiente Subcomité de Gestión del Subprograma I: Galicia-norte de Portugal. Sin embargo, a la hora de reelaborar los proyectos, tras su inicial aprobación, se tuvo en cuenta incluir en el proyecto definitivo, las acciones de mayor relieve para la consolidación e institucionalización de los mecanismos de cooperación transfronteriza, promoviendo así el desarrollo de niveles de integración social entre los espacios transfronterizos, especialmente en el campo de la salud e incorporación social, para un colectivo tan desfavorecido y estigmatizado, como es el caso de la población drogodependiente en ambas comunidades.

En la presente comunicación nos proponemos presentar una evaluación de estos proyectos de cooperación y gestión bilateral, analizando su desarrollo, problemas en la ejecución de sus acciones, grado de consecución de los objetivos planteados, fortalezas y debilidades, teniendo en cuenta, fundamentalmente, la prioridad y sostenibilidad de los mismos.

En definitiva, aunque la geografía sitúe a Galicia y al norte de Portugal en posición periférica, tanto en el contexto europeo como en el peninsular, esperamos que estos proyectos no sean más que la punta de un iceberg

que progresivamente vaya aflorando y potencie la actuación conjunta de la población luso-galaica en la línea de ese anhelo de la Comunidad de Trabajo Galicia-Norte de Portugal y extensible a todos, como ciudadanos europeos que somos:

“que el río Miño no separe dos casas, sino dos habitaciones de una misma casa”.

PALABRAS CLAVE:

Drogo dependencias, evaluación, proyectos de cooperación transfronteriza, Interreg III-A, U.E.

Consumidores de cannabis “no problemáticos”: diferencias en personalidad con población general y adictos en tratamiento

EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ, JUAN CHICHARRO ROMERO Y CRISTINA REDONDO CARMENA

CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid

Enviar correspondencia a:

Eduardo Pedrero Pérez. CAD 4 San Blas. Alcalá, 527. Madrid 28027. ejpedrero@yahoo.es

RESUMEN:

OBJETIVOS: Conocer las diferencias en rasgos y variables de personalidad que presentan los sujetos consumidores habituales de cannabis sin problemática asociada, en relación a dos muestras equiparadas en edad y nivel de estudios, una de población general y otra de pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias.

MATERIAL Y MÉTODO: Procedimiento: Los criterios para incluir en la muestra de consumidores de cannabis “no problemáticos” (CCNP) son: (1) Acudir al CAD a consecuencia de una sanción administrativa por consumo en la vía pública; (2) Ser consumidores habituales de cannabis; (3) No cumplir los criterios DSM-IV-TR de abuso o dependencia de cannabis u otras sustancias; (4) Ser capaces de mantener abstinencia continuada en el consumo de cannabis durante un periodo de tres meses, sometidos a controles toxicológicos; y (5) No requerir para ello tratamiento específico. Se administran los cuestionarios en el momento de ser atendidos en el servicio, siempre que la persona se encuentre estabilizada, descartándose para la muestra en caso contrario.

Sujetos: Muestra de 28 sujetos que cumplen estos criterios ($m_{\text{edad}}=27 \pm 8.4$). Se obtienen, además, dos muestras equiparadas en edad y nivel de estudios, una de población general ($N=27$; $m_{\text{edad}}=28.3 \pm 8.1$) y otra de pacientes en tratamiento por adicción a sustancias (opiáceos, cocaína, alcohol, cannabis y benzodiacepinas; $N=63$; $m_{\text{edad}}=27.2 \pm 8.6$).

Instrumentos: Historia clínica y toxicológica, Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R, versión española de Gutiérrez-Zotes y cols., 2004) y Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP, Pedrero Pérez y cols., 2005).

Análisis de datos: Paquete estadístico SPSS 10 W. Realizamos comparación de medias (pruebas paramétricas y no paramétricas).

RESULTADOS. No se aprecian diferencias significativas en ninguno de los rasgos medidos por el TCI-R entre el grupo de CCNP y la muestra de población general, pero sí las hay cuando los comparamos con la muestra normativa utilizada para la validación del cuestionario: los CCNP presentan puntuaciones más elevadas en Búsqueda de Novedad y más bajas en Autodirección. Cuando comparamos a los CCNP con el grupo de adictos en tratamiento aparecen diferencias significativas en las medias obtenidas en Búsqueda de Novedad ($p < 0.05$) más alta en adictos que en CCNP, Autodirección ($p < 0.01$) y Cooperatividad ($p < 0.05$), más altas en CCNP que en adictos en tratamiento.

Lo mismo sucede al comparar los grupos en las variables medidas por el VIP. No se aprecian diferencias significativas entre CCNP y población general, mientras que, al comparar a los CCNP con el grupo de adictos se observa significación en las diferencias de medias obtenidas en Autoestima ($p < 0.01$), Autoeficacia General ($p < 0.001$), Optimismo ($p < 0.05$), Habilidades Sociales ($p < 0.05$), Autocontrol ($p < 0.001$) y Afrontamiento Centrado en la Tarea ($p < 0.01$), menores en el grupo de adictos, mientras que éstos puntúan más alto en Afrontamiento Centrado en la Emoción ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES. No aparecen diferencias entre consumidores no problemáticos de cannabis y población general cuando se controla la edad. Sí en cambio entre aquéllos y los adictos a esta u otras sustancias que requieren tratamiento. La interacción entre rasgos de personalidad y consumo de cannabis puede explicar la aparición de problemas asociados al consumo. Por el contrario, personas con sólidas estructuras de personalidad posiblemente no desarrollen patrones de abuso y dependencia para esta sustancia. Los resultados tienen implicaciones de cara a los programas de prevención en la medida en que la detección precoz de determinados patrones comportamentales, antecedentes de diversas estructuras de personalidad, identificaría a sujetos con mayor vulnerabilidad a los efectos de la sustancia y mayores probabilidades de desarrollar patrones problemáticos de consumo de esta u otras drogas.

LIMITACIONES. Hubiera sido más adecuado que el grupo de adictos se hubiera limitado a consumidores problemáticos de cannabis, pero no contamos con una muestra suficiente (sólo 1 de la muestra de 63, el 1.6%, porcentaje similar al observado en la población tratada en su conjunto). Tampoco contamos con muestras de consumidores no problemáticos de otras sustancias que no tienen razones, como multas, para acudir al CAD.

Screening de TDAH en pacientes en tratamiento por abuso/dependencia de sustancias, utilizando el ASRS v1.1.

EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ; CARMEN PUERTA GARCÍA

CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

Enviar correspondencia a:

Eduardo Pedrero Pérez. CAD 4 San Blas. Alcalá, 527. 28027 MADRID. ejpedrero@yahoo.es

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Existe una gran actividad investigadora en torno a la posible existencia de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto como una entidad diagnóstica a considerar, más allá de la residualidad de los síntomas, y su relación con los trastornos por uso de sustancias. Contamos con un instrumento de screening inicial de sencilla aplicación, el ASRS v1.1 de la OMS, para estimar la existencia actual de síntomas.

OBJETIVOS: Detectar la posible existencia de este trastorno en la población tratada por abuso o dependencia de sustancias.

MATERIAL Y MÉTODO: Participantes: Obtenemos una muestra no seleccionada de 181 sujetos en tratamiento por abuso/dependencia de sustancias en un Centro de Atención a Drogodependencias (CAD 4 San Blas). De ellos, 112 se encuentran en Programa de Metadona y 69 en tratamiento por problemas con alcohol o cocaína. Son 149 varones y 32 mujeres.

Instrumento: Utilizamos la versión de 6 ítems de la Escala de Detección del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH) del Adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) de la Encuesta Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, Organización Mundial de la Salud). Los 6 ítems se contestan en una escala Likert de 5 opciones; se estima como criterio de existencia que se obtenga una puntuación de 4 o más síntomas. Los tres primeros puntúan si se contesta entre "A veces" y "Muy frecuentemente" y los tres últimos sólo entre "Frecuentemente" y "Muy frecuentemente".

Procedimiento: Se administra el ASRS v1.1 en el transcurso de una entrevista de seguimiento.

Análisis de datos: Paquete estadístico SPSS 10 W.

RESULTADOS. El 16% de la muestra alcanza la puntuación criterio. Casi la mitad (48.3%) se encuentran en Programa de Metadona. Sin embargo, sólo el 12.5% de los consumidores heroína presentan puntuaciones criterio, el 9.1% de los atendidos por alcohol y el 33.3% de los atendidos por cocaína. Aplicando la prueba de Chi cuadrado, se aprecia que estas distribuciones difieren significativamente de las esperadas ($p < 0.01$), de modo que los consumidores de cocaína en tratamiento presentan el doble de frecuencia (12/5.8), mientras que tanto los consumidores de heroína en tratamiento con metadona (14/17.9) como, y especialmente, los tratados por alcohol (3/5.3) presentan una frecuencia inferior a la esperada. El porcentaje de varones con puntuaciones criterio es de 18.3%, y un 21.9% entre las mujeres, que se corresponden con lo esperado en la muestra, aunque la proporción de mujeres consumidoras de cocaína y con puntuaciones criterio de TDAH es casi el doble de la esperada (1.7).

CONCLUSIONES: La prevalencia del 16% encontrada mediante el ASRS v1.1 coincide con la encontrada en otra muestra en nuestro CAD utilizando el Wender Utah Rating Scale (50%) y el Parent Rating Scale (que reduce ese 50% a un 18%). También coincide, aunque en el rango inferior, con la prevalencia estimada en estudios recientes (Wilens, 2004) de entre el 15 y el 25%. Sin embargo, hay que considerar que los Criterios

de Utah establecen tres normas generales: que los síntomas estén presentes en la actualidad, que se acredite que lo estuvieron desde la infancia y que se descarten otras entidades mórbidas, como el Trastorno Límite de Personalidad. Ello obligaría a combinar ambos métodos. En nuestra muestra al menos 6 personas con puntuación criterio en el ASRS v1.1 presentan también criterios para un TLP y deberían ser excluidas, lo que dejaría la prevalencia en un 13.3%.

El hallazgo más importante es la prevalencia diferencial según la droga consumida: el 33.3% de los consumidores de cocaína en tratamiento presentan puntuaciones criterio, lo que podría avalar la hipótesis de la automedicación en el uso de estimulantes. La proporción de mujeres casi duplica la esperada, aunque estos datos deben tomarse con cautela dado lo reducido de las muestras.

El ASRS v1.1 se ofrece como un instrumento adecuado para la orientación del diagnóstico de TDAH en el adulto, lo que unido a su gran sencillez de administración y a su ajuste a los criterios CIE-10 lo dotan de una gran utilidad.

Consumo de alcohol, accidentes de tráfico y otros aspectos relacionados con la seguridad vial en una población de usuarios de drogas en programa de tratamiento con metadona

CÉSAR PEREIRO GÓMEZ

*Unidad Asistencial de Drogodependencias de A Coruña (ACLAD).

**Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia

Enviar correspondencia a:

Cesar Pereiro. Unidad Asistencial de Drogodependencias de A Coruña. C) Ermita, 2ªA. Polígono Industrial de A Grela. - A Coruña 15008. cesarpereiro@telefonica.net

RESUMEN:

Introducción. Los accidentes de tráfico son la tercera causa de muerte, tras el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y la primera en la población menor de 25 años. En nuestro país la mortalidad relacionada con accidentes de carretera se sitúa en torno a las cinco mil personas año y supone un importante problema de salud pública. Es bien conocido el papel del consumo de alcohol en los accidentes de tráfico, considerándolo como uno de los factores más importantes que intervienen en el origen de los mismos, de tal modo que se ha calculado que si ningún conductor estuviera bajo los efectos del alcohol, la accidentalidad se reduciría en un 39,5% y que si se redujera a la mitad el número de conductores con tasa superior a la legalmente permitida, se reduciría la accidentalidad en un 20%.

El papel de otras drogas, distintas del alcohol, en los accidentes de tráfico es poco conocido por la falta de controles rutinarios de otras sustancias distintas al alcohol. Aunque la investigación indica una repercusión del consumo de sustancias sobre la conducción, ya sea en pruebas de conducción simulada o en estudios epidemiológicos son escasos los estudios en poblaciones clínicas de drogodependientes. Diferentes estudios han concluido que la metadona por sí sola, en pacientes incluidos en programas de mantenimiento no afecta de forma negativa a las habilidades necesarias para la conducción de vehículos. Del mismo modo se señaló también que el consumo simultáneo de metadona y otras sustancias depresoras del sistema nervioso puede afectar a la capacidad para manejar adecuadamente un vehículo. También se ha sugerido que la frecuencia de

consumo de cualquier sustancia, más que el uso de una sustancia específica, puede ser un factor a tener en cuenta a la hora de predecir colisiones en vehículos de motor.

Objetivos. La presente investigación tiene como principal objetivo investigar distintas variables relacionadas con la seguridad vial y consumo de alcohol en pacientes incluidos en programas de mantenimiento con metadona.

Metodología. La investigación se realiza en base a datos facilitados por pacientes incluidos en un programa de metadona que emiten un autoinforme, administración del cuestionario AUDIT y otros datos procedentes de la revisión de las historias clínicas de los pacientes.

Prescripción de antiepilépticos en el tratamiento de las adicciones en Galicia

CÉSAR PEREIRO GÓMEZ*, INDALECIO CARRERA MACHADO, BEGOÑA MEJUTO VAL****

*Unidad Asistencial de Drogodependencias de A Coruña (ACLAD).

**Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia

Enviar correspondencia a:

Cesar Pereiro Gómez. Unidad Asistencial de Drogodependencias de A Coruña. C) Ermita, 2ªA. Polígono Industrial de A Grela. - A Coruña 15008.

cesarpereiro@telefonica.net

RESUMEN:

Introducción: en nuestro país se han incorporado a la prescripción médica varios nuevos antiepilépticos en los últimos años: lamotrigina, gabapentina, topiramato, oxcarbazepina, etc. Inicialmente indicados para el control de crisis parciales, algunos han mostrado un mayor espectro de acción y son fármacos ampliamente utilizados en distintos trastornos psiquiátricos. El diseño de los nuevos fármacos antiepilépticos (FAE) ha pretendido, entre otras aportaciones, ofrecer unas características farmacocinéticas y clínicas más ventajosas. En general son fármacos con buena biodisponibilidad y con una cinética lineal, evitan el metabolismo hepático y la unión a proteínas plasmáticas con lo que no necesitan monitorización de niveles plasmáticos y son mínimas las interacciones entre sí y con otros medicamentos. Los efectos adversos suelen ser tolerables y la incidencia de reacciones idiosincrásicas graves mucho menor que con los FAE clásicos (salvo felbamato y lamotrigina). Según el Ministerio de Sanidad(1), para el año 2002, último del que constan datos publicados, los FAE han sido el grupo terapéutico que mayor coste económico ha experimentado (34,16%), lo que se relaciona de forma clara con la mayor prescripción de este tipo de fármacos sustituyendo a los ya conocidos anteriormente.

Objetivo: Se trata de conocer en que medida el gran incremento observado en la prescripción de nuevos FAE se ha trasladado también al campo del tratamiento de las adicciones en Galicia y aproximarnos a las posibles indicaciones para su uso en el campo del tratamiento de las adicciones, dadas las, cada vez más abundantes, referencias en la literatura científica sobre la idoneidad de algunos fármacos de este grupo como un factor que contribuye a la mejora del área de control de impulsos, área determinante para una recuperación favorable de los enfermos drogodependientes.

Metodología: Con los datos facilitados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consellería de Sanidade se han revisado las prescripciones realizadas por los médicos que trabajan en la Unidades Asistenciales de Drogodependencias del Plan de Galicia sobre Drogas, dependientes de la Consellería de Sanidade, para los últimos años de los que existen datos disponibles (2002- 2005). De las recetas estudiadas se han obtenido las correspondientes al grupo terapéutico de los antiepilépticos (NO3A).

¿Son los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria un ejemplo para los pacientes?

