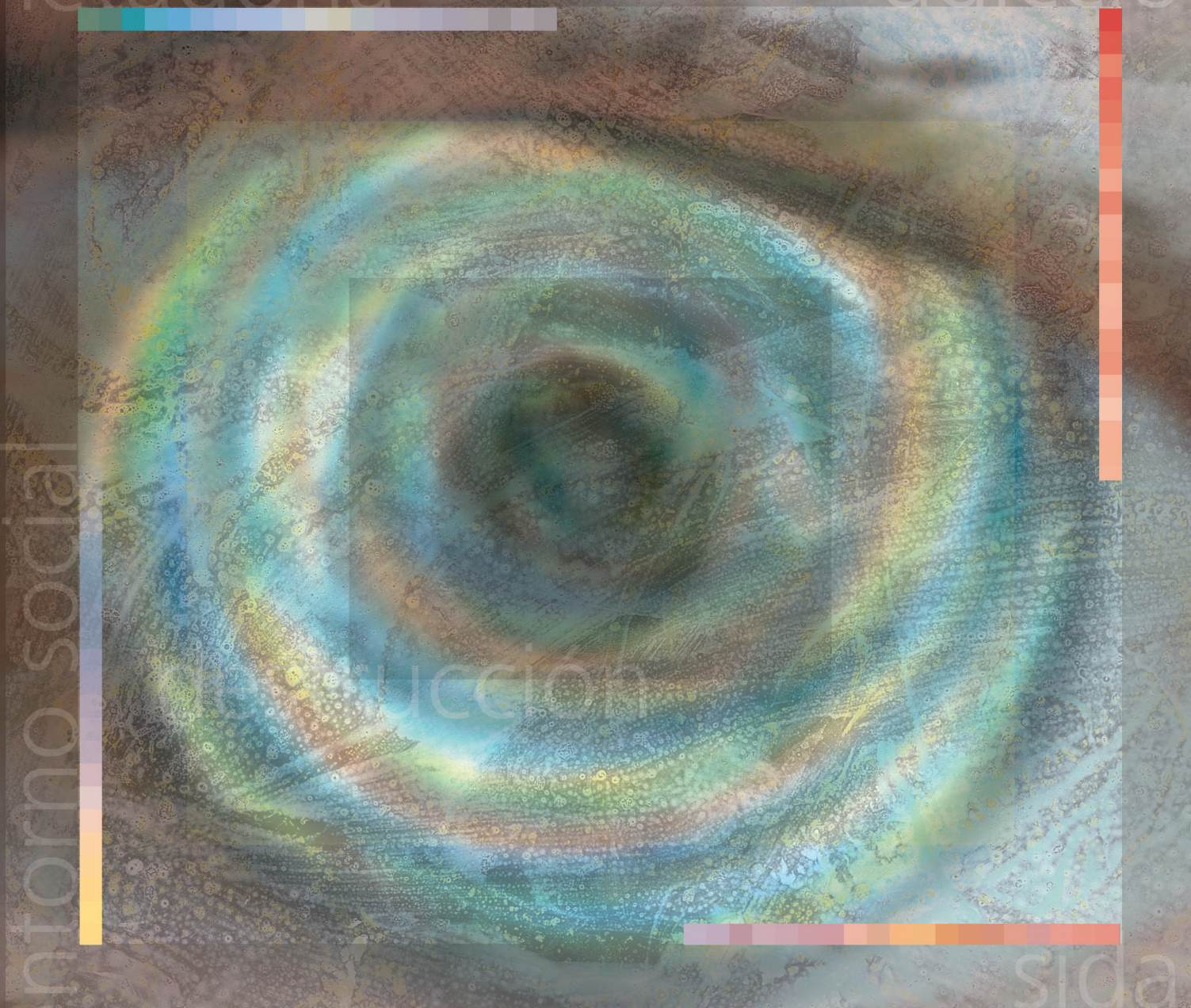


metadona

adicción



entorno social

adicción

SIDA

adicciones

**XXXIV JORNADAS NACIONALES
DE SOCIDROGALCOHOL.
VALENCIA**

Subvencionado por:

Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas



2007

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 Brugal.
Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona

Félix Carvalho.
Universidade de Porto.

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.
Northumbria 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

Iván Montoya.
National Institute on Drug Abuse. Washington,

Miguel Navarro García.
Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Esa Österberg.
National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki, Finlandia

Moirá Plant.
University of the West of England. Bristol. Reino Unido

José Antonio Ramos.
Universidad Complutense. Madrid

George Ricaurte.
Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore, Maryland, Estados Unidos

Juan Rodés Teixidor.
Hospital Clinic. Barcelona

Fernando Rodríguez de Fonseca.
IMABIS. Hospital Carlos Haya. Málaga

Jesús Rodríguez Marín.
Universidad Miguel Hernández. San Juan, Alicante

Alicia Rodríguez Martos.
Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona

Stephen Rollnick.
University of Wales. Llanedeyrn. Reino Unido

Miguel Sánchez Turet.
Universidad de Barcelona. Barcelona

Joaquín Santodomingo Carrasco.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Kaija Seppä.
University of Tampere. Tampere, Finlandia

Marta Torrén.
Hospital de Ntra. Sra. del Mar. Barcelona

Miguel Ángel Torres Fernández.
Ex-Presidente de Socidrogalcohol. Valencia

Alfonso Velasco.
Universidad de Valladolid. Valladolid

Comité de redacción

Carlos Alonso.
Servicio drogodependencias Castilla La Mancha.

Miquel Amengual Munar.
Consell de Mallorca. Palma de Mallorca.

Jesús Bedate Villar.
Universidad de Valencia. Valencia.

Maite Cortés.
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.
Conselleria de Sanitat. Valencia.

César Pereiro.
Plan de Galicia sobre Drogas. A Coruña.

Juan Luis Recio.
Universidad Complutense. Madrid.

Gabriel Rubio Valladolid.
Centro de Salud Mental de Retiro. Madrid

Pilar A. Sáiz.
Universidad de Oviedo. Oviedo.

Roberto Secades.
Universidad de Oviedo. Oviedo.

Teresa Salvador Llivina.
Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Madrid.

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

Joan Trujols i Albet.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Juan Carlos Valderrama.
Universidad de Valencia.

José Ramón Varo.
Servicio Navarro de Salud. Pamplona.

EDITA: Socidrogalcohol • TIRADA: 2.000 ejemplares

PORTADA: Guillem Mudoy

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

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

Papel permanente según normas ISO 9706

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@adicciones.es

www.adicciones.es

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

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, 3ª. 07003 Palma de Mallorca. Además del envío por correo postal, y para agilizar el proceso, puede enviar el trabajo por correo electrónico a: secretaria@adic.e.telefonica.net

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 encarar 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, 3ª. 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 22 DE MARZO DE 2007	SALA AUDITORIO	SALA APOLO	SALA ZEUS	SALA BACO
8:00 - 9:00 h	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN			
9:00 - 10:30 h	Conferencia: Nuevos Retos en la Estrategia Valenciana sobre Adicciones	Cerebro y adicción: mucho más que dopamina	Las drogas en el servicio de urgencias	Evaluación y monitorización: embarazos alto riesgo
10:30 - 11:30 h	Plenario: "La Ética de los profesionales sanitarios: el reto de la excelencia" (SALA AUDITORIO)			
11:30 - 13:00 h	Conferencia: Pharmacogenetics of alcohol	Anticonvulsivantes y adicciones	Calidad de la atención sanitaria: experiencias y propuestas	Toxicidad de Drogas emergentes
13:00 h	INAUGURACIÓN OFICIAL DE LAS JORNADAS (SALA AUDITORIO)			
13:30 - 14:30 h	Conferencia Inaugural: "Nuevos Retos, Nuevas Respuestas del Plan Nacional sobre Drogas" (SALA AUDITORIO)			
14:30 - 16:00 h	ALMUERZO DE TRABAJO			
16:00 - 17:30 h	Conferencia: Riesgos, consumos y drogas. Algunas paradojas de un mundo semiglobalizado	Aspectos psiquiátricos sobre el consumo de cannabis	Simposium Satélite Lilly: Nuevas perspectivas en depresión	Investigación básica en alcohol
17:30 - 18:00 h	PAUSA - CAFÉ			
18:00 - 19:30 h	Conferencia: Tratamientos inmunológicos en adicciones (Vacunas)	Debate: Psicoterapia y adicciones	Simposium Satélite: Novartis Nuevas perspectivas en el tratamiento de las toxicomanías	Cocaína y pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento con agonistas
20:00 h	Cóctel de bienvenida (L'Oceanogràfic)			

JUEVES 22 DE MARZO DE 2007

CONFERENCIA: NUEVOS RETOS EN LA ESTRATEGIA VALENCIANA SOBRE ADICCIONES

Sofía Tomás Dols. Directora General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana.
Presentación: Francisco Pascual Pastor. Presidente de Socidrogalcohol Comunidad Valenciana.

CEREBRO Y ADICCIÓN: MUCHO MÁS QUE DOPAMINA

Moderador: Juan José Llopis Llácer. Psiquiatra. UCA Castellón. Universitat Jaume I. Castellón.

Diferencias individuales en la respuesta al estrés y conducta adictiva

Roser Nadal Alemany. Profesora Titular Universidad. Instituto de Neurociencias. Universidad Autónoma de Barcelona.

Remodelaciones cromatínicas inducidas por drogas: Implicaciones en el desarrollo de la conducta adictiva y su terapéutica

Carles Sanchis Segura. Investigador. Universitat Jaume I. Castellón.

Implicación de los neuroesteroides en la adicción al alcohol

Marc Pallares Añó. Profesor Titular de Universidad. Instituto de Neurociencias. Universidad Autónoma de Barcelona.

LAS DROGAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Moderadora: M^a Ángeles Carbonell Torregrosa. Jefe Unidad de Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

Situaciones éticas del alcohol y otras drogas en urgencias de un hospital comarcal. Realidad actual

Diego José Ibáñez Gallardo. Enfermero Jefe del SAIP. Hospital General de Elda (Alicante).

Urgencias en alcoholismo: Abordaje desde los centros de tratamiento de adicciones

David Cáceres Anillo. Médico. RENACER. Córdoba.

La necesidad de un indicador de urgencias

Francesc Verdú i Asensi. Psicólogo. Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana.

EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN: EMBARAZOS ALTO RIESGO

Moderador: Eduardo Carreño Rendueles. Médico. Clínica Médico Psicológica. Gijón.

Atención del neonato expuesto a drogas durante el embarazo

Martha Luz Vélez Uribe. Pediatra. Sección de Puericultura. Center for Addiction and Pregnancy John Hopkins School of Medicine. EEUU.

Programa de atención a las embarazadas drogodependientes en Andalucía
Rafael Campos Cloute. Centro de Drogodependencias Las Lagunas. Mijas Costa (Málaga).

Visión de la patología neonatal en hijos de mujeres adictas y las malformaciones que presentan.

Antonio Pérez Aytés. Pediatra. Jefe de sección de Neonatología. Hospital la Fe. Valencia.

PLENARIO: “LA ÉTICA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: EL RETO DE LA EXCELENCIA”

Adela Cortina Orts. Catedrática de Ética y Filosofía Política. Universidad de Valencia. Directora de la Fundación ETNOR.

Presentación: Domingo García Marzá. Catedrático de Ética y Filosofía Política. Universitat Jaume I. Castellón.

CONFERENCIA: PHARMACOGENETICS OF ALCOHOL

Henry Kranzler. Catedrático de Psiquiatría. University of Connecticut School of Medicine. Farmington (EEUU).

Presentación: Josep Guardia Serecigni. Psiquiatra. UCA Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

ANTICONVULSIVANTES Y ADICCIONES

Moderador: Enrique Bernad Sevillà. Médico. UCA de La Vall d’Uixó (Castellón).

Anticomiciales en el tratamiento de Trastornos de Conducta Alimentaria

Gloria Rodrigo Montó. Psiquiatra. Unidad Trastornos de Conducta Alimentaria. Hospital General Universitario. Valencia.

Prescripción de antiepilépticos en el tratamiento de las adicciones en Galicia 2002-2006

César Pereiro Gómez. Psiquiatra. Unidad Asistencial de Drogodependencias. A Coruña.

Anticonvulsivantes en el tratamiento de la dependencia de alcohol: Topiramato

Juan José Fernández Miranda. Psiquiatra. CTI-Montevil (SESPA). Gijón.

Oxcarbacepina en la dependencia a la cocaína y alcohol: experiencia clínica.

Carmen Gimeno Escrig. Psiquiatra. UCA de la Villa Joiosa (Alicante).

CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA: EXPERIENCIAS Y PROPUESTAS

Moderador: José Joaquín Mira Solves. Profesor Titular Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante).

La evaluación de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en un servicio médico penitenciario, el caso de las drogodependencias

José Manuel Arroyo Cobo. Médico. Centro Penitenciario. Zuera (Zaragoza).

Experiencia de evaluación en la Red de Atención a las Drogodependencias
Silvia Mendieta Caviedes. Psicóloga. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
Gobierno de Cantabria.

Evaluación de calidad de la atención a pacientes intoxicados drogodependientes en el servicio de urgencias de un hospital general
Montserrat Amigó Tadín. Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Clínic.
Barcelona.

TOXICIDAD DE DROGAS EMERGENTES

Moderador: Jesús Bedate Villar. Jefe Clínico del Servicio de Psiquiatría del Hospital General. Profesor Asociado. Diputación y Universidad de Valencia.

Alteraciones neurológicas secundarias a psicoestimulantes.

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

Intoxicaciones por drogas de abuso. ¿Qué ha cambiado?

Santiago Nogué Xarau. Profesor Titular Universidad. Unidad de Toxicología Clínica. Hospital Clínic. Barcelona.

Toxicología de los Smart-Shops y Grow-Shops

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

CONFERENCIA INAUGURAL: NUEVOS RETOS, NUEVAS RESPUESTAS DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Carmen Moya García. Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
Presentación: Julio Bobes García. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Presidente de Socidrogalcohol.

CONFERENCIA: RIESGOS, CONSUMOS Y DROGAS. ALGUNAS PARADOJAS DE UN MUNDO SEMIGLOBALIZADO

Oriol Romaní Alfonso. Presidente de Grup IGIA (Barcelona). Profesor Titular de Antropología Social. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universidad Rovira i Virgili (Tarragona).

Presentación: Jose Luís Furió Vidal. Psicólogo. UCA de la Villa Joiosa (Alicante).

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS SOBRE EL CONSUMO DE CANNABIS

Moderador: Amador Calafat Far. Psiquiatra. Director revista Adicciones. Palma de Mallorca.

¿Juega algún papel el sistema endocannabinoide en la esquizofrenia?

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

Aspectos cognitivos del consumo de cannabis

Magi Farré Albaladejo. Profesor Titular Universidad. Universidad Autónoma de Barcelona. IMIM - Hospital del Mar. Barcelona.

El uso del cannabis y el riesgo de psicosis como ejemplo de interacción genes-ambiente en el origen del trastorno mental

Araceli Rosa. Investigadora Juan de la Cierva. Universitat de Barcelona i Universitat Pompeu Fabra.

Psicosis cannábica, ¿sí o no?

Luis Alfonso Núñez Domínguez. Psiquiatra. Centro Médico. Pamplona (Navarra).

SIMPOSIUM SATÉLITE LILLY: NUEVAS PERSPECTIVAS EN DEPRESIÓN

Moderador: Miguel Casas Brugué. Hospital Valle Hebrón. Barcelona

Objetivo actual en tratamiento de la depresión: remisión

Antonio Terán Prieto. CAD San Juan de Dios. Palencia

Situación actual del tratamiento farmacológico en la depresión.

Angel Luis Montejo. CSM Alamedilla. Salamanca

INVESTIGACIÓN BÁSICA EN ALCOHOL

Moderadora: M^a Cruz Pellín Mira. Vicedecana. Facultad de Farmacia. Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante).

El etanol, una droga sin receptor. La hipótesis del acetaldehído

Carlos Manuel González Aragón. Catedrático de Psicobiología. Universidad Jaume I. Castellón.

Consumo de alcohol y adolescencia

Consuelo Guerri Sirera. Investigadora del Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia.

Alcohol y policonsumo de drogas en la adolescencia

José Miñarro López. Profesor Titular Universidad. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

CONFERENCIA: TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS EN ADICCIONES (VACUNAS)

Ivan Dario Montoya Bravo. Director Clínico. Pharmacotherapies and Medical Consequences. Grants Division of Pharmacotherapies and Medical Consequences of Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health. Bethesda, (EEUU).

Presentación: Bartolomé Cañuelo Higuera. Director provincial y jefe del servicio de drogodependencias. Cruz Roja Española. Córdoba.

DEBATE: PSICOTERAPIA Y ADICCIONES

Moderadora: Montserrat Contel Guillamon. Psicóloga SERPI. San Juan de Dios, Servicios de Salud Mental. Presidenta Socidrogalcohol Catalunya.

Aportaciones de abordaje Cognitivo-Conductual a las Adicciones

Vicente Tomás Gradolí. Psicólogo. UCA Catarroja (Valencia).

Abordaje de las adicciones desde el marco conceptual sistémico

Andrés Climent Jordán. Psicólogo. U.D.R. Balsa Blanca. Valencia.

Tratamiento de las drogodependencias desde el marco conceptual de la terapia Gestalt

Azucena Martí Palacios. Psicóloga. Psicoterapeuta Gestalt. UCA. La Vall D'Uixó (Castellón).

SIMPOSIUM SATÉLITE NOVARTIS: NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS TOXICOMANÍAS

Moderador: Antoni Gual Solé. Director de la Unidad de Alcoholología. Instituto Neurociencias. Hospital Clínico. Barcelona.

Papel de los nuevos antiepilépticos en la desintoxicación alcohólica

Silvia Mondón Vehils. Unidad de Alcoholología. Instituto Neurociencias. Hospital Clínico. Barcelona.

Manejo de los síntomas en la fase de desintoxicación de pacientes politoxicómanos

Ainoha Garibi Pérez. Responsable de la Unidad de Desintoxicación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Impulsividad y su abordaje en el tratamiento de las adicciones

Manuel Ruiz Martínez. Jefe de Sección Asistencial del servicio Provincial de Drogodependencias. Granada.

COCAÍNA Y PACIENTES DEPENDIENTES DE OPIÁCEOS EN TRATAMIENTO CON AGONISTAS

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

Consumos de cocaína en pacientes en tratamiento con metadona no Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Aveiro

Rocha Almeida. Psiquiatra. Director del CAT. Aveiro (Portugal).

Pacientes dependientes de opiáceos y cocaína: ¿que respuestas?

Luis Patricio. Psiquiatra – Director. CAT das TAIPAS. Lisboa (Portugal).

Consumo de cocaína en dependientes de opiáceos en tratamiento con agonistas

Gregorio Martín Carmona. Médico. CTD Tetuán. Cruz Roja. Madrid.

VIERNES

23 DE MARZO DE 2007

	SALA AUDITORIO	SALA APOLO	SALA ZEUS	SALA BACO
9:30 - 11:00 h	Causalidad psicosocial de las adicciones	Menores y consumo de drogas. Nuevas visiones	Tratamientos específicos para mujeres, ¿Una utopía?	Debate: Trabajo social en adicciones
11:00 - 11:30 h	PAUSA - CAFÉ // Presentación Libros (SALA BACO)			
	Rueda de prensa			
11:30 - 13:00 h	Conferencia: Alcoholism in Europe- Prevalence, cost and treatment	Tratamiento farmacológico del alcoholismo	Simposium satélite Bristol Myers Squibb / Otsuka Pharmaceuticals: Salud física y comorbilidad.	Patología Orgánica
13:00 - 14:30 h	Conferencia: Strengthening families for drug prevention	Avances en investigación en Nicotina	Simposium Satélite: Dos puntos de vista en el tratamiento del paciente con adicciones	Comunicaciones Orales
14:30 - 16:30 h	Presentación Libro "La Ley del paciente" (SALA ZEUS)			
	ALMUERZO DE TRABAJO			
16:30 - 18:00 h	Conferencia: El trabajo con familias de consumidores de drogas: autonomía de las sustancias; autonomía de las familias; autonomía de los tratamientos.	"Advocacy" sobre alcohol	Simposium Satélite Pfizer: Pregabalina: Una nueva etapa en el tratamiento del TAG, una nueva alternativa terapéutica	16 h: MESTOS II 17 h: Encuentros con la Historia
18:00 - 18:30 h	PAUSA - CAFÉ			
18:30 - 20:00 h	La realidad del botellón: situación actual y posibilidad de intervención al respecto. (Binge Drinking)	La sociedad de consumo y las adicciones comportamentales	Debate: Proyectos de cooperación internacional en el ámbito de las adicciones	Avance en genética de las adicciones
20:00 h	Asamblea General			

VIERNES 23 DE MARZO DE 2007

CAUSALIDAD PSICOSOCIAL DE LAS ADICCIONES

Moderador: Roberto Secades Villa. Profesor Titular Universidad. Universidad de Oviedo.

Factores psicológicos en la adicción a sustancias

Miquel Monrás Arnau. Psicólogo. Unidad de Alcoholología. Hospital Clínico. Barcelona.

Aproximación al pasado, presente y futuro de las ¿¿drogas??

M^a Dolores Rodríguez López-Peláez. FAUDAS (Federación Estatal de Asociaciones de Usuarios y ex usuarios)

Social time and clock time in addiction treatment

Harald Klingemann. Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Ciencias Aplicadas de Berna (Suiza).

MENORES Y CONSUMO DE DROGAS. NUEVAS VISIONES

Moderador: Epifanio López López. Director Técnico de Proyecto Amigó. Proyecto Hombre. Castellón.

Consumidores adolescentes: Experiencia de trabajo con adolescentes. Provincia de Biobio. Chile.

Mario Antonio Castillo Manzano. Programa Alcohol y Drogas y del Programa Adolescente. Servicio de Salud Biobio. Chile.

Socialización, culturas adolescentes y drogas: descubrir sus visiones y utilizar sus propuestas

Jaume Funes Arteaga. Psicólogo. Universidad Ramon Llull. Barcelona.

¿Los problemas de siempre con las mismas respuestas?

Carles Sánchez Ruiz. Subdirector General de Coordinación de Policías Locales. Direcció General de Seguretat Ciutadana. Terrassa (Barcelona).

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA MUJERES, ¿UNA UTOPIÍA?

Moderadora: M^a Jesús Matéu. Jefa de Servicio de Gestión. Dirección General de Drogodependencias.

Perspectiva de género, salud y uso de drogas

Nuria Romo Avilés. Antropóloga. Universidad de Granada. Instituto de Estudios de la Mujer. Departamento de Antropología Social.

Las mujeres toxicómanas, ¿son buenas madres? Un modelo de evaluación e intervención con madres toxicómanas e hijos

Paolo Stocco. Director. Therapeutic Community "Villa Renata". Venecia (Italia).

Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos
Enriqueta Ochoa Mangado. Psiquiatra. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Guía para el tratamiento de la adicción desde una perspectiva de género
Montse Rebollida Gómez. Psicóloga. AVANT Valencia.

DEBATE: TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES

Moderadora: Pepa Gómez Moya. Profesora Titular de Escuela Universitaria.
Facultad de Ciencias Sociales. Universitat de València

El trabajador social como agente de cambio social

Irene Gavidia Mir. Trabajadora social. AVACOS. Valencia.

Mediación y peritaje social

May Flores Medina. Trabajadora social. UVAD PATIM. Castellón.

El Trabajo social como conexión social

Carmen López Tarazona. Trabajadora social. AVANT. Valencia.

Inserción social en usuarios de larga evolución.

Raúl Soriano Ocón. Técnico de Proyectos. Médicos del Mundo. Madrid.

PRESENTACIONES LIBROS

Patología Dual

Presenta: Dr. Nestor Szerman Bolotner

TOMO I "Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias. Un enfoque cognitivo-conductual y humanista" y **TOMO II** "Manual de consejo psicológico y psicoterapia motivacional en casos de drogodependencias. Estructura de seis sesiones tipo"

Presenta: Dr. Milton Rojas Valero

CONFERENCIA: ALCOHOLISM IN EUROPE- PREVALENCE, COST AND TREATMENT

Walter Farke. Relaciones Públicas de Eurocare.