MD. PÉREZ-CÁRCELES*(1), MD. MEDINA ABELLÁN, C. MUÑOZ ARRANZ**, JE. PEREÑÍGUEZ BARRANCO**, E. OSUNA*, M. FALCÓN*, A. LUNA***

* Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

** Centro de Salud. Espinardo. Murcia.

Enviar correspondencia a:
Aurelio Luna. mdperez@um.es

RESUMEN:

Introducción. Uno de los objetivos de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) es que el colectivo de médicos de familia sea un ejemplo de salud a imitar por sus pacientes. El médico de familia es la piedra angular del sistema sanitario resolviendo más del 95% de las demandas de los usuarios. Debido a la cercanía y al conocimiento que tiene de sus pacientes a lo largo de la vida les resulta más fácil prevenir y promover hábitos saludables.

Objetivo. Conocer la prevalencia de problemas relacionados con el alcohol, consumo de tabaco y la motivación para dejar de fumar así como el grado de dependencia a la nicotina.

Emplazamiento. Gerencia de Atención Primaria de Murcia (GAP nº 1)

Diseño. Estudio descriptivo transversal

Participantes. 59 médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (59% de todos los médicos residentes de esta especialidad en la Comunidad Autónoma de Murcia)

Intervenciones. Cuestionario por envío postal que incluía: características sociodemográficas, test de CAGE, test de Fagerstrom, y test de Richmond.

Resultados. Edad media $27,4 \pm 3,2$ años, predominando el sexo femenino (71,2%). El 39% son médicos residentes de familia de 2º año. La prevalencia hallada de trastornos relacionados con el alcohol es de 6,7% (2 preguntas o más positivas al cuestionario CAGE). El 28,8% de los residentes fuma. El 64,7% fuma 10 cigarrillos o menos/día. El 41,1% está motivado para abandonar el consumo, no existiendo ningún sujeto dependiente a la nicotina.

Conclusiones. La prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol y consumo de tabaco son similares a las encontrada en población general, aunque sería razonable esperar que estas prevalencias fueran menores en estos sujetos. La promoción y prevención de la salud debe comenzar por aquellos que deben ser considerados el modelo a seguir por la población en hábitos saludables.

PALABRAS CLAVE:

Alcohol, tabaco, médicos residentes

Retención en el tratamiento de pacientes con dependencia de alcohol

M^a DEL CARMEN PERNÍA HIGUERA, PILAR CABANAS MORENO, ANDRÉS HERRÁN GÓMEZ

Centro de Rehabilitación y de Reinserción de Drogodependencias (CRRD) "Pedrosa" España.

Enviar correspondencia a:

M^a Carmen Pernía Higuera. B^o La Esprilla nº28. Igollo de Camargo 39608 Cantabria. mcperniahiguera@yahoo.es

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes alcohólicos en un Centro Terapéutico Residencial y valorar la influencia de posibles variables en el mismo.

Material y Método: Se evaluaron 111 pacientes ingresados en el C.R.R.D "Pedrosa", en los años 2003-2004, con criterios DSMIV de dependencia de alcohol. Se recogieron características sociodemográficas, toxicológicas, trastornos psiquiátricos (MINI Plus) y personalidad (IPDE abreviado). En el análisis de datos se utilizó el programa SPSS para Windows 8.

Resultados: La muestra estaba constituida por 92 hombres y 19 mujeres, con una media de edad 40.3 ± 9.1 años. El tiempo medio de evolución del alcoholismo era de $15.6 \pm 9,5$ años, con un consumo medio mantenido de 54.1 meses antes del ingreso. Tenían antecedentes de tratamientos previos un 72.1% de los pacientes con una abstinencia media máxima de 11,0 meses. Un 72.1% de la muestra tenía antecedentes personales psiquiátricos, un 85.6% presentaba criterios DSMIV de trastorno psiquiátrico actual (trastorno de personalidad 61.3%, trastorno afectivo 45.9%, trastorno de ansiedad 26.1%, trastorno de memoria y cognitivo 12.6%, trastorno psicótico 7.2%) y un 49.5% había consumido otras drogas en el mes previo a la admisión en tratamiento (44.1% psicofármacos, 44.1% cannabis, 41,8% cocaína, 9.2% opiáceos).

Se mantuvieron en tratamiento menos de 3 meses el 37.8% de los pacientes, entre 3 y 6 meses el 14.4%, entre 6 y 12 meses el 18% y más de 12 meses el 29,7%. Un 40.5% rechazó tratamiento farmacológico de deshabitación y un 45.9% cumplía las prescripciones terapéuticas de forma irregular.

Se observó que la baja adherencia al tratamiento se asociaba de forma significativa con la presencia de causas legales pendientes ($p=0,02$), rasgos antisociales de personalidad ($p=0,02$), y antecedentes psiquiátricos personales ($p=0,003$), con el diagnóstico actual de comorbilidad psiquiátrica (trastorno de ansiedad ($p=0,02$), trastorno psicótico ($p=0,02$) y trastorno de personalidad ($p=0,06$)), con la coexistencia de un consumo perjudicial de otras drogas ($p=0,04$), en especial de cocaína ($p=0,008$) y con el rechazo de tratamiento con adictógenos ($p=0,02$). También de forma estadísticamente significativa se encontró que los pacientes de menor edad ($p=0,01$), menor tiempo de evolución del consumo ($p=0,03$), y menor tiempo de abstinencia mantenida en tratamientos anteriores ($p=0,01$) permanecían menos tiempo en tratamiento.

Conclusiones:

1. El 37.8 % de los pacientes, de la muestra, permanecen menos de 3 meses en el tratamiento.
2. La presencia de policonsumo y/o de un trastorno mental comórbido se asocia con una menor adherencia terapéutica.
3. Los pacientes más jóvenes, con menor tiempo de evolución de la enfermedad y con peor cumplimiento de las prescripciones terapéuticas permanecen menos tiempo en tratamiento.
4. La gravedad de la adicción y la presencia de patología psiquiátrica comórbida influye de forma negativa en la toma de conciencia de la enfermedad, en la motivación al abandono del consumo y, en consecuencia, en la retención en el tratamiento y en el proceso de rehabilitación psicosocial.

Comorbilidad alcoholismo-trastorno de la personalidad

M^a DEL CARMEN PERNÍA HIGUERA

Centro Terapéutico de Rehabilitación y de Reinserción de Drogodependencias (CRRD) "Pedrosa".

Enviar correspondencia a:

M^a del Carmen Pernía Higuera. B^o La Esprilla n^o28. Igollo de Camargo 39608 Cantabria. mcperniahiguera@yahoo.es

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la prevalencia de trastornos de la personalidad en pacientes alcohólicos y su influencia en la evolución de la adicción.

Material y método:

Diseño: estudio transversal de 111 pacientes ingresados en el Centro Terapéutico de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependencias "Pedrosa" que cumplían criterios DSMIV de dependencia de alcohol. Variables: sociodemográficas, toxicológicas (historia clínica de la UPD), antecedentes psiquiátricos y de dependencia familiares y personales, trastornos psiquiátricos (entrevista psiquiátrica semiestructurada MINI Plus), y personalidad (IPDE).

Análisis de datos: SPSS para Windows 8.

Resultados: La muestra estaba constituida por 92 hombres y 19 mujeres, con una media de edad 40.3±9.1 años. Un 61,3% de los pacientes (82,4% varones y 17,6% mujeres), con una media de edad de 36,88±7,85 años presentaba criterios DSMIV de trastorno de la personalidad (T. límite 35,3%, T. no especificado 29,4%, T. antisocial 25%, T. dependiente 5,9%, T. evitativo 4.4%). Existía policonsumo en el 70.6% y dependencia múltiple en el 57.4%.

En los varones de forma estadísticamente significativa se detectó mayor incidencia de T. antisocial y T. no especificado de la personalidad ($p=0,03$), y en las mujeres de T. límite, T. dependiente y T. evitativo ($p=0,03$).

Se encontró que los pacientes con un trastorno de personalidad comórbido eran más jóvenes ($p=0,000$), convivían en el domicilio familiar ($p=0,05$), se encontraban en situación de desempleo ($p=0,01$), tenían condenas legales pendientes ($p=0,001$) y presentaban un trastorno de ansiedad actual ($p=0,001$). A nivel toxicológico habían iniciado el consumo de alcohol a una edad más temprana ($p=0,001$), tenían menor tiempo de evolución de la enfermedad ($p=0,000$), y consumían otras drogas ($p=0,000$) - psicofármacos ($p=0,003$), cánnabis ($p=0,000$), psicoestimulantes ($p=0,02$), opiáceos ($p=0,02$), cocaína-. Se observó que en estos pacientes la adhesión al tratamiento era baja ($p=0,06$). Con más frecuencia de la esperada los pacientes con un T. antisocial, un T. límite y un T. no especificado de la personalidad permanecían menos de 3 meses en tratamiento ($p=0,04$).

Conclusiones:

1. El 61,3 % de los pacientes alcohólicos, de la muestra, presenta un trastorno de la personalidad comórbido.
2. La presencia de un trastorno de la personalidad se asocia de forma estadísticamente significativa con variables sociodemográficas, presencia de patología psiquiátrica (trastornos de ansiedad) y una mayor gravedad de la adicción (inicio más precoz, consumo múltiple).
4. Se encontró relación entre trastorno de la personalidad y antecedentes familiares psiquiátricos, y de dependencia de alcohol y otros tóxicos en familiares de primer grado.
5. La coexistencia de un trastorno de la personalidad se asocia con un menor índice de retención en el tratamiento del alcoholismo y un peor pronóstico.

El psicoterapeuta ante el adicto a la cocaína

ISABEL PIÑÓN ESCURA

Centro de Día "Lluís Alcanyís" en Drogodependencia i Altres Trastorns Addictius

Enviar correspondencia a:
Isabel Piñón Escura. C/ Molí, 4 A. Vila-real 12540. ipinyon@ajvila-real.es

RESUMEN:

En esta comunicación se van a exponer unas ideas de forma generalizada de lo que se va a encontrar el psicoterapeuta clínico cuando tiene ante sí a un adicto a la cocaína, con estos tres propósitos:

- a) Para que nuestra intervención sea lo más adecuada posible y nos permita conseguir nuestro objetivo.
- b) Conocer aquellos indicadores que nos dirán sí la evolución en el tratamiento es buena.
- c) Veremos que el genero tanto del adicto como del psicoterapeuta debe tenerse siempre en cuenta ya que va a influir en como se va a mantener la abstinencia, en la empatia con el psicotapeúta, y también en la adhesión al tratamiento.

INTERVENCIÓN. Para que nos resulte más fácil, hemos agrupado las ideas en tres apartados que son los siguientes:

Apartado A: Ideas sobre el adicto.

Apartado B: Ideas sobre el tratamiento.

Apartado C: Ideas sobre el psicoterapeuta.

En el apartado (A) son ideas que hacen referencia al adicto, como por ejemplo no toleran las heridas narcisistas.

En el apartado (B) son ideas que hacen referencia al tratamiento, como por ejemplo el genero.

En el apartado (C) son ideas que hacen referencia al psicoterapeuta, como por ejemplo, debe mostrarse ante el adicto desde la contundencia y la flexibilidad.

INDICADORES. Veamos que pasos son los que nos van a indicar la buena evolución en el tratamiento:

En relación al consumo no va a ser bueno que a lo largo del tratamiento no vuelvan a consumir, ni tampoco, que al principio, es decir, durante el primer mes, no puedan estar una semana sin consumir.

En relación a la familia a pesar de que tengan pareja, se ha de implicar en el tratamiento la familia de origen aunque solo sea algún miembro, para que después se irá distanciando, y acabará idealizando el centro como "el padre" y la psicoterapeuta (si es mujer) como "la madre".

En relación a las analíticas de detección de consumo son imprescindibles, dos a la semana.

En relación a la farmacoterapia es necesaria.

GENERO. En el caso de los hombres es mejor que el psicoterapeuta sea una mujer, a la que idealizará como la madre buena y el centro lo idealizará como el padre afectuoso.

En el caso de las mujeres es mejor que el psicoterapeuta sea hombre porque va a ser más fácil empatizar porque no tienen que rivalizar. En el caso de que sea una mujer, hay momentos del tratamiento que pueden idealizarla, pero como no soportan que sepa más que ellas, abandonarán. Si lo hacen como no hay forma de idealizar al centro como figura del padre, lo resuelven o bebiendo alcohol de forma abusiva, o en otros casos

buscan esa figura idealizada del padre fuera, pero nunca será el centro. En general las mujeres se adhieren menos al tratamiento.

Todo ello es el resultado de una primera reflexión, fruto del trabajo de mi intervención con ellos y que desde aquí aprovecho para agradecer a mis pacientes.

Considero que es adecuado el compartir estas ideas con profesionales que estén trabajando en este campo porque nos encontramos que el adicto a la cocaína resulta un paciente difícil en aspectos tan importantes como en la abstinencia, en la implicación en el tratamiento, y en la cura.

PALABRAS CLAVE:

Ideas, adicto a la cocaína, genero, intervención.

Cómo trata la prensa valenciana el fenómeno botellón: necesidad de superar una visión restrictiva

B. PLAZA; F.J. PARDO; M.T. CORTÉS ; P. SAMPER; L. DOLZ; A. MARTÍNEZ

Facultad de Psicología.Univ. València

Enviar correspondencia a:

María Teresa Cortés Tomás. Avda. Blasco Ibáñez, 21. Valencia. 46021. Maria.T.Cortes@uv.es

RESUMEN:

El fenómeno del botellón ha sido definido por diferentes investigadores (Baigorri y cols., 2001, 2004; Muñoz y cols., 2001; Nogués y cols., 2004) como un ritual de consumo de alcohol en la vía pública por parte de grupos de jóvenes con objeto de relacionarse, escuchar música, charlar... Esta práctica se ha ido generalizando y arraigando rápidamente por toda España, lo que ha generado un interés por parte de los medios de comunicación a partir de los años 90.

Pero su interés se ha limitado principalmente a mostrar la alarma social producida por las molestias que genera, lo que no ha resultado efectivo para concienciar a la población de los problemas de salud que subyacen a la misma. Se repiten las quejas vecinales, exigiendo soluciones urgentes a este aspecto, pero se desatienden otras dimensiones implicadas, tales como los propios jóvenes o sus padres.

En este trabajo¹ presentamos los principales resultados extraídos del vaciado de información de los artículos publicados en 3 periódicos de gran tirada de la Comunidad Valenciana: Levante-EMV, Las Provincias y el diario Información. Concretamente se revisan alrededor de 500 noticias publicadas en estos tres medios durante 2 años (2004-2005). Las palabras clave utilizadas para su búsqueda en las hemerotecas correspondientes han sido "botellón" y "alcohol". La información extraída la hemos clasificado en diferentes apartados: identificación de la noticia, zonas botellón, causas del botellón, aportaciones al respecto y consecuencias derivadas de esta práctica.

En líneas generales, nos llama la atención que en estos momentos en que el debate científico se centra preferentemente en la búsqueda de soluciones a los diferentes problemas que genera esta práctica, los medios de comunicación continúen anclados en la perspectiva de conflicto de orden público, recogiendo las quejas de los vecinos (ruido, suciedad, vandalismo...) e insistiendo en la represión como vía preferente de solución. Encontramos por tanto una visión parcial del fenómeno en la que queda en un plano secundario y prácticamente inexistente el problema de salud que subyace a un consumo excesivo de alcohol, por parte de gente tan joven,

en poco espacio de tiempo. Sería deseable que los medios de comunicación, que son una vía directa para la mayoría de los actores implicados (jóvenes, padres, servicios sociales, fuerzas de orden público, asociaciones vecinales...), fomentasen una perspectiva más ajustada a la realidad y más positiva de cara a su solución.

1. Este trabajo se incluye dentro del proyecto de Investigación financiado por el PND: *Análisis de los determinantes psicosociales que intervienen en la aparición del botellón y propuestas de intervención.*

PALABRAS CLAVE:

Botellón, prensa escrita, consecuencias del consumo, alternativas al fenómeno botellón.