Presentación: Antonio Terán Prieto. Psiquiatra. CAD San Juan de Dios. Palencia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ALCOHOLISMO

Moderador: Joaquín Cuevas Badenes. Médico UDH. Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

Evidencia versus experiencia en interdictores

Guillermo Ponce Alfaro. Psiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Utilidad de los anticonvulsivantes en el tratamiento del alcoholismo

Miguel Ángel Jiménez Arriero. Psiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Genética del alcoholismo y dianas terapéuticas

Janet Hoenicka. Investigador. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

BRISTOL MYERS SQUIBB / OTSUKA PHARMACEUTICALS: SALUD FÍSICA Y COMORBILIDAD

Moderador: Julio Bobes García. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

La salud física en los pacientes con enfermedad mental.

Miguel Gutiérrez Fraile. Catedrático de Psiquiatría. Universidad del País Vasco.

Esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias.

Luis San Molina. Jefe del Servicio de Psiquiatría. UIPA Hospital San Rafael-Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona.

Comorbilidad y abordaje del alcoholismo.

Carlos Roncero Alonso. Coordinador CAS Vall d'Hebrón. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona. Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona.

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Moderador: Benjamín Blanco Ramos. Médico de Urgencias. Jefe del Servicio de Admisión. Hospital de Elda (Alicante).

Alcohol y riesgo cardiovascular

Reyes Pascual Pérez. Médico Internista. Hospital de Elda (Alicante).

Infección por VIH y adicción a las drogas

Joaquín Portilla Sogorb. Médico Internista. Hospital General de Alicante.

Alcohol y enfermedad hepática

Antonio García García. Médico. Especialista en aparato digestivo. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda (Alicante).

CONFERENCIA: STRENGTHENING FAMILIES FOR DRUG PREVENTION

Karol L. Kumpfer. Profesora. Departamento de Promoción de la Salud y la Educación. Universidad de Utah. Salt Lake City Utah (EEUU).

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

AVANCES EN INVESTIGACIÓN EN NICOTINA

Moderador: Jorge Guerola Tadeo. Médico UDH. Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

Recientes avances en la neurobiología de la adicción a la nicotina

Fernando Berrendero Díaz. Investigador Ramón y Cajal Laboratorio de Neurofarmacología. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

Tratamientos con nicotina más eficaces: ¿Más nicotina ó mejor forma de administración?

Juan Antonio Riesco Miranda. Neumólogo Experto en Tabaquismo. Responsable de la consulta especializada del Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

La utilización de los chicles de nicotina en la reducción del consumo de tabaco como paso previo a la cesación

Carlos Jiménez Ruiz. Director de la Unidad de Tabaquismo. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

SIMPOSIUM SATÉLITE: DOS PUNTOS DE VISTA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ADICCIONES

Moderador: Julio Bobes García. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

Impulsividad, craving y adicciones: estrategias farmacoterapéuticas

Juan José Fernández Miranda. CTI-Montevil (SESPA). Gijón.

Tratamiento de la Patología Dual: De la teoría a la Práctica.

Gonzalo Haro Cortés. UCA y Patología Dual. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

¿Quién decide?

Juan Gibert Rahola. Catedrático de Farmacología. Departamento de Neurociencias. Universidad de Cádiz.

PRESENTACIÓN Y ENTREGA DEL LIBRO "LA LEY DEL PACIENTE"

Juan Méjica. Letrado del cuerpo superior de la Administración de la Seguridad Social. Oviedo.

COMUNICACIONES ORALES

Moderador: Joan Lloret Llinares. Gerente. Hospital General de Elda (Alicante).

CONFERENCIA: EL TRABAJO CON FAMILIAS DE CONSUMIDORES DE DROGAS: AUTONOMÍA DE LAS SUSTANCIAS; AUTONOMÍA DE LAS FAMILIAS; AUTONOMÍA DE LOS TRATAMIENTOS

Presentación: Azucena Martí Palacios. Psicóloga. Psicoterapeuta Gestalt. UCA. La Vall D'Uixó (Castellón).

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

“ADVOCACY” SOBRE ALCOHOL

Moderador: Manuel Sanchis Fortea. Médico Internista. Unidad de Desintoxicación. Hospital Psiquiátrico. Bétera (Valencia).

Promoção e Intervenção breve. Desenvolvimento de um programa em Cuidados de Saúde Primários

Cristina Ribeiro Gomes. Médico. Centro de Salud Sete Rios. Lisboa (Portugal)

Teresa Sá Nogueira. Psiquiatra. Dirección General de la Salud. Lisboa (Portugal)

La importancia de la participación de los jóvenes en lo trabajo de “advocacy” sobre alcohol

Joao Salviano Carmo. Ex miembro de Foro Europeo de Jóvenes

Desarrollo de un programa de intervención breve para bebedores abusivos y de riesgo en Ourense

Gerardo Flórez Menéndez. Psiquiatra. Centro Asistencial "As Burgas". Ourense.

SIMPOSIUM SATÉLITE PFIZER: PREGABALINA: UNA NUEVA ETAPA EN EL TRATAMIENTO DEL TAG, UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA

Moderador: Julio Bobes García. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.
TAG y el paciente con TAG en la actualidad.

Julio Bobes García. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo

Pregabalina: Evidencias científicas en psiquiatría.

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

Experiencia clínica con pregabalina.

Nestor Szerman Bolonet. Psiquiatra. Consulta Patología Dual. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

MESTOS II (Ministerio de educación - Ministerio de Sanidad – SOCIDROGALCOHOL - SET...)

Preside: Elisardo Becoña

Participan: Juan Carlos Rivera (Socidrogalcohol), Jesús Fernández Ochoa (Sociedad Andaluza de Médicos en Adicciones y Patologías Asociadas, FEMAPA), Juan Carlos González (AMAPA), José Pérez de los Cobos (Presidente de la SET) y Javier Rubio (Dirección General de Especialidades del Mº de Sanidad).

ENCUENTROS CON LA HISTORIA

Mesa compuesta por ex-presidentes de Socidrogalcohol:

Francesc Freixa Santfeliu

Joaquin Santodomingo Carrasco

Miguel Angel Torres Hernández

LA REALIDAD DEL BOTELLÓN: SITUACIÓN ACTUAL Y POSIBILIDAD DE INTERVENCIÓN AL RESPECTO. (BINGE DRINKING)

Moderadora: M^a Vicenta Mestre Escrivà. Catedrática de Universidad. Vicerrectora de Estudios. Universitat de València.

¿Se corresponden las alternativas con las necesidades reales?

Maite Cortés Tomás. Profesora Titular Universidad. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Aspectos Legislativos: elementos punitivos versus favorecedores o permisivos

Juan Carlos Fulgencio Tejedor. Intendente. Policía Local. Valencia.

Reducing Binge Drinking and risky alcohol consumption among young people. What works?

Walter Farke. Public Relations officer and Project Manager. DHS and Eurocare. Hamm (Germany).

El impacto del alcohol en España y Europa

Josep Guardia Serecigni. Psiquiatra. UCA Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

LA SOCIEDAD DE CONSUMO Y LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Moderadora: Ana Rosa Algaba Royo. Enfermera. UCA Vall d'Uixó (Castellón).

Avances en el tratamiento de las adicciones: la utilización de las nuevas tecnologías

Cristina Botella Arbona. Catedrática de Tratamientos Psicológicos. Universidad Jaume I. Castellón.

Plan de Reordenación del juego patológico y otras conductas adictivas no tóxicas en Cataluña

Angels González Ibáñez. Responsable de la Unidad de juego patológico y otras conductas adictivas no tóxicas del Hospital de Mataró (Barcelona) y asesora del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Videojuegos e Internet. Del uso al abuso.

Juan Alberto Estallo Martí. Psicólogo. Instituto Municipal de Psiquiatría. Barcelona.

DEBATE: PROYECTOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

Moderadora: Amparo Sánchez Máñez. Directora de la Unidad de Sistemas de Información y Documentación del Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Foro para la cooperación internacional sobre drogas

Francisco Pérez Pérez. Subdirector Gral. de Relaciones Institucionales. PNSD. Ministerio de Sanidad y Consumo

Cooperación y trabajo en red

Jesús Antonio Pérez de Arrospeide. Presidente del Patronato de la Fundación Vivir sin Drogas. Bilbao.

RIOD: Una respuesta a la globalización desde la cooperación

Enrique Gabriel Bravo Mena. Presidente de la RIOD

AVANCE EN GENÉTICA DE LAS ADICCIONES

Moderadora: Enriqueta Ochoa Mangado. Psiquiatra. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Sistema serotoninérgico y dependencia a opiáceos

Pilar Saiz Martínez. Profesora Titular Universidad. Universidad de Oviedo.

Genética y dependencia de opiáceos

Marta Torrens Mélich. Psiquiatra. Hospital el Mar. Barcelona.

Sistema dopaminérgico y adicciones

Roberto Rodríguez Jiménez. Responsable del Programa de Patología Dual. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

SÁBADO
24 DE MARZO DE 2007

	SALA AUDITORIO	SALA APOLO	SALA ZEUS	SALA BACO
9:30 - 11:00 h	Drogas y menores en el hospital general	Consumo de sustancias y accidentalidad	Drogo dependientes en prisión: Experiencias de intervención en España	Debate: Del lenguaje Científico Técnico al Periodístico
11:00 - 11:30 h	PAUSA - CAFÉ			
11:30 - 13:00 h	De la teoría de la evolución a la clínica	Tabaco: Tratamiento del fumador adicto	Prevención familiar: aplicaciones y dificultades	Comunicaciones Orales
13:00 - 13:45 h	Conferencia: Natural Recovery from problem substance use. Basic concepts and societal factors (SALA AUDITORIO)			
13:45 h	CLAUSURA (SALA AUDITORIO)			

SÁBADO 24 DE MARZO DE 2007

DROGAS Y MENORES EN EL HOSPITAL GENERAL

Moderador: Carlos Álvarez Vara. Coordinador de Relaciones Exteriores. Agencia Antidroga de Madrid.

Aspectos neurológicos

Exuperio Díez Tejedor. Neurólogo. Hospital La Paz. Madrid.

Perfil sociológico, clínico y terapéutico de las intoxicaciones atendidas en un hospital en adolescentes

Pere Herrera de Pablo. Especialista en medicina familiar y comunitaria.

Emergencias pediátricas por drogas

Javier Loño Capote. Universidad de Paidopsiquiatría. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Emergencias en el Hospital General.

Juan Flores Cid. Especialista Medicina interna-infecciosas Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ACCIDENTABILIDAD

Moderador: Aurelio Luna Maldonado. Catedrático de Medicina Legal. Universidad de Murcia.

Problemas periciales de la drogas de abuso en Medicina Laboral

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

Accidentes de trabajo y consumo de alcohol

M^a Begoña Martínez Jarreta. Catedrática de Medicina Legal. Universidad de Zaragoza.

Análisis de un programa de prevención y tratamiento de toxicomanías en una empresa de transportes

Estanislao Cabrero Cabrero. Médico. Administrador de Infraestructuras Ferroviarias en la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia.

Políticas para reducir el daño por accidentes de tráfico asociados al alcohol

Joan Ramón Villalbí Hereter. Médico Agencia de Salud Pública. Barcelona.

DROGODEPENDIENTES EN PRISIÓN: EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN ESPAÑA

Moderador: Santiago Rincón Moreno. Médico del Centro Penitenciario de Castellón.

Programas en prisiones de Cataluña

Xavier Roca Tutusaus. Servei de Rehabilitació. Subdirecció General de Programes de Sanitat i Rehabilitació. Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

Programas en instituciones penitenciarias: de la reducción de riesgos y daños a la reincorporación social

Julián Sanz Sanz. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Servicio Drogodependencias. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid.

La experiencia del módulo terapéutico del centro penitenciario de Zaragoza

José Luis Hernández Bernad. Centro Penitenciario de Zaragoza. Zuera (Zaragoza).

Centro de atención y seguimiento para las drogodependencias. CAS Brians. PROYECTO PILOTO. Centro Penitenciario Brians.

Mercedes Martin Aixelà. Centro Penitenciario Brians. Barcelona.

DEBATE: DEL LENGUAJE CIENTÍFICO-TÉCNICO AL PERIODÍSTICO

Josep Dalmau Ferrán. Periodista. Doctor en Sociología. Barcelona.

Paco Huguet. Redactor del periódico Las Provincias. Responsable de temas de drogodependencias.

Joan M. Oleaque. Periodista. El País.

Presentación: Josep Guardia Serecigni. Psiquiatra. UCA. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

DE LA TEORÍA DE LA EVOLUCIÓN A LA CLÍNICA

Moderadora: Carmen Gimeno Escrig. Psiquiatra. UCA de La Villa Joiosa (Alicante).

Drogodependencias: teoría de la evolución

Luis Caballero Martínez. Psiquiatra. Hospital Puerta del Hierro. Madrid

Los trastornos de la personalidad desde la perspectiva evolucionista

Manuel Valdés Miyar. Director del Instituto Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic Universitario de Barcelona

Neuroimagen en la adicción crónica a cocaína

MJ Romero Gómez. Radióloga. Instituto de Drogas y Conductas Adictivas (UCH-CEU). Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Efectividad de Tratamiento Combinado - Técnicas de Exposición más Topiramato-en deshabituación de cocaína

Carmen Palau Muñoz. Psicóloga Clínica. UCA Paterna.

TABACO: TRATAMIENTO DEL FUMADOR ADICTO

Moderadora: M^a del Mar Sánchez Fernández. Presidenta de Socidrogalcohol en Castilla la Mancha. Médico Coordinadora UCA Ciudad Real.

Retos en el tratamiento del fumador dependiente

Elisardo Becoña Iglesias. Catedrático de Psicología Clínica. Universidad de Santiago de Compostela.

Epidemiología del tabaquismo en otras adicciones. Intervenciones terapéuticas

M^a Cristina Pinet Ogué. Psiquiatra. Responsable del Programa de Tabaquismo. Unidad Toxicomanías. Servicio psiquiatría. Hospital Sant Pau. Barcelona.
Jorge Cuevas Esteban, MIR 3 de psiquiatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Tratamiento del tabaquismo en un centro municipal de adicciones

Irene Belloc. Médico. Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones. CMAPA. Zaragoza.

Resultados del programa de deshabituación tabáquica ¿aún fumas? en el medio laboral

Jorge Guerola Tadeo. Médico UDH. Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia)

PREVENCIÓN FAMILIAR: APLICACIONES Y DIFICULTADES

Moderador: José Antonio García del Castillo Rodríguez. Catedrático Escuela Universitaria. Director INID. Universidad Miguel Hernández. Elx.

La prevención familiar en perspectiva

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

Dificultades en la aplicación de programas preventivos familiares

Fernando Joaquin Ferreira Mendes. Irefrea. Portugal.

El programa de prevención familiar MONEO.

Jaume Larriba Montull. Director técnico. PDS. Barcelona

El programa de prevención familiar Familias Que Funcionan (FQF)

Susana Al-Halabí Díaz. Investigadora. Universidad de Oviedo.

COMUNICACIONES ORALES

Moderadora: Stella Vicens Psicóloga. Máster en drogodependencias centro Asistencial Perú. Alcoy (Alicante).

CONFERENCIA: NATURAL RECOVERY FROM PROBLEM SUBSTANCE USE. BASIC CONCEPTS AND SOCIETAL FACTORS

Natural Recovery from Problem Substance Use. Basic concepts and Societal Factors

Harald Klingemann. Director de investigación de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Ciencias Aplicadas de Berna (Suiza).

Presentador: Julio Bobes García. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Presidente de Socidrogalcohol.

CLAUSURA

XXXIV
JORNADAS NACIONALES
SOCIDROGALCOHOL

Valencia

22, 23 y 24 de marzo de 2007

Índice

XXXIV JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

RESÚMENES PONENCIAS

EL TRABAJO CON FAMILIAS DE CONSUMIDORES DE DROGAS: AUTONOMÍA DE LAS SUSTANCIAS; AUTONOMÍA DE LAS FAMILIAS; AUTONOMÍA DE LOS TRATAMIENTOS <i>Abeijón, J.A.</i>	33
EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR FAMILIAS QUE FUNCIONAN (FOF) <i>Al-Halabí, S.; Errasti, J.M.</i>	34
CONSUMOS DE COCAÍNA EM PACIENTES EM TRATAMIENTO COM METADONA NO CENTRO DE ATENDIMENTO A TOXICODEPENDENTES DE AVEIRO <i>Almeida, R.</i>	35
EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PACIENTES INTOXICADOS DROGODEPENDIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL <i>Amigó Tadín, M.</i>	36
RETOS EN EL TRATAMIENTO DEL FUMADOR DEPENDIENTE <i>Becoña, E.</i>	37
TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN UN CENTRO MUNICIPAL DE ADICCIONES <i>Belloc, I.; de Echave, J.</i>	38
RECIENTES AVANCES EN LA NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA <i>Berrendero, F.</i>	39
AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: LA UTILIZACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS <i>Botella, C.; García-Palacios, A.; Quero, S.; Baños, R.</i>	40
RIOD: UNA RESPUESTA A LA GLOBALIZACIÓN DESDE LA COOPERACIÓN <i>Bravo Mena, E. G.</i>	41
ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS EN UNA EMPRESA DE TRANSPORTES <i>Cabrero Cabrero, E.</i>	43
URGENCIAS EN ALCOHOLISMO: ABORDAJE DESDE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES <i>Cáceres Anillo, D.</i>	47
LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS JÓVENES EN LO TRABAJO DE "ADVOCACY" SOBRE ALCOHOL <i>Carmo, J. S.</i>	48
CONSUMIDORES ADOLESCENTES: EXPERIENCIA DE TRABAJO CON ADOLESCENTES. PROVINCIA DE BIOBIO. CHILE <i>Castillo Manzano, M. A.</i>	49
TOXICOLOGÍA DE LOS SMART-SHOPS Y GROW-SHOPS <i>Climent Díaz, B.</i>	50
ABORDAJE DE LAS ADICCIONES DESDE EL MARCO CONCEPTUAL SISTÉMICO <i>Climent Jordán, A.</i>	51
¿SE CORRESPONDEN LAS ALTERNATIVAS CON LAS NECESIDADES REALES? <i>Cortés, M. T.; Espejo, B. ; Giménez, J.A. ; Mestre, M. V.; Samper, P.</i>	52
ASPECTOS NEUROLÓGICOS <i>Díez Tejedor, E.; Ortega Casarrubios, M^a A.</i>	54
VIDEOJUEGOS E INTERNET. DEL USO AL ABUSO <i>Estallo Martí, J.A.</i>	55

ALCOHOLISM IN EUROPE - PREVALENCE, COSTS AND TREATMENT	
<i>Farke, W. F.</i>	55
REDUCING BINGE DRINKING AND RISKY ALCOHOL CONSUMPTION AMONG YOUNG PEOPLE – WHAT WORKS?	
<i>Farke, W. F.</i>	56
ASPECTOS COGNITIVOS DEL CONSUMO DE CANNABIS	
<i>Farré, M.; Abanades, S.</i>	57
LA PREVENCIÓN FAMILIAR EN PERSPECTIVA	
<i>Fernández Hermida, J.R.</i>	58
ANTICONVULSIVANTES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL: TOPIRAMATO	
<i>Fernández Miranda, J. J.</i>	59
EMERGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL	
<i>Flores Cid, J.</i>	60
MEDIACIÓN Y PERITAJE SOCIAL	
<i>Flores Medina, M.</i>	62
DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES ABUSIVOS Y DE RIESGO EN OURENSE	
<i>Flórez Menéndez, G.</i>	63
ASPECTOS LEGISLATIVOS: ELEMENTOS PUNITIVOS VERSUS FAVORECEDORES O PERMISIVOS	
<i>Fulgencio Tejedor, J. C.; Reig Ruano, M.; Moncho Agud, J. V.</i>	64
ALCOHOL Y ENFERMEDAD HEPÁTICA	
<i>García García, A.</i>	65
EL TRABAJADOR SOCIAL COMO AGENTE DE CAMBIO SOCIAL	
<i>Gavidía Mir, I.</i>	66
OXCARBACEPINA EN LA DEPENDENCIA A LA COCAÍNA Y ALCOHOL: EXPERIENCIA CLÍNICA	
<i>Jimeno, C.; Castillo, A.; Llopis, J.; Pascual, P.</i>	68
EL IMPACTO DEL ALCOHOL EN ESPAÑA Y EUROPA	
<i>Guardia, J.; Bobes, J.; Becoña, E.; Fernández Miranda, J. J.; Furió, J. L.; Pereiro, C.; Terán, A.; Calafat, A.; Pascual, P.; Cortés, M.; Ochoa, E.</i>	69
RESULTADOS DEL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA ¿AÚN FUMAS? EN EL MEDIO LABORAL	
<i>Guerola Tadeo, J.; Corteza, G.; Sanchís Arnau, M.</i>	70
LA EXPERIENCIA DEL MÓDULO TERAPÉUTICO DEL CENTRO PENITENCIARIO DE ZARAGOZA	
<i>Hernández Bernad, J. L.</i>	71
GENÉTICA DEL ALCOHOLISMO Y DIANAS TERAPEÚTICAS	
<i>Hoenicka, J.; Ponce, G.; Jiménez-Arriero, M. A.; Rodríguez-Jiménez, R.</i>	72
SITUACIONES ÉTICAS DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL. REALIDAD ACTUAL	
<i>Ibáñez Gallardo, D. J.; Carbonell Torregrosa, M^a A.; Martínez, P.</i>	74
UTILIDAD DE LOS ANTICONVULSIVANTES EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	
<i>Jiménez-Arriero, M. A.; Rodríguez-Jiménez, R.; Bagny, A.; Ponce, G.</i>	75
LA UTILIZACIÓN DE LOS CHICLES DE NICOTINA EN LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO COMO PASO PREVIO A LA CESACIÓN	
<i>Jiménez-Ruiz, C. A.</i>	76
NATURAL RECOVERY FROM PROBLEM SUBSTANCE USE. BASIC CONCEPTS AND SOCIETAL FACTORS	
<i>Klingemann, H.</i>	78
SOCIAL TIME AND CLOCK TIME IN ADDICTION TREATMENT	
<i>Klingemann, H.</i>	79
FÁRMACOGENÉTICA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ALCOHOL	
<i>Kranzler, H. R.</i>	80

EL TRABAJO SOCIAL COMO CONEXIÓN SOCIAL	
<i>López Tarazona, C.</i>	81
PROBLEMAS PERICIALES DE LAS DROGAS DE ABUSO EN MEDICINA LABORAL	
<i>Luna Maldonado, A.</i>	82
TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE EL MARCO CONCEPTUAL DE LA TERAPIA GESTALT	
<i>Martí Palacios, A.</i>	84
“CENTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS. CAS BRIANS. PROYECTO PILOTO” CENTRO PENITENCIARIO BRIANS	
<i>Martín Aixelà, M.</i>	86
ACCIDENTES DE TRABAJO Y CONSUMO DE ALCOHOL	
<i>Martínez Jarreta, M^a B.</i>	87
DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS FAMILIARES	
<i>Mendes, F.</i>	88
ALCOHOL Y POLICONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA	
<i>Miñarro López, J.</i>	89
FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA ADICCIÓN A SUBSTANCIAS	
<i>Monras Arnau, M.</i>	90
TRATAMIENTO INMUNOLÓGICO EN ADICCIONES (VACUNAS)	
<i>Montoya, I. D.</i>	91
DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA RESPUESTA AL ESTRES Y CONDUCTA ADICTIVA	
<i>Nadal, R.</i>	92
INTOXICACIONES POR DROGAS DE ABUSO. ¿QUÉ HA CAMBIADO?	
<i>Nogué, S.</i>	93
PSICOSIS CANNABICA, ¿SÍ O NO?	
<i>Núñez Domínguez, L. A.</i>	94
DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS	
<i>Ochoa, E.</i>	94
EFFECTIVIDAD DE TRATAMIENTO COMBINADO -TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN MAS TOPIRAMATO- EN DESHABITUACIÓN DE COCAÍNA	
<i>Palau, C.; Dorado, M.; Sanchez, A.; Llorens, N.; Perello, M.; Lopez, I.; Orengo, I.; Gonzalez, M.; Romero, M^a J.</i>	96
IMPLICACIÓN DE LOS NEUROESTEROIDES EN LA ADICCIÓN AL ALCOHOL	
<i>Pallarès, M.</i>	97
CONSUMO DE ALCOHOL Y ADOLESCENCIA	
<i>Pascual, M^a; Guerri, C.</i>	98
ALCOHOL Y RIESGO CARDIOVASCULAR	
<i>Pascual, R.</i>	99
PACIENTES DEPENDIENTES DE OPIÁCEOS Y COCAÍNA: ¿QUÉ RESPUESTAS?	
<i>Patrício, L.; Duran, D.; Vasconcelos, M.</i>	100
PRESCRIPCIÓN DE ANTIEPILÉPTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN GALICIA 2002-2006	
<i>Pereiro Gómez, C., Carrera Machado, I.; Mejuto Val, B.</i>	101
VISIÓN DE LA PATOLOGÍA NEONATAL EN HIJOS DE MUJERES ADICTAS Y LAS MALFORMACIONES QUE PRESENTAN	
<i>Pérez Aytés, A.</i>	102
EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN OTRAS ADICCIONES. INTERVENCIONES TERAPEÚTICAS	
<i>Pinet, C.; Cuevas, J.</i>	104
EVIDENCIA VERSUS EXPERIENCIA EN INTERDICTORES	
<i>Ponce, G.; Rodríguez-Jiménez, R.; Hernández, B.; Osorio, R.; Hoenicka, J.; Jiménez-Arriero, M. A.; Palomo, T.</i>	105

INFECCIÓN POR VIH Y ADICCIÓN A DROGAS	
<i>Portilla, J.</i>	106
¿JUEGA ALGÚN PAPEL EL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE EN LA ESQUIZOFRENIA?	
<i>Ramos Atance, J.A.</i>	107
GUÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO	
<i>Rebollida, M.; Llopis Llácer J.J.; Castillo, A.; Stocco, P.</i>	108
PROMOÇÃO E INTERVENÇÃO BREVE. DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	
<i>Ribeiro, C.; Sá Nogueira, T.</i>	109
TRATAMIENTOS CON NICOTINA MÁS EFICACES: ¿MÁS NICOTINA Ó MEJOR FORMA DE ADMINISTRACIÓN?	
<i>Riesco Miranda, J.A.</i>	110
PROGRAMAS EN LAS PRISIONES DE CATALUÑA	
<i>Roca, X.</i>	113
ANTICOMICIALES EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	
<i>Rodrigo Montó, G.; Fuentes Albero, M.</i>	114
APROXIMACIÓN AL PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LAS ¿¿DROGAS??	
<i>Rodríguez, Mª D.</i>	115
SISTEMA DOPAMINÉRGICO Y ADICCIONES	
<i>Rodríguez-Jiménez, R.; Ponce, G.; Bagney, A.; Hoenicka, J.; Jiménez-Arriero, M.A.</i>	116
LA SOCIEDAD DEL RIESGO, ¿CONCEPTO TEÓRICO O METÁFORA?	
<i>Romaní, O.</i>	117
NEUROIMAGEN EN LA ADICCIÓN CRÓNICA A COCAÍNA	
<i>Romero, M.J.; Meseguer, V.; Ávila, C.; Bosch-Morel, F.; Sánchez, A.; Palau, C.; Dorado, M.; Belloch, V.; Barros-Loscertales, A.; Asensio, S; Romero, Fco. J.</i>	118
PERSPECTIVA DE GÉNERO, SALUD Y USO DE DROGAS	
<i>Romo Avilés, N.</i>	119
EL USO DEL CANNABIS Y EL RIESGO DE PSICOSIS COMO EJEMPLO DE INTERACCIÓN GENES-AMBIENTE EN EL ORIGEN DEL TRANSTORNO MENTAL	
<i>Rosa, A.; Henquet, C.; Krabbendam, L.; Papiol, S.; Fañanás, L.; Drukker, M.; Ramaekers, J.G.; van Os, J.</i>	121
SISTEMA SEROTONÉRGICO Y DEPENDENCIA A OPÁCEOS	
<i>Sáiz, P.A.</i>	122
REMODELACIONES CROMATÍNICAS INDUCIDAS POR DROGAS: IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA ADICTIVA Y SU TERAPÉUTICA	
<i>Sanchis Segura, C.</i>	123
PROGRAMAS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS: DE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS A LA REINCORPORACIÓN SOCIAL	
<i>Sanz, J.; Archanco, C.; Acín, E.; de la Torre, R.</i>	124
INSERCIÓN SOCIAL EN USUARIOS DE LARGA EVOLUCIÓN	
<i>Soriano Ocón, R.</i>	125
LAS MUJERES TOXICÓMANAS, ¿SON BUENAS MADRES? UN MODELO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CON MADRES TOXICÓMANAS E HIJOS	
<i>Stocco, P.</i>	127
APORTACIONES DE ABORDAJE COGNITIVO-CONDUCTUAL A LAS ADICCIONES	
<i>Tomás Gradolí, V.</i>	128
DE ALTERACIONES NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS A PSICOESTIMULANTES	
<i>Torres Hernández, M. A.</i>	129
LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA EVOLUCIONISTA	
<i>Valdés, M.</i>	131

ATENCIÓN DEL NEONATO EXPUESTO A DROGAS DURANTE EL EMBARAZO <i>Velez, M. L.</i>	132
LA NECESIDAD DE UN INDICADOR DE URGENCIAS <i>Verdú i Asensi, F. J.</i>	133
POLÍTICAS PARA REDUCIR EL DAÑO POR ACCIDENTES DE TRÁFICO ASOCIADOS AL ALCOHOL <i>Villalbí, J. R.</i>	134
 ÍNDICE COMUNICACIONES Y POSTERS	
INTERVENCIÓN, ATENCIÓN Y DETERMINACIONES ANALÍTICAS REALIZADAS DURANTE UN AÑO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES <i>Alonso, J.M.; Agius, A.; Rodriguez, P.; Castanyer, B.; Barcelo, B.; Ayllon, O.; López, H.</i>	137
CALIDAD DEL REGISTRO DE URGENCIAS EN EL PACIENTE INTOXICADO <i>Amigó Tadín, M.; Nogué Xarau, S.</i>	139
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INTOXICACIÓN AGUDA SEGÚN EL TIPO DE TÓXICO: DROGA DE ABUSO VS MEDICAMENTO <i>Amigó Tadín, M.; Nogué Xarau, S.; Sánchez Sánchez, M.</i>	140
DIFERENCIAS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE PACIENTES INTOXICADOS SEGÚN EL TIPO DE TÓXICO: ALCOHOL ETÍLICO VS OTRAS DROGAS DE ABUSO <i>Amigó Tadín, M.; Nogué Xarau, S.; Sánchez Sánchez, M.</i>	141
ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO Y FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS <i>Antelo Lorenzo, M^a A.; Mejías Verdú, D.; Lucas Martínez, G.</i>	143
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA POR INTOXICACIÓN CON DROGAS DE ABUSO <i>Barceló, B.; Castanyer, B.; Puiguirguer, J.; Salvà, J.; Coll, I.; Fuster, J.; Homar, C.; Ayllón, O.; López, H.</i>	145
USO DE TOPIRAMATO EN LA DESHABITUACIÓN DE CANNABIS <i>Batlle, E.; Andrés, I.; Fernández, T.; Lozano, L.; Martínez, J.; Mola Roig, J.; Romero, C.</i>	147
OBSERVATORIOS MUNICIPALES SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS. SISTEMA DE COLABORACIÓN INTERCIUDADES (MATARÓ – REUS – RUBÍ) <i>Batlle, E.; Lluch, A.; Arderiu, E.; Borràs, T.; Martí, V.; Posada, X.</i>	148
MEJORA EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ALCOHÓLICOS, EN TRATAMIENTO POR SU ADICCIÓN, TRAS LA CONSECUCCIÓN DE SEIS MESES DE ABSTINENCIA ENÓLICA <i>Beltrán Viciano, M. A.; Monreal Perez, M.; Lara García, A.; Ventura Meneu, I.; Santos Diez, P.; Perez Hoyos, S.; Paulino Casanova, J.A.; Guerrero Espejo, A.; Romero Gómez, F. J.</i>	149
DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ALCOHÓLICOS, EN TRATAMIENTO POR SU ADICCIÓN, EN FUNCIÓN A SU DIAGNÓSTICO ADICTIVO (DSM IV-TR): ABUSO O DEPENDENCIA ALCOHOL <i>Beltrán Viciano, M. A.; Monreal Perez, M.; Lara García, A.; Ventura Meneu, I.; Santos Diez, P.; Pérez Hoyos, S.; Paulino Casanova, J. A.; Guerrero Espejo, A.; Romero Gómez, F. J.</i>	151
COMORBILIDAD DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CON DIAGNOSTICO CLÍNICO EN EL EJE I <i>Bravo de Medina Hernández, R.; Aizpiri Díaz, J.; Marcos Frías, J. F.; Zabala Capetillo, I.</i>	153
EFFECTOS SOBRE LA ATENCIÓN MANTENIDA Y CAPACIDAD DE ABSTRACCIÓN EN DEPENDIENTES DE ALCOHOL <i>Bravo de Medina Hernández, R.; Aizpiri Díaz, J.; Marcos Frías, J. F.; Zabala Capetillo, I.</i>	154
PATRÓN DE CONSUMO DE TÓXICOS EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HUMS. PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y DISPONIBILIDAD. RELACIÓN CON LOS RASGOS DE PERSONALIDAD <i>Calvo, P.; Soler, C.; Álvarez, I.; Serrano, A.; Sánchez, M.; Pérez-Poza, A.</i>	155
ESTUDIO DESCRIPTIVO-ANALÍTICO MULTIVARIABLE DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UDH DE BÉTERA Y SUS HÁBITOS DE CONSUMO <i>Capilla Llistó, M.J.; Carrión Pérez, C.</i>	157

DIFERENCIAS ENTRE TRATADOS Y AUTOCAMBIADORES DE ALCOHOL EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA <i>Carballo Crespo, J.L.; Fernández Hermida, J.R.; Secades Villa, R.; Bobes Bascarán, M.T.; García Rodríguez, O.; Al-Halabí Díaz, S.; Errasti Pérez, J.M.</i>	159
TRATAMIENTOS INVOLUNTARIOS EN CONDUCTAS ADICTIVAS <i>Celorio Bustillo, M^a L.; Ortega Felipe, Fco P.; Montañés Cuenca, M^a V.; Sánchez Gallardo, P.</i>	160
PLANTAS ALUCINOGENAS: INTOXICACIÓN POR INGESTA DE DATURA ESTRAMONIUM <i>Climent Díaz, B.; García, F.; García Escrivá, D.; Herrera de Pablo, P.; Sánchez, E.</i>	162
DESINTOXICACIONES HOSPITALARIAS DE ALCOHOL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA <i>Climent Díaz, B.; García Escrivá, D.; Guijarro, M.J.; Herrera De Pablo, P.; González, V.; Silvestre, J.; Herrera, A.</i>	163
COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS POR CONSUMO DE COCAÍNA <i>Climent, B.; Carcelen, M.; Cervelló, A.; Guillén, C.; Brocalero, A.; Parra, J.</i>	165
EFICACIA DE LA OXCARBACEPINA EN LA DESHABITUACIÓN DE ADICTOS A COCAÍNA Y ALCOHOL <i>de la Fuente Darder, B.; Aparicio Aparicio, A.; de Guía Castro Granados, M.; Lizaur Barbudo, M.; Manchado López, L.</i>	166
ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN PACIENTES DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y COCAÍNA DE LA U.C.A. DE SAN MARCELINO <i>Del Arco Julián, M^a I.; Forá Giménez, D. T.; Martínez Codoñer, M^a A.; Río Sanz, M.; Forcada Chapa, R.</i>	168
ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL Y COCAÍNA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE LA U.C.A. DE SAN MARCELINO <i>Del Arco Julián, M^a I.; Forá Giménez, D. T.; Martínez Codoñer, M^a A.; Río Sanz, M.; Forcada Chapa, R.</i>	169
DEMANDAS DE TRATAMIENTO EN 2005, RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO Y EL AÑO DE NACIMIENTO <i>del Pino Lidón, C.</i>	171
IMPLICACIÓN DEL NEUROPEPTIDO SUSTANCIA P EN EL DESARROLLO Y EXPRESIÓN DE LA SENSIBILIZACIÓN MOTORA INDUCIDA POR ANFETAMINA Y MORFINA <i>del Rio, E.; El Banoua, F.; de Felipe, C.</i>	172
VARIABLES ASOCIADAS AL DESARROLLO DE PROBLEMAS CON LAS DROGAS EN ADOLESCENTES TRATADOS EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL <i>Díaz, R.; Magallón, E.; Goti, J.; Serrano, L.; González, L.; Calvo, R.; Gual, A.; Castro, J.</i>	174
TRATAMIENTO CON AMISULPRIDE EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL, ANÁLISIS EVOLUTIVO DE DIFERENTES VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS, SOCIALES Y EFECTOS SOBRE EL CRAVING <i>Dorado, M.L.; Llorens, N.; Malea, A.; Lopez, I.; Sanchez, A.; Palau, C.; Perelló, M.</i>	176
EFICACIA DEL TOPIRAMATO EN LA DESHABITUACIÓN DE ALCOHOL <i>Dorado, M.L.; Llorens, N.; Palau, C.; Lopez, I.; Sanchez, A.; Malea, A.; Perelló, M.</i>	177
EFFECTOS ANSIOGÉNICOS DE LA ACUMULACIÓN PERIFÉRICA DE ACETALDEHIDO <i>Escrig, M. A.; Correa, M.; Aragón, C.M.G.</i>	178
PERFIL Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE JÓVENES Y ADOLESCENTES DE LA U.C.A. DE ALBACETE <i>Esparcia Moreno, M.; Celorio Bustillo, M^a L.; Montañés Cuenca, M^a V.</i>	180
PERFILES DE PERSONALIDAD MILLON EN DEPENDENCIAS A SUSTANCIAS <i>Ezquerro Larrazabala, A.; Basabe Homobono, E.; Oria Mundinb, J.C.; Castiella Jusuéb, J. J.; Arceo Ruizb, O.; Labad Alquezara A.</i>	181
FACTORES ASOCIADOS AL COMPONENTE PSICOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA A COCAÍNA: ESTUDIO SOBRE UNA MUESTRA DE JÓVENES CONSUMIDORES EN ACTIVO CAPTADOS EN UN CONTEXTO NO TERAPÉUTICO <i>Fernandez, F.; Ballesta, R.; Lozano, Bilbao, I.; González-Saiz, F.; Pulido J.; de la Fuente, L.; Brugal, T.</i>	183
RIESGO ALCOHOL. REDUCCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN CENTROS EDUCATIVOS, AUTOESCUELAS FEDERADAS Y UNIVERSIDADES DEL PAÍS VASCO <i>Fernández, V.; Ansotegi E.; Ibañez, I.; Mariscal L.</i>	184
PSICOSIS POR COCAÍNA. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Gallego De Dios, M.T.; García Cantalapiedra, M. J.</i>	186
NACIERON CON EL ROCK & ROLL <i>García García, J.L.</i>	187

UN CONCEPTO DE ALEJAMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: RESULTADOS DE UN PROYECTO SUIZO – ESPAÑOL	
<i>Gerber Bologna, L.; Kohler, H.; Bähr, D.; Torres Díaz-Guerra, G.</i>	189
ASPECTOS PSICODIAGNÓSTICOS Y PSICOSOCIALES EN UNA POBLACIÓN DE ADICTOS EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL DE LARGA ESTANCIA	
<i>Gerber Bologna, L.; Torres Díaz-Guerra, G.</i>	190
¿CÓMO AFRONTAN LOS PADRES EL BOTELLÓN DE SUS HIJOS?	
<i>Giménez, J.A.; Cortés, M.T.; Pardo, F.; Samper, P.; Mestre, V.</i>	192
LA WEB DEL CENDOCBOGANI: USOS Y NUEVOS RETOS	
<i>Gisbert Tío, A.; Bueno Cañigral, F.J.; Braulio Sánchez, L.; Valderrama Zurián, J.C.</i>	193
DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL INICIO Y MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE COCAÍNA: UN ESTUDIO CUALITATIVO	
<i>Gómez, J.; Clari, E.; Girva, T.; Guillot, J.; Tortajada, S.; Valderrama-Zurián, J.C.</i>	195
LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO PARA EL ABORDAJE DE LA DEPENDENCIA A LA COCAÍNA Y LAS CONDUCTAS VIOLENTAS ASOCIADAS, DOS PUNTOS DE VISTA ENCONTRADOS	
<i>Gómez, J.; Girva, T.; Tortajada, S.; Valderrama-Zurián, J. C.; Clari, E.</i>	196
TABAQUISMO Y ESQUIZOFRENIA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN	
<i>Gonzalez Irizar, O.; Pombo Chorto, S.; Arranz Garcia, S.; Setó Boada, S.; Alonso Perez, Y.; Grau, I.</i>	197
VIOLENCIA Y TOXICOMANÍAS	
<i>Guillermo Pardenilla, M.T.</i>	198
LA FUNCIÓN DE COORDINADOR DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARES	
<i>Hernández Rel, E.</i>	200
ESTUDIO NEUROPSICOLÓGICO DIFERENCIAL EN TRES GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES	
<i>Ibarria M., Jacas C., Trasovares M. V., Roncero C., Bruguera E., Casas M.</i>	200
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA LUDOPATÍA EN ADICTOS A SUSTANCIAS EN TRATAMIENTO	
<i>Lagares Roibas, A.; López Melendro, A. I.; Gallego Montes, M^a J.</i>	202
LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: SU UTILIDAD EN EL CONTEXTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS	
<i>Lagares Roibas, A.; Perez Carrasco, E.; Ibáñez ríos, M^a C.</i>	204
DIFERENCIAS EN EL PERFIL DESCRIPTIVO EN PACIENTES CON DEPENDENCIA A HEROÍNA/COCAÍNA QUE INICIARON TRATAMIENTO ENTRE LOS AÑOS 2004-2006	
<i>Lage López, M^a T; Casete Fernández, L.; Cerqueiro Costa, J.</i>	206
CONDUCTAS VIOLENTAS EN LOS ADOLESCENTES EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN INDICADA “SOPORTE” PROYECTO HOMBRE MADRID	
<i>Llama, P.; Villaceros, I.; Gutiérrez, C.; Hoyos, D.; De la Calle, M.; Mariezkurrena, B.; Ochoa, E.; Sancho, J. L.</i>	207
USUARIOS CON NECESIDAD DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN INDICADA “SOPORTE” PROYECTO HOMBRE MADRID	
<i>Llama, P.; Villaceros, I.; Gutiérrez, C.; Hoyos, D.; De la Calle, M.; Mariezkurrena, B.; Ochoa, E.; Sancho, J.L.</i>	209
EVOLUCIÓN DE LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO ADICTIVO CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO	
<i>Lligoña, A.; Freixa, N.; Monràs, M.</i>	210
INSTAURACIÓN RESTRICTIVA DE LA NORMATIVA HORARIA DEL CONSUMO DE TABACO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA	
<i>López Pérez, C.; Caballero Díaz, R.; Castrillo Alonso, E.; Montes de la Linde, I.; Fort Rocamora, C.; Huerta, P.; Navarro Pacheco, F.; Roncero Alonso, C.</i>	212
CANTIDAD DE TABACO CONSUMIDO POR ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA REGIÓN DE MURCIA	
<i>López Villalba, Fco J.; Yuste Lucas, J.L.; López Miñarro, P.A.; Meseguer Liza, C.; Rodríguez García, P. L.</i>	213
CAUSAS DE CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA REGIÓN DE MURCIA	
<i>López Villalba, Fco. J.; Yuste Lucas, J. L.; López Miñarro, P.A.; Meseguer Liza, C.; Rodríguez García, P. L.</i>	215
CONSUMO DE TABACO SEGÚN LA EDAD EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA REGIÓN DE MURCIA	
<i>López Villalba, Fco. J.; Yuste Lucas, J. L.; López Miñarro, P.A.; Meseguer Liza, C.; Rodríguez García, P. L.</i>	216

TRATAMIENTO CONCOMITANTE DE LITIO Y METADONA EN UN PACIENTE BIPOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO <i>López, C.; Sáez, N.; Laguna, L.; Rovira, M.; Gonzalvo, B.; Roncero, C.; Casas, M.</i>	218
EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL MEDIO ESCOLAR APLICADO POR EL PROFESOR CON LA AYUDA DE LÍDERES DE MAYOR EDAD <i>Martínez-Lorca, M.; Alonso-Sanz, C.; Montañés-Rodríguez, J.</i>	220
EFICACIA TERAPÉUTICA DE OXCARBAZEPINA SOBRE LA IMPULSIVIDAD Y EL CRAVING <i>Morillo-Velarde, C.; Cáceres, D.; Cabrera, M^oV.</i>	221
PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 15 A 18 AÑOS: EDAD DE INICIO Y TIPOS DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDAS <i>Navarro, E.; Ballester, R.; Gil, M. D.; Giménez, C.</i>	223
MUERTE, LOCURA Y DROGAS: ¿QUÉ PIENSAN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES SOBRE LOS MAYORES PELIGROS DEL CONSUMO DE ALGUNAS DROGAS Y LOS FACTORES INFLUYENTES EN ESE PELIGRO? <i>Navarro, E.; Gil, M. D.; Ballester, R.</i>	225
MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 15 A 18 AÑOS: ACTITUDES Y CREENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS <i>Navarro, E.; Gil, M. D.; Ballester, R.; Edo, M.</i>	226
¿QUÉ DIFERENCIAS HAY ENTRE LAS INTOXICACIONES ALCOHÓLICAS Y LAS MEDICAMENTOSAS QUE SON REMITIDAS AL SERVICIO DE URGENCIAS? <i>Nogué, S.; Amigó, M.; Sánchez, M.</i>	228
ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN VALORADO POR LOS PACIENTES Y SU RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA EN ESQUIZOFRÉNICOS CON ADICCIÓN A SUSTANCIAS TRATADOS CON AMISULPRIDE <i>Ochoa Blanco, R.; Benítez Montero, M.; Gallego Bellido, JM.; Sánchez de la Pisa, S.</i>	229
RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (STRENGTHENING FAMILY PROGRAM) EN ESPAÑA <i>Orte, C.; Ballester, L.; March, M.X.</i>	231
ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (STRENGTHENING FAMILY PROGRAM) EN ESPAÑA <i>Orte, C.; Ballester, L.; Touza, C.</i>	232
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (STRENGTHENING FAMILY PROGRAM) EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA TERAPÉUTICO: CONDICIONES PARA SU EFICACIA <i>Orte, C.; March, M. X.; Oliver, J. L.; Fernández, C.</i>	233
ANÁLISIS DEL GRADO DE FIDELIDAD EN LA EJECUCIÓN DE UN PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (STRENGTHENING FAMILY PROGRAM) EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA TERAPÉUTICO: CONDICIONES PARA SU EFICACIA <i>Orte, C.; Touza, C.; Ballester, L.</i>	234
EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE DROGODEPENDENCIAS EN GALICIA: 1994-2006 <i>Pedreira, V.; Carrera, I.; Fraga, J.; Osorio, J.; Morán, J.</i>	235
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN GALICIA 1988-2006 <i>Pedreira, V.; Carrera, I.; Fraga, J.; Osorio, J.; Morán, J.</i>	236
SEGUIMIENTO DE PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN TRATAMIENTO CON ZIPRASIDONA <i>Pellín, M. C.; Escudero, V.; Esteban, J.; Pascual, F.; Gimeno, C.; Barril, J.; Mora, E.; Pérez, M. P.; Llorens, R.; Linares, C.; García, J.A.</i>	237
DISMINUCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN NORMALIZADA EN SUERO DE PACIENTES TRATADOS CON NEVIRAPINA O EFAVIRENZ <i>Pellín, M. C.; Esteban, J.; Gimeno, C.; Barril, J.; Escudero, V.; Gimenez, J.; Linares, R.; Pol, E.; Pascual, F.; Llorens, R.; Mora, E.; García, A.</i>	238
SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA, NEVIRAPINA Y EFAVIRENZ <i>Pellín, M. C.; Esteban, J.; Gimeno, C.; Barril, J.; Gimenez, J.; García, A.; Pol, E.; Voloria, A.; Pérez, M. P.; Linares, R.; Moñino, C.</i>	240