¿Es la educación para salud que se ofrece habitualmente suficiente para cambiar actitudes frente al tabaquismo desde la consulta de pediatría?

D. PLAZA^a; M. C. SANCHEZ JIMENEZ^b; M. TORRECILLA^a; M. R. MELLADO^c; J. ALONSO^d; R. ACEDO^e

a. Centro de Salud San Juan. Salamanca

b. Centro de Salud Carbajosa. Salamanca

c. Centro de Salud Zona 2. Albacete.

d. Centro de Salud Alcuéscar. Cáceres.

e. Pediatra de Área en la Z.B.S.del Tera, Vidriales y Villapando. (Zamora)

Enviar correspondencia a:

María Dolores Plaza Martín. mtorrecillag@usuarios.retecal.es

RESUMEN:

Introducción: Cada vez se le está dando más importancia al papel del pediatra en la prevención del tabaquismo. Desde las distintas sociedades científicas se aconseja realizar información y prevención sobre el tabaquismo pasivo y activo. Nuestra pregunta es: ¿Es suficiente con la información que habitualmente se ofrece o hay que intensificar la intervención para actuar responsablemente en la prevención del tabaquismo?

Objetivo: Se pretende valorar que influencia tiene el consejo sanitario sobre la prevención del tabaquismo que habitualmente se ofrece frente a una intervención más específica y dirigida sobre las consecuencias del consumo del tabaco.

Material y Métodos: Seguimiento durante 6 meses de 1013 padres/madres que acuden a la consulta de pediatría. Estudio descriptivo multicéntrico, realizado en 9 consultas de pediatría, con dos cortes: inicial y a los 6 meses. Se formaron dos grupos de intervención: un grupo control en el que ofrecía el consejo sanitario habitual enmarcado dentro de los contenidos de educación para salud y un grupo de intervención en el que ofrecía una información más específica, con la entrega de material por escrito: dos libretos, uno de información sobre las consecuencias del consumo de tabaco y estrategias dirigidas a la población infantil y otro de ayuda para dejar de fumar en el caso de que los padres fueran fumadores. A los sanitarios que formaron parte del grupo de intervención intensiva se le ofreció formación sobre el tabaquismo y su tratamiento. Se aplicaron las pruebas estadísticas descriptivas para los porcentajes de abstinencia y para la comparación de porcentajes el chi cuadrado/corrección de Yates. Nivel de significación del 5%.

Resultados: El porcentaje de padres fumadores fue del 35,1% (32,2%-38,2%): 32,2% (28,2%-36,5%) en el grupo control y 38,1% (33,8%-42,5%) en el grupo intervención ($p>0,05$). La prevalencia de padres fumadores disminuyó al 30,3% (27,4%-33,3%): 29,5% (25,5%-33,9%) en el grupo control y 31,0% (26,9%-35,4%) en el grupo intervención ($p>0,05$) bajando respectivamente 1,9% y 6,8% respecto a los valores iniciales. Al inicio de la intervención había un 36,7% de los padres fumadores que acudieron a la consulta de pediatría que no se planteaba el abandono del tabaco: 31,3% (24,3%-39,0%) en el grupo control y 41,4% (34,3%-48,7%) en el grupo intervención ($p<0,05$). A los 6 meses, tras la intervención realizada en cada grupo los porcentajes respectivos fueron: 24,3% (17,6%-32,1%) y 27,4% (20,8%-34,8%) ($p>0,05$) bajando 7% en el grupo control y 14% en el grupo intervención. Respecto a la consideración del tabaco como droga en el grupo control fue del 87,9% (84,7%-90,6%) al inicio del estudio y 94,1% (91,5%-95,9%) en el grupo intervención ($p<0,05$) y a los 6 meses tras la intervención los porcentajes respectivos fueron del 88,4% (85,1%-91,1%) y 97,3% (95,3%-98,5%) ($p<0,05$), con un incremento en dicha consideración de 0,5% y 3,2% respectivamente.. Del 80,3% de los padres fumadores que reconocían fumar en el domicilio: 81,0% (74,1%-86,7%) en el grupo control y 79,8% (73,4%-85,2%) en el grupo intervención ($p>0,05$), a los 6 meses tras la información facilitada los porcentajes respectivos fueron del 76,6% (68,8%-83,2%) y 71,8% (64,4%-78,4%) ($p>0,05$) con un descenso porcentual de 3,4% y 8% respectivamente.

Conclusiones. La información sobre tabaquismo es esencial en la prevención del tabaquismo. El pediatra tiene un papel primordial en la prevención del tabaquismo tanto pasivo como en fumadores activos. Si bien la intensidad de la información puede ayudar a modificar actitudes y la prevalencia del tabaquismo, con la información facilitada y enmarcada en los contenidos de la educación para la salud se logra objetivos nada despreciables, simplemente hay que ser consciente de la prevención del tabaquismo y actuar en consecuencia. Este trabajo ha sido subvencionado con la Beca Dr. Prandi de la Sociedad Extrahospitalaria de Pediatría y Atención Primaria y ha sido incluido en la convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación dentro del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo 2005 de la Junta de Castilla y León.

PALABRAS CLAVE:

Tabaquismo, pediatría cesación tabáquica.

Más allá de la edad pediátrica en la prevención del tabaquismo desde la consulta de pediatría

D. PLAZA^a; M. TORRECILLA^a; J. ALONSO^b; R. ACEDO^c; J. E. GARCÍA GARCÍA^d; M.J. PIORNO^e

a. Centro de Salud San Juan. Salamanca

b. Centro de Salud Alcuéscar. Cáceres.

c. Pediatra de Área en la Z.B.S.del Tera, Vidriales y Villapando. (Zamora)

d. Centro de Salud Arévalo. Ávila

e. Centro de Salud Los Villares. Salamanca

Enviar correspondencia a:
Dolores Plaza. mtorrecillag@usuarios.retecal.es

RESUMEN:

Introducción: Conscientes de la importancia del tabaquismo pasivo y su influencia tanto en el terreno epidemiológico como patológico sobre la población infantil se observa una actuación deficitaria si comparamos dicha actividad preventiva respecto a otras habitualmente asumidas en la educación para la salud que se ofrece en la consulta de pediatría.

Objetivo: Se pretende valorar que influencia tiene el hecho de tener padres fumadores y/o fumar en el domicilio en la patología demandada de la consulta de pediatría y el impacto de la intervención de los pediatras sobre los padres fumadores de los niños que acuden a la consulta de pediatría mediante la información facilitada en relación a los distintos aspectos del tabaquismo.

Material y Métodos: Seguimiento durante 6 meses de 1013 padres/madres que acuden a la consulta de pediatría. Estudio descriptivo multicéntrico, realizado en 9 consultas de pediatría, con dos cortes: inicial y a los 6 meses. Se realizó consejo sanitario sobre la prevención tabaquismo. Se aplicaron las pruebas estadísticas descriptivas para los porcentajes de abstinencia y para la comparación de porcentajes el chi cuadrado/corrección de Yates. Nivel de significación del 5%.

Resultados: El porcentaje de padres fumadores fue del 35,1% (32,2%-38,2%). El 75,3% de la demanda asistencial fue por procesos patológicos, de los que el 63,6% correspondía a patología respiratoria. Cuando se relacionó la demanda de patología respiratoria con el hecho de presentar padres fumadores no se observó diferencias significativas: 36,3% (32,0%-40,8%) vs 34,1% (30,1%-38,3%) ($p>0,05$), en cambio, si se apreciaron diferencias significativas respecto a otros motivos de consulta con el hecho de fumar en el domicilio: 47,7%(43,2%-52,3%) vs 39,3%(35,1% 43,6%) ($p<0,01$). El impacto de la intervención del pediatría medido en prevalencia de tabaquismo y cambios de actitud respecto al mismo fue el siguiente: a los 6 meses tras intervención realizada el porcentaje de padres fumadores bajo al 30,3% (27,4%-33,3%) y se observó un cambio en la predisposición a abandonar el tabaco, si al inicio había un 36,7% (31,7%-42,0%) que no se planteaba el abandono del tabaco, tras la intervención dicho porcentaje bajo al 26% (21,3%-31,3%). El 31,4% dejaría fumar por sus hijos. Del 80,3% (75,7%-84,3%) de los padres fumadores que fumaban en el domicilio bajo al 74% (68,7%-78,7%) ($p<0,05$) y del 21,8% (19,4%-24,5%) que no consideraba el humo del tabaco tan perjudicial como el inhalado pasó al 14,4% (12,3%-16,8%) tras la intervención.

Conclusiones. La exposición al aire ambiental contaminado con humo de tabaco puede estar relacionado con la patología infantil demandada en la consulta de pediatría. Más de la mitad de los padres fumadores se plantean el abandono del tabaco, siendo un motivo importante sus hijos. Con el consejo sanitario enmarcado dentro de las actividades ofrecidas en la consulta de pediatría se logra reducir la prevalencia de tabaquismo y que el fumador progrese de fase, además de aumentar la concienciación sobre las repercusiones del tabaquismo pasivo. Todo ello debe hacer reflexionar al pediatra de su papel e implicación en la prevención e del tabaquismo como aconsejan las sociedades científicas implicadas.

PALABRAS CLAVE:

Tabaquismo pasivo, intervención mínima, cesación tabáquica.

Este trabajo ha sido subvencionado con la Beca Dr. Prandi de la Sociedad Extrahospitalaria de Pediatría y Atención Primaria y ha sido incluido en la convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación dentro del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo 2005 de la Junta de Castilla y León.

De 1986 a 2006: 20 años de tratamiento de drogodependientes en la Comunidad de Madrid

INMACULADA ROCA JIGARRO; JOSÉ MORANTE DEL PERAL

CAID de Tetuán

Enviar correspondencia a:

José Morante del Peral. ntra. sra. del carmen 46. MADRID 28039. jmorante1@arrakis.es

RESUMEN:

1. Análisis histórico

Desde que surge la demanda de atención a personas con drogodependencias, los Centros asistenciales se van desarrollando y evolucionando.

Hacia mediados de 1981 funcionaban en Madrid 3 Centros de de la Comunidad de Madrid se comienza a perfilar otra realidad: el policonsumo.

Hacia el 2005 la cocaína se muestra como droga principal.

2. Tendencias

- A nivel Institucional se observa la consolidación y ampliación de la Red del Ayuntamiento.
- Centros de Gestión Privada de la Comunidad de Madrid
- A nivel epidemiológico, se observa la consolidación de la era de los psicoestimulantes y el resurgir del abuso de los inhalantes en poblaciones relacionadas con la inmigración.
- Alcohol
- Cannabis
- Hacia la psiquiatrización de las drogodependencias

PALABRAS CLAVE:

Drogas, madrid, epidemiologia, tendencias

Comparación de los efectos de un programa de modificación de conducta libre de drogas y otro de metadona sobre variables psicológicas en sujetos heroínómanos

JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ MOLINA

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud; Universidad Autónoma de Madrid.

Enviar correspondencia a:

José Miguel Rodríguez Molina. Campus universitario de Cantoblanco. Facultad de Psicología; Despacho 11. Madrid 28049. jm.rodriguez@uam.es

RESUMEN:

En contra de lo que pueda desprender de un análisis superficial del problema, y de lo que aparece en los medios de comunicación, el consumo de heroína en España no está disminuyendo, o lo hace de forma lenta, por lo que sigue existiendo una gran cantidad de sujetos con problemas de adicción a esta sustancia.

Por otro lado la aparición del SIDA así como los, al menos en apariencia bajos resultados de los programas libres de drogas han producido un gran auge de los llamados programas de reducción del daño, de forma especial de los programas de mantenimiento con metadona.

Esto puede llevarnos a pensar que el problema de la adicción a la heroína es un problema menor ya que hay pocos adictos y además se soluciona bien tratándolos con este agonista opiáceo.

En un estudio anterior (Rodríguez Molina, en prensa) se demostró que un programa libre de drogas basado en los principios de modificación de conducta se mostraba superior a uno de mantenimiento con metadona, sin apoyo psicológico en las siguientes variables:

1. Retención en programa terapéutico,
2. Consumo de opiáceos,
3. Consumo de Cocaína
4. Consumo de benzodiazepinas,

No se encontraron diferencias en consumo de anfetaminas y no fueron significativas en consumo de cannabis.

En este trabajo se ha puesto a prueba la misma comparación entre un programa libre de drogas, basado en técnicas de modificación de conducta y otro de mantenimiento con metadona, en las siguientes variables:

1. Estrés (percibido).
2. Depresión.
3. Hábitos de Salud
4. Síntomas de Salud
5. Deseo de Consumo
6. Autoeficacia
7. Calidad de Vida.

El trabajo se realizó con cuarenta sujetos en cada uno de los programas, efectuando mediciones al inicio del tratamiento y seis meses después.

Los resultados muestran que el programa con intervención psicológica parece superior en las siete variables al de mantenimiento con agonistas. Se pueden ver en la Tabla I.

ANSIEDAD (STAI)		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	22,63	19,2
P.M.M.	22,03	22,73
ESTRÉS PERCIBIDO (BORRAS)		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	13,77	7,09
P.M.M.	13,43	14,63
DEPRESIÓN: BDI DE BECK PUNTUACIÓN		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	23,71	1,54
P.M.M.	24,33	23,57
DEPRESIÓN: BDI DE BECK CASOS CLÍNICOS P/Q		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	0,63	0,03
P.M.M.	0,70	0,67
HÁBITOS SALUD		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	7,54	11,14
P.M.M.	6,9	7,47
ESCALA SÍNTOMAS SALUD		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	116,17	60,83
P.M.M.	103,8	108,23
DESEO CONSUMO		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	64,57	20,00
P.M.M.	17,02	31,00
AUTOEFICACIA: DTCQ-H		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	36,7	54,00
P.M.M.	37,2	37,00
CALIDAD DE VIDA: CCV		
	(PRE)	(POST)
P.L.D.	87,54	112,6
P.M.M.	86,10	86,30

Se concluye que si bien los programas de mantenimiento con metadona son útiles no debe entenderse que su implementación resuelve completamente el problema de la adicción a opiáceos.

Igualmente se concluye que el relativo fracaso de los programas libres de drogas pueden deberse a errores en la elaboración o en la aplicación de los mismos y no a la propia filosofía que conllevan.

PALABRAS CLAVE:

Opiáceos, opioides, heroína, metadona, naltrexona, modificación de conducta, ansiedad, depresión, calidad de vida.

Abordaje del consumo de sustancias con oxcarbacepina

J. ROIG LLAVERIA*, J. FERRER, LL. LOZANO, G. VAZQUEZ, I. ANDRÉS*****

Equipo médico CAS Delta. Badalona

* Psiquiatra, Coordinador del estudio

** Psiquiatra

*** Médico CAS Granollers

Enviar correspondencia a:

Jaume Roig. CAS Delta. delta@imspbdn.com

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. Debido a su perfil farmacológico y clínico y a los resultados de estudios que sugieren la utilidad de oxcarbacepina en trastornos de control de los impulsos, trastornos de personalidad y ansiedad, se ha postulado su utilidad en el abordaje del control de sustancias (cocaína y alcohol) en pacientes con patología dual. La experiencia empírica nos anima a valorar en que medida y con que perfil de pacientes puede resultar clínicamente eficaz.

OBJETIVOS. Evaluar la eficacia del tratamiento con oxcarbacepina en el proceso de deshabituación de sustancias y los síntomas y conductas asociados en pacientes diagnosticados de abuso o dependencia de cocaína y/o alcohol.

Valorar la eficacia en el control de la ansiedad y el craving como factores de riesgo de la recaída en el consumo.

METODOLOGIA. Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado en el CAS Delta de Badalona que evalúa 53 pacientes con criterio de abuso o dependencia de sustancias y que han recibido tratamiento con oxcarbacepina para su deshabituación durante 12 semanas. Se analizan variables sociodemográficas, de consumo y craving para cocaína y alcohol , principalmente, y se relacionan con distintas escalas de valoración de los cambios detectados (ICG, MARS, EAV craving, BPRS, EEAG, Barratt).

RESULTADOS. Se obtiene una N de 53 pacientes, 43 hombres (81.1%) y 10 mujeres (18.9%), con una media de edad de 35 años (rango 18 a 60 años).

Todos los pacientes están diagnosticados de abuso o dependencia de sustancias según criterios DSM-IV R (39.6% cocaína, 22.6% alcohol) como droga motivo, (14.6% alcohol) como droga secundaria, así como 25.9% como trastorno límite de la personalidad como diagnóstico psiquiátrico asociado.

50 sujetos completan 12 semanas de tratamiento registrándose 3 abandonos. 14 (26.4%) pacientes registraron sedación como único efecto adverso siendo bien tolerado al ajustar dosis. Ningún paciente abandonó el estudio debido a los efectos adversos.

La dosis media de oxcarbacepina fue de 555mg/día (basal), 923 a las 4 semanas y 1038 a las 8 y 12 semanas, con un mínimo de 300 y un máximo de 1800.

Se observó una disminución en las puntuaciones medias de la ICG (de 5 basal a 2 a las 12 semanas), EAV craving autovalorada por los pacientes (de 8 basal a 3 a la semana 12), BPRS (de 30 basal a 14 semana 12), mejoría en la escala EEAG (de 60 basal a 80 semana 12), MARS (de 8 basal a 4 semana 12). Escala de impulsividad de Barratt *

La frecuencia de consumo de la sustancia primaria (cocaína y alcohol) disminuyó (66% consumo diario basal a 20.8% consumo a las 12 semanas), y secundaria (58.1% consumo diario basal a 3.4% a las 12 semanas). La dosis semanal de droga primaria disminuyó (de basal a semana 12 en un 93.1%) y en un 54% en la droga secundaria.

CONCLUSIONES. Observamos una reducción significativa de todos los parámetros relacionados con la mejora de los síntomas y la reducción del craving y la frecuencia de consumo. Los resultados sugieren que oxcarbacepina resulta eficaz en el abordaje y deshabitación del consumo de cocaína y alcohol, con un buen manejo clínico , tolerancia y seguridad.

Las limitaciones metodológicas de este estudio hacen necesario profundizar en el conocimiento del fármaco para adecuarlo al perfil de pacientes con patología dual.

REFERENCIAS

Manual del producto. Laboratorios Novartis.

Silvia Mondon et al. La oxcarbacepina en la prevención del síndrome de abstinencia alcohólico. Poster.2005. BCN.

Silvia Mondon et al. La oxcarbacepina en la prevención del síndrome de abstinencia alcohólico. Poster 13th EAP. Munich,Abril 2005.

V.Rubio Larrosa. Los eutimizantes en el tratamiento de los TLP. II Jornadas de actualización sobre trastornos de la personalidad. Santa Coloma Gramenet. BCN. 9 junio 2005.

PALABRAS CLAVE

Drogodependencias, Intervención Farmacológica, Oxcarbacepina.

Uso de oxcarbacepina en la deshabituación tabáquica

M. RUIZ MARTÍNEZ; A. FONTALBA NAVAS; M. L. BARRIGÓN ESTÉVEZ; L. ROBLES LOZANO

Centro Provincial de Drogodependencias de Granada

Enviar correspondencia a:
Manuel Ruíz Martínez. andresfontalba@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: Existe una necesidad emergente de soluciones y tratamientos efectivos para la deshabituación tabáquica. En los últimos años han aparecido nuevos fármacos empleados para éste. Dentro de las últimas incorporaciones se encuentran los antiepilépticos, usados por su acción ansiolítica, control de la impulsividad asociada y por su propio efecto sobre la transmisión dopaminérgica que media en el sistema de recompensa de la adicción a la nicotina.

Objetivos: Estudiar el uso de Oxcarbacepina en la deshabituación de tabaco, incidiendo en la aparición de efectos secundarios durante el tratamiento.

Método: Se incluyen 5 sujetos dentro de un programa multicomponentes de deshabituación tabáquica ofertada por la Unidad de Tabaquismo del Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. La inclusión de los sujetos es aleatoria, y se excluyen los sujetos con comorbilidad psiquiátrica previa diagnosticada y aquellos con una puntuación alta en la escala SCL-90, subescala de depresión.

Se realizan los test de Fageström, Prochaska, Cuestionario de motivación del fumador, Escala de impulsividad de Barrat, Test de motivación de Richtmon, Escala visual analógica de craving y Escala UKU de efectos secundarios al inicio y mantenimiento del tratamiento y el Cuestionario de Personalidad de Salamanca.

La dosis usada de Oxcarbacepina fue de 600 mg/día en dos tomas. Duración del tratamiento de 2 a 3 meses.

Resultados: En una primera fase del estudio se evalúa la aparición de efectos secundarios. Tras la administración de la escala UKU, en sólo un paciente aparecen efectos adversos en grado 3 tras el inicio del tratamiento, que fueron dificultad de concentración, cefalea, somnolencia y estreñimiento, en grado 2 astenia y aumento de sudoración y en grado 1 disminución de memoria, inquietud o tensión, aumento del tiempo de sueño y temblor, pero no es necesaria la suspensión del tratamiento.

En todos los pacientes existe una disminución del craving desde el inicio del tratamiento.

La deshabituación completa se consigue en 3 de los sujetos.

Conclusiones: La oxcarbacepina es un fármaco bien tolerado en la deshabituación tabáquica, debido al bajo perfil de efectos adversos que se presentan.

Son necesarios estudios más amplios que confirmen su efectividad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Zullino DF, Khazaal Y, Hattenschwiler J, Borgeat F, Besson J. Anticonvulsant drugs in the treatment of substance withdrawal. *Drugs Today (Barc)*. 2004 Jul;40(7):603-19
2. Beghi E. Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs: comparison of two recent guidelines. *Lancet Neurol*. 2004 Oct;3(10):618-21.

Relación entre ludopatía y tipos de alcoholismo

JORGE F. SÁNCHEZ PEÑA; JOSÉ JUAN RODRÍGUEZ SOLANO

Centro De Salud Mental "Puente De Vallecas" Madrid

Enviar correspondencia a:
José Juan Rodríguez Solano. jorgefs@hotmail.com

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: En el Centro de Salud Mental de Vallecas, Madrid, la prevalencia de ludopatía en pacientes diagnosticados de alcoholismo es de 15,72% (1). Desde que Jellinek (2), fundamentándose en la forma de beber del individuo, formuló la primera tipología de alcoholismo, diversos autores han elaborado clasificaciones de tipos de alcoholismo desde diferentes orientaciones, pero con el fin de agrupar de forma homogénea características comunes: rasgos de la personalidad, antecedentes familiares de alcoholismo, modo de beber o trastornos psiquiátricos asociados (3).

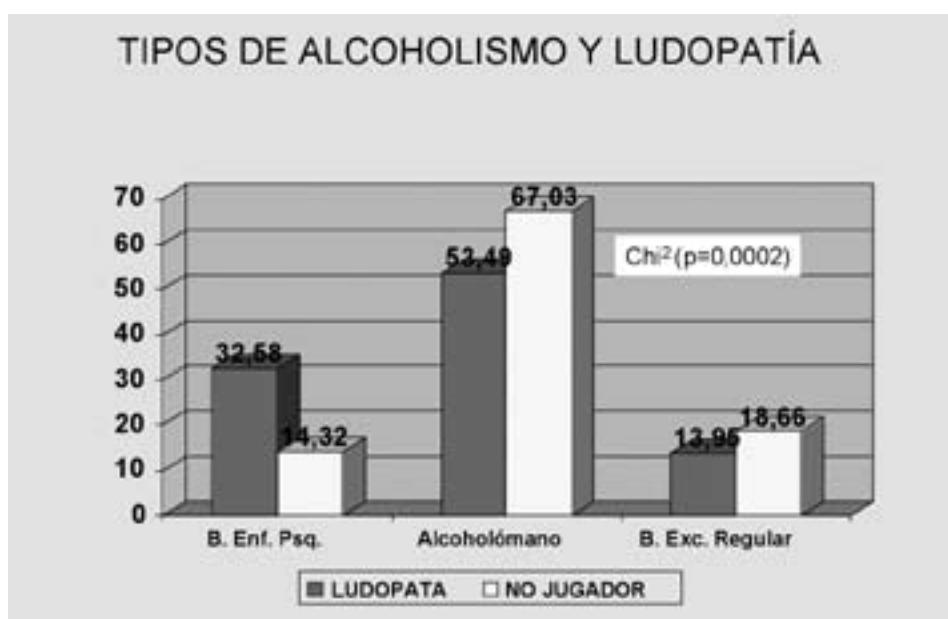
El objetivo de este estudio es investigar en qué tipo de alcoholismo, según la tipología de Alonso-Fernández (4), es más frecuente la ludopatía.

MATERIAL Y MÉTODOS: El trabajo se desarrolló en el Centro de Salud Mental "Puente de Vallecas". Se estudió 547 historias de pacientes alcohólicos registrados entre los años 1997 y 2003 con la finalidad de saber cuántos de ellos cumplían criterios de "Juego Patológico", según el DSM-IV-TR.

Para el presente estudio se utilizó el programa estadístico G-Stat, aplicándose las variables "ludopatía" y "tipo de alcoholismo".

RESULTADOS: El 32,56% de los ludópatas alcohólicos son Bebedores Enfermos Psíquicos, que contrasta con el 14,32% de la población alcohólica estudiada ($\chi^2=10,98$; Grados de Libertad=2; $p=0,0002$). Los valores obtenidos en Alcohólicos y Bebedores Excesivos Regulares son muy similares, tanto en jugadores como en no jugadores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Se obtiene que los ludópatas alcohólicos tienen un riesgo significativamente mayor de ser un Bebedor Enfermo Psíquico.



BIBLIOGRAFIA:

- (1) Sánchez JF, Rodríguez Solano JJ. Poster. Adicciones. XXXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. 2005; 17 (1):122
- (2) Jellinek, E.M.: Alcoholism, a genus and some of its species. Canad. Med. Ass. J. 1960: 1341
- (3) Rubio G, Ponce G. Conceptos básicos sobre problemas por el alcohol. En Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo. Rubio G, Santo-Domingo J. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2000; 49-62
- (4) Alonso-Fernández A. Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico. Ed. Masson-Salvat, 1992; 50-69.

Hábito alcohólico en nuestra zona: ¿Cuándo intervenimos?

F. SÁNCHEZ SALMERÓN; J.M. BAEZA LÓPEZ; A.GARCÍA AYUSO; M. BORRÁS BELTRÁN; M.C. SÁNCHEZ PÁREZ; M. SÁNCHEZ PINILLA

C.S. LA UNION

Enviar correspondencia a:

FRANCISCA SANCHEZ SALMERON. C/ Cristo de los mineros, 4. La Unión. Murcia. LA UNION 30360. MURCIA. psanchezsalm@yahoo.es

RESUMEN:

Hábito alcohólico en nuestra zona: ¿Cuándo intervenimos?

JUSTIFICACIÓN: Tras los últimos acontecimientos, con la entrada en vigor de la ley antitabaco, hemos sido bombardeados con información, publicidad, etc... sobre el consumo de tabaco y sus repercusiones, pero, ¿y el alcohol?

Ha quedado claro la importancia de la Atención Primaria, como base de nuestra pirámide asistencial, en la detección y posterior intervención de multitud de problemas entre ellos el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y otras drogas... Pero realmente, ¿lo estamos llevando a cabo?, y si lo hacemos ¿lo estamos haciendo correctamente? Es por ello por lo que nos decidimos a estudiar que estaba pasando en nuestro cupo.

OBJETIVO: Conocer si la intervención en el alcoholismo en Atención Primaria se realiza tras screening o tras incidencias/ patologías secundarias al consumo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro estudio ha sido desarrollado en el C.S. LA UNION, centro de salud semirural, compuesto por un núcleo de cabecera y dos consultorios periféricos. La población de estudio la componen todos los pacientes de un cupo de medicina de familia perteneciente al núcleo de cabecera, donde están integrados 1780 pacientes. De esta población se ha obtenido una muestra de 1030 pacientes, con un error 2% y un intervalo de confianza del 95%.

Las historias de estos pacientes están informatizadas con el programa OMI. A.P. Se ha revisado toda la muestra, seleccionando todas aquellas historias en las que figuraba screening positivo al consumo excesivo de alcohol y/o en las que existían incidencias /patologías secundarias al consumo del mismo.

Como variables hemos considerado: edad; sexo; screening positivo; patologías/ incidencias secundarias al consumo, tales como: alteraciones analíticas, patología digestiva, traumatismos, consumo de otras drogas, demanda de ayuda y problemas conductuales/ familiares/ psiquiátricos.

Se ha realizado un análisis descriptivo de estas variables mediante medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas.

RESULTADOS: De las 1030 historias analizadas obtuvimos 102 casos que cumplían nuestros criterios de selección, lo que supone una prevalencia del 9,9%.

La edad media es de 43,27+/- 4,35 años, siendo el 83 (81,37%) varones y 19 (18,63%) mujeres.

En estos pacientes la intervención médica sobre el consumo excesivo de alcohol se lleva a cabo : En 8 de los casos (7,84%) tras la detección de problemas conductuales/ familiares/ psiquiátricos ,en 51 casos (50%) por alteraciones analíticas, en 7 casos (6,86%) por patología digestiva, en 10 casos (9,8%) por consumo de otras drogas de abuso, en 16 casos (15,68%) por demanda de ayuda por parte del paciente, en 2 casos (1,96%) por traumatismos y por último en 8 casos (7,84%) tras screening directo.

CONCLUSIONES: Encontramos una alta prevalencia en nuestra población, de consumo excesivo de alcohol, similar a la esperada según los últimos estudios poblacionales .Pero hemos de señalar que nuestra intervención ha llegado tarde en muchos de los casos, probablemente por no haber realizado una detección adecuada en todos nuestros pacientes, lo que ha hecho que determinadas patologías/ incidencias secundarias al consumo de alcohol ,no solo se hayan agravado, sino que sean irreversibles. Por ello hemos de tomar una mayor concienciación del problema, para poder evitar, no solo las complicaciones sociales y físicas que conlleva el alcoholismo para nuestros pacientes, sino también por los daños a terceros que este hábito puede producir.

PALABRAS CLAVE:

Alcoholismo, atención primaria, screening.

Perfil de gravedad de la adicción en una muestra de adolescentes españoles

ROBERTO SECADES VILLA; M^a TERESA BOBES BASCARÁN; JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO; JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA; OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ

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

Enviar correspondencia a:

Roberto Secades. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n. Oviedo 33003 Asturias. secades@uniovi.es

RESUMEN:

El Consumo de drogas es uno de los principales problemas de la población juvenil en España. Cada vez son más los jóvenes que acuden en búsqueda de ayuda profesional, ya sea voluntariamente o por presión de otros agentes, como la familia.

En el póster se presentan los datos de la aplicación de un instrumento para la evaluación de la gravedad de la adicción en adolescentes, el T-ASI (Teen Addiction Severity Index) (Kaminer et al., 1991). Se trata de un instrumento que evalúa la gravedad de la adicción a sustancias psicoactivas en adolescentes, a través de distintas áreas de la vida del sujeto relacionadas con el consumo de drogas. Hasta el momento no se utilizaba ninguna prueba estándar en España para evaluar este aspecto en población adolescente. La prueba se ha aplicado a una muestra de jóvenes de toda España que acuden a los centros de tratamiento de Proyecto Hombre y a otros centros de atención a menores. Las áreas donde se ha encontrado mayor gravedad y una mayor necesidad de tratamiento son el consumo de drogas (con el policonsumo como patrón habitual) y las relaciones familiares (con relaciones poco estructuradas y valoradas de forma negativa).

De todos modos, se han de tomar estos resultados como preliminares y orientativos, ya que se reducen a una muestra pequeña de sujetos, que es necesario aumentar en el futuro, de cara a establecer un perfil más fiable y a la adaptación de la prueba a población española. En conclusión, el Teen ASI parece que se presenta como un instrumento que será muy útil en la clínica diaria de los profesionales que trabajan con adolescentes con trastornos adictivos que soliciten ayuda terapéutica.