DETERMINACIÓN SIMULTÁNEA DE 10 ANTIRRETROVIRALES EN SUERO MEDIANTE CROMATOGRFÍA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCIÓN ACOPLADA A ESPECTROMETRÍA DE MASAS <i>Pellín, M. J.; Gimenez, J.; Esteban, J.; Gimeno, C.; Barril, J.; Escudero, V.; Pascual, F.; Llorens, R.; Valoria, A.; Pérez, M.P.; Llinares, R.; Mora, E.</i>	242
CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN TRABAJADORA INMIGRANTE <i>Pereñíguez, J.E.; Pérez-Cárceles, M.D.; Medina, M.; Saavedra, A.; Falcón, M.; Luna, A.</i>	243
ESTUDIO CON 32 PACIENTES TRATADOS CON TOPIRAMATO Y SU EVOLUCIÓN A 12 MESES <i>Pino Serrano, C.J.</i>	245
PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN UNA UNIDAD DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA <i>Pombo Chorto, S.; Gonzalez Irizar, O.; Arranz Garcia, S.; España Chamorro, E.; Miralles Ibiza, C.; Gomez Tricio, O.; Grau Joaquim, I.</i>	246
TABAQUISMO Y OTRAS DROGAS EN PACIENTES EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA <i>Raich, A.; Siñol, N.; Pinet, C.; Fernández, T.; Garriga, T.; Llurba, J.; Martínez, A.; Monllao, J.; Serrano, J.; Leonardo, C.</i>	247
DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE INMIGRANTES Y ESPAÑOLES AL INGRESO EN PRISIÓN <i>Rincón Moreno, S.; Vera Remartínez, E.; Garcia-Guerrero, J.; Planelles Ramos, M.V.</i>	248
RASGOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DE PACIENTES LUDÓPATAS EN LA PROVINCIA DE VALENCIA (ESPAÑA) <i>Sáez Abad, C.; Bertolín Guillén, J.M.</i>	250
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS Y ESQUIZOFRENIA <i>Sáez, N.; López, C.; Roncero, C.; Bozzini, D.; Casas, M.</i>	251
PROYECTO ICARO: CONFIANDO EN EL VUELO <i>Salazar Chang, I.; Nuez Vicente, C.</i>	252
PERFIL DE LOS REINICIOS POR RECAÍDA EN EL CONSUMO EN UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA <i>Sánchez de la Nieta Aragonés, P.; Sánchez Fernández, M.M.</i>	254
EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE TRATAMIENTO POR MUJERES CONSUMIDORAS EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE CIUDAD REAL <i>Sánchez Fernández, M. M.; Sánchez de la Nieta Aragonés, P.</i>	255
PERFIL DE LA MUJER ADICTA A COCAÍNA EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE CIUDAD REAL <i>Sánchez Fernández, M. M.; Montoya Crous, I.</i>	256
EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ALCOHOLISMO DURANTE DOS AÑOS DE TRATAMIENTO <i>Sánchez Peña, J.F.; Rodríguez Solano, J.J.</i>	257
EL USO DE INCENTIVOS EN UN TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA ADICTOS A LA COCAÍNA: EFECTO DE LA MAGNITUD DEL REFORZADOR <i>Secades-Villa, R.; García-Rodríguez, O.; Álvarez Rodríguez, H.; Río Rodríguez, A.; Fernández-Hermida, J. R.; Carballo J. L.</i>	258
IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS BLOQUEADORES DE LA ACCIÓN PREVENTIVA ESCOLAR DESDE EL DISCURSO SOCIAL DEL ALUMNADO Y PROFESORADO <i>Tomás, S.; Torrijo, M.J.; Aguilar, M.; Aguilar, J.</i>	260
EL CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA <i>Tomás, S.; Torrijo, M.J.; Aguilar, R.; Chorén, S.; Aguilar, J.; Jabazín, M.; Hernández, M.C.; Luque, Y.; Escribano, M.; Vidal, A.</i>	261
FACTORES PROTECTORES FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA <i>Torregrosa, M. S.; Inglés, C. J.; Espada, J. P.; Delgado, B.; García-Fernández, J.M.; Redondo, J.</i>	262
RELACIONES ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL, MOTIVACIÓN ACADÉMICA, AUTOCONCEPTO Y RENDIMIENTO ESCOLAR <i>Torregrosa, M.S.; Inglés, C.J.; Espada, J.P.; Delgado, B.; García-Fernández, J.M.; Redondo, J.</i>	264
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES <i>Torregrosa, M. S.; Inglés, C. J.; Espada, J. P.; Delgado, B.; García-Fernández, J. M.; Redondo, J.</i>	266
CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS Y DEMANDAS DE LOS ADICTOS A LA HEROÍNA POR LA INCORPORACIÓN DE UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN LA OFERTA DE TRATAMIENTO EN EL ALTO MARESME (BARCELONA) 14 AÑOS DESPUÉS DE SU IMPLANTACIÓN <i>Tremoleda, J.; Afuera, O.; Giraldo, M.; Martínez, J.; Sanroma, M.</i>	268

RESÚMENES PONENCIAS

El trabajo con familias de consumidores de drogas: autonomía de las sustancias; autonomía de las familias; autonomía de los tratamientos

JUAN ANTONIO ABEIJÓN

Psiquiatra. Director de la CT. "Manu-Ene". Servicio vasco de Salud.

Enviar correspondencia a:

C/ Landatxueta 14. 48180 Loiu. Bizkaia. abeijonvoleau@telefonica.net

Asistimos al inicio de un nuevo ciclo en lo que concierne al empleo de sustancias aditivas por parte de una parte de la población. Controlada la epidemia de consumo de heroína que asoló Europa desde el inicio de los años 80 hasta el final de los noventa, lo que no quiere decir que el problema haya desaparecido ni que no ocupe aún hoy buena parte de la atención especializada y los tratamientos de los centros existentes, aparecen nuevas formas de consumo, nuevas sustancias y la población tiene una percepción distinta sobre la conducta de consumo de drogas.

Se percibe la conducta de consumo de drogas como algo perteneciente al universo de lo cotidiano y la propia conducta como un derecho individual sobre el cual el individuo debe de decidir y afrontar la responsabilidad de las decisiones con un soporte de las instituciones que le protegerán de los riesgos mayores de los consumos.

Las sustancias cambian, apareciendo el consumo de cocaína como un consumo emergente de enorme proyección, la droga "del bienestar" y "del éxito"; el consumo de hachís banalizado convertido en ritual de paso de la adolescencia y la difusión de las drogas estimulantes ligadas al universo lúdico circunscrito al fin de semana.

Los tratamientos también cambian adecuándose a las situaciones de cada individuo buscando ser incisivos, cortos en el tiempo y muy en relación con el contexto en el que se produce el consumo.

¿Cómo se plantea el abordaje familiar del paciente toxicómano estos cambios? en las últimas encuestas realizadas sobre la población juvenil española la familia ocupa el primer lugar en la valoración de los jóvenes españoles. El periodo de permanencia en el domicilio familiar aumenta retrasándose la edad de salida de casa. La mayor parte de los toxicómanos atendidos en los distintos servicios de atención ambulatoria en España viven con sus familias de origen lo que permite decir que la toxicomanía como patología desborda los límites individuales y se convierte en una situación de consecuencias generales en los diversos sistemas donde se desarrolla y especialmente en la familia. Por otra parte el 30% del tiempo de trabajo en los servicios de atención a toxicómanos son utilizados por los sistemas relacionados con los pacientes y no directamente por estos.

Mac Leland propone tres conclusiones como resultado de un estudio sobre la eficacia de los tratamientos en los toxicómanos:

1. Los toxicómanos que acuden a un programa de tratamiento mejoran su pronóstico frente a los que no acuden a ningún programa de tratamiento.
2. Los toxicómanos que acuden a un programa de tratamiento con una oferta múltiple de recursos mejoran su pronóstico frente a los que acuden a un programa de tratamiento con una única oferta terapéutica.
3. Los toxicómanos que acuden a un programa de tratamiento en el que se consigue involucrar a la familia mejoran su pronóstico frente a los que acuden a un programa de tratamiento en el que no se consigue involucrar a la familia.

Estas tres conclusiones orientan muchas políticas de intervención en drogas y son, en la construcción de las líneas de intervención de un servicio de atención a toxicómanos, un referente indispensable.

El toxicómano vive su toxicomanía en constante dialogo con su propio contexto y este modifica la percepción que él tiene de su toxicomanía. Se establece así una relación de carácter circular en la cual las propuestas de tratamiento entran como una parte más del contexto.

Como vemos la familia es una parte de este contexto en el que se vive la toxicomanía y se convierte en recurso necesario para conseguir un buen desarrollo de los tratamientos, sea cual sea su nivel de implicación desde el más simple al más complejo.

El programa de prevención familiar Familias Que Funcionan (FQF)

SUSANA AL-HALABÍ; JOSÉ M. ERRASTI.

Dpto. de Psicología – Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia a:

c/ Silla del Rey, 19 - 3D. 33013 Oviedo. Asturias. alsusana@uniovi.es

El programa de prevención familiar del consumo de drogas “Familias que Funcionan” es la adaptación a España del programa norteamericano “Strengthening Families Program 10-14” (SFP, en adelante). El prestigio del SFP se vio especialmente reforzado tras la revisión Cochrane de 2002, acerca de los programas de prevención del consumo de alcohol en jóvenes. Como es sabido, las revisiones Cochrane son metanálisis rigurosos e independientes que revisan las evaluaciones existentes sobre la eficacia de distintas intervenciones. De este metanálisis se concluía que, a nivel internacional, el programa que había mostrado mejores resultados en la prevención del consumo de alcohol en menores era el SFP, probablemente debido a que no se centra concretamente en la prevención del consumo de alcohol u otras drogas, sino a que trabaja con las causas radicales, con las raíces de las relaciones familiares, que subyacen a éstos y a otros problemas del comportamiento adolescente. El programa “Familias que Funcionan” consta de dos volúmenes y doce DVDs recogidos en seis cajas. El primero de los volúmenes contiene la guía para cada una de las siete sesiones principales, - para los padres, para los jóvenes y para las familias-, así como las fichas y los materiales que se trabajan en cada sesión. El segundo volumen consta de los mismos contenidos referidos a las cuatro sesiones de mantenimiento, que se realizan varios meses después del término de las sesiones principales. No todas las sesiones llevan asociado un DVD, siendo en total doce las sesiones, - principalmente dirigidas a los padres-, que se realizan con el apoyo de material audiovisual.

Cada sesión dura alrededor de dos horas: durante la primera los padres se reúnen con un monitor por un lado y los hijos hacen lo mismo con su propio monitor por otro; durante la segunda hora padres e hijos realizan una reunión conjunta. Como es habitual, se intenta que las reuniones sean especialmente amenas, relevantes, clarificadoras y divertidas para todos los participantes, y se organizan alrededor del visionado de vídeos, actividades, juegos, debates, etc.

En el momento de escribir estas líneas, el programa “Familias que Funcionan” está comenzando a ser evaluado tras un año de seguimiento de su primera aplicación piloto, y tal evaluación de resultados se encuentra enmarcada en un proyecto europeo encaminado a adaptar y validar tal programa en el conjunto de la Unión

Europea. Los análisis preeliminares arrojan datos positivos: existen diferencias significativas a partir de la participación en tres o más sesiones del programa tanto en la medida post de consumo de drogas como en la diferencia en consumo entre la medida pre y la medida post.

Estos resultados deben ser validados mediante la obtención de más muestra que pueda participar en el estudio para poder concluir que contamos con una herramienta eficaz en el campo de la prevención familiar del consumo de drogas.

Consumos de cocaína em pacientes em tratamento com metadona no Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Aveiro

ROCHA ALMEIDA

Psiquiatra. Director del CAT. Centro de Atendimento de Toxicodependentes de Aveiro (Portugal)

Enviar correspondencia a:

Rua Luís Duarte Santos. 3030-403 Coimbra. rochalmeida@mail.pt

O consumo de cocaína surge frequentemente associado aos pacientes em programa de substituição com metadona. O facto de haver uma maior oferta e disponibilidade de cocaína e também o poder dispor de mais dinheiro, são factores de risco que levam ao consumo de cocaína.

Vários estudos apontam para um agravamento do estado clínico nos pacientes em programa de substituição com metadona e que fazem consumos de cocaína, a nível da comorbilidade psiquiátrica nomeadamente crises psicóticas, menor taxa de emprego e um aumento dos comportamentos de risco.

Pretende-se neste trabalho avaliar os consumos de substâncias nos pacientes que se encontram no programa de substituição com metadona no Centro de Atendimento de Toxicodependentes (CAT) de Aveiro.

Utilizando o Maudsley Addiction Profile (MAP) são avaliados aspectos comportamentais básicos: uso de substâncias, problemas de saúde física e psicológica e aspectos ligados ao funcionamento individual e social.

Algumas formas de intervenção terapêutica são ainda abordadas.

Evaluación de calidad de la atención a pacientes intoxicados drogodependientes en el servicio de urgencias de un Hospital General

MONTERRAT AMIGÓ TADÍN

Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona.

Enviar correspondencia a:
C/Villarroel, 170. 08036 Barcelona. montamigo@mixmail.com

Introducción: La calidad de la asistencia que se ofrece en los Servicios de Urgencias (SU) a los pacientes intoxicados, es medible a través de indicadores.

Objetivo: Establecer un mapa de indicadores en calidad asistencial para pacientes con intoxicaciones agudas. Medir y mejorar la calidad asistencial ofrecida en el SU a los intoxicados.

Metodología: Se diseñaron 27 indicadores de calidad: 5 de estructura (disponibilidad de protocolos, antídotos, sondas de lavado gástrico y técnicas analíticas), 17 de proceso (tiempos entre la llegada y la atención del intoxicado, o el inicio de las medidas de descontaminación, registro de constantes, adecuación de las indicaciones de antídotos y descontaminación digestiva [DD], entre otros), 2 de resultado (mortalidad), 2 administrativos (parte judicial y cumplimentación del registro mínimo de datos [CMD]) y 1 de calidad percibida (reclamaciones). En una primera fase se analizaron retrospectivamente los informes asistenciales, para medir con estos indicadores a 139 pacientes consecutivos. Tras analizar estos resultados, se elaboró un documento sobre la buena praxis toxicológica que se distribuyó al staff médico del SU y se organizaron sesiones formativas para los médicos residentes y enfermería. En la segunda fase se midieron los mismos indicadores a 142 intoxicados. Los datos fueron almacenados en el programa SPSS versión 10.0. La significación estadística fue considerada para una $p < 0,05$.

Resultados: Se han valorado en total 281 intoxicados, de los cuales el 60,1% fueron por sobredosis de alcohol etílico u otras drogas de abuso. En la 1ª fase, se disponía de un protocolo terapéutico del tóxico responsable de la intoxicación, de los antídotos necesarios y de las sondas gástricas adecuadas en el 100% de los casos. La analítica toxicológica cualitativa estaba disponible en el 89% y la cuantitativa en el 49%. El tiempo transcurrido entre la llegada al SU y la atención al paciente fue inferior a 15 min en el 78% de casos. El tiempo entre la llegada al SU y el inicio de la DD fue inferior a 15 min en el 57% de casos. La aplicación adecuada de los diversos algoritmos de valoración clínica, diagnóstico y tratamiento (práctica de ECG en casos seleccionados, cuantificación de paracetamol y extrapolación al nomograma, indicación de DD, diuresis forzada o antídotos) osciló entre un 50 y un 95%. Los registros de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura constaban en un 81%, 80%, 35% y 36% de los pacientes. El parte judicial se realizó en el 31% de los casos en los que estaba indicado, mientras que la interconsulta con el psiquiatra se hizo en el 100% de los pacientes que intentaron suicidarse. El CMD del registro asistencial estaba completo en el 7,2% de los pacientes. La mortalidad fue del 0%.

En la 2ª fase, no hubo cambios en los indicadores de estructura, resultados, administrativos o de calidad percibida al comparar los dos períodos de tiempo. Respecto a los indicadores de proceso, se constató una mejora significativa en el registro de las constantes clínicas (frecuencia cardíaca [$p=0,041$], frecuencia respiratoria [$p=0,026$] y temperatura [$p=0,027$]) y un empeoramiento en la demora de atención del intoxicado [$p=0,024$] y en el tiempo de espera para la realización de la DD [$p=0,022$], no objetivándose otras diferencias.

Conclusiones: La calidad de la asistencia toxicológica en un SU es medible mediante la utilización de indicadores y su uso permite comparar su evolución.

El SU de nuestro Hospital ofrece una calidad asistencial satisfactoria medida a través de los indicadores estructurales, de resultado y de calidad percibida. Los indicadores de proceso muestran deficiencias en los tiempos de atención y en el seguimiento de algunos protocolos terapéuticos. Los indicadores de los aspectos administrativos de la atención del paciente, están por debajo de las recomendaciones estandarizadas de calidad.

La mejora de la calidad requiere un esfuerzo continuado y una sensibilización de todo el personal que participa en la asistencia.

Palabras clave: Calidad asistencial. Urgencias. Sobredosis. Intoxicaciones agudas. Droga de abuso.

BIBLIOGRAFÍA

Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. Serveis d'Urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mediques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2001.

Amigó M, Nogué S, Gómez E, Sanjurjo E, Sánchez M, Puiguriguer J. Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias. *Emergencias* 2006; 18: 7-16.

Nogué S, Puiguriguer J, Amigó M. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas. (CALITOX – 2006). Asociación Española de Toxicología. Sección de Toxicología Clínica. Disponible en <http://www.aetox.es>.

Retos en el tratamiento del fumador dependiente

ELISARDO BECOÑA

Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

Senra, 3-3° C 15702 Santiago de Compostela. pcelisar@usc.es

En los últimos años apreciamos un descenso continuo año a año de fumadores de cigarrillos en España. Los que dejan de fumar suelen ser en su mayor parte personas sin dependencia de la nicotina o con escasa dependencia. Los que tienen mayor dependencia tienen mayor dificultad en dejar de fumar por sí mismos. Por ello, conforme se va reduciendo el número de fumadores en una población hay un mayor número de fumadores dependientes de la nicotina en la misma y se aprecia más claramente que en una parte importante de ellos tienen distintos trastornos psicopatológicos asociados (ej., dependencia del alcohol y otras drogas, depresión, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, etc.). Esto crea nuevos retos para el tratamiento de los fumadores dependientes.

En el presente ante el fumador dependiente tenemos que: a) hacer un adecuado diagnóstico de su dependencia y de otros posibles problemas psicopatológicos asociados, b) poner en práctica un tratamiento eficaz para ellos y para sus otros problemas, c) decidir si el tratamiento va a realizarse en un periodo de tiempo corto o largo, d) valorar aquellos casos en donde la reducción de daños sea una alternativa al abandono, cuando no

consigue dejar de fumar con un tratamiento formal, e) tener presente la recaída y la posibilidad de que vuelva a realizar nuevos tratamientos si ha recaído.

Las características que tienen los fumadores dependientes exige una intervención intensiva para una parte de ellos, especialmente para los que tienen mayor dificultad en dejar de fumar. El modelo de tratamiento de las adicciones (incremento de la motivación, tratamiento y prevención de la recaída) es idóneo para tratar a este tipo de personas, como adictos que son, en los que acuden a tratamiento para dejar de fumar, dado que una parte importante de ellos no sólo tienen una dependencia de la nicotina sino que también tienen distinta comorbilidad asociada. Los resultados que se obtienen hasta ahora con este tipo de personas son buenos, especialmente cuando se tienen en cuenta estos aspectos y se adecua el tratamiento a los mismos. Además, estas características del fumador dependiente las hay que tener cada vez más en cuenta ante las demandas de tratamiento que se vienen incrementando en los últimos años, en parte facilitadas por el incremento de las restricciones al consumo de tabaco en lugares públicos y en el lugar de trabajo. De igual modo es necesario generalizar este tipo de tratamientos en el sistema nacional de salud y, dentro de él, en los centros de alcoholismo, adicciones y drogodependencias.

Tratamiento del tabaquismo en un centro municipal de adicciones

IRENE BELLOC; JESÚS DE ECHAVE

C.M.A.P.A. (Ayto. de Zaragoza)

Enviar correspondencia a:

Avda Pablo Ruiz Picasso 59. 50018 Zaragoza. mbelloc@zaragoza.es

Los Centros de Tratamiento de Drogodependencias o de Adicciones ocupan un lugar privilegiado para cubrir una amplia gama de los posibles tratamientos que actualmente se realizan para que las personas dejen de fumar. El objetivo de esta ponencia es mostrar el trabajo que se realiza desde un centro de estas características. El programa de atención a fumadores, comienza en nuestro dispositivo municipal en 1996, de una manera estructurada y con una sistemática de trabajo concreta que le confiere entidad propia dentro del abordaje de las toxicómanas que venía llevando a cabo el ayuntamiento desde 1986. Desde 1996 hasta la actualidad el programa de tabaquismo ha experimentado una serie de cambios cuantitativos y cualitativos:

- El programa de cesación tabáquica forma parte de la Carta de Servicios prestada por este servicio público.
- Población atendida: con notable aumento en el número de casos.
- Importante observación de casos de fumadores que presentan psicopatología añadida.
- Lento pero progresivo acceso al programa de tabaquismo de adictos a sustancias que están (o han estado) en tratamiento en CMAPA.
- Tratamiento específico a fumadores del Ayuntamiento de Zaragoza, conformando un programa con entidad propia bajo la denominación de "AYTO. SIN HUMO".

Los principios teóricos que rigen nuestro trabajo son: Terapia motivacional, modelo transteórico de Prochaska y Diclemente y prevención de recaídas, conformando así un PROGRAMA MULTICOMPONENTE posibilitando trabajar individualmente y/o en grupo. También se contempla el tratamiento farmacológico: Bupropion y /o sustitutivos con nicotina.

Vamos a presentar en esta ponencia el resumen de datos referentes a pacientes atendidos para dejar de fumar (suponen el 22% de casos atendidos en CMAPA en 2006) y que presentan además psicopatología (25,2%), así como adictos al tabaco y también a otro tipo de drogas y/o ludopatía (9'9%). También comenta-

remos los programas de prevención que se realizan desde CMAPA y en los que la prevención del tabaquismo tiene un papel estelar con varios ámbitos de actuación:

- Escolar (educación primaria y secundaria).
- Comunitario.
- Sanitario.

Con actividades específicas y coordinadas tanto en la escuela como en la comunidad donde una entidad local, como el ayuntamiento, tiene especial relevancia en cuanto a competencias en materia de prevención. Proponemos finalmente un debate interno que nos permita aproximarnos eficazmente a la solución del problema del tabaquismo y ello teniendo en consideración algunos aspectos que en nuestro trabajo diario nos resultan relevantes:

- La evolución del perfil de usuarios que demanda ayuda para dejar el tabaco, según hemos expuesto.
- La amplia oferta existente de programas para dejar de fumar, tanto de ámbito público (Atención Primaria y otros) como privado.
- Las ventajas y los inconvenientes de trabajar el tabaquismo desde un centro específico de drogas.
- El papel que este tipo de centros específicos juega, tanto en atención como en prevención, ya que un nivel de especialización resulta eficaz para ciertos tipos de fumadores, y un buen número de experiencias clínicas así lo avalan.

Recientes avances en la neurobiología de la adicción a la nicotina

FERNANDO BERRENDERO

Laboratori de Neurofarmacologia, Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida, Universitat Pompeu Fabra.

Enviar correspondencia a:

C/ Doctor Aiguader 80. 08003 Barcelona. fernando.berrendero@upf.edu

La adicción al tabaco es un importante problema de salud pública. De hecho, las enfermedades relacionadas directamente con el tabaquismo constituyen una de las principales causas de muerte en los países industrializados. Aproximadamente, una tercera parte de los fumadores se propone abandonar su adicción cada año, pero sólo el 10% de ellos tiene éxito en el intento. El humo del cigarrillo contiene cerca de 3000 ingredientes distintos siendo la nicotina el principal componente adictivo del mismo. Por tanto, dados los importantes efectos del tabaquismo sobre la salud, la investigación de los mecanismos neurobiológicos de la adicción a la nicotina es un tema de gran interés en la actualidad.