PALABRAS CLAVE:

Teen-ASI, adolescentes, gravedad de la adicción

La CRA + terapia de incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína: resultados a los seis meses de tratamiento

ROBERTO SECADES VILLA, OLAYA GARCÍA RODRÍGUEZ, JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA, JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO, JOSÉ MANUEL ERRASTI PÉREZ Y SUSANA AL-HALABI DÍAZ

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

Enviar correspondencia a:
Roberto Secades. Plaza Feijoo s/n. Oviedo 33003. Asturias. secades@uniovi.es

RESUMEN

El programa CRA + Terapia de Incentivo está siendo aplicado por primera vez en España, como parte de un proyecto de investigación que pretende evaluar la eficacia de dicho programa para el tratamiento de la adicción a la cocaína en este país. Se trata de valorar los resultados de este tratamiento en lo que se refiere a: retención, consumo de drogas, conducta delictiva, situación laboral, situación familiar y salud física y mental.

Interesa también comprobar en qué medida se puede adaptar un programa de tratamiento que se ha mostrado eficaz en Estados Unidos, a un contexto social y cultural diferente como el que se da en la realidad española.

Para este estudio, se seleccionó una muestra de treinta pacientes adictos a la cocaína (o politoxicómanos con adicción principal a esta sustancia) que habían solicitado tratamiento en el programa terapéutico de Proyecto Hombre de Asturias. Los pacientes se distribuyeron aleatoriamente a dos grupos experimentales: CRA más Terapia de Incentivo y Programa tradicional de Proyecto Hombre. Los resultados muestran que los sujetos del grupo CRA han consumido menos cocaína durante los seis primeros meses de tratamiento que los sujetos del grupo tradicional. En cuanto a la retención en el tratamiento, el porcentaje de abandonos en el grupo control es superior al grupo experimental. No obstante, estos datos deben tomarse con cautela, por tratarse de un estudio muy preliminar, en el que se contó con un número reducido de pacientes. Esta tendencia ha de verse confirmada en estudios de seguimiento más largos y con mayor número de sujetos.

PALABRAS CLAVE

CRA más Terapia de Incentivo. Adictos a la cocaína

Evaluación de la implementación del programa "Beveu Menys"

LÍDIA SEGURA; ANTONI GUAL; OLGA MONTSERRAT; CLAUDIA FERNÁNDEZ; JOAN COLOM

Órgano Técnico de Drogodependencias del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Enviar correspondencia a:

Lidia Segura. Órgano Técnico de Drogodependencias. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Travessera de les Corts 131-159. Barcelona 08028.
lidia.segura@gencat.net

RESUMEN:

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 alcohol¹⁻⁴.

Dicho objetivo se pretende alcanzar a partir de la formación de todos los profesionales de la Atención Primaria de Catalunya en técnicas de detección precoz e intervención breve.

En una primera fase de difusión del programa llevada a cabo entre 2002 y 2005, los profesionales de la red de drogodependencias han formado al 98% de centros de Atención Primaria (6311 profesionales de medicina y enfermería de 340 centros).

Habiendo finalizado la primera fase de formación, presentamos los resultados de la evaluación realizada sobre la efectividad del programa.

Método. Del total de 295 centros de atención primaria existentes antes de la reforma se seleccionó aleatoriamente un 10%. La muestra final fue de 28 centros en los que se llevó a cabo un estudio de seguimiento pre-post, con recogida de información al inicio y a los 3 meses de realizar la formación en los centros.

Evaluación. En cada uno de los centros de la muestra se recogieron datos de las siguientes fuentes de información:

- Entrevistas a profesionales (3 por centro)
- Auditoria de las historias clínicas (30 por centro)
- Cuestionarios a pacientes (40 por centro)

La evaluación recoge información entorno a tres variables:

- Actitudes de profesionales y pacientes respecto al alcohol, especialmente acerca el consumo de riesgo
- Conocimientos de los profesionales acerca a la detección e intervención, y de los pacientes acerca de los conceptos básicos entorno al consumo de alcohol
- Conducta de profesionales ante los pacientes con problemas de alcohol y propio consumo, y conducta de los pacientes en propio consumo

Análisis estadístico. Para el proceso y análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 11.0.1.) para Windows. Las diferencias estadísticas fueron consideradas significativas para una $p < 0,05$. Los valores perdidos no fueron reemplazados. Se realizó un análisis de los resultados mediante parámetros descriptivos. Para la comparación entre grupos se utilizó la χ^2 y la t-test.

Resultados. A los 3 meses se hallaron cambios significativos en las respuestas de los profesionales respecto a:

- Nivel de satisfacción en su intervención con los problemas de alcohol
- Conocimientos en relación al consumo de riesgo
- Uso de instrumentos de cribado estandarizados

En los datos recogidos en pacientes y en historias clínicas no se hallaron cambios significativos a los tres meses.

Conclusiones. Los datos resultantes de la evaluación de la implementación del programa Beveu Menys indican que la formación realizada es necesaria pero no suficiente para que la implementación de las intervenciones breves en alcohol sea efectiva en cada centro de atención primaria.

Aunque las actitudes y sensibilización de los profesionales de primaria acerca el tema del alcohol ha mejorado significativamente, se evidencia la necesidad de implementar estrategias iterativas que complementen y refuercen dicha formación básica para que este cambio de actitudes se traduzca también en cambio de comportamiento de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

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.

PALABRAS CLAVE:

Alcohol, atención primaria, detección, intervención breve.

Adicciones y desvinculación familiar

ANA BELÉN SOLER MARTÍN, VICENTE GARCÍA VICENT

Centro de Atención de Adicciones de Marbella.

Enviar correspondencia a:

Ana Belén Soler Martín. C/ Juanar s/n. Fundación Marbella Solidaria. Marbella 29600. vicentegarcia@fundacionmarbella.org

RESUMEN:

INTRODUCCION: Parece lógico pensar que las familias puedan influir en una cierta predisposición (hereditaria, por aprendizaje, identificación, etc.) a que los hijos desarrollen conductas de riesgo que puedan derivar a su vez en problemas con las drogas. Los obstáculos en la desvinculación respecto a la familia de origen pueden suponer uno de estos factores de riesgo que influya en la aparición de adicciones. Un adolescente puede recurrir a las drogas para afrontar estos problemas en la desvinculación, y este puede ser uno de los motivos de que en una misma familia existan hijos toxicómanos y otros que no lo sean.

OBJETIVOS:

1. Averiguar de una muestra de toxicómanos en tratamiento en la FMS, el porcentaje de los mismos que presentan una desvinculación incompleta respecto a sus familias de origen y compararlos con respecto a sus hermanos no toxicómanos, para ver si existe relación entre adicción y problemas en la desvinculación familiar.
2. Verificar si se correlacionan los problemas adictivos con aumento en las patologías psiquiátricas, comparando a los pacientes con sus hermanos, y describir también cual es la psicopatología más frecuente en los padres.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal y descriptivo. Se procedió al diseño de un cuestionario propio, en base a las claves que propone Cancrini en su Psicopatología de la desvinculación¹.

MUESTRA: La muestra total quedó compuesta por 50 pacientes (todos con criterios CIE-10 de dependencia a heroína para unificar la muestra) y 50 hermanos no adictos, obtenidos aleatoriamente entre los tratados en los centros de la FMS (ambulatorios y comunidad terapéutica) entre abril y junio de 2005, y constituye una muestra representativa del total. Otros criterios de inclusión fueron el tener más de 30 años, para evitar el colectivo de jóvenes en proceso de emancipación, y tener algún hermano no adicto a sustancias del mismo sexo y edad similar, para evitar los factores de confusión del género y la edad.

RESULTADOS:

1. El 40% de pacientes de la muestra no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico adicional a la adicción, 28% trastornos de la personalidad, 14% trastornos afectivos, 10% esquizofrenia y 8% otros.
2. La psicopatología más frecuente en los padres fueron el alcoholismo paterno (43%) y la depresión materna (30%).
3. El 94% de los pacientes toxicómanos tienen problemas para completar la desvinculación familiar frente al 4% de sus hermanos no adictos.
4. El 72% de los pacientes toxicómanos tienen una elevada sobreimplicación familiar a diferencia de sus hermanos con un 14%. El 82% de pacientes no tiene pareja estable y sus hermanos 12%. El 70% de toxicómanos tienen escasas relaciones extrafamiliares (hermanos 10%) y viven con la familia de origen (hermanos 8%). No tienen trabajo estable un 78% de pacientes frente a un 14% de sus hermanos. El 60% de pacientes presenta patología psiquiátrica frente a sus hermanos, con un 6%.

CONCLUSIONES:

1. La gran discrepancia entre los toxicómanos con problemas en la desvinculación y sus hermanos no adictos iría a favor de que los jóvenes drogadictos no lo son porque hayan crecido en un ambiente desestructurado, ligado a una determinada clase social, sino que deben existir una serie de condicionantes individuales, como pueden ser los problemas en la desvinculación, que hacen que haya hermanos adictos y otros que no lo son dentro de la misma familia.

2. Existe una clara relación entre la adicción y otras patologías psiquiátricas (60%) con una diferencia muy significativa respecto a sus hermanos (6%), lo que iría en contra de condicionantes genéticos.

3. Destaca la aparición de una alta prevalencia de alcoholismo paterno (43%). Una de las variables familiares asociadas al consumo de drogas más estudiadas han sido el abuso de drogas por parte de los padres, lo que influye en otros factores de riesgo como permisividad para el consumo, disciplina familiar, modelos de identificación, etc.

(1) Cancrini, L., La Rosa, C. *El área de la desvinculación y de las psicosis*. En: La caja de Pandora. Barcelona, Ed. Paidós, 1996; págs. 65-117.

PALABRAS CLAVE:

Adicciones, desvinculación familiar.

La prevención comunitaria en la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD)

S. TOMÁS¹; M.J. TORRIJO²; J. AGUILAR²; R. AGUILAR²; S. CHORÉN²; M.C. HERNÁNDEZ²; Y. LUQUE²; A. VIDAL²

(1) Dirección General de Drogodependencias, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

(2) FEPAD.

Enviar correspondencia a:

Pepa Torrijo Rodrigo. FEPAD. c/ Guardia Civil 30. C/ Guardia Civil 30. Valencia 46020. Tecnico Valencia 2 [Antonio.Vidal@fepad.es]

RESUMEN:

La prevención es una de las estrategias más efectivas para hacer frente al consumo de drogas y las Administraciones Públicas el mejor instrumento para fomentar la creación de estructuras de planificación y ordenación de recursos. Así, el Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2002 - 2005 permite la planificación y ordenación de los recursos que se desarrollen en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.

Dentro de la estructura anteriormente definida en el 2004 se creó la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD) con un ámbito de actuación preferente en el territorio de la Comunidad Valenciana y bajo la tutela del Protectorado que ejerce la Generalitat.

La FEPAD, como fundación pública, sin ánimo de lucro, de carácter preventivo-asistencial y científico, a través de una de sus líneas de actuación preferente, la preventiva, intenta crear los canales de coordinación y comunicación necesarios para que la política preventiva en materia de drogodependencias se adapte a las necesidades y demandas territoriales de la Comunidad Valenciana.

1. Adaptando la gestión administrativa a las demandas surgidas en la estructura socio-sanitaria pública.
2. Estableciendo los marcos de colaboración con las Diputaciones Provinciales necesarios para desarrollo y ejecución de los Programas Preventivos incluidos en los diferentes Planes Provinciales de Drogodependencias aprobados.
3. Promoviendo la prevención comunitaria en el ámbito municipal como el mecanismo más efectivo para articular una respuesta integral a los problemas derivados del abuso de drogas, atribuyendo a la comunidad un papel activo en la definición de sus conflictos y, responsabilizando a las administraciones en su tarea de dar respuesta a las necesidades detectadas.

En su línea de trabajo preventivo-comunitario, la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD) oferta a los diferentes ámbitos territoriales un Programa de Actividades Preventivas diseñado a partir de los diferentes niveles básicos de intervención (Evaluación, Difusión, Ámbito familiar, Ámbito escolar, Ámbito Comunitario), ofreciendo a la población valenciana una referencia institucional y el apoyo necesario para afianzar su función educativa y preventiva y, creando un marco de trabajo y colaboración entre las estructuras autonómicas, provinciales y locales existentes.

PALABRAS CLAVE:

Prevención comunitaria, estrategias de intervención.

El consumo de drogas entre las mujeres de la Comunidad Valenciana

S. TOMÁS¹; M. J. TORRIJO²; R. AGUILAR²; S. CHORÉN²; Y. LUQUE²; M. C. HERNÁNDEZ²; J. AGUILAR²; A. VIDAL²

(1) Dirección General de Drogodependencias, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

(2) FEPAD.

Enviar correspondencia a:

Pepa Torrijo Rodrigo. FEPAD. c/ Guardia Civil 30. C/ Guardia Civil 30. Valencia 46020. Tecnico Valencia 2 [Antonio.Vidal@fepad.es]

RESUMEN:

El objetivo del presente estudio se centró en conocer las prevalencias y los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en mujeres de la Comunidad Valenciana, así como sus principales motivaciones para el consumo.

Método. La población objeto del estudio fueron mujeres de 15 y más años residentes en la Comunidad Valenciana. Se diseñó una muestra representativa del conjunto del universo con un tamaño final de 2.400 entrevistas. Se elaboró un cuestionario de consulta estructurado y cerrado, con un total de 128 preguntas relacionadas con los objetivos planteados.

Resultados. Un 42,7% de las mujeres valencianas ha sido consumidor de alcohol u otras drogas durante el último año. Según el tipo de sustancia, se destacan los siguientes resultados: (1) el 54% de las mujeres de más de 14 años ha consumido tabaco en alguna ocasión; (2) más de un tercio de las mujeres valencianas son fumadoras diarias; (3) el 5% de las mujeres consume alcohol de manera frecuente; (4) un 23,9% de las mujeres valencianas ha consumido cánnabis alguna vez en su vida; (5) el 6,1% de las mujeres valencianas ha usado cocaína alguna vez; y (6) el 2,7% de las mujeres valencianas ha consumido drogas de síntesis alguna vez en su vida. El patrón más común de consumo en 3 de cada 4 mujeres es el monoconsumo. En cuanto a las motivaciones para el consumo, la principal de ellas es la diversión-placer (73,9%). En cambio, las motivaciones para no consumir tienen que ver principalmente con razones relacionadas con el bienestar ("me siento bien"), con la salud física y mental o por convicciones morales personales.

Modelos de ocio y valores y su relación con el consumo de drogas en los jóvenes de la Comunidad Valenciana

S. TOMÁS¹; M. J. TORRIJO²; S. CHORÉN²; R. AGUILAR²; J. AGUILAR²; Y. LUQUE²; M.C. HERNÁNDEZ²; A. VIDAL²

(1) Dirección General de Drogodependencias, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

(2) FEPAD.

Enviar correspondencia a:

Pepa Torrijo Rodrigo. FEPAD. c/ Guardia Civil 30. C/ Guardia Civil 30. Valencia 46020. Tecnico Valencia 2 [Antonio.Vidal@fepad.es]

RESUMEN:

Analizar las formas de ocupación del tiempo libre de los jóvenes de la Comunidad Valenciana, sus diferencias sociodemográficas y las relaciones con los consumos de alcohol y otras drogas.