La nicotina produce sus efectos farmacológicos mediante la activación de los receptores nicotínicos de acetilcolina. Estos receptores son canales iónicos constituidos por la combinación de cinco subunidades proteicas distintas. En la actualidad se trata de descubrir el papel exacto de cada una de estas subunidades. Así, la subunidad $\alpha 2$ se ha implicado en los efectos reforzantes de la nicotina mientras que la $\alpha 4$ en la dependencia física inducida por la misma. Los efectos reforzantes de las drogas parecen ser de vital importancia para el inicio del comportamiento adictivo. En este sentido, las propiedades reforzantes de la nicotina se relacionan con la acti-

vacación de las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas y, por tanto, con el aumento de los niveles extracelulares de dopamina en el núcleo accumbens. Estudios recientes indican que son diversos los neurotransmisores cerebrales que intervienen en la activación final de estas neuronas dopaminérgicas por la nicotina.

Entre ellos, glutamato, GABA, acetilcolina endocannabinoides y péptidos opioides endógenos parecen ser de especial interés. Diferentes modelos animales se han utilizado con el objeto de clarificar las consecuencias de la exposición crónica a nicotina y su capacidad para inducir dependencia. La presencia de un síndrome de abstinencia espontáneo a nicotina es difícil de poner de manifiesto en el animal de experimentación tras el tratamiento crónico con esta droga. Sin embargo, la administración del antagonista nicotínico mecamilamina en animales tratados con nicotina crónicamente precipita manifestaciones somáticas de abstinencia. El receptor opioide μ y las encefalinas endógenas participan en la dependencia física inducida por la nicotina. La disforia asociada a la abstinencia a la nicotina se relaciona con una hiperactividad del sistema CRF, disminución de los niveles extracelulares de dopamina en el núcleo accumbens y con la inducción de c-fos en la amígdala. Por otra parte, el estrés, los factores ambientales y el nuevo contacto con la droga, son las tres principales causas de recaída a las drogas tras un periodo de abstinencia. En este sentido, los modelos animales utilizados para evaluar los fenómenos de recaída a la nicotina indican que los receptores cannabinoides CB1 juegan un importante papel en dichos procesos. Así, el antagonista cannabinoide rimonabant atenúa la recaída al abuso de la nicotina en animales abstinentes a la misma.

Avances en el tratamiento de las adicciones: la utilización de las nuevas tecnologías

CRISTINA BOTELLA¹, AZUCENA GARCÍA-PALACIOS¹, SOLEDAD QUERO¹; ROSA BAÑOS²

(1) Universidad Jaime I, Castellón

(2) Universidad de Valencia

Enviar correspondencia a:

Músico Hipólito Martínez. 46020 Valencia. botella@psb.uji.es

Introducción: El Juego Patológico está considerado en los actuales sistemas de clasificación diagnóstica como un trastorno del control de los impulsos y presenta numerosas semejanzas con los trastornos por dependencia de sustancias. Se caracteriza por una pérdida de control sobre la conducta de juego que da lugar a importantes problemas personales, familiares y sociales. Uno de los tratamientos más eficaces para este problema es la terapia cognitiva comportamental centrada en la exposición en vivo con prevención de respuesta, el control de estímulos y la reestructuración cognitiva. Ahora bien, la terapia de exposición presenta a veces algunos problemas, por ejemplo: algunos pacientes la consideran demasiado aversiva; también puede ser complicado tener acceso a todos los lugares en los que se debe llevar a cabo la exposición; si se lleva a cabo la auto-exposición, siempre está el riesgo de que paciente llegue a jugar; sin olvidar aspectos éticos como la confidencialidad.

La Realidad Virtual podría resultar útil en el tratamiento de este trastorno ya que presenta algunas ventajas frente a la exposición tradicional: permite un control absoluto sobre todos los acontecimientos o contextos que ocurren en terapia (p.ej. jugar a la ruleta, en el casino, la cantidad de dinero implicado en las apuestas, quien

acompaña al paciente etc.). Esto permite acercarse y practicar en los escenarios y lugares que resultan importantes para un determinado paciente y le ofrece a éste la seguridad de poder trabajar en las situaciones de riesgo sin dejar la consulta.

Además, el tratamiento se lleva a cabo en la consulta del terapeuta, por tanto implica confidencialidad. En resumen, la RV podría ser una valiosa herramienta para mejorar la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales que han demostrado eficacia en el tratamiento del Juego Patológico. Nuestro grupo ha diseñado un sistema de RV para el Juego Patológico. El objetivo de este trabajo es presentar el programa de RV y ofrecer datos sobre su eficacia.

Material y método: Se llevó a cabo un diseño controlado de N=1 de línea base múltiple entre sujetos. Todos los participantes presentaban un diagnóstico de Juego Patológico según criterios del DSM-IVR. Fueron referidos al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I de Castellón por una Unidad de Conductas Adictivas. Una vez evaluados los participantes, firmaron el consentimiento informado. Se les aplicó el programa de tratamiento multicomponente que incluía: distintos contextos relevantes para el Juego Patológico (casino, bingo, bar con máquinas tragaperras etc.) con el objetivo de llevar a cabo la exposición, y ambientes para llevar a cabo la reestructuración cognitiva.

Resultados: Los resultados ponen de manifiesto la utilidad del sistema. Los contextos de RV activan el impulso de jugar en los participantes y éste disminuye a medida que progresa el tratamiento.

Discusión: Este es el primer estudio que presenta datos sobre la eficacia de la RV para el tratamiento del Juego Patológico. Dadas las consecuencias devastadoras de este problema y el importante número de afectados, consideramos que este programa resulta enormemente beneficioso para el tratamiento del Juego Patológico.

RIOD: Una respuesta a la globalización desde la cooperación

ENRIQUE GABRIEL BRAVO MENA

Presidente de la RIOD

Enviar correspondencia a:
bravovida@hotmail.com

Vivimos en un mundo globalizado en el que el mundo es cada día más pequeño. Esa realidad tiene innumerables repercusiones sobre nuestra vida cotidiana.

En el ámbito de la salud en general y en el del consumo de drogas en particular, la globalización está muy presente. Las sustancias psicoactivas hace años que dejaron de tener fronteras y hoy es posible el acceso a casi cualquier sustancia en cualquier parte del mundo. Las modas recorren el mundo a gran velocidad. La sustancia que gana fama en Ibiza es pronto consumida en Londres, Madrid o Bogotá.

Pero no sólo las drogas se trasladan. También los ciudadanos lo hacen. Las corrientes migratorias son hoy más intensas que en ningún otro momento de la historia. Y las personas se trasladan con sus ideas, sus costumbres y, por supuesto, sus adicciones.

Pero este mundo globalizado tiene un Talón de Aquiles. Aunque los organismos internacionales dictan recomendaciones, los gobiernos nacionales siguen resistiéndose a ello y adoptan políticas nacionales sobre las drogas. Eso ha creado una situación surrealista: ante un problema global la receta son centenas de respuestas nacionales apenas coordinadas.

Por regla general, las respuestas nacionales están más basadas en premisas ideológicas y morales que en evidencias científicas. Esta situación provoca situaciones de injusticia y desigualdad. Ha sido la sociedad civil, a través de sus asociaciones, quien detectó el problema y buscó soluciones.

Los profesionales que intervienen en el ámbito de las drogodependencias hace años que conocen no sólo la situación del país en que estudiaron o en que trabajan, sino de otros muchos lugares. Ese es el germen de las redes internacionales. En el caso de las drogodependencias y de la comunidad iberoamericana, el uso de un idioma común ha facilitado ese intercambio.

Desde la década de los sesenta del siglo pasado existe constancia de intercambio de conocimientos en este ámbito. En la década de los ochenta esos intercambios se intensificaron y en los noventa existía un ambiente propicio a la creación de una red.

Ese es el origen de lo que hoy es la RIOD, una red que, de no existir, habría que crear, ya que es la respuesta a un problema global. Hoy, la RIOD es una organización sin ánimo de lucro que engloba a las principales ONG de Iberoamérica que trabajan en el ámbito de las drogodependencias. Las entidades que conforman la red consideran imprescindible compartir conocimientos, análisis y experiencias para construir un lenguaje y un discurso común.

La RIOD, que nació con la vocación de potenciar el trabajo conjunto entre asociaciones sin ánimo de lucro, es ya un espacio de encuentro. Esta colaboración y coordinación está estimulando el fortalecimiento institucional y mejorando la formación de los profesionales y voluntarios. Además, desde su origen, la complementariedad ha sido una bandera de la RIOD, y en este sentido se ha promovido la colaboración con gobiernos, universidades, e instituciones. Especial mención hay que hacer en este apartado a la CICAD, el Plan Nacional Sobre Drogas, y la AECI, que han colaborado con la RIOD desde su constitución.

En lo estructural, RIOD se constituyó como una red, lo que implica el trabajo horizontal. Se creó una estructura central mínima para potenciar la participación de todos y cada uno de los miembros. En un primer momento la RIOD se estructuró bajo parámetros geográficos. En la actualidad RIOD está en un proceso de reestructuración que implica el desarrollo de nodos temáticos, complementarios con los geográficos. Desde su constitución, los objetivos de la RIOD son:

- Estimular el fortalecimiento institucional.
- Generar un espacio de encuentro.
- Articular la interlocución ante las instituciones financiadoras.
- Contribuir a la formación de profesionales.
- Potenciar la realización de estudios e investigaciones.
- Facilitar el intercambio de profesionales.
- Favorecer las acciones de cooperación para el desarrollo.
- Interlocución con gobiernos y entidades internacionales.

El Plan Nacional Sobre Drogas de España y la AECI, convocaron, en 1998, en Cartagena de Indias, el I Seminario Iberoamericano sobre Cooperación en materia de Drogodependencias, al cual fueron invitadas medio centenar de ONG de 18 países. Ese seminario permitió un primer encuentro en el que se pusieron de manifiesto las enormes posibilidades del trabajo conjunto.

Al año siguiente se convocó en El Escorial, el II Seminario. Esta convocatoria, en la que participaron 65 ONG, tenía como objetivo la constitución de la Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogodependencias (RIOD). A la reunión asistieron, además de las ONG, representantes del Gobierno español, del Plan Nacional, la AECI, la CICAD, y del Observatorio Europeo sobre Drogas.

Hasta el momento se han celebrado ocho seminarios, en los que se han tratado temas como prevención, Mujer y Drogodependencias, el papel de la Familia, Criterios Mínimos de Calidad, o la reducción de riesgos. El trabajo desarrollado en esos años permite afirmar que la RIOD ya es una red consolidada, y que ha llegado el momento de explorar nuevas posibilidades para incrementar la cohesión interna, construir un discurso común, y convertirse en la organización de referencia en el ámbito de las drogodependencias.

Análisis de un programa de prevención y tratamiento de toxicomanías en una empresa de transportes

ESTANISLAO CABRERO CABRERO

Jefe del Servicio Médico de Administrador de Infraestructuras Ferroviarias, ex - Jefe del Servicio Médico de la Red Nacional de Ferrocarriles Españoles (R.E.N.F.E.)

Enviar correspondencia a:

El Palmeral 31-7ª B. 03008 Alicante. estanislao.cabrero@ono.com

MARCO LEGAL ACTUAL

La Ley 39/2003, de 17 de noviembre, del Sector Ferroviario, promulgada según Directivas del Parlamento Europeo, sobre la seguridad de los ferrocarriles comunitarios, establece que la explotación clásica del ferrocarril había abarcado desde la creación del ferrocarril tanto la infraestructura como los servicios de transporte ferroviario. Así, la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles (R.E.N.F.E.), creada en 1941 y heredera de las antiguas compañías ferroviarias (Norte, Madrid-Zaragoza-Alicante, Andaluces, Sur de España, Oeste, etc.) básicamente se dividiría en esos dos tipos de explotación: infraestructuras y servicios.

Desde el 1 de enero de 2005 desaparece la empresa R.E.N.F.E dando lugar a dos empresas públicas: el Administrador de Infraestructuras Ferroviarias (Adif) y la Renfe Operadora. La Adif es heredera de la R.E.N.F.E. y comprende los servicios de circulación, infraestructuras, estaciones de viajeros, terminales de mercancías y patrimonio. Por su parte, Renfe Operadora comprende básicamente los servicios de tracción, intervención y mantenimiento integral de trenes en sus vertientes de Grandes Líneas, Regionales, Cercanías y Talleres.

En el campo de las drogodependencias existen dictadas normas, que afectan a ambas empresas, en la Circular de Presidencia número 1, de 1 de enero de 2005, sobre "Gestión Conjunta de la Seguridad en la Circulación: Administrador de Infraestructuras Ferroviarias/Renfe Operadora", que son continuación de las ya existentes en R.E.N.F.E., tanto en las "condiciones para prestar servicios relacionados con la circulación" como en la "prohibición de prestar servicio bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas de abuso u otras sustancias psicoactivas que puedan alterar las capacidades médico-laborales".

La Orden Ministerial de Fomento 2520/2006 de 27 de julio, por la que se determinan las condiciones para la obtención de títulos y habilitaciones que permiten el ejercicio de las funciones del personal ferroviario relacionadas con la seguridad, así como el régimen de los centros de formación de dicho personal y de los de valoración de su aptitud psicofísica.

IMPORTANCIA DEL TEMA Y ESTUDIOS PREVIOS

La importancia del tratamiento de las drogodependencias en el marco de la empresa esta fuera de toda discusión. Desde que venimos estudiándolo en 1977 hasta nuestros días, hemos evidenciado:

- la influencia de las drogodependencias en el absentismo, la accidentabilidad y la morbilidad (Cabrero 1981, 1996-Alcoolisme, 1996-Consecuencias, 2001-Alcohol),
- la adaptación, incorporación y validación de métodos antiguos y nuevos a nuestras herramientas diagnósticas (de Gea, 1996; Cabrero 1996-Detección, 1996-Consecuencias, 1999-Estamentos, 1999- Determinación, 1999-Etica, 2002-El consejo
- el desarrollo y evaluación de métodos disuasorios para el consumo de drogas durante y en horas previas al trabajo (Cabrero, 1994-Estudio y 1998, 1999-Determinacion) y
- la valoración de los resultados del Plan de Drogodependencias de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles (Cabrero 1999-Estamentos, 1999-Etica, 2000-Programme, 2001-Alcohol, 2002-El abordaje y 2003-Detection).

CONDICIONES DE CAPACIDAD PSICOFÍSICA PARA LA CERTIFICACIÓN DE VALORACIÓN DE APTITUD DEL PERSONAL QUE INTERVIENE EN LA CIRCULACIÓN DE TRENES (Anexos IV-V, Orden FOM 2520/2006).

La Orden del Ministerio de Fomento 2520/2006 renombra las categorías ferroviarias clásicas que intervenían en la circulación de trenes y define unas nuevas que se iban imponiendo de forma más estable.

Las nuevas categorías, las antiguas equivalentes aparecen entre paréntesis, que considera que se están implicadas en la circulación de trenes y que por lo tanto se le debe exigir para su desempeño la comprobación de ausencia de consumos de alcohol y drogas en el reconocimiento médico son:

- Personal del Servicio de Circulación (Anexo III): o
 - Responsable de Circulación (Supervisores de Circulación de Estaciones antes Jefes de Estación, Jefes de Circulación antes Factores de Circulación a cargo de Apartaderos y Cargaderos). o
 - Auxiliar de Circulación (Subjefes de Circulación antes Factores de Circulación auxiliando a un Supervisor de Circulación de Estaciones).
- Personal del Servicio de Infraestructura (Anexo IV, sólo cuando las funciones definidas en estas nuevas categorías): o
 - Encargado de trabajos de vía (Jefe de Distrito, Capataz de Vía y Obras, Encargados de Sector de Alumbrado y Fuerza, de Instalaciones de Seguridad, de Telecomunicaciones, de Línea Electrificada y de Subestaciones y Telemando, Jefes de Equipo de Línea Electrificada). o
 - Piloto de seguridad en la circulación (Obrero 1º y Especializado de Vía y Obras, Guardabarrera, Montador de Alumbrado y Fuerza, Montadores Eléctrico y Mecánico de Instalaciones de Seguridad, Oficial de Telecomunicaciones, Oficial Celador de Línea Electrificada, Oficial de Subestaciones y Telemando). o
 - Operador de maquinaria de infraestructura (Operador de Máquina de Vía).
- Personal del Servicio de Operaciones del Tren (Anexo V): o
 - Auxiliar de operaciones del tren (Capataz de Maniobras, Guardagujas, Ayudante Ferroviario antes Especialista de Estaciones con funciones de agujas y enganches). o
 - Cargador (Peón Especializado Conductor de Carro Transbordador-Puente Grúa, Conductor). o
 - Operador de vehículos de maniobras (personal de conducción restringida en Talleres, Depósitos y Estaciones en vías de maniobras).
- Personal de Conducción (Anexo VI): o
 - Título Categoría A (Maquinistas de Maniobras, Trenes de Trabajo, Vagonetas de Línea Electrificada, Dresinas, etc.). o
 - Título Categoría B (Maquinistas de Trenes de Mercancías y Viajeros). Las condiciones del capítulo de psiquismo y otros requeridas para la certificación de la valoración de aptitud de todos este personal son:
 - No padecer enfermedad mental.

- No padecer enfermedad alcohólica crónica.
- No presentar indicios analíticos de consumo de drogas de abuso.
- No estar bajo tratamiento con sustancias psicoactivas capaces de alterar el nivel de conciencia, la capacidad de concentración, de vigilancia, el comportamiento, el equilibrio, la coordinación o la movilidad.
- No padecer diabetes insulino dependiente ni diabetes tipo II con afectación sistemática o mal controlada o tratada con fármacos potencialmente hipoglucemiantes.

A su vez la Disposición Adicional Quinta sobre "CONTROLES PARA DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DE INDICIOS ANALÍTICOS DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS" que se realizarán tanto en las pruebas iniciales o periódicas de los certificados de aptitud psicofísica como en los controles aleatorios que se realicen para tal fin.

Estos controles los pondrán realizar la Dirección General de Ferrocarriles y el Administrador de Infraestructuras Ferroviarias sobre todas las empresas y las propias empresas operadoras sobre sus propios trabajadores. Los controles deberán realizarse en el ejercicio de su actividad profesional y podrán efectuarse al personal de circulación, de infraestructura, de operaciones del tren y de conducción.

El resultado obtenido tras la realización de las pruebas para detectar el consumo de alcohol, se considerará como positivo cuando éste supere las tasas de alcoholemia de 0.2 gramos de alcohol por litro de sangre ó 0.10 miligramos de alcohol por litro de aire espirado (Circular de Presidencia N° 1) y para el consumo de drogas de abuso y sustancias psicoactivas cuando existan indicios analíticos de dichas sustancias.

A los efectos de garantizar la seguridad en el tráfico ferroviario el Administrador de Infraestructuras Ferroviarias suspenderá la habilitación para las categorías arriba mencionadas cuando:

a) Se detecten, en su titular, niveles de alcohol superiores a los autorizados o de indicios analíticos de consumo de estupefacientes, psicotrópicos o cualesquiera otras sustancias que producen efectos análogos.

e) Su titular, en el ejercicio de su actividad profesional, se niegue a someterse a un control para la detección de consumo de alcohol o de indicios analíticos de consumo de drogas de abuso y sustancias psicoactivas, realizado por personal autorizado al efecto, de acuerdo con la normativa vigente.

En el último caso e), el titular podrá recuperar la validez de la habilitación suspendida cuando hayan transcurrido tres meses desde su negativa, previa acreditación de su aptitud psicofísica.

Sin embargo, no realiza mención alguna de ningún Plan de Prevención ni Asistencial por parte de las Administraciones Ferroviarias, exceptuado el Programa Disuasorio comentado.

XII CONVENIO COLECTIVO 1997/98

A su vez, el XII Convenio Colectivo de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles para el bienio 1977/78 todavía vigente, en sus artículos no anulados por otras normativas para las empresas Administrador de Infraestructuras Ferroviarias y Renfe, recoge también para el personal de riesgo de sufrir accidentes de trabajo por las características de su trabajo recogido bajo el epígrafe de "Trabajos de Oficio" que para ingresar deben no padecer enfermedad alcohólica crónica ni presentar indicios analíticos de consumo de drogas.

DESARROLLO DEL PLAN DE DROGODEPENDENCIAS DE R.E.N.F.E. Y DE LA AHORA A.D.I.F.

REFERENCIAS

1. ORDEN FOM/2520/2006, de 27 DE JULIO, Boletín Oficial del Estado núm. 183 de 2 de agosto de 2006, por la que se determinan las condiciones para la obtención de títulos y habilitaciones que permiten el ejercicio de las funciones del personal ferroviario relacionadas con la seguridad, así como el régimen de los centros de formación de dicho personal y de los de valoración de su aptitud psicofísica.
2. Administrador de Infraestructuras Ferroviarias (Circular de Presidencia N° 1). Gestión Conjunta de la Seguridad en la Circulación: Administrador de Infraestructuras Ferroviarias/Renfe Operadora, 2005; 35.
3. Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Box M, Luna A. Estudio de un muestreo de alcohol exhalado en aire alveolar en una población laboral de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles. Adicciones, 1994; 6: 15-22.

4. Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Marín J, Luna A. Alcoolisme, absentéisme et accidents du travail dans une entreprise de transport espagnole. Arch Mal Prof, 1995; 57 : 353-355.
5. Egea C, Pérez MD, Osuna E, Cabrero E, Luna A. Prevalencia del abuso de alcohol en una población laboral del sector pesquero. Adicciones, 1996; 8: 267-276.
6. Cabrero E, Barrios I, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Luna A. Detección del bebedor excesivo en el medio laboral mediante el test de Le Gô. Adicciones, 1996; 8: 321-329.
7. Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Blanco A, Luna A. Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. Adicciones, 1996; 8: 419-428.
8. Cabrero E, Gómez-Acebo A, García I, García N, Luna JD, Luna A. Muestreos sistemáticos de alcohol en aire espirado en una empresa pública de transporte ferroviario. Med Segur Trab, 1998; 179: 23-30.
9. Cabrero E. Estamentos laborales y detección, tratamiento y reinserción de drogodependencias en el medio laboral. Adicciones, 1999; 11 (Suplemento 1): 8.
10. Cabrero E, Luna A. Ética y Medicina del Trabajo. Med Trabajo, 1999; 8: 78-83.
11. Cabrero E, Luna A. Determinación de alcohol y drogas en la empresa. Rev Esp Drogodep, 1999; 24: 3-16.
12. Cabrero E, Gómez-Acebo A, García I, García A, Luna JD, Luna A. Programme contre la toxicomanie et l'alcoolisme dans l'entreprise ferroviaire espagnole "RENFE", 1990-1997. Arch Mal Prof, 2000; 61: 310-317.
13. Cabrero E, Luna A. Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea (editorial). Adicciones, 2001; 13: 247-253.
14. Cabrero E. El Servicio Médico de Empresa de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles en la Comunidad Valenciana. Salud Ocupacional, 2001; 10: 5-11.
15. Cabrero E. El consejo de breve intensidad como método preventivo contra los hábitos tóxicos en el examen de salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Salud y Drogas, 2002; 2: 63-79.
16. Cabrero E, Gómez-Acebo A, García I, Luna JD, Luna A. Detection methods of the drug-addiction and alcoholism treatment programme of the Spanish National Railway Company (RENFE). Med Lav, 2003; 94: 364-373.
17. Cabrero E, Luna A. El abordaje de las drogodependencias en el mundo laboral. Experiencia en el sector del transporte. Arch Prev Riesgos Labor, 2002; 5: 165-174.

Urgencias en Alcoholismo: Abordaje desde los centros de tratamiento de adicciones

DAVID CÁCERES ANILLO

Director Médico de Centro RENACER. Tratamiento Integral del Alcoholismo y otras Adicciones.