Método. La población objeto del estudio son jóvenes de 15 a 29 años residentes en la Comunidad Valenciana. La muestra final estuvo compuesta por 1.600 sujetos, 51,6% hombres y 48,4% mujeres. Se administró una encuesta domiciliaria compuesta por 77 ítems distribuidos en 8 bloques temáticos: (1) datos sociodemográficos; (2) actividades de ocio; (3) relaciones personales; (4) disponibilidad de tiempo libre; (5) conocimiento de actividades y alternativas organizadas; (6) valores y actitudes personales; (7) el consumo de sustancias; y (8) otras preguntas sociodemográficas

Resultados. Tras el análisis multivariante de los datos, se detectó una relación positiva de actividades como Internet o videojuegos con el consumo de sustancias. Sin embargo, la relación que actividades como escuchar la radio, la música o la lectura tienen con el consumo de drogas es negativa. Las actividades relacionadas de forma positiva con el consumo son: bailar, ir de bares o pasar el tiempo sin hacer nada (bien en compañía, bien sin ella). Por el contrario, otras actividades como pasear, ir de compras, actividades culturales o viajes tienen una relación negativa. La disponibilidad de mucho tiempo libre y de dinero para ocio correlaciona de forma lineal con los consumos de todas las sustancias: a mayor tiempo libre y dinero disponible mayores prevalencias en los consumos. La media mensual de dinero que los jóvenes dedican al ocio es de 163€. La mayoría de los jóvenes (65,1%) nunca o casi nunca participa en actividades alternativas organizadas por entidades comunitarias. En estos se observa un mayor consumo de drogas ilegales. Las actividades más participadas son las deportivas, las culturales y los espectáculos musicales.

Factores de riesgo y protección de carácter psicosocial asociados al consumo de drogas en estudiantes de secundaria de la Comunidad Valenciana

S. TOMÁS¹, M.J. TORRIJO², M.C. HERNÁNDEZ², J. AGUILAR², R. AGUILAR², Y. LUQUE², S. CHORÉN², A. VIDAL².

(1) Dirección General de Drogodependencias, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

(2) FEPAD.

Enviar correspondencia a:

Pepa Torrijo Rodrigo. FEPAD. c/ Guardia Civil 30. C/ Guardia Civil 30. Valencia 46020. Tecnico Valencia 2 [Antonio.Vidal@fepad.es]

RESUMEN:

La presente investigación se orienta a analizar los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas, así como la naturaleza e intensidad de las posibles relaciones de interdependencia entre este tipo de comportamientos.

Método. La población objeto de estudio la integran los alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) matriculados en el curso académico 2004-2005, en centros públicos y privados de la Comunidad Valenciana. La muestra efectiva ha sido de 2.871 cuestionarios, obtenidos en 75 centros y 150 aulas. El estudio se ha sustentado en la realización de una encuesta de 102 ítems entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la Comunidad Valenciana, y ha sido autocumplimentada por los entrevistados en los centros de enseñanza en donde cursaban sus estudios.

Resultados. El riesgo percibido asociado al consumo de drogas es, en términos generales, muy reducido, especialmente en el caso del alcohol. En el caso del cánnabis, el nivel de riesgo atribuido es inferior al consumo diario de tabaco. Existe una altísima disponibilidad percibida de sustancias como el tabaco (69,7%), el alcohol (62,2%) o el cánnabis (35,1%), correspondiendo estos porcentajes al número de alumnos que afirman que les resultaría fácil o muy fácil conseguir cada una de estas sustancias. La mayor parte de los alumnos (79,3%) se consideran perfectamente o suficientemente informados sobre las drogas y sus efectos. El nivel de rechazo a las sustancias no es homogéneo para todas las sustancias, registrándose diferencias entre el rechazo percibido ante el alcohol (38,5%), el tabaco (44,1%), el cannabís (76,9%) y otras drogas ilícitas (84,7%). Un porcentaje significativo de alumnos (12,3%) carece de un adecuado control horario por parte de sus padres durante los días laborables. En cuanto a la disponibilidad económica, los alumnos cuentan con una importante cantidad de dinero para gastos personales, de unos 14,90 euros semanales de media.

Conclusiones. La mayor parte de las variables predictoras de los consumos (de los factores de riesgo o protección) identificadas son las mismas para los patrones de consumo de drogas analizados, si bien se observan diferencias en su mayor o menor potencia explicativa según la sustancia de que se trate. En el caso del consumo abusivo de alcohol las variables pertenecientes a la dimensión grupal (relaciones y hábitos grupales), a las formas de ocupación de ocio y la disponibilidad de las distintas drogas, son las que tienen mayor potencia explicativa de la presencia de este comportamiento. En el caso de las drogas ilícitas, las variables de tipo familiar o personal tienen una alta potencia explicativa. Existe una mayor influencia o peso de las variables de riesgo frente a las variables de protección, no sólo como predictoras de la presencia y/o ausencia de los consumos de drogas, sino del resto de las conductas problema analizadas. Las variables de riesgo son más numerosas que las de protección y, en general, tienen una mayor potencia explicativa.

PALABRAS CLAVE:

Epidemiología, factor de riesgo, factor de protección, consumo, adolescentes.

La prevención en municipios de 5.000 a 20.000 habitantes de la Comunidad Valenciana

S. TOMÁS¹; M. J. TORRIJO²; A. VIDAL²; J. AGUILAR²; M. C. HERNÁNDEZ²; Y. LUQUE²; R. AGUILAR²; S. CHORÉN²

(1) Dirección General de Drogodependencias, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

(2) FEPAD.

Enviar correspondencia a:

Pepa Torrijo Rodrigo. FEPAD. c/ Guardia Civil 30. C/ Guardia Civil 30. Valencia 46020. Tecnico Valencia 2 [Antonio.Vidal@fepad.es]

RESUMEN:

El presente estudio tiene como objetivo principal la identificación de estrategias potenciales que mejoren los esfuerzos preventivos en el ámbito de las drogodependencias en los municipios de 5.000 a 20.000 habitantes de la Comunidad Valenciana.

Método. El estudio se desarrolló en municipios de la Comunidad Valenciana con una población de entre 5.000 y 20.000 habitantes (N=97). Se trabajó con una muestra representativa de los municipios de 5.000 a 20.000 habitantes de la Comunidad Valenciana, seleccionando con tal propósito tres municipios de cada provincia de la Comunidad Valenciana (N=9) con una serie de criterios diferenciales establecidos por el equipo investigador. Se empleó la metodología de Estimación Rápida, Intervención y Evaluación (RARE), utilizando las siguientes técnicas: (a) observación y mapeo; (b) encuestas de estimación rápida; (c) entrevistas semiestructuradas a expertos culturales y a informadores clave; y (d) grupos de discusión.

Resultados. Tras el análisis de los resultados, se aprecia la consolidación del cannabis como sustancia de consumo cotidiano, normalizado y aceptado socialmente, así como la existencia de una alta permisividad de su consumo. Uno de cada 4 jóvenes encuestados señala la cocaína como la sustancia ilegal más consumida en la zona de ocio que frecuentan. La percepción de riesgo en cuanto a las sustancias ilegales es baja. Presencia de zonas de consumo alternativas (locales, peñas, collas...). Los jóvenes tienden a instrumentalizar las sustancias, de manera que las usan buscando un determinado efecto. Consumen cualquier cosa que esté de moda, que sea asequible y cuyos efectos sean potentes. Se observa un menor consumo en mujeres. El consumo en mujeres se encuentra estigmatizado, de manera que suelen esconderse u ocultan su conducta. Desde todas las perspectivas se percibe una gran disponibilidad de sustancias ilegales, siendo accesibles para aquellos jóvenes que decidan consumir.

Conclusiones. Los mensajes preventivos son poco efectivos, Los mensajes alarmistas no funcionan. Es necesario un trabajo a nivel comunitario más intenso en municipios con población reducida. Los profesionales de la prevención no pueden tener un contacto mayor con la realidad de estos municipios por su alta dedicación al trabajo escolar. Se observa una escasez de alternativas de ocio saludable para los jóvenes en este tipo de municipios, siendo identificadas éstas fundamentales para prevenir el consumo de drogas en tiempo de ocio.

PALABRAS CLAVE:

Prevención, consumo, metodología cualitativa, patrón de consumo.

Abstinencia tabáquica a corto y medio plazo como predictor de éxito terapéutico a los 5 años de seguimiento de un programa de deshabituación tabáquica

M. TORRECILLA^{a,b}; M. BARRUECOC; D. PLAZA^{a,b}; C. AVONA^b; A. MORALES^a; A. ALONSO^b

(a) Centro de Salud San Juan. Salamanca

(b) Unidad Docente de Medicina Familiar de Salamanca

(c) Servicio de Neumología. Hospital Universitario Salamanca

Enviar correspondencia a:

Miguel Torrecilla. mtorrecillag@usuarios.retecal.es

RESUMEN:

Introducción: En la mayoría de los trabajos en los que se valoran el éxito de las intervenciones para dejar de fumar se suele considerar tal el porcentaje de abstinencia a los 6 y 12 meses, considerando que cuanto más tiempo se pase sin fumar menores son las probabilidades de recaer. La realidad es que la posibilidad de volver a fumar persiste en el tiempo, más allá del año del inicio de la intervención.

Objetivo: Valorar las probabilidades de recaída más allá del año de abstinencia y ver en que medida los resultados a los 2 meses, época en la que suele terminar la intervención intensiva, farmacológica o no, y al año se pueden considerar como predictores de éxito a los 5 años, contemplando tal fecha como la descrita por Prochaska como fase de finalización.

Material y Métodos: Programa de deshabituación tabáquica con seguimiento durante 5 años de 267 fumadores. Estudio cuasiexperimental en el que según la dependencia nicotínica fueron tratados mediante intervención mínima sistematizada (IMS) o terapia sustitutiva nicotínica (TSN). La abstinencia se valoró según intención de tratar y el éxito se valoró como abstinencia tabáquica mantenida desde el inicio de la intervención. Se aplicaron las pruebas estadísticas descriptivas para los porcentajes de abstinencia y para la comparación de porcentajes el chi cuadrado/corrección de Yates. Nivel de significación del 5%. Se analizó la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de los resultados a los 2 y 12 meses respecto a la abstinencia a los 5 años.

Resultados: La abstinencia puntual al año fue del 37,8% (32,0%-43,9%) y del 29,6% (24,2%-35,5%) como abstinencia continuada y a los 5 años del 27,3% (22,1%-33,1%) y 18,0% (13,6-23,1%) respectivamente. De los 267 sujetos incluidos en el estudio, a los 5 años 194 [72,7% (66,9%-77,9%)] se consideraron fracasos terapéuticos y entre ellos se incluyeron a aquellos en los que se corroboró su estado de fumador en los controles establecidos, como a los que tras el contacto telefónico no acudieron a los citados controles. La sensibilidad de los resultados obtenidos a los 2 meses respecto a la abstinencia a los 5 años fue del 75,3% (65,4%-85,2%) y la especificidad del 68,6% (62,0%-75,1%), con un VPP del 47,4% (38,3%-56,5%) y un VPN del 88,1% (82,9%-93,2%). El VPP y VPN de los resultados a los 2 meses respecto a la abstinencia a los 5 años en el grupo de la TSN fue del 48,6% (37,1%-60,2%) y 88,9% (81,6%-96,1%) y en el grupo de la IMS del 45,5% (30,7%-60,2%) y 87,3% (80,0%-94,7%) respectivamente. La sensibilidad de los resultados al año respecto a la abstinencia a los 5 años fue del 75,3% (65,4%-85,2%), la especificidad del 76,3% (70,3%-82,3%), el VPP del 54,5% (44,7%-64,2%) y el VPN del 89,2% (84,4%-93,9%). El VPP de los que fueron tratados con TSN fue del 60,8% (47,4%-74,2%) y el VPN de 87,1% (80,3%-93,9%) y de los que se abordaron mediante la IMS del 48% (34,1%-61,8%) y 91,8% (85,5%-98,1%) respectivamente.

Conclusiones. Que cerca de la mitad de los fumadores que logran dejar de fumar a los 2 meses y alguno más de los que se mantienen a los 12 meses consigan consolidar su abstinencia nos permite actuar consecuentemente y reforzar la intervención. Conscientes de que las recaídas persisten más allá del año de abandono del tabaco el que cerca del 46% vuelva a fumar después de llevar un año sin hacerlo debe hacernos

reflexionar de la necesidad de implementar programas de refuerzos que ayuden al fumador, que ha logrado superar su adicción a la nicotina, a consolidar la abstinencia tabáquica.

Este trabajo ha sido incluido en la convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación dentro del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo 2005 de la Junta de Castilla y León.

PALABRAS CLAVE:

Deshabitación tabáquica. Exfumador. Abstinencia continuada.

Programa de deshabituación tabáquica entre los trabajadores de la Diputación de Salamanca

M. TORRECILLA^a; M. A. HERNÁNDEZ MEZQUITA^a; M. BARRUECO^a; C. GARRIDO^b; A. ALONSO^a; C. AVON^a

(a) Asociación para la Prevención y Control del Tabaquismo de Castilla y León

(b) Area de Bienestar Social de la Diputación de Salamanca.

Enviar correspondencia a:

Miguel Torrecilla. Centro de Salud San Juan. C/Valencia 32. Salamanca 37005. mtorrecillag@papps.org

RESUMEN:

Introducción: La instauración de las nuevas leyes que protegen la salud de los trabajadores y el derecho de los mismos a respirar un aire ambiental libre de la contaminación de humo del tabaco, ha llevado a distintas empresas a promover programas que faciliten la deshabituación tabáquica de sus trabajadores. Se presenta la experiencia de la Diputación de Salamanca que instauró un programa de deshabituación tabáquica para los trabajadores que libremente se apuntaron al mismo y se realizó un tratamiento intensivo durante 3 meses con seguimiento a los 6 y 12 meses.

Objetivo: Conseguir disminuir la prevalencia de fumadores y facilitar la deshabituación tabáquica de los trabajadores de la Diputación de Salamanca mediante un programa realizado en el entorno laboral.

Material y Métodos: Programa de deshabituación tabáquica con seguimiento durante 12 meses sobre un total de 62 trabajadores. Estudio cuasiexperimental en el que según la dependencia nicotínica fueron tratados mediante intervención mínima sistematizada (IMS), terapia sustitutiva nicotínica (TSN), Bupropión o la combinación de ambos. La abstinencia se valoró según intención de tratar y el éxito se valoró como abstinencia tabáquica mantenida desde el inicio de la intervención. Se aplicaron las pruebas estadísticas descriptivas para los porcentajes de abstinencia y para la comparación de porcentajes el chi cuadrado/corrección de Yates. Nivel de significación del 5%.

Resultados: De los 62 fumadores, 16 eran varones [25,8% (15,5%-38,5%)] y 46 mujeres [74,2% (61,5%-84,5%)]. Completaron el seguimiento intensivo 40 de ellos (64,5%) realizando los controles establecidos, el 62,5% de los varones y 65,2% de las mujeres ($p > 0,05$). El consumo medio de cigarrillos al día era del 21,7 (DE 10,1): 26,9 (DE 10,5) en los varones y 20,0 (DE 9,5) en las mujeres ($p < 0,05$); con un índice paquetes año de 24,9 (DE 12,2): 32,5 (DE 14,3) y 21,5 (DE 9,5) respectivamente ($p < 0,05$), el tiempo de consumo medio era de 28,4 años en varones y 24,8 en las mujeres.

El 71% (58,1%-81%) de los fumadores reconoce que su médico en alguna ocasión le ha preguntado sobre el consumo de tabaco, pero sólo el 54,8% (41,7%-67,5%) refiere haber recibido consejo sanitario sobre dejar de fumar y tan sólo un 9,7% (3,6%-19,9%) un tratamiento concreto para conseguirlo.

La abstinencia observada al mes, 2 meses y finalizar el programa intensivo (3 meses) fue del 82,1% (69,6%-91,1%), 86,7% (73,2%-94,9%) y 90,0% (76,3%-97,2%). Según intención de tratar los valores respectivos fueron del 74,2% (61,5%-84,5%), 62,9% (49,7%-74,8%) y 58,1% (29,5%-55,2%) respectivamente. En los controles de seguimiento a medio y largo plazo los resultados según intención de tratamiento fueron del 51,6% (38,6%-64,5%) a los 6 meses y 38,7% (48,1%-73,4%) con una abstinencia mantenida del 43,5% (31,0%-56,7%) y 33,9% (22,3%-47,0%) respectivamente. Si sólo considerásemos a los que no abandonaron el programa se estaría hablando de una abstinencia puntual del 58,2% (44,1%-71,3%) y 44,4% (30,9%-58,6%) y de una abstinencia mantenida del 49,1% (35,4%-62,9%) y 38,9% (25,9%-53,1%) a los 6 y 12 meses respectivamente. Respecto a los resultados obtenidos en la abstinencia tabáquica no se apreciaron diferencias significativas en función del género.