Enviar correspondencia a:

C/ Francisco Pizarro nº10. 14010 Córdoba. david.caceres@hogar-renacer-

La presentación de situaciones de urgencia en los dispositivos de tratamiento de adicciones constituye una realidad relativamente frecuente.

Aunque el papel del médico en el tratamiento de los trastornos adictivos se centra en intervenciones de desintoxicación y deshabitación, deberá contemplar la actuación en estas situaciones. Actuación que estará condicionada por las características del dispositivo asistencial en el que desarrolle su labor (ambulatorio o centro de internamiento) y que dependerá de los recursos disponibles y posibilidades de interconsulta con otros especialistas.

En todo caso, la intervención estará dirigida a prevenir-evitar la presentación de situaciones de urgencia, identificarlas precozmente si ocurren, tratar lo tratable en situación de seguridad para el paciente y proceder a la derivación informada al servicio de urgencias si la gravedad del caso lo aconseja.

Desde un enfoque eminentemente clínico, podemos agrupar las situaciones de urgencia relacionadas con el consumo de alcohol del siguiente modo:

- Urgencias relacionadas con situaciones de alcoholización crónica: Hepatitis y pancreatitis aguda, complicaciones hemorrágicas, descompensación cirrótica (Encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal), complicaciones cardiovasculares (crisis hipertensiva, insuficiencia cardíaca), ACVA, Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
- Urgencias por abstinencia de alcohol: Síndrome de abstinencia, delirium tremens, cuadros convulsivos.
- Urgencias por consumo agudo de alcohol: Intoxicación etílica aguda (TCE, coma etílico, agitación, intoxicación patológica), hipoglucemia, acidosis metabólica.
- Urgencias psiquiátricas por consumo de alcohol: Trastorno de ansiedad, trastorno psicótico, trastorno afectivo (intento de autolisis).
- Urgencias relacionadas con el tratamiento de la adicción: Reacción antabús, sobredosis, urgencias por fármacos (Síndromes extrapiramidal, neuroléptico maligno, serotoninérgico y de retirada), la recaída como urgencia, protección familiar, asesoramiento para ingreso involuntario.

El conocimiento de la clínica específica de estos cuadros permitirá su detección y tratamiento precoz. El adecuado manejo del síndrome de abstinencia prevendrá la precipitación de potenciales situaciones de urgencia.

En conclusión, la actuación del médico de adicciones en relación a las situaciones de urgencia será fundamentalmente preventiva y debe incluir:

- Valoración exhaustiva del caso (Historia clínica y exploraciones). Decisión de tratamiento en régimen de internamiento o ambulatorio.
- Monitorización y seguimiento diario para detección precoz de complicaciones (Eficacia del control del síndrome de abstinencia y registro de constantes).
- Actuación en caso de urgencia: Diagnóstico de la urgencia, tratamiento y/o derivación según proceda.

La importancia de la participación de los jóvenes en el trabajo de “advocacy” sobre alcohol

JOAO SALVIANO CARMO

Ex miembro Foro Europeo de Jóvenes. Aveiro (Portugal)

Enviar correspondencia a:
Rua do Caiao 62-A. 3800-118 Aveiro. jsalviano@hotmail.com

Normalmente los jóvenes son los principales objetivos por las campañas de combate al abuso del alcohol, pero casi nunca son involucrados como actores en esas mismas campañas. Aun hay mucho la costumbre de tratar los jóvenes más como objetos y no tanto como agentes de cambio y para combatir el consumo de alcohol.

En los últimos dos años hay trabajado en esta temática promocionando la participación de los jóvenes en una área que tiene mucho que ver con los otros, con nuestro cotidiano, y que es asumidamente por la parte de todos una problemática que es dirigida a los jóvenes.

Hay, sin embargo, tres dimensiones sobre las cuales podemos desarrollar nuestro punto de vista sobre los jóvenes y el alcohol:

- Los jóvenes y el consumo abusivo del alcohol.
- Los jóvenes como víctimas del alcohol.
- Los jóvenes como agentes de cambio y de combate al abuso del alcohol.

Estas tres dimensiones nos ayudan a entender que para un trabajo con impacto y capaz de cambiar la situación se necesita necesariamente de involucrar los jóvenes y de poner los jóvenes a hablar y a discutir entre ellos los problemas y consecuencias del consumo excesivo de alcohol y entre ellos discutieren cuales son las posibles soluciones para que haya un cambio efectivo en los padrones de consumo de los jóvenes y de todos los que están mas cerca de ellos. La capacitación de jóvenes para trabajaren en la prevención junto de otros jóvenes es fundamental para incrementar el suceso de cualquier medida y sobretodo es necesario crear en los jóvenes el sentimiento de que esa medida no está hecha para ellos pero si, está hecha con ellos para tratar de sus problemas, problemas esos ya identificados y asumidos por los jóvenes como suyos, y non dictados por la sociedad contra ellos.

Una vez que se involucra los jóvenes en el desarrollo de medidas de prevención y combate al consumo excesivo de alcohol se incrementa también la capacidad de influenciar el desarrollo de políticas de salud públicas junto de una autoridad local, regional o nacional.

En primer lugar los jóvenes son los más capaces de presentar su realidad y necesidades junto de cualquier institución o organismo, porque estarán hablando de sus propias vidas en primera persona, y no de forma subjetiva como lo hacen otros. En segundo porque van a presentar un conjunto de propuestas que estará adecuada a su realidad y no construida en el subjetivo de quien esta de fuera y mira los jóvenes como objeto de estudio o trabajo. En ultimo lugar porque invertir en una política de cambio de los jóvenes, con los jóvenes y por los jóvenes significa no sólo empezar a solucionar los problemas de hoy pero también, y quizás más importante que eso, a empezar a cambiar la mentalidad de la sociedad a largo plazo, pues que ser joven es una situación temporaria no estacionaria y los jóvenes como todos ya escucharon, son lo futuro, pero el futuro sólo se puede cambiar se trabajamos con los jóvenes de hoy, no sólo con los hombres y mujeres de mañana.

Consumidores adolescentes: Experiencia de trabajo con adolescentes. Provincia de Biobio. Chile.

MARIO ANTONIO CASTILLO MANZANO

Psicólogo. Encargado Área de Tratamiento. Conace Región del BioBio. Chile

Enviar correspondencia a:
Sevilla 584 445 - Los Angeles. Biobio. marcastma@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El enfrentar el consumo de drogas en Adolescentes, representa un desafío para los Equipos de Salud, las comunidades y principalmente para la etapa de la Adolescencia. Siguiendo la retórica de los Adolescentes, que es compartir con los pares, buscar la identidad y establecer un contacto para-con- desde-en ellos y no establecerse como un patrón normativo externo a su realidad. La situación de consumo de Drogas en la Región del BioBio, Chile, según los Estudios Nacionales, apuntan a un aumento en las prevalencias del consumo de drogas ilícitas último año en grupo de escolares (13 a 18 años promedio). Este consumo es diferenciado por género, siendo mayor en los varones (12.8 marihuana) v/s las mujeres (10.2 marihuana). En relación a la Cocaína (cocaína + pasta base), se observa también un consumo mayor en hombres (4.7) versus mujeres (2.3), pero observable también el aumento en esta población específica. Los aumentos de consumo de tabaco y alcohol también se observan en aumento.

MÉTODO

PREVENCIÓN: Las estrategias utilizadas son:

- Control de Salud, mediante la aplicación de ficha Clap Adolescente. / Detección de problemas de salud. Se orienta a los adolescentes de 8º año básico (13 – 14 años).
- Policlínico Adolescente en Establecimientos Educativos.
- Verano Adolescente Saludable: intervenciones en comunas de la Provincia (experiencia desarrollada desde el año 1999)

TRATAMIENTO: La oferta de atención de población infante – Juvenil, en la Región es desarrollada en los siguientes planes de tratamiento. Estos se realizan principalmente en recintos dependientes de los Servicios de Salud y de algunos centros privados Ong's.

- Planes ambulatorios básicos:
 - Planes Ambulatorios Intensivos
 - Planes Residenciales
- Circuito Infante Adolescente:
 - Planes Ambulatorios Residenciales
 - Unidad de Desintoxicación
 - Ambulatorio Comunitario Infante Adolescente

RESULTADO Y DISCUSIÓN

Las perspectivas del trabajo con el mundo Juvenil promovidos por la OMS y la OPS, sugieren, generar estrategias de empoderamiento y advocacy respecto al trabajo con Adolescentes y Jóvenes.

El gran objetivo es que los jóvenes sean partícipes de la construcción de sus propios desafíos y entornos. En esta línea se ha trabajado en relación a desarrollar estrategias de Habilidades para la Vida y de potenciar la resiliencia como metodologías y conceptualizaciones que favorezcan el logro de estas tareas.

El trabajo con adolescentes como se ha señalado, es un trabajo dinámico, en el cual no solamente debe incorporarse al joven sino que además fortalecer las relaciones al interior de la familia, generando espacios, para que cada persona del grupo familiar, logre desarrollar sus potencialidades.

Los futuros programas de intervención, no pueden focalizarse en un solo ámbito de trabajo (drogas, sexualidad, nutrición, etc.), sino que deben responder a las necesidades planteadas por nuestros adolescentes, sus familias y la posibilidad de fortalecer la organización de las comunidades. Se deberán crear espacios cercanos a los adolescentes (horarios, adecuación física, profesionales con perfil para trabajo con adolescentes, etc.), donde se responda a las expectativas de los adolescentes y jóvenes. Es de suma relevancia, el poder adecuar el trabajo, donde se les habilite, para que sean partícipes de un-su proyecto tangible y que puedan desarrollar las herramientas de habilidades necesario para esto.

Toxicología de los Smart-Shops y Grow-Shops

BENJAMÍN CLIMENT DÍAZ

Unidad de Toxicología Clínica. Servicio Medicina Interna. Consorcio Hospital General de Valencia.

Enviar correspondencia a:
Marques de Elche 17. 46018 Valencia. climent_ben@gva.es

El consumo de sustancias con fines recreativos (psiquedélicos, euforizante, relajante), afrodisíacos, vigorizantes, nutritivos, combatir los efectos no deseados del uso de drogas de abuso habituales y para potenciar funciones cerebrales se ha ido extendiendo progresivamente abriendo un amplio abanico de posibilidades de uso. El número de estas sustancias es enorme y en continuo aumento e incluye desde plantas y hongos hasta vitaminas, minerales, fármacos de uso legal o sus copias y sustancias químicas no autorizadas, con múltiples formatos de comercialización y consumo (píldoras, extractos de plantas, hongos frescos o secos, infusiones, bebidas, semillas, ampollas, inhalantes, etc).

Los Grow-shop son establecimientos dedicados al mundo de la cultura del cannabis, vendiéndose material para el cultivo y consumo pero sin vender el cannabis., excepto en Internet, donde se venden diferentes semillas y combinaciones para realizar cultivos hidropónicos domésticos. Los Smart-shop se centran en la difusión y venta de estas sustancias "inteligentes". Aunque este tipo de tiendas se puede encontrar en locales convencionales comercializándose como suplementos nutricionales o vitamínicos, es en Internet donde radican en toda su amplitud y donde son comercializadas y difundidas con gran facilidad al margen del control sanitario.

El policonsumo de diferentes drogas de abuso junto a este tipo de sustancias es frecuente, sobretudo en jóvenes, con escaso conocimiento sobre los peligros y una nula percepción del riesgo intrínseco de estas sustancias, consideradas en muchos casos como "naturales". A esto contribuye una información pseudocientífica sesgada aportada en diferentes fuentes de la red. El uso de sustancias que no crean dependencia y no suelen ocasionar demanda de tratamiento no es sinónimo de inocuidad y los profesionales dedicados a las adicciones deben conocer la existencia, características, nuevos patrones de consumo y toxicología de estas sustancias que van a ser consumidas, entre otros, por usuarios de otras drogas de abuso.

La importancia toxicológica del consumo de este tipo de sustancias es múltiple y radica en que muchas de ellas son farmacológicamente activas teniendo efectos químicos sobre el cerebro, tienen interacciones con otras drogas y con muchos fármacos utilizados en el tratamiento de adicciones y otras patologías, algunas poseen una enorme toxicidad intrínseca demostrada que afecta a diferentes órganos, en algunos casos se desconoce exactamente la composición, algunas sí que poseen potencial adictivo, presentan numerosas contraindicaciones de uso. Se han descrito múltiples casos de intoxicaciones agudas y crónicas por el consumo de estos productos.

Enumerar y describir la toxicidad de las diferentes sustancias y preparaciones es difícil por su magnitud. Entre las sustancias más frecuentes presentes en estos productos se encuentran la cafeína, guaraná, yohimbina, efedrina, pseudoefedrina, sinefrina con acción simpaticomimética y efectos secundarios demostrados cardiovascularmente. Fármacos como dihidroergotamina (toxicidad ergotamínica), sildenafilo (sextasy, hipotensión), etc. Sustancias como la tirosina (alteraciones tiroideas, interacciones farmacológicas), Fenilalanina (interacciones e intolerancia), nitritos (poppers, vasodilatación y metahemoglobinemia), etc.

Hierbas y plantas como Ipomoeba Violacea (morning glory, contiene LSA, alucinógeno), Salvia Divinorum (contiene salvinorinas, alucinógeno), Ayahuasca (alucinógeno) y estimulantes solos o en combinaciones (herbal ecstasy) como Catuaba, Kava Kava, Ma Huang, Ginseng, Nuez de Betel, etc.

También cactus como el San Pedro y Peyote (conteniendo mescalina y otros alucinógenos) y hongos como especies de Psilocybes y amanita muscaria.

El conocimiento de esta realidad en evolución que nos rodea es fundamental para poder actuar desde la prevención hasta el diagnóstico y tratamiento.

Abordaje de las adicciones desde el marco conceptual sistémico

ANDRÉS CLIMENT JORDÁN

Psicólogo. Unidad de Deshabitación Residencial. Balsa Blanca. Enguera (Valencia)

Enviar correspondencia a:
C/ CONSTITUCIÓ 6 BAJO. 46814 Torrella. Valencia. andresclijor@hotmail.com

*“Yo soy yo y mis circunstancias”
(Ortega y Gasset)*

En los trastornos adictivos es muy frecuente mencionar factores de riesgo y factores mantenedores del problema. Suelen referirse a variables personales, interpersonales (familiares, grupo de iguales...) y contextuales. Desde el enfoque sistémico se enfatiza la interdependencia continua entre todos ellos para entender el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de cualquier tipo.

Este modelo se ha asociado a la Terapia Familiar, por ser el conjunto familiar el contexto referente por excelencia y la intervención más frecuentemente realizada por los terapeutas sistémicos. Ampliando el foco, aparecen las redes de apoyo más amplias tanto personales como profesionales (incluso considerando la relación intra y entre equipos de tratamiento) y el contexto sociocultural, constituyen elementos básicos para la comprensión y tratamiento de los problemas adictivos.

Así, el énfasis se pone en la totalidad, en el estudio del individuo con problemas en relación directa con su contexto. Es un paradigma que podríamos denominar circular (por su énfasis en la retroalimentación y en la interacción), sistémico o ecológico.

Al igual que las conductas funcionales, las disfunciones o síntomas de los individuos se consideran condicionadas por las relaciones que mantienen con el resto de las personas significativas. Así, los síntomas sólo pueden ser entendidos en relación al contexto en el que surgen, es decir, en su sistema -familiar, institucional, social, etc.

En un problema tan grave como una adicción sabemos que la intervención individual puede ser insuficiente. Si bien cambios en la persona adicta pueden producir cambios en su contexto, la intervención ampliada, uniendo fuerzas, se presenta como preferente.

En vez de buscar el “qué” y “porqué” de este trastorno, desde el enfoque sistémico se da preferencia más al “cómo” se produce y mantiene y “para qué” sirve, tanto al propio adicto como a sus diversos contextos.

Casos de “ceguera” familiar ante el problema, codependencia, bidependencia, parejas adictas, familiares desbordados que también precisan un tratamiento... requieren un abordaje más amplio para aumentar la probabilidad de conseguir cambios y no sólo mejorías.

¿Se corresponden las alternativas con las necesidades reales?

CORTÉS, M.T.¹; ESPEJO, B.²; GIMÉNEZ, J.A.³; MESTRE, M.V.⁴; SAMPER, P.⁵

- (1) Profesora Titular del Área de Psicología Básica
(2) Profesora Titular del Área de Metodología y Ciencias de la Educación
(3) Profesor Asociado del Área de Psicología Básica
(4) Catedrática de Universidad del Área de Psicología Básica
(5) Profesora Contratada Doctora del Área de Psicología Básica

Enviar correspondencia a:

Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universitat de València. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia. Maria.TCortes@uv.es

La imagen que se tiene del botellón a nivel social está muy influida por la información transmitida desde los medios de comunicación, en donde se prima especialmente todo lo relacionado con las consecuencias sociales -molestias a los vecinos-, dejando en un segundo plano las consecuencias sobre la salud bio-psico-social. Es esta problemática social la más atendida a la hora de contemplar posibles medidas para reducir esta práctica. Principalmente se ha recurrido a intervenciones de carácter represivo (*mayor presencia policial, endurecimiento de leyes para controlar la venta a menores y el consumo de alcohol en la calle, normativa sobre ruido...*) y de carácter social (*mayor limpieza de las calles y plazas o alejar las zonas botellón de los núcleos urbanos...*) que en ningún caso han supuesto una reducción de la incidencia de esta práctica.

Otro tipo de alternativas, surgidas de manera paralela a las anteriormente citadas, atienden a la ocupación del tiempo libre por parte de los jóvenes. Estas medidas tampoco han mostrado una eficacia notoria, posiblemente porque están diseñadas para responder a las necesidades de una población muy heterogénea, que en muchas

ocasiones está realizando un consumo elevado y de manera regular, lo que dificulta que pueda resolver su vinculación con el botellón de un modo tan simple.

Lo cierto es que en la actualidad, es difícil fundamentar una respuesta efectiva si no se considera el fenómeno botellón en su totalidad, y si no se dispone de información más detallada sobre el mismo. La mayor parte de las medidas adoptadas se fundamentan en los pocos resultados obtenidos a partir de las entrevistas que se ha realizado a jóvenes que estaban participando en algunos botellones.

Esta inconcreción de conocimiento nos ha llevado a diseñar una investigación, financiada por el Plan Nacional Sobre Drogas, que trata de analizar el botellón desde **todas sus dimensiones** –orden público y de salud-, **todos los agentes implicados** –jóvenes que realizan la conducta, padres de estos jóvenes, agentes de la autoridad que intervienen en las zonas, vecinos implicados- y desde **todos los puntos de vista**: antecedentes, propia conducta y consecuentes. El análisis detallado de todos estos aspectos es el que nos está permitiendo ir construyendo y ajustando las estrategias más adecuadas para hacer frente a esta práctica.

En este trabajo presentamos algunos de los resultados de este estudio obtenidos al evaluar a 4.083 jóvenes entre 14 y 25 años (1361 universitarios y 2722 adolescentes) y a 218 padres de estos jóvenes (de 14 a 18 años). En la recogida de información nos servimos de dos instrumentos elaborados por este grupo de investigación. A los jóvenes se les pregunta acerca del patrón de consumo familiar y propio; el ocio familiar y propio; la práctica del botellón; los motivos y creencias relacionadas con el botellón; las consecuencias y dificultades asociadas; su punto de vista sobre las alternativas planteadas hasta el momento, etc. Por su parte, a los padres se les ha evaluado en aspectos relacionados con la disciplina familiar, sus hábitos de consumo y de ocio, cómo tratan el tema del consumo de alcohol con sus hijos, cómo reaccionan ante consumos de sus hijos...

Entre los resultados obtenidos destacar, por ejemplo, la necesidad de diferenciar las estrategias en función del nivel de implicación de los jóvenes en el proceso adictivo, ya que más del 40% de ellos (470 universitarios // 650 adolescentes) hacen botellón todos los meses del año, con una regularidad 2-3 veces por semana y consumiendo una media de 5 copas en cada ocasión. Además, los padres entrevistados creen mayoritariamente (65%) que sus hijos no realizan esta conducta y entre los que creen que sí que lo hacen consideran que el consumo de alcohol es mínimo, lo que nos informa de la necesidad de concienciar a esta población sobre la conducta real de sus hijos.

Palabras clave: botellón, universitarios valencianos, análisis multidimensional, alternativas al fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

Cortés, M.T. (2005). Aspectos psicosociales del fenómeno del botellón: Pasado, presente y futuro. Ponencia invitada al VI Fórum. *El botellón: Causas, Efectos y Alternativas*. Palma de Mallorca. 16-17 de Noviembre.

Cortés, M.T. (2006). Realidad del fenómeno botellón: ¿hacia dónde vamos? *20 Congreso Sociedad, Familia y Drogas (FAD)*. Valencia. 23 de Noviembre.

Cortés, M.T.; Espejo, B.; Giménez, J.A.; Mestre, M.V.; Samper, P.; Nácher, M.J. y Dolz, L. (2006). Peculiarities in high consumption of alcohol in youths. Is there a worldwide tendency? *26th International Congress of Applied Psychology*. Athens, 16-21 de Julio.

Cortés, M.T.; Giménez, J.A.; Mestre, V.; Nácher, M.J.; Samper, P. y Tur, A. (2005). Los padres ante las nuevas formas de consumo de alcohol de sus hijos. *IberPsicología Publicación electrónica*, vol 10 (6.4).

Giménez, J.A.; Cortés, M.T.; Nácher, M.J.; Espejo, B. y Plaza, B. (2006). Alternatives to stop street drinking in spanish youngsters. Similarities and differences with other countries. *26th International Congress of Applied Psychology*. Athens, 16-21 de Julio.

Aspectos neurológicos

EXUPERIO DÍEZ TEJEDOR; M^a ÁNGELES ORTEGA CASARRUBIOS

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. UAM. Madrid

Enviar correspondencia a:
Madrid. ediezt@meditex.es

El efecto nocivo del alcohol sobre el sistema nervioso es producido por acción directa del etanol o sus metabolitos, por los estados de desnutrición que provoca o por los trastornos metabólicos debidos al daño sobre otros órganos. El alcohol actúa de manera directa sobre las membranas neuronales y se disuelve en éstas, alterando la bicapa de fosfolípidos. Además, tiene efectos sobre los sistemas receptores de la membrana que regulan los canales de iones.

Podemos dividir los efectos nocivos del alcohol sobre el sistema nervioso en dos grandes apartados en función del consumo agudo o crónico. Los síntomas y signos de la intoxicación etílica aguda se deben a la depresión cerebral y pueden requerir asistencia médica urgente.

En la práctica clínica el neurólogo se enfrenta a los síndromes de abstinencia etílica que pueden darse por separado o en combinación después de disminuir o abandonar el hábito etílico. Pueden dividirse en manifestaciones precoces (temblor, alteraciones de la percepción, crisis convulsivas) o tardías (delirium tremens). El consumo crónico de alcohol causa encefalopatías, neuropatías y miopatías. Exponentes más destacados de las encefalopatías son los síndromes de Wernicke y Korsakoff, estadios diferentes del mismo proceso caracterizado por un estado confusional, trastornos oculomotores, ataxia, para posteriormente dar lugar a un trastorno de las funciones cognitivas superiores. Asimismo, puede producirse ataxia por lesión cerebelosa; demencia; epilepsia y es factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular, al mismo tiempo, en jóvenes, es factor etiológico para desarrollar un ictus. Por otra parte, la afectación del sistema nervio periférico puede ocasionar trastornos sensitivos o motores, déficit visuales y alteraciones del sistema nervioso autónomo.

Además, a esto hemos de añadir la sensibilidad del cerebro adolescente a la inhibición que produce el etanol sobre la plasticidad neuronal y, por tanto, en la maduración del sistema nervioso central. Por estos motivos el abuso crónico de alcohol, tiene importantes consecuencias en el sistema nervioso, de tal manera que, aunque no está del todo aclarada la patogenia de dichas enfermedades, si es evidente el efecto deletéreo del mismo sobre el sistema nervioso central y periférico. Favoreciendo el desarrollo de enfermedades que, sin llegar a ser mortales en todos los casos, pueden dejar importantes secuelas en el individuo pudiendo convertirle en una persona discapacitada e incluso dependiente.

En definitiva, nos encontramos ante un problema nada desdeñable asociado al consumo de alcohol desde el punto de vista neurológico.

Videojuegos e Internet. Del uso al abuso

JUAN ALBERTO ESTALLO MARTÍ

Centre Forum. Hospital del Mar. Institut d'Atenció Psiquiàtrica, Salut mental i Toxicomanies.

Enviar correspondencia a:
Barcelona. estallo@telefonica.net

En la ponencia se revisarán los principales trabajos relacionados con las conductas de abuso derivadas del consumo de videojuegos y del uso de Internet. Se iniciará la ponencia con una revisión histórica de la preocupación por el abuso de la tecnología. Se revisarán los conceptos de abuso de diferentes autores así como los potenciales de abuso de los diferentes servicios de Internet a la vez que se intentará establecer los límites de juego razonable de los diferentes tipos de videojuegos.

Se expondrán los criterios de diagnóstico que actualmente se barajan en la evaluación de este tipo de problemas subrayando el papel secundario de este tipo de problemas y su relación con otras entidades comórbidas con tales conductas de abuso.

Finalmente se abordará la convergencia entre el videojuego y los servicios "on line" que se hacen evidentes en las comunidades virtuales y en menor medida en los juegos en red.

Alcoholism in Europe - Prevalence, Costs and treatment

WALTER FRIEDRICH FARKE

Relaciones Públicas de Eurocare. DHS and Eurocare. Hamm (Germany)

Enviar correspondencia a:
German Centre for 59065 Hamm. Renania del Norte. farke@dhs.de

Europe is the region with the highest per capita consumption of pure alcohol in the world. For most of the European population, alcohol is an ordinary commodity and it is consumed daily. Alcohol abstainers are a minority.

The Global Burden of Disease study shows that 263 million adults in 25 EU member states men's average alcohol consumption ranges from 0 to 40grams [e.g. ca 0.42 litres wine] of alcohol per day, whilst women's ranges from 0-20grams [e.g. ca 0.21 litres wine] of pure alcohol per day. Evidence suggests that as many as 58 million European adults consume above this level. The individual risks of this high level alcohol consumption are chronic and acute diseases and illnesses (accidents, injuries) as well as social harms.

Studies show that there is a significant correlation between the total amount of pure alcohol consumed and the onset of certain diseases and illnesses; an estimated 23 million Europeans are dependent on alcohol.

This also impacts on third parties: it is suggested that 5 to 9 million children are living in families adversely affected by alcohol; 10,000 traffic deaths to people other than the driver in the EU each year and 60,000 underweight births. In addition, alcohol is responsible for about 195,000 deaths each year in the EU.

The total tangible costs of alcohol in the EU were estimated at € 125 billion in 2003. This includes costs for treatment, prevention and healthcare. The intangible costs of alcohol in the EU, which describe the value people place on suffering and lost life, were estimated to be around € 270 billion in 2003.

Treatment systems vary across Europe. They based in each country on different legislation and funding. Most people access treatment when they have already become addictive to alcohol or when they suffer from chronic diseases as a result of their alcohol consumption.

However, there exists no comparative data to provide an overview of the treatment system for patients with alcohol problems in Europe.

Overall, much of the scientific evidence shows alcohol is not an ordinary commodity, as it is a highly toxic substance which can impact negatively both at an individual and societal level.

I will focus my presentation on the data of the Alcohol in Europe report, which was published June 2006.

References:

European Commission (2006). Alcohol in Europe – A Public Health perspective. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf

Reducing Binge Drinking and risky alcohol consumption among young people – What works?

WALTER FRIEDRICH FARKE

Relaciones Públicas de Eurocare. DHS and Eurocare. Hamm (Germany)

Enviar correspondencia a:
German Centre for 59065 Hamm. Renania del Norte. farke@dhs.de

The consumption of alcohol on different occasions is common during adolescence, in both males and females; more specifically, excessive alcohol consumption and drunkenness is widespread.

Data collected during the last decade suggests that in many European countries, there has been an increase of risky alcohol consumption and Binge Drinking among young people. Binge Drinking is broadly defined as drinking too much on any given occasion, so that normal function is impaired and the risk of harm increases. The World Health Organisation (WHO) quantifies Binge Drinking as the consumption of 5 or more standard drinks on a single occasion.

Binge drinking and risky alcohol consumption not only increases the risk of harm to the drinker, but also affects others; adolescents and college students, in particular, have been identified as high risk groups.

Several key factors have been identified to explain this increasing trend: individual reasons (risk taking, poor social skills) and environmental factors (affordability and availability of alcohol). Evidence suggests that an integrated and targeted approach is necessary to tackle these problems; community mobilisation, higher prices

on alcohol, limited alcohol marketing, regulated availability and early intervention are all effective measures that can be adopted to reduce the toll of alcohol related harm.

My presentation, which draws upon a wide range of European research, will firstly outline the phenomenon of Binge drinking and the extent of risky alcohol consumption amongst young people, as well as give an overview of effective measures to reduce these problems.

References

Anderson, P. (2006). Addiction and Alcohol Use Disorders. In Knapp, M. et al. (Eds): Mental Health Policy and practice across Europe. Milton Keynes: Open University press.

Babor, T.F., et al. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Oxford: Oxford UP.

Currie, C. et al. (2004). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, Denmark: WHO.

Eurobarometer (2003). Health, food and alcohol safety. Special Eurobarometer 186. http://ec.europa.eu/comm/public_opinion/index_en.htm

European Commission (2006). Alcohol in Europe – A public health perspective http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf

Gual, A. & Colom, J. (1997). Why has Alcohol Consumption Declined in Countries of Southern Europe? *Addiction*, 92: 21-31.

Hibell, B. et al. (2004). The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. www.espad.org

Leifman, H. (2002). A Comparative Analysis of Drinking Patterns in 6 EU Countries in the year 2000. *Contemporary Drug Problems*, 29: 501-548.

Ramsted, M. & Hope, A. (2003). The Irish drinking habits of 2002: Drinking and drinking-related harm, a European comparison. Dublin: Department of Health and children.

Aspectos cognitivos del consumo de cannabis

MAGÍ FARRÉ; SERGIO ABANADES

Unidad de Farmacología, IMIM-Hospital del Mar, Universidad Autónoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Buenos Aires 6-8-2. 08390 Montgat. Barcelona.MFARRE@IMIM.ES

Los efectos del cannabis sobre la cognición pueden dividirse en agudos y crónicos. La intoxicación aguda por cannabis provoca alteraciones cognitivas relevantes que persisten durante las horas o los días posteriores al consumo de la sustancia. La intensidad y duración de los efectos cognitivos depende de la cantidad consumida de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). El consumo agudo de cannabis altera la capacidad cognitiva y el rendimiento psicomotor, incluyendo una alteración de la memoria, dificultad en la concentración, enlentecimiento en la velocidad de reacción, incoordinación motora, y afectación de la capacidad de atención sostenida y dividida (vigilancia). Todo ello produce un deterioro de la habilidad para conducir vehículos o manejar maquinaria pesa-

da. Estos efectos son reversibles, se han demostrado en muchos trabajos y no parece que estén influidos por factores de confusión.

En cuanto a los efectos crónicos, existen estudios en los que se han observado alteraciones cognitivas en pruebas de memoria, atención, juicio temporal y funcionalidad ejecutiva en consumidores crónicos de cannabis. Algunos de estos deterioros persisten hasta varios días o semanas después del cese del consumo crónico de altas dosis de cannabis. Se ha relacionado la intensidad y duración de la alteración cognitiva con el número semanal de porros consumidos. Sin embargo, hoy en día, existe una controversia acerca si estas alteraciones presentes en los consumidores habituales de cannabis son reversibles, persisten largo tiempo o son de carácter permanente. Algunos factores podrían explicar la variabilidad de los resultados y la dificultad en atribuir de forma directa al cannabis los hallazgos de algunos estudios (diseño transversal, selección inadecuada de controles, ausencia de datos previos, período de evaluación tras cesar el consumo, variedad de pruebas). Investigaciones recientes en las que se han utilizado técnicas de neuroimagen cerebral han demostrado que el consumo continuado de cannabis podría inducir alteraciones subclínicas, pero relacionadas con una diferente activación cerebral en áreas relacionadas con la memoria y la atención en consumidores en comparación con controles. Son necesarios más estudios para resolver si algunas de las alteraciones inducidas por el consumo crónico de cannabis son duraderas o reversibles, y su relevancia funcional y clínica. Agradecimientos: Plan Nacional sobre Drogas (ayuda SOC/3386/2004)

La prevención familiar en perspectiva

JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ HERMIDA

Unidad de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

Enviar correspondencia a:
Maximiliano Arboleya 32. 33012 Oviedo. Asturias. jrhermida@cop.es

La prevención familiar se ha constituido como un campo de aplicación y de investigación que tiene una creciente importancia. Su presentación en forma de textos, guías, simposios o conferencias parece conceder a este tipo de prevención como a otras (escolar o comunitaria) una suerte de existencia propia e independiente de las demás. Sin embargo, la especialización presente en la prevención familiar no debe dejar de lado la unidad indisoluble de toda estrategia preventiva y la necesidad de abordar simultáneamente todos los componentes implicados en la actividad preventiva: individuo, familia, y comunidad. La prevención familiar adolece de graves problemas cuya solución se encuentra fuera del marco estrecho que marca la intervención preventiva en la familia. Estos males son la baja asistencia de los padres a las sesiones, o el reducido efecto sobre las conductas adictivas de los programas de prevención familiar más acreditados. Sin un adecuado enfoque y tratamiento de estos problemas, resultará completamente ineficiente la aplicación generalizada de estos programas. En contra de la tendencia a la especialización, se postula una puesta en perspectiva de la prevención familiar, conectando necesariamente los diferentes ámbitos de prevención dentro de redes que se enmarquen dentro de un verdadero modelo comunitario. Esta posición supone que: (a) Los programas de prevención deben incluir necesariamente elementos de interconexión entre los diferentes ámbitos (comunitario, familiar y escolar) de forma que se produzcan las correspondientes sinergias, (b) La gestión y el control de la aplicación debe hacerse desde una instancia comunitaria que permita la coordinación y la integración de los distintos programas y (c) La evaluación de la efectividad de los programas de prevención debería realizarse siempre dentro de políticas de prevención comunitaria que integren los componentes escolar, familiar y comunitario. Esto no es óbice para el estudio de la eficacia de los componentes activos de los programas dentro de contextos controlados y de complejidad inferior a los que se encuentran cuando los programas se aplican en situaciones reales.

Anticonvulsivantes en el tratamiento de la dependencia de alcohol: Topiramato

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA

Psiquiatra. CTI-Montevil. Servicio de Salud del Pº de Asturias (SESPA). Area V.

Enviar correspondencia a:
URB COSTA VERDE 11. 33299 Gijón. Asturias. miranvilla@telefonica.net

Durante los últimos años se han identificado medicaciones que pueden mejorar los tratamientos ya clásicos para la dependencia de alcohol. Los antiepilépticos se han ensayado al inhibir la excitación neuronal, ya que en teoría podrían sustituir al alcohol y reducir los síntomas de abstinencia.

Johnson y cols., en un ensayo clínico doble ciego con 150 pacientes durante 12 semanas, observaron como topiramato reducía de forma significativa el número de días que los pacientes referían beber, el craving al alcohol, así como los niveles de GGT. En España, Rubio y cols. en una serie de 24 pacientes seguidos 12 semanas, también mostraron como topiramato disminuía el consumo de alcohol, el craving, y otra medida objetiva en sangre, como era la transferrina deficiente en carbohidratos. También en nuestro país, Bobes y cols. hallaron, en condiciones asistenciales reales, una buena respuesta al topiramato, con una importante disminución del porcentaje de pacientes consumidores de diversas drogas ilegales y alcohol y de la severidad de la adicción y del craving, y un satisfactorio perfil de tolerabilidad. En todos estos estudios se observaron diferencias estadísticamente significativas para los parámetros estudiados.

El problema de la mayor parte de los estudios sobre alcoholismo es que se han diseñado incluyendo pacientes con abstinencia reciente, y con el objetivo de medir su mantenimiento. El ya citado estudio de Johnson y cols. difiere en cuanto a que no exige el mantenimiento de la abstinencia para seguir en el estudio. Esto es importante, ya que se adecua más a la realidad clínica de la mayoría de los pacientes, al menos en fases iniciales de tratamiento. También estudios naturalísticos como el de Rubio y cols. y el de Bobes y cols. aportan el conocimiento de la evolución de los pacientes en condiciones habituales.

En este marco se inscribe el estudio de Fdez. Miranda y cols., cuyo objetivo fue evaluar, mediante un estudio observacional de seguimiento durante 12 meses, es decir, en la práctica clínica habitual, el posible efecto del topiramato en las tasas de retención, en el consumo y en su deseo, en programas de deshabituación en pacientes dependientes de alcohol (n=64) y tratados de forma no eficaz hasta el momento, así como describir la seguridad y tolerabilidad de dicho tratamiento. Para medir los resultados clínicos se utilizaron escalas visuales de craving y priming, la EIDA, el número de días y la cantidad bebida por el día, así como parámetros analíticos como las transaminasas. El topiramato redujo de forma significativa todas las variables estudiadas, mostrando en condiciones asistenciales reales que parece ser un fármaco útil y bien tolerado para tratar a pacientes que presentan dependencia alcohólica y no responden adecuadamente a las terapias estándar, ya que su adición a éstas se relacionó con disminución de la bebida, del deseo de beber y de la intensidad de la dependencia. Además, se constató una mayor retención en tratamiento de la habitual en estos pacientes.

En cualquier caso, es evidente que se necesitan mas estudios controlados para confirmar la efectividad.

Emergencias en el Hospital General

JUAN FLORES CID

MI- Unidad de enfermedades infecciosas. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Enviar correspondencia a:
Valencia. jfloresc@medynet.com

Es difícil establecer en nuestro país la incidencia global del problema ya que la falta de uniformidad de las variables analizadas en cada estudio, incluso con criterios de inclusión distintos, la carencia de un registro único, las diferencias en la comunicación de casos por la problemática que ocasiona en el menor, hacen difícil conocer exactamente la magnitud del problema no obstante se estima que la incidencia porcentual en relación al número de urgencias es de aproximadamente el 0,5% (0,2-1,1) representando las drogas de abuso aproximadamente el 14,8% (8,8- 33,4), aunque socialmente el consumo de cannabis, cocaína y actualmente en menor medida de heroína, siguen preocupando a la población según la última encuesta del Eurobarómetro, las drogas que más morbimortalidad producen siguen siendo el alcohol y el tabaco, aunque sobre todo con el alcohol la percepción del riesgo por la población es menor.

En los Servicios de Urgencia hospitalaria es importante implementar y cuantificar de manera fiable la verdadera magnitud del problema, siendo las drogas más directamente ligadas a la urgencia hospitalaria las que vamos a describir en este apartado.

En primer lugar:

Alcohol; Es con mucho el tóxico más empleado y que más urgencias en menores genera, aunque carecemos de datos fiables que cuantifiquen el problema, por otra parte el ser una droga legal aunque prohibida su venta y distribución a menores, es frecuente encontrar en las fiestas de nuestros pueblos jóvenes bebiendo, a lo que si sumamos el botellón, se convierte en el principal problema para acudir a urgencias.

Es frecuente encontrar un aumento de violencia en las aulas y en la calle, con jóvenes desadaptados y con graves problemas psicológicos, marginados y problemas estructurales de la familia. Hay un desconocimiento importante de la patología que vamos a encontrar en los servicios de urgencias que van desde la borrachera con leve depresión cerebral hasta el estupor y el coma cuando la concentración de alcohol está entre los 3-5 gr/l o la muerte si es superior a 5 gr/l. En la intoxicación aguda encontramos complicaciones como la aspiración de contenido gástrico, las convulsiones, la hipotermia y en jóvenes la hipoglucemia. Debiendo tener en cuenta otros trastornos agudos como son los síntomas digestivos en forma de síndrome de Mallory-Weiss (hemorragia digestiva alta por fisura de la mucosa esofágica) o las gastritis alcohólicas. En otros órganos y sistemas se han descrito la aparición de aumento de la GPT (Transaminasa glutámico pirúvica) y GGT (gammaglutamiltranspeptidasa) a nivel hepático, aparición de arritmias ventriculares y supraventriculares a nivel cardiaco, acción sobre la hormona del crecimiento (GH) y la testosterona, pudiendo aparecer retraso pondoestatural, descenso de la libido en los varones. Por lo tanto muchas veces el abordaje en el servicio de urgencia de los hospitales no deba ser meramente coyuntural y se deba pensar en las posibles complicaciones, con un tratamiento más personalizada y con abordaje psicológico del problema.

Cannabis; Se suele consumir en forma de resina mezclada con tabaco y es mas raro el consumo de marihuana. Es la droga ilegal más consumida en nuestro país y en Europa, generalmente de fácil obtención. En el año 2004, un 24% de los estudiantes que contestaron la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias(ESTUDES), cuyos datos se recogen en el último Informe del Observatorio Español sobre Drogas, atribuían al consumo de cannabis pérdidas de memoria, un 15,8% dificultades para trabajar o estudiar, un 14,3% tristeza, ganas de no hacer nada o depresión, un 10% faltar a clase.

No suele ser frecuente encontrar cuadros de intoxicación aguda en las puertas de urgencia del hospital, aunque son asiduas las consultas por consumo habitual entre los jóvenes ya que los familiares detectan cambios en el carácter, en el comportamiento, pérdida de horas de clase y retraso escolar. Es común que aparezcan en

urgencias jóvenes eufóricos, exaltados, con risa fácil, fuga de ideas, alteraciones del juicio o con crisis de pánico, alucinaciones (Flashbacks por cannabis) o delirio que pueden aparentar un cuadro psicótico o agravar una esquizofrenia. En intoxicaciones graves sobre todo en niños puede aparecer coma con hipotonía e hiporreflexia y depresión respiratoria.

Heroína; Desde la aparición de la Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana ha disminuido notablemente su consumo sobre todo por vía intravenosa y no es una droga que actualmente se prodigue entre nuestros jóvenes, que aunque policonsumidores de tabaco, alcohol, cannabis y derivados anfetamínicos, esta droga raramente se contempla en las urgencias actuales siendo más típica de consumidores por encima de los 40 años. Únicamente en situaciones de intoxicación accidental y ocasionalmente en la utilización de correos "body packers" que transportan la droga en el tubo digestivo, también en niños de padres que toman metadona. Generalmente acuden con depresión del sistema nervioso central con hipotonía y disminución de los reflejos y suele presentar miosis bilateral si no se han ingerido otros tipos de drogas, posteriormente aparece depresión respiratoria e incluso parada respiratoria. Pueden aparecer hipotensión, bradicardia y edema pulmonar no cardiogénico, así como arritmias cardíacas. Son frecuentes las náuseas, vómitos y las aspiraciones pulmonares con la depresión del sensorio.

Cocaína; El uso creciente de esta droga en detrimento de la heroína, en ocasiones adulterada con anfetaminas y cafeína hace que en España la cocaína es hoy la segunda droga ilegal en lo que respecta a problemas socio-sanitarios. El porcentaje de estudiantes entre 14-18 años que había consumido cocaína en el año previo, según la Encuesta Escolar sobre Drogas, pasó del 1,8% en 1996 al 6,8% en el 2004. En la intoxicación por cocaína generalmente con dosis superiores al medio gramo, después de una fase de euforia suele acontecer una fase de depresión, puede aparecer hipertensión, hipertermia, cefalea, que según la dosis consumida puede llegar hasta la confusión el estupor y el coma. Son frecuentes las complicaciones en forma de accidentes cerebrovasculares con crisis convulsivas, infartos de miocardio con arritmias severas, disección aortica, trombosis mesentéricas, tromboembolismo pulmonar. Por lo tanto en urgencias de un hospital ante la presencia de estas patologías en jóvenes siempre se debe despistar el consumo de cocaína.

Psicoestimulantes; El consumo de anfetaminas y deriva dos anfetamínicos está presente actualmente y en expansión sobre todo en forma de metanfetamina y de metilendioxianfetamina. Aunque existe una amplia variabilidad es a partir de los 1 mg cuando se produce la intoxicación apareciendo síntomas simpáticos de tipo enrojecimiento de la cara, hipertermia, sudoración profusa, taquicardia, taquipnea, hipertensión y midriasis, seguidas de crisis convulsivas e incluso la muerte. A nivel neurologico aparece disforia, aumento de energía, disminución de la sensación de cansancio, disminución del apetito, posteriormente alucinaciones delirio, convulsiones y coma. La muerte puede sobrevenir por hemorragias cerebrales, hipertermia, edema cerebral o insuficiencia cardíaca. Dentro de este grupo también estarían las drogas de diseño fundamentalmente anfetaminas alucinógenas como el MDMA (éxtasis),MDA (Píldora del amor) etc.

Por último hay que considerar el grupo de los inhalantes fundamentalmente gasolinas, solventes de grasas, pegamentos, lacas y pinturas. Son productos muy lipofílicos que difunden rápidamente al SNC produciendo inicialmente hiperactividad y euforia y posteriormente depresión del SNC hasta llegar incluso al coma. AL ser inhalantes pueden producir hipoxemia arritmias e hipotensión.

Como vemos es complejo el mundo de las drogas y obligan al médico de urgencias a estar al día no solo entorno a los efectos farmacológicos de las drogas si no también a su implicación psicosocial, debiendo implementar las medidas para que este colectivo de médicos esté bien formado en el tema de drogas y su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA:

1. Barrio G, De la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Med clin* 1993;101:344-355.
2. Fernandez Rodríguez JF, Burillo putze G., Rodríguez Gaspar M, Santana Ramos M, Mora Quintero et al. Unidad de Observación de urgencias en la intoxicación aguda grave. *Emergencias*. 1997;Vol 9; (4):216-221.
3. Monras M, Orftaga lluisa, Mandon Silvia, Gual A. Detección y tratamiento de las drogodependencias en un hospital general. *Adicciones* 2003;vol 15 (4):331-340.
4. Plan Nacional de drogas. Memoria 2004.
5. Cannabis informe de la comisión clinica 2006.

Mediación y peritaje social

MAY FLORES MEDINA

UVAD PATIM

Enviar correspondencia a:
República Argentina. 12006 Castellón. mayflome@hotmail.com

El trabajo en el ámbito de las drogodependencias exige, por parte de los profesionales, y en este caso, de los trabajadores sociales, actualizarse, adaptarse y formarse para poder abordar los problemas que presenta el individuo de una manera global. No podemos obviar el problema de adicción que el individuo presenta, pero no es menos importante tener en cuenta, y trabajar, con los problemas relacionados con su contexto social, con la desestructuración, la exclusión e incluso con sus carencias formativas o de habilidades sociales.

Dos importantes actuaciones que como profesionales podemos abordar son, por un lado la intervención y por otro la valoración.

A la hora de intervenir en el campo de las drogodependencias, en numerosas ocasiones nos encontramos con usuarios en continuo conflicto. Tienen conflictos previos al tratamiento, algunos que le llevan a iniciarlo, y conflictos que van apareciendo a medida que vamos trabajando con ellos.

La mediación es una actuación que busca la resolución de conflictos entre dos partes enfrentadas, buscando llegar a soluciones satisfactorias para ambas partes y relegando la responsabilidad de los acuerdos alcanzados en los propios participantes. Teniendo esto en cuenta, los trabajadores sociales debemos adoptar el rol de mediadores en tanto y cuanto establecemos relaciones de consenso y conciliación entre el individuo con el que trabajamos y las organizaciones, el tejido o redes sociales que han sido afectados por su adicción, o que han podido actuar como inductores para la misma, y, en general cualquier otra fuente que provoque un conflicto que actúe de barrera para su rehabilitación.

Es en este punto en el que el trabajador social tiene la función de ver las características y capacidades de las personas que están inmersas en el conflicto, ayudarle a encontrar las herramientas para poder resolverlo y devolverles el protagonismo, ya que es su vida, y sus relaciones las que están en juego.