El 92,7% (82,4%-98,0%) valoró positivamente el programa de ayuda para dejar de fumar en el medio laboral.

Conclusiones: La sensibilización y ayuda que ofrecen los profesionales sanitarios respecto al tratamiento del tabaquismo, al menos antes de la instauración de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, no cubre las expectativas de los fumadores.

Los programas de ayuda para dejar de fumar en el medio laboral pueden ser una alternativa bien valorada por los fumadores y con buenos resultados.

PALABRAS CLAVE:

Deshabitación tabáquica, entorno laboral, tabaquismo.

El fumador que consigue consolidar la abstinencia tabáquica ¿en busca de un perfil tipo?

M. TORRECILLA^{a,b}; D. PLAZA^{a,b}; M. BARRUECO^c; C. AVON^{a,b}; A. MORALES^b; A. ALONSO^b

(a) Centro de Salud San Juan

(b) Unidad Docente de Medicina Familiar de Salamanca

(c) Servicio de Neumología. Hospital Universitario Salamanca

Enviar correspondencia a:

Miguel Torrecilla. C/Valencia 32. Salamanca 37005. mtorrecillag@papps.org

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El proceso de abandono de tabaco es un largo camino no exento de dificultades y conocerlas puede contribuir a lograr consolidar la abstinencia tabáquica que es el objetivo de cualquier intervención para dejar de fumar.

RESUMEN: OBJETIVOS: Valorar posibles factores pronósticos en la consecución de la abstinencia tabáquica a largo plazo (5 años), lo que se puede considerar según los estadios de cambio de Prochaska como finalización del proceso de abandono del tabaco.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo cuasiexperimental con 267 pacientes fumadores, controlados en una consulta de atención primaria, en el que según la dependencia nicotínica fueron tratados mediante intervención mínima sistematizada (IMS) o terapia sustitutiva nicotínica (TSN). Las variables analizadas fueron: sexo, edad, cigarrillos/día, Fagerström, monóxido de carbono (CO) y abstinencia a los 5 años según intención de tratamiento. La abstinencia se valoró según intención de tratar y el éxito se valoró como abstinencia tabáquica mantenida desde el inicio de la intervención. Se aplicaron las pruebas estadísticas descriptivas para los porcentajes de abstinencia y para la comparación de porcentajes el chi cuadrado/corrección de Yates y la t de Student para la comparación de variables cuantitativas. Nivel de significación del 5%.

RESULTADOS: De los 267 sujetos incluidos en el estudio 136 (50,9%) fueron varones y 131 (49,1%) mujeres. A los 5 años referían haber dejado de fumar el 27,3% de los sujetos: 27,9% de los varones y 26,7% de las mujeres ($p>0,05$). La abstinencia tabáquica mantenida desde el inicio de la intervención y consolidada a los 5 años de la misma fue del 18,0%: 15,4% (9,6%-23,1%) con la IC y 20,1% (13,9%-27,6%) con la TSN ($P>0,05$). El 22,1% (15,4%-30,0%) de los varones frente al 13,7% (8,4%-20,8%) de las mujeres ($p<0,05$). La edad media de los que se mantuvieron sin fumar fue de 38,3 años (DE 12,7) frente a 43,9 años (DE 11,1) de los que no lo consiguieron ($p<0,05$). El consumo medio de cigarrillos, al inicio de la intervención, fue de 24,8 cig/día (DE 14,0) en los que mantuvieron la abstinencia frente 25,4 cig/día (DE 14,2) de los que seguían fumando ($p>0,05$). Los que dejaron de fumar y se mantuvieron sin fumar presentaban al inicio de la intervención una dependencia nicotínica de 6,3 puntos en el test de Fagerström (DE 2,7) frente a 6,4 (DE 2,2) ($p>0,05$). La concentración media inicial de CO de los que logran dejar el tabaco fue de 24,3 ppm (DE 11,1) frente a 22,1 ppm (DE 12,3) de los que no lo consiguen ($p>0,05$).

CONCLUSIONES: Los varones parecen que logran consolidar la abstinencia tabáquica más fácilmente que las mujeres. Respecto al patrón tabáquico no se ha encontrado ninguna variable que pudiera considerarse como predictora de éxito. Según los datos obtenidos quizás la estrategia terapéutica utilizada haya que modificarla en función del sexo y los mensajes que se ofrecen deban personalizarse aún más.

Este trabajo ha sido incluido en la convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación dentro del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo 2005 de la Junta de Castilla y León.

PALABRAS CLAVE:

Deshabitación tabáquica. Predoctorado éxito. Abstinencia continuada.

Tratamiento multicomponente en deshabituación tabáquica

IGNACIO TORRES*, FRANCISCO J. PINO*, FRANCISCO DE SANDE*, BEATRIZ MARTÍN*, JOSÉ A. SANTOS, JUAN A. GUIADO***

* Servicio de Psiquiatría. Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud (SES).

** Secretaría Técnica de Drogodependencias. SES.

Enviar correspondencia a:

Juan A. Guisado. Servicio de Psiquiatría, Hospital Infanta Cristina de Badajoz, Avd. de Elvas s/n. Badajoz 06071. JAGUISADO@telefonica.net

RESUMEN:

Introducción. El tratamiento farmacológico y psicológico dentro de un programa conductual multicomponente han demostrado la eficacia en el abandono del hábito tabáquico. Este tratamiento estructurado entre 5 y 8 sesiones que aborda la dependencia de la nicotina, la dependencia psicológica y cómo prevenir las recaídas, se considera actualmente el tratamiento de elección para dejar de fumar.

Material y Métodos. Se analizan 43 pacientes con dependencia de nicotina dentro de un abordaje multicomponente realizado por un psicólogo y un psiquiatra. Los fumadores solicitaron dejar de fumar voluntariamente y la posibilidad de elegir el tipo de tratamiento ante las recomendaciones médicas. 20 pacientes eligieron tratamiento con parches (tiempo de 8 semanas), 8 bupropion (150 mg/día) y 10 la mezcla de los dos tratamientos anteriores. 5 solo quisieron recibir tratamiento psicológico.

Durante las 7 sesiones que duró el programa se estudió la abstinencia con la Escala de síntomas de abstinencia de West, valorando mediante el test de ANOVA si existían diferencias significativas en los grupos que recibieron tratamiento farmacológico.

Resultados. La edad media del grupo fue de 39+6.01 con 70% de mujeres y 30% de hombres. Los resultados del test de Fagerström fueron de 3.8+1.06 (psicológico, 3.87+0.71(bupropion 150), 5.1+0.45 (parches) y 6.0+0.96 (parches y bupropion 150).

El grupo que eligió tratamiento psicológico partió de unos niveles de abstinencia mayores junto al grupo que eligió parches con bupropion 150 mg/día. No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de abstinencia para los grupos que recibieron tratamiento farmacológico. Además la existencia de un probable diagnóstico psiquiátrico tampoco parece influir en la evolución de los síntomas.

La tasa de abandono a las 8 semanas fue de 20.9%. El perfil de los enfermos que han recaído es independiente de variables como el sexo, el estar en tratamiento psiquiátrico, la intención de dejar de fumar, el tipo de tratamiento elegido para dejar de fumar, la edad, el índice de masa corporal, el test de fagerström y la abstinencia a lo largo de las siete sesiones de tratamiento.

Conclusiones. Los pacientes que eligen sólo tratamiento psicológico son los que terminan el programa con menores niveles de abstinencia. Esto se podría justificar por una mayor motivación al no utilizar fármacos y una mayor receptividad al tratamiento multicomponente, además de ser un grupo con una dependencia entre leve-moderada.

Los enfermos que eligen parches y un comprimido de bupropion son los que se mantienen con mayores niveles de abstinencia posiblemente debido a que en este grupo tenemos a los fumadores con una adicción más importante.

Parece que la elección del tratamiento por parte del enfermo no es una mala recomendación para este tipo de programas.

Es necesario estudiar otra serie de variables que puedan ayudarnos a comprender el perfil del fumador que abandona los programas como peden aspectos psicológicos, estado sociofamiliar, calidad de vida, rasgos de personalidad, etc...

Limitaciones: bajo número de pacientes en los grupos para poder realizar una análisis estadístico adecuado.

“Calendari 2006. l’alcoholisme una malaltia amb sortides”. Un modelo de sensiblización e impacto comunitario. Preparación, edición y difusión por la Associació d’Alcohòlics Recuperats TERAL y el CAS Horta-Guinardó (ASPB)

M. G. TORT*; J. SERRANO; A. GIL**; R. RODRÍGUEZ**; LL. ANQUELA***

* Associació Alcohòlics Recuperats TERAL

** INPROSS (Entidad gestora del CAS)

Enviar correspondencia a:

JAUME SERRANO JODAN. CAS Horta-Guinardó. Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències (SPAD) de l’Agència Salut Pública de Barcelona (ASPB). C/ Sacedon, 18. 08032 Barcelona. jserrano@inpross.com

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. Los trastornos por abuso o dependencia al alcohol, son habituales en nuestro medio y no excluyen a las mujeres. Que una mujer se enfrente a su alcoholismo, no es fácil, todavía se intenta negar y esconder el problema, agravado en algunos casos porque su entorno más inmediato no detecta la realidad y no siempre facilita la ayuda necesaria.

OBJETIVOS. La idea y el hecho de presentarse de forma natural en un calendario es transmitir un mensaje de confianza, aproximar un problema que tiene “salidas”, con el objetivo de intentar ayudar a mujeres que presenten la misma situación y se atrean a afrontarlo, buscando ayuda en centros de drogodependencias para que puedan diseñar y llevar a cabo un plan terapéutico individualizado.



MATERIAL Y MÉTODO. La AAR TERAL, esta integrada en el CAS de Horta-Guinardó. Los Programas de Alcoholismo del CAS desarrollan diferentes intervenciones terapéuticas, entre ellas un grupo terapéutico de mujeres. En él participan, como modelo referente, alguna de las mujeres de TERAL. A lo largo del 2005, surgió la idea de que mujeres con diferente nivel evolutivo de recuperación de su alcoholismo, tuviesen la valentía de "dar la cara", transmitiendo mensajes personales que pudieran llegar a otras mujeres con el mismo problema, dando versiones positivas, basadas en la motivación al cambio y con un tratamiento adecuado se puede conseguir la remisión del trastorno. La concienciación e implicación en este proceso ha sido espontáneo y natural, tanto de las participantes como de los testimonios a transmitir, que se trabajaron en diferentes sesiones grupales.

RESULTADOS. El resultado final fue la aparición del "Calendari 2006. L'alcoholisme una malaltia amb sortides", integrado por mujeres a TERAL y pacientes que siguen terapia en el CAS. Imagen conjunta de 12 mujeres y separadas para cada mes del año con mensajes personales, que intentan hacer reflexionar y ayudar a otras mujeres.

Por ejemplo: Enero, Mercé (2 años abstinente) "Tu también puedes salir". Octubre, Pilar (3 años abstinente) "Ahora, por fin, decido yo", etc...

Se hizo una presentación pública en el CAS, con transmisión a los medios de comunicación, con reportajes en periódicos de gran tirada como La Vanguardia (25-26/12/05), Programas en TV 2 de "Catalunya al dia", TV 5 de "Gente", TVB Barcelona y entrevistas en Radio Nacional de España, Radio de San Sebastián, Radio Arenys, Com Radio y Onda Radio. Se han distribuido de forma totalmente gratuita 2000 calendarios en diferentes centros de drogas, socio-sanitarios y de la mujer.

CONCLUSIÓN. Creemos que iniciativas de este tipo pueden ser muy útiles para transmitir mensajes de confianza para mujeres, o hombres, con problemas de abuso o dependencia al alcohol, que pueden buscar soluciones en centros de tratamiento especializados. Hay que fomentar complicidades entre equipos profesionales y asociaciones de afectados para aumentar la información, la prevención y el tratamiento. Como dice el lema de diciembre: "Si tienes problemas con el alcohol, no te escondas, busca soluciones".

Jóvenes inmigrantes de habla hispana y consumo de tabaco y alcohol

S. TORTAJADA NAVARRO¹; J. C. VALDERRAMA-ZURIÁN¹; M. CASTELLANO-GÓMEZ²; V. AGULLÓ¹; C. MORALES¹; R.ALEIXANDRE-BENAVENT¹

(1) Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (Universitat de Valencia-CSIC).

(2) Dirección General de Drogodependencias. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Enviar correspondencia a:

Juan Carlos Valderrama Zurian. Av/Blasco Ibañez, nº 15. Valencia 46010. silvia.tortajada@uv.es

RESUMEN:

Introducción. El desarrollo de políticas preventivas en poblaciones específicas requiere evaluar el consumo de sustancias en dichas poblaciones. La heterogeneidad de la población inmigrante supone un desafío para la prevención y tratamiento de drogas en la comunidad. Los resultados de diversos estudios entre población inmigrante apuntan hacia la necesidad de considerar valores culturales en los consumos de esta población concreta. El objetivo del presente estudio es evaluar el consumo de alcohol y tabaco en inmigrantes de habla hispana para establecer bases teóricas que fundamenten el desarrollo de estrategias encaminadas a la promoción de la salud.

Material y Método. La población a estudiar eran inmigrantes latinoamericanos de habla hispana, de ambos sexos, mayores de 15 años de edad, de las nacionalidades más representativas del ámbito de la Comunidad Valenciana (Ecuador, Colombia, Argentina, Bolivia, Uruguay y Cuba). Se pasaron 600 cuestionarios a una muestra representativa de las nacionalidades mencionadas (310 mujeres y 290 hombres). Se utilizó un cuestionario que recogía datos sociodemográficos, patrones de consumo del tabaco y alcohol, actitudes, conocimientos y percepciones sobre estas drogas, características del tiempo de ocio, conocimiento de campañas preventivas y accesibilidad a recursos socio-sanitarios. El pase del cuestionario se realizó en zonas de ocio. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes en el estudio. El análisis de los datos se hizo a través del programa estadístico SPSS 12.0.

Resultados. Los resultados indican que existen diferencias en la percepción de los consumos, pues perciben que se consume más tabaco (83,6%) en España que en sus países de origen. En cuanto al alcohol, el 36,7% piensa que se consume más alcohol en España, el 35,1% cree que se consume igual en ambos países y el 26,2% piensa que se consume más en su país de origen. El 37,2% bebe alcohol una o menos veces al mes, y el 26,7% bebe alcohol de dos a cuatro veces al mes, y un 20% afirma no beber nunca. Existen diferencias en los consumos de alcohol entre nacionalidades y se observa que los cubanos y los argentinos son los que más alcohol beben entre semana. Este consumo aumenta considerablemente en todas las nacionalidades durante el fin de semana, siendo los cubanos, argentinos, y uruguayos los que más beben. El 21,6% de los encuestados considera que el alcohol es una sustancia poco peligrosa, y el 15,2% piensa lo mismo del tabaco. El 13% de los entrevistados fuma diariamente. El 50,2% opina que es más fácil obtener tabaco en España. El 53,9% opina que es igualmente accesible el alcohol, en España que en sus países de origen, mientras que un 26,9% cree que es más fácil conseguirlo en España. Respecto a la percepción de los consumos, el 82,5% considera que el consumo de drogas legales entre las mujeres es mayor en España, y el 53,6% que el consumo de alcohol y tabaco entre hombres es mayor en España. Destaca el desconocimiento general que existe sobre las campañas o programas preventivos pues el 45,6% no conoce ninguna campaña preventiva del consumo de alcohol.

Conclusiones. Las percepciones sociales sobre las drogas, los consumos, las costumbres asociadas a dichos consumos y los espacios de ocio que frecuentan los inmigrantes de habla hispana varían según los países de procedencia de los mismos. Se deben continuar los trabajos de investigación para conocer la realidad concreta de esta población en nuestro territorio, considerando las diferencias entre nacionalidades antes de proponer iniciativas preventivas que incluyan este sector poblacional.

PALABRAS CLAVE:

Inmigración, tabaco, alcohol, consumo de sustancias, percepciones sociales, prevención

Impulsividad, comorbilidad, consumo de cocaína y tratamiento con topiramato

M. UTGÉS NOGUES; F.J. SAMPER VILLAR; C. FALIP CENTELLAS

CAS Lleida. Hospital de Sta. Maria

Enviar correspondencia a:
Teresa Garriga. tgarriga@gss.scs.es

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Debido al perfil farmacológico del Topiramato y a los resultados de estudios, se muestra la utilidad de esta sustancia en la impulsividad.

Los pacientes consumidores de cocaína, sobre todo los que tienen una dependencia a esta sustancia tienen muy a menudo asociados cuadros comórbidos, sobretodo relacionados con los trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad más frecuentes dentro de los consumidores de cocaína, son el antisocial y el límite ambos relacionados con la impulsividad.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia del Topiramato en el tratamiento de los trastornos de la personalidad en consumidores de cocaína.

MÉTODO: Se ha realizado estudio observacional, retrospectivo en pacientes de entre 18-65 años que cumplen los criterios DSM-IV de trastorno de abuso o dependencia de cocaína y de trastorno antisocial o límite de la personalidad. A los pacientes se les administró Topiramato en dosis flexible (25-300mg./día) durante 3 meses.

INSTRUMENTOS Y MEDIDAS:

- Escala IPDE. Trastornos de la personalidad
- Escala de impulsividad de BARRAT
- ICG.
- Escala de acontecimientos adversos.
- Registro del consumo de cocaína.

RESULTADOS: El Topiramato se relacionó con una disminución significativamente mayor de la impulsividad en los trastornos antisocial y límite de la personalidad en pacientes consumidores de cocaína. Así mismo se relacionó con una disminución significativamente mayor de las puntuaciones en la escala de gravedad de ICG. También se observa una reducción de la frecuencia y dosis del consumo de cocaína.

CONCLUSIONES: El Topiramato ha sido eficaz y relativamente bien tolerado en el tratamiento a corto plazo de los trastornos antisocial o límite de la personalidad en consumidores de cocaína, así como para la disminución del consumo de esta sustancia.

Pacientes drogodependientes con trastorno límite de la personalidad: ensayo clínico con risperidona por vía intramuscular

M. UTGÉS NOGUES; J. SAMPER VILLAR; T. GARRIGA RAMON; C. FALIP CENTELLES

CAS Lleida. Hospital de Sta. Maria

Enviar correspondencia a:
Teresa Garriga. tgarriga@gss.scs.es

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Si bien tradicionalmente se ha considerado que los trastornos de la personalidad en general y el trastorno límite de la personalidad (TLP), en particular carecían de tratamiento, últimamente hay un creciente interés por desarrollar intervenciones psicofarmacológicas eficaces. El tratamiento del TLP es probablemente el trastorno de la personalidad que más atenciones ha recibido en los últimos años. Sin embargo teniendo en cuenta la naturaleza multifactorial de este trastorno, pero sobretodo las múltiples combinaciones sintomáticas posibles y la complejidad que presenta el estado mental del paciente con este diagnóstico, no es sorprendente que medicamentos de diversos grupos psicofarmacológicos hayan sido estudiados.

En la literatura se ha descrito que, bajas dosis de antipsicóticos serían el tratamiento farmacológico de elección para aquellos pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentan pensamientos continuados de sospecha, ideación paranoide, síntomas relacionados con la impulsividad y conductas auto y heteroagresivas.

A la hora de plantearse la utilización de fármacos antipsicóticos en este grupo de pacientes hay que tener en cuenta que a menudo estos fármacos provocan rechazo en los pacientes que los toman por la aparición de efectos secundarios especialmente a los efectos extrapiramidales.

OBJETIVO: Mejorar el cumplimiento y adherencia al tratamiento, así como vislumbrar una mejoría en la sintomatología en pacientes diagnosticados en TLP.

MÉTODO: Se ha realizado ensayo clínico, en pacientes entre 18-65 años que cumplan los criterios DSM-IV de trastorno de abuso o dependencia de sustancias y trastorno límite de la personalidad

A los pacientes que eran candidatos a la utilización de fármacos antipsicóticos, se les administró Risperdal Consta inyectable en dosis 25mg.-37'5mg. Durante 6 meses.

INSTRUMENTOS Y MEDIDAS:

- Criterios DSM-IV TR para abuso y dependencia a sustancias
- Criterios DSM-IV TR para trastornos límite de la personalidad
- Registro de tratamiento farmacológico concomitante.
- ICG
- Escala DAI
- Test Morinsky
- Escala BPRS

RESULTADOS: La Risperidona por vía intramuscular se relacionó con un buen cumplimiento y adherencia a la medicación.

Los pacientes también mejoran en sus síntomas mentales tanto en los síntomas positivos como en los negativos.

También hubo una mejoría del cuadro clínico respecto a su estado basal.

Perfil de los pacientes drogodependientes que ingresan en la Unidad Hospitalaria de Patología Dual del Instituto de Adicciones de Madrid Salud

PALOMA VARAS SOLER*, JAVIER FERREIRO FIGUEROA*, BEATRIZ MESÍAS PÉREZ*, CARMEN MOSTEIRO RAMÍREZ**

* Médico

** Psicólogo Departamento de Asistencia del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.Unidad Hospitalaria de Patología Dual del Instituto de Adicciones Nuestra Sra. de la Paz, Orden hospitalaria de San Juan de Dios

Enviar correspondencia a:

Beatriz Mesia Pérez. C/ Juan Esplandiú, 11 – 2ª planta. Madrid. msaasistencia@munimadrid.es

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo de este estudio es definir el perfil de los pacientes drogodependientes y con diagnóstico o sospecha de trastorno psicopatológico derivados para su ingreso desde los centros de atención ambulatorios del Instituto de Adicciones de Madrid Salud para desintoxicación, valoración y /o estabilización en la Unidad hospitalaria de Patología Dual de Nuestra Sra. de la Paz.

Material y Método: Durante el periodo comprendido entre 30 de Octubre de 2004 y el 31 de Octubre de 2005 se han recibido los informes bio-psicosociales de 125 pacientes para su ingreso voluntario en la Unidad Hospitalaria de Patología Dual de Nuestra Señora de la Paz, de los cuales ingresaron 119.

Revisando los informes de derivación estudiamos la distribución por sexo, edad, por consumo de sustancias, patrón compulsivo o no de consumo, por grupo de patología mental, si estaban o no medicados con anterioridad a su ingreso y con que grupo farmacológico, el tiempo de estancia en la Unidad y el motivo de salida. También el porcentaje de pacientes con antecedentes familiares de patología mental y/o consumo de sustancias

Resultados y conclusiones: El 69% de los pacientes ingresados son varones, con una edad media de 34,72 años. El 36,56 de los pacientes tienen antecedentes familiares de drogodependencia, el 31,18 antecedentes familiares psiquiátricos, y el 17,2% de ambos. Un 51% tiene un patrón de consumo de tipo compulsivo.

Como droga principal, el 53,5% de los pacientes consumen opiáceos de los que un 86% están en programa de metadona, un 37% consumen cocaína y un 17% alcohol. Como droga secundaria el 41% consume cocaína, el 26,9% alcohol, el 8,5% cannabis y el 5,37% opiáceos, aunque la mayoría mantienen un patrón de policonsumo. El diagnóstico psicopatológico previo al ingreso más frecuente es Trastorno de Personalidad en un 34,4%, Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en un 18,28%, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos sin especificar un 16,13%, Trastorno obsesivo-compulsivo un 4,3% Trastorno adaptativo el 1%, trastorno alimentario el 1% y el resto no tenían diagnóstico previo.

En cuanto a los grupos psicofarmacológicos prescritos previos al ingreso, tenemos pacientes polimedicados, un 34,4% toman antipsicóticos, antidepresivos y benzodiacepinas, un 22,58% antidepresivos y benzodiacepinas y un 18,28% estaba sin tratamiento psicofarmacológico previo. El tiempo máximo de estancia es de 3 meses, y la media de estancia es de 73,28 días.

El 70,96% de los pacientes que ingresan finalizan el tratamiento, el 23,66% solicitan alta voluntaria, pero solamente el 16% están menos de 2 meses ingresados

PALABRAS CLAVE:

Patología dual, drogodependencia, unidad hospitalaria, trastornos psicopatológicos.

Abogar por políticas públicas que faciliten la prevención de adicciones: aprendiendo del movimiento de control del tabaquismo

JOAN R. VILLALBÍ; ALÍCIA RODRÍGUEZ-MARTOS; JOSEP M. JANSÀ; JOAN GUIX

Agència de Salut Pública de Barcelona

Enviar correspondencia a:

Joan R. Villalbí. Pl Lesseps 1. Barcelona 08023. jrvillal@aspb.es

RESUMEN:

El consumo de sustancias adictivas está condicionado por diversas políticas públicas. En el caso del tabaco, el desarrollo de acciones estratégicas para influir en las políticas públicas desde el movimiento de prevención ha conseguido en unos años modificar el enfoque de los medios de comunicación y generar políticas regulatorias más favorables para la prevención. Esta experiencia podría extrapolarse al caso del alcohol y de otras sustancias adictivas, como muestra el proyecto Tendiendo puentes.

En esta comunicación se inventarían las acciones realizadas desde el movimiento de prevención del tabaquismo que han favorecido la regulación. Se analiza su aplicabilidad y equivalencia en el caso del alcohol, el cannabis y otras sustancias adictivas, así como posibles obstáculos y alianzas para la generación de unas políticas públicas más preventivas.

El análisis sugiere que el requisito para el desarrollo de una estrategia de este tipo es la existencia de una coalición que agrupe a un amplio espectro del movimiento de prevención. Esta debe plasmarse en una organización capaz de desarrollar una estrategia de manera legitimada, y que pueda desarrollar una interlocución efectiva con medios y autoridades, equivalente a la realizada por el CNPT en el caso del tabaco. Los elementos cruciales son la formulación de una estrategia general que cubra todo el espectro de políticas públicas, la definición de prioridades y el desarrollo posterior de acciones de comunicación a medios y autoridades, junto con estímulos a los legisladores. Se propone un esquema preliminar de estrategia y criterios de acción para el alcohol basado en nuestra experiencia reciente, y algunos elementos aplicables a otras sustancias. En el caso del alcohol se plantean situaciones diferenciadas para diversos productos (vinos y cavas, cerveza y alcoholes de alta graduación), en la medida en que hay patrones de consumo distintos y que los grupos de interés implicados tienen estrategias diversas.

En conclusión, la planificación es crucial para generar unas políticas públicas más favorables a la prevención del consumo de sustancias adictivas, que genera hoy un alto coste sanitario. Para contrarrestar las acciones de los grupos de interés favorables a su consumo, habría que dotarse de esquemas de organización apropiados y definir una estrategia y prioridades. La experiencia del movimiento de prevención del tabaquismo ofrece lecciones valiosas y aplicables a la prevención de los daños causados por el consumo del alcohol y de otras sustancias.

PALABRAS CLAVE:

Políticas, prevención, tabaquismo, alcohol, coalición.

boletín de suscripción:

■ DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos

NIF Profesión

Dirección Nº Piso

Tel. Población D.P. Provincia

E-mail

■ SUSCRIBANME A: «Adicciones». Año 2006

España	4 ejemplares y suplementos	36,00 €		suscripción particular
	4 ejemplares „	90,00 €		suscripción instituciones
	1 ejemplar	9,00 €		
	1 monográfico	13 €		
Extranjero	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 EL ORIGINAL DE ESTA DOMICILIACIÓN POR CORREO POSTAL

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/).**

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/) 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 publicadas 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), 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 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) 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 recogie-

ron 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. Enfatee y resuma 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

Enfatee 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) 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.

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

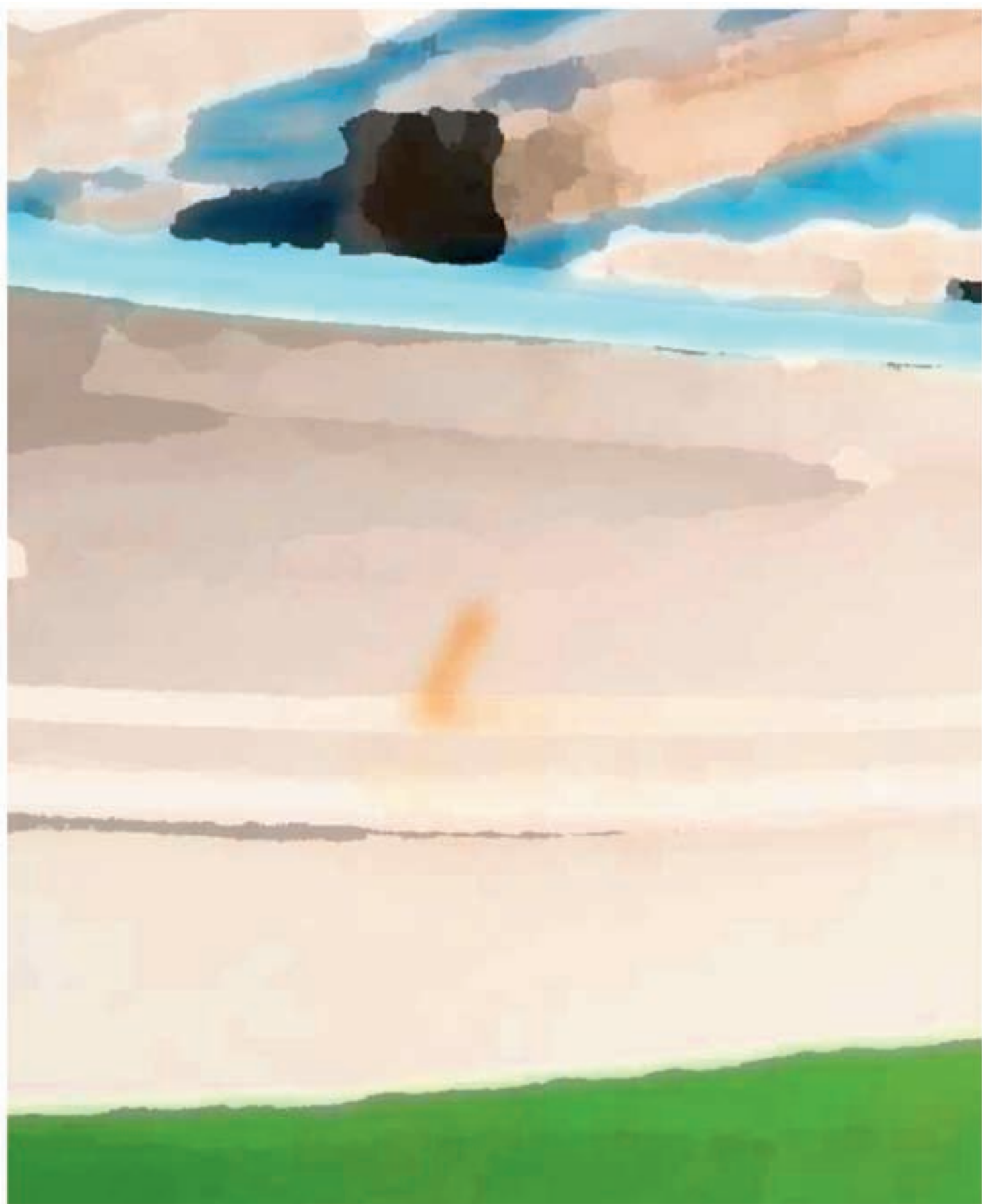
En caso de producirse alguna errata en el material publicado, achacable al autor o al proceso de edición, la revista en un siguiente número indicará en un apartado de "Erratas" la corrección.

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 envíen su manuscrito para su consideración de publicación.



XXXIV JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