Por otro lado, mediante la peritación, el trabajador social utiliza sus conocimientos en el campo de lo social para valorar la situación de la persona de cara a determinar si reúne las condiciones apropiadas que se requieren para la situación que se está valorando. En los últimos años, se ha dado a nivel judicial una gran importancia a los informes periciales, y no se puede obviar dentro de los mismos una valoración acerca de aspectos relacionados con el entorno social en el que se mueven los individuos objeto de dichas valoraciones. Como ya se ha mencionado anteriormente, los individuos que tienen algún trastorno de tipo adictivo, en la mayoría de las ocasiones, tienen otras carencias que les impiden poder acceder de un modo normalizado a cubrir sus necesidades, tanto personales como sociales.

El poder valorar, de un modo especializado la realidad, el entorno en el que se mueve la persona, sus apoyos y sus carencias, nos permite llegar a un diagnóstico social que facilita poder trabajar, desde el conocimiento veraz, las áreas afectadas de la manera más eficaz posible.

Desarrollo de un programa de intervención breve para bebedores abusivos y de riesgo en Ourense

GERARDO FLÓREZ MENÉNDEZ

Centro Asistencial As Burgas (SERGAS)

Enviar correspondencia a:
Progreso 41 9ºE. 32005 Ourense. gerardo@mundo-r.com

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es una práctica muy extendida y aceptada dentro de la Unión Europea, de España y de Galicia. Se estima que durante la pasada década en España se consumían entre 9-10 litros de etanol por habitante y año; oscilando nuestro país entre el tercer y el quinto puesto mundial en lo que a consumo de alcohol se refiere.

A pesar de esa gran aceptación social, relacionada con la larga relación histórica entre nuestra sociedad y el alcohol, el alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura) más importante, tras el consumo de tabaco y la hipertensión arterial.

La combinación de alta morbilidad y alta mortalidad unidas a una baja conciencia de enfermedad, tanto a nivel social como individual, genera una situación en la que un gran número de personas en situación de riesgo no sienten la necesidad de demandar ayuda en lo que a su consumo de alcohol se refiere y por lo tanto no acudirán a los centros de atención sanitaria, generales o específicos, refiriéndose de forma específica al mismo. Sin embargo, la población acude de forma frecuente a su médico de atención primaria para plantearle cuestiones de salud. Estas visitas al centro de salud suponen una gran oportunidad para intervenciones preventivas basadas en el "screening" rutinario de consumos abusivos o de riesgo de alcohol y los problemas derivados de los mismos junto a intervenciones breves basadas en el consejo médico y la derivación a unidades especializadas, de aquellos pacientes que presenten un problema grave de alcoholismo. Se estima que en las poblaciones de pacientes que son atendidos en Atención Primaria hay entre un 4-29% de bebedores de riesgo, de un 0.3% a un 10% de bebedores abusivos y de un 2% a un 9% de pacientes con dependencia al alcohol. Sin embargo, el personal de atención primaria tiene dificultades para aplicar estas intervenciones por distintas causas. Algunos estudios indican que el porcentaje de pacientes que acuden a consultas de Atención Primaria con problemas relacionados con el consumo de alcohol no detectados son de un 21% en varones y de un 41% en mujeres, para ambos sexos la edad de más riesgo se sitúa entre los 36 y 45 años.

MATERIAL

Presentación del desarrollo de un programa de intervención breve para bebedores abusivos y de riesgo en el servicio de atención primaria de Ourense.

MÉTODO

El programa se basa en los principios generales del "advocacy" y en particular en las directrices del siguiente texto: "Libro del Cambio", un manual elaborado por la Red Nacional del Centro de Transferencia de Tecnología en Adicción.

DISCUSIÓN

El desarrollo de un programa de intervención breve para bebedores abusivos y de riesgo en atención primaria es viable y sostenible siempre que se tengan en cuenta los principios del "Advocacy" y la transferencia de tecnología.

Aspectos legislativos: elementos punitivos vs. favorecedores o permisivos

FULGENCIO TEJEDOR, J.C.¹; REIG RUANO, M.²; MONCHO AGUD, J.V.³

(1) Intendente Policía Local Valencia Profesor colaborador Instituto Valenciano de Seguridad Pública, Licenciado en Derecho

(2) Policía Local de Valencia, Diplomado en Criminología

(3) Policía Nacional adscrito a la Unidad de Policía Autonómica.

Enviar correspondencia a:

1ª Unidad de Distrito Policía Local C/ Alta núm. 43 (46003) policiaalvalencia@telefonica.net

El fenómeno conocido como “botellón”, por sus especiales características, presenta una serie de problemas derivados, como son: consumo de alcohol en la vía pública, contaminación acústica, problemas de orden público, consumo de alcohol por parte de menores, molestias por ruido, etc.

La Administración Central sólo cuenta, hasta la fecha, con leyes muy dispersas que no atajan el problema del “botellón” de una forma integral (p.e. Ley 1/92 sobre Seguridad Ciudadana, Ley 37/2003 sobre Ruido, Ley 34/1988 de Publicidad, Real Decreto 2816/1982, Reglamento General de Policía de Espectáculos Actividades Recreativas).

Las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias, cuentan con cierta normativa aplicable a la resolución de este fenómeno. Se trata de leyes que regulan la venta y el consumo de alcohol (y otras drogas) y de normativa que regula cuestiones relacionadas con la contaminación acústica, y otros efectos colaterales del “botellón”.

Es a partir del crecimiento y popularización de este fenómeno que las distintas administraciones tratan de legislar con el espíritu de realizar un abordaje integral de este fenómeno. Así surgen ejemplos como el caso de la Comunidad de Andalucía “*Ley 7/2006 de 24 de octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía*”, o de Extremadura con la *Ley 2/2003 de 13 de marzo de la Convivencia y el Ocio*, o a nivel de la Administración Central el *Anteproyecto de Ley de Medidas Sanitarias para la protección de la Salud y la Prevención del Consumo de Bebidas Alcohólicas por menores*”.

La finalidad del presente trabajo radica en el análisis de la distinta normativa existente, tanto a nivel estatal como autonómico, especialmente a nivel de la Comunitat Valenciana, aplicable al fenómeno del botellón.

Del análisis de los resultados obtenidos hasta el momento, se incide en una falta de unificación de criterios legislativos, una excesiva dispersión de normas, que van desde la prohibicionista hasta la consentida, unos procedimientos sancionadores inacabados y sanciones no ejecutadas, así como la carencia de medidas reeducativas.

Para conseguir una mayor eficacia a la hora de abordar medidas legislativas y normativas que traten de atajar la problemática del “Botellón”, se hace necesaria una mayor coordinación entre las distintas administraciones con competencias en la materia.

Alcohol y enfermedad hepática

ANTONIO GARCÍA GARCÍA

Unidad de Medicina Digestiva. Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Elda.

Enviar correspondencia a:

Carretera Elda - Sax s/n. 03600 Elda. Alicante. endoscopiasdig_eld@gva.es

El alcohol es una sustancia cuya toxicidad hepática es conocida y su consumo está universalmente extendido. Sin embargo, solo una minoría (10-35%) de las personas que consumen grandes cantidades de alcohol de forma habitual, desarrollan Enfermedad hepática alcohólica (EHA) grave (Hepatitis alcohólica y Cirrosis hepática). Por tanto, deben existir otros factores que desempeñen algún papel en el desarrollo de la EHA. El objetivo de esta sesión será presentar la situación actual del conocimiento de estos factores.

En una segunda parte expondremos de forma muy breve los datos clínicos, analíticos y de imagen que permitan identificar a los enfermos de EHA en la fase en la que ésta aun puede ser reversible.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA EHA

CONSUMO DE ALCOHOL.- Existe una evidente correlación entre la prevalencia de EHA y el consumo de alcohol "per capita". No está claramente establecido aunque clásicamente se consideraba que la cantidad mínima de alcohol necesaria para desarrollar EHA era de 80 g/día durante 10 años para los hombres y 60 g para las mujeres, hoy en día estas cifras están en discusión y existen estudios que sugieren que pueden ser menores.

SEXO.- Es bien conocido que las mujeres desarrollan EHA en menos tiempo y con menor cantidad de alcohol que los hombres. Las diferencias parecen atribuibles a cambios en el metabolismo hepático del alcohol y en la producción de citoquinas. Se han propuesto otros mecanismos, pero su papel parece menos importante.

NUTRICIÓN.- Aunque el alcohol produce efectos adversos sobre el metabolismo proteico-energético, varios estudios han demostrado que el grado de desnutrición de los enfermos con cirrosis alcohólica no es diferente del que presentan los pacientes con cirrosis de otras etiologías.

Sin embargo, la obesidad parece favorecer el desarrollo de EHA, mientras que las dietas ricas en ácidos grasos saturados podrían ejercer un efecto protector.

FACTORES GENÉTICOS.- Aunque el papel de la genética no está bien definido, existen múltiples y sugerentes estudios sobre el papel que podrían desempeñar en la EHA diferentes genes implicados en el metabolismo del alcohol a distintos niveles. Los estudios que despiertan mayor interés actualmente son los relacionados con la secreción de citoquinas mediada por la endotoxina.

INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C.- Entre el 10 y el 40% de los pacientes con EHA tienen también infección por el VHC (confirmada mediante determinación de RNA viral). La presencia de infección por VHC contribuye a desarrollar EHA en edades más tempranas, la progresión de las lesiones histológicas (fibrosis) es más rápida y aumenta significativamente el riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EHA

En estadios avanzados, el diagnóstico de la EHA es sencillo, dado lo florido de sus manifestaciones clínico-analíticas. Pero en estas fases ya no es posible revertir las lesiones y solo es posible el tratamiento de las complicaciones de la cirrosis. Interesa, por tanto, detectar precozmente los datos que sugieren que un enfermo alcohólico está desarrollando una EHA.

Dado que en estas fases iniciales la enfermedad es asintomática, debemos basarnos en los datos obtenidos de una exploración física completa, las determinaciones analíticas y pruebas de imagen.

La EXPLORACIÓN puede mostrar la presencia de “arañas vasculares”, hipertrofia parotídea o E. de Dupuytren. En la exploración abdominal es probable que se aprecie hepatomegalia, a veces de gran tamaño.

Los DATOS ANALÍTICOS más comunes son la macrocitosis, alteración de las transaminasas con cociente AST/ALT >1 y elevación de la Gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) con Fosfatasa alcalina normal.

En cuanto a las técnicas de imagen, la ECOGRAFÍA ABDOMINAL es la exploración básica en estos enfermos. El espectro de los hallazgos que pueden obtenerse van desde una exploración normal hasta la presencia de una hepatomegalia con ecogenicidad aumentada (“hígado brillante”) que sugiere una Esteatosis hepática. Cualquier otro hallazgo en estas exploraciones sugeriría ya la presencia de enfermedad hepática avanzada.

Como CONCLUSIÓN, a toda persona con ingesta alcohólica importante debe realizársele una exploración física completa, una analítica que incluya hemograma, bioquímica general, estudio de coagulación y marcadores de los virus de las hepatitis B y C y una ecografía abdominal.

El trabajador social como agente de cambio social

IRENE GAVIDIA MIR

Trabajadora Social de AVACOS. Coordinadora del Piso tutelado ALBA

Enviar correspondencia a:

C/ LOS CENTELLES, 51. 46006 Valencia. tecnocrata@hotmail.com

El concepto del Trabajo Social hace referencia a la disciplina, la actividad profesional “dirigida a atender y paliar las necesidades de aquellas personas o sectores de la población que se encuentran en situación de carencia” (S. Giner. Diccionario de Sociología. 2001). Ser trabajador social conlleva casi consustancialmente ayudar a los demás, las personas que acuden a un profesional del trabajo social a solicitar ayuda se perciben en una situación de falta de bienestar o porque necesitan mejorar su calidad de vida para realizarse plenamente como actores sociales. “En algunas ocasiones sufren presiones, necesidades y limitaciones que afectan a su status social, tomando como marco de referencia el medio habitual; en otras algo les incapacita interiormente para hacer frente a sus problemáticas sociales. Con más frecuencia existe una combinación de ambas circunstancias: en un medio hostil al bienestar del individuo y una falta de capacidad funcional personal para enfrentarlo. En definitiva (...) desean modificar su realidad, mejorando sus condiciones materiales de vida y/o su capacidad natural de respuesta, para conseguir un cambio social eficaz, contando con el asesoramiento y el apoyo profesional necesario” (Conde Megías, Trabajo social experimental. 1998).

Aunque la actividad del trabajador social aparece en el s. XIX, vinculada a organizaciones de caridad, no es hasta que se produce la modernización de las sociedades capitalistas cuando se desarrolla el trabajo social tal cual. Nuestra profesión es fruto de los cambios que se producen en nuestras modernas, complejas, excluyentes y difíciles sociedades de bienestar. Es justo en estos aspectos dónde reside la actuación, la intervención, del trabajador social.

Si profesionalmente el trabajador social se posiciona en un enfoque prestacional, paliativo de situaciones problemáticas, va a contar con una serie de recursos existentes para aliviar o mejorar las situaciones de necesidad. El trabajador social va a intervenir para rebajar el malestar social detectado o denunciado por las personas

que piden la ayuda. "el proceso transcurre desde el exterior al interior (...) este proceso socializa los cambios situacionales y mejora las condiciones del entorno social" (Conde Megías, Trabajo social experimental. 1998) Por otro lado, también se puede realizar una intervención promocional, lo que nos lleva a ayudar a los individuos a para que estos sean capaces de superar sus limitaciones de adaptación social funcional y de afrontar sus dificultades de resolver los problemas que le generan malestar social. Este proceso transcurre "desde el interior al exterior, es decir, desde las personalidades o subjetividades, hacia las condiciones o situaciones observables en la realidad social. Este proceso personaliza los cambios situacionales a la vez que incrementa la operatividad del ser humano para renovar, de forma activa, consciente y deliberada las condiciones de su entorno social" (Conde Megías, Trabajo social experimental. 1998).

Ya sea desde una perspectiva prestacional o bien desde una intervención promocional, el Trabajador social es un agente que genera cambios en la sociedad. Los trabajadores sociales actúan en estrecha relación con otros servicios y recursos para tratar de resolver los problemas de unas personas de gran vulnerabilidad. Estos problemas se caracterizan por su complejidad y en más de una ocasión para poder abordarlos holísticamente es necesario "el desarrollo de una red de relaciones de colaboración entre trabajadores sociales, el individuo, su familia, la comunidad local, otras personas que puedan estar afectadas en el caso y, además, aquellas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales cuyos intereses y recursos sean pertinentes para el caso" (S. Giner. Diccionario de Sociología. 2001).

Durante mucho tiempo, en el campo de las toxicomanías no estaba clara la figura del trabajador social. Pero desde el propio colectivo profesional y desde los afectados se reivindica constantemente esta figura.

El trabajador social es la persona que hace la acogida al servicio, al recurso, es la persona que le va a facilitar el acceso a otros profesionales y va a poder derivarlo a otros centros con un alto grado de competencia, se va a encargar de detectar sus necesidades, sus problemas y sus dificultades. El trabajador social va a plantear una intervención, va a negociar los pasos de la acción, va a motivar el proceso de cambio. El hecho de que el trabajador social sea una persona accesible y cercana va a facilitar que los usuarios de su servicio, los beneficiarios, recurran a ellos en situaciones de crisis y de necesidad. Esta cercanía va a provocar que los usuarios se sientan acompañados en todo su proceso de cambio, pero también va a servir para promocionar la autonomía personal va a facilitar que adquieran las habilidades y capacidades la resolución de conflictos y la mejora de las condiciones de su entorno.

Desde la actividad del trabajo social se promueve el cambio de conductas autodestructivas o socialmente destructivas a favor de otras prosociales, entendiendo estas como "actos o comportamientos, que tienen como objeto ayudar de forma positiva a otras personas con o sin motivación altruista. Es una conducta buena, y que generalmente el grupo social la valora de forma favorable, puesto que sus miembros se pueden beneficiar de ella." (Francisco Lara. *El trabajador social y la ayuda psicosocial*. 2005) en las sociedades capitalistas nadie da algo por nada, la percepción de utilidad o la ausencia de ella es lo que facilita la integración o la marginalidad de determinados colectivos.

Oxcarbacepina en la dependencia a la cocaína y alcohol: experiencia clínica

GIMENO, C.¹; CASTILLO, A.²; LLOPIS, J.³; PASCUAL, P.⁴

(1) Unidad Conductas Adictivas (UCA) Departamento 16

(2) Dep. Toxicomanías CRE. Castellón.

(3) UCA Departamento 2 Castellón.

(4) UCA Departamento 17 Alicante

Enviar correspondencia a:

C/ Henán Cortés, 9. 03570 La Vila Joiosa. Alicante. gimeno_caresc@gva.es

Introducción: En los últimos años se ha observado un aumento del uso clínico de los antiepilépticos en el tratamiento de las adicciones basado en teorías etipatogénicas como el Kindling. Tradicionalmente, estos medicamentos se han usado para evitar las crisis epilépticas asociadas al síndrome de abstinencia de algunas sustancias o bien en trastornos de personalidad y conducta o en patologías comórbidas como los trastornos bipolares.

El objetivo es comprobar si la oxcarbamepina es útil en la disminución del craving y la impulsividad en pacientes abusadores o dependientes de alcohol, alcohol/ cocaína.

Diseño: Estudio clínico observacional prospectivo, multicéntrico.

Pacientes y método: la muestra estaba constituida por 81 pacientes. 48 (59%) con diagnóstico de dependencia de cocaína y abuso de alcohol según criterios de DSM IV-TR. 33 (41%) pacientes con diagnóstico de dependencia de alcohol. Se estudiaron los pacientes que acudían de forma consecutiva a varias Unidades de Conductas Adictivas. Los criterios de inclusión fueron: Mayor de edad. Diagnóstico principal de abuso/dependencia a cocaína o de abuso/dependencia a alcohol. Intención de tratamiento voluntario. Ausencia de psicopatología aguda grave o descompensada. Sin tratamiento con otro antiepiléptico. En el caso de ser mujer, no estar embarazada y no recibir tratamiento con anovulatórios. Sin antecedentes de hipersensibilidad a Carbamepina.

Método: Se realizó un seguimiento clínico de pacientes en tratamiento con Oxcarbamepina durante 12 semanas. La toma de datos se realizó en la semana de previa al inicio del tratamiento y a las 2, 4, 8 y 12 semanas. Se estudió mediante un protocolo clínico compuesto por variables identificativas, analíticas, toxicológicas, valoración del síndrome de abstinencia alcohólica mediante la escala de Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol revisada (CIWA-Ar) así como valoración instrumental del craving hacia el alcohol mediante Escala Analógica Visual (EVA) y hacia la cocaína mediante (EVA) y la escala CCQ de Kampman. La medición de la impulsividad fue mediante la escala de impulsividad de Barratt. El análisis estadístico realizado fue la descripción de la muestra mediante frecuencias absolutas y contraste de hipótesis mediante t de student y ANOVA para medidas repetidas.

Resultados: Se estudiaron 17 mujeres (30%) y 64 hombres (70%). El tiempo medio de consumo de alcohol fue de 125 (DT 118). Tiempo medio de consumo de cocaína de 104 (DT 81). La edad media fue de 34 años. A lo largo del seguimiento se obtuvo una disminución media en el consumo de alcohol siendo al inicio de 10 (DT 5) Unidades de Bebida Estándar (UBE) y al final del seguimiento se obtuvo una media de 0,5 (DT 0,2) $p < 0,05$. Con respecto a la cocaína persistieron en el consumo 6 pacientes (18,2%). También se obtuvo una disminución significativa en la escala de impulsividad de Barratt, con un valor inicial del 85 (DT 15) pasando a 62 (DT 9) al final del seguimiento con una $p < 0,05$. En la Escala Analógica Visual para el craving, la media fue de 5,4 (DT 3) y la del final del seguimiento de 1,8 (DT 2), $p < 0,05$. Completaron el seguimiento 43 pacientes (el 58.4% de la muestra).

Conclusiones: Los pacientes tratados con oxcarbamepina que completaron el seguimiento presentaron una disminución en el consumo, en el craving y en la impulsividad.

El impacto del alcohol en España y Europa

**JOSEP GUARDIA; JULIO BOBES; ELISARDO BECOÑA; JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA;
JOSÉ LUIS FURIÓ; CESAR PEREIRO; ANTONIO TERÁN; AMADOR CALAFAT; PACO PASCUAL; MAITE CORTÉS;
ENRIQUETA OCHOA.**

Junta Directiva de Socidrogalcohol.

Enviar correspondencia a:

C/ Aragón Nº 340, 2º 1º. 08009 Barcelona. jguardia@santpau.es

INTRODUCCIÓN

Los estudios científicos han confirmado que el alcohol no es un producto de consumo ordinario, sino una sustancia química que puede tener efectos tóxicos y adictivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha procedido a la recopilación de evidencias científicas actualizadas, sobre las consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas y se ha seguido el procedimiento del consenso, entre un grupo de expertos, para llegar a unas conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Se denomina consumo de riesgo de alcohol al consumo regular de 40 gr/día para los hombres (25 para las mujeres), ya que aumenta las probabilidades de sufrir hasta 60 enfermedades diversas.

Además, la ingestión de varias consumiciones alcohólicas en pocas horas puede producir un estado de intoxicación aguda, que aumenta el riesgo de accidentes (de tráfico, laborales y domésticos), discusiones, peleas o agresiones.

En la Unión Europea el alcohol es responsable del 12% de muertes prematuras y discapacidad, entre los hombres, y del 2% entre las mujeres; ocupando el tercer lugar después del el tabaco y la hipertensión arterial. Además, es la primera causa de mortalidad entre los jóvenes y puede causar daños a terceras personas, distintas del bebedor.

Las medidas preventivas que han demostrado tener una mayor eficacia para reducir el daño producido por el alcohol son las que controlan la disponibilidad de alcohol, tales como el aumento del precio de las bebidas alcohólicas, la reducción de los lugares y horarios de venta, la disminución de la tasa de alcoholemia para la conducción de vehículos, la mayoría de edad para el consumo de bebidas alcohólicas y la reducción de su publicidad y patrocinio. Sin embargo, los programas de tipo educativo o informativo son poco eficaces.

La detección precoz y las técnicas de intervención breve han demostrado ser eficaces para conseguir una reducción del consumo de riesgo, que afecta a un 15% de la población Europea.

Además, un 5% de los hombres y un 1% de las mujeres presentan dependencia del alcohol o alcoholismo. El tratamiento especializado del alcoholismo es eficaz y muchas personas se han recuperado tanto del alcoholismo como de la comorbilidad médica, psiquiátrica y adictiva, asociadas.

DISCUSIÓN

La población debería recibir información fidedigna de los conocimientos científicos actuales, tanto del impacto del alcohol para la salud y la sociedad, como sobre sus propiedades adictivas.

Las medidas preventivas que han demostrado una mayor eficacia son las que contribuyen a disminuir la disponibilidad del alcohol, tales como el aumento de precio, la reducción de la promoción y patrocinio y de los establecimientos y horarios de venta de bebidas alcoholizadas. Los profesionales de la salud deberían recibir formación sobre la detección del consumo de riesgo de alcohol y las intervenciones eficaces.

Es recomendable no tomar bebidas alcohólicas en determinadas situaciones como la minoría de edad, el embarazo, durante la jornada laboral, cuando se va a conducir un vehículo o cuando se toman medicamentos tranquilizantes o para dormir.

Cuando una persona presenta dependencia del alcohol debería incorporarse a un programa de tratamiento especializado del alcoholismo.

Resultados del programa de deshabituación tabáquica ¿Aún fumas? en el medio laboral

JORGE GUEROLA TADEO*; GERÓNIMO CORTEZA; MERCEDES SANCHÍS ARNAU*****

* Médico UDH de Bétera y responsable de conductas adictivas de Unión de Mútuas.

**Médico y economista. Profesor estadística.

*** Economista.

Enviar correspondencia a:

C/ Santa Genoveva Torres. 46019 Valencia. jorgeguerola@ono.com

Fundamentación: la intervención sanitaria debe hacer frente al tabaquismo desde todos los ámbitos: comunitarios, familiar y laboral. El medio laboral ofrece una serie de razones para su aplicación: vulnerabilidad, sensibilidad de la población laboral al tabaco, así como, una ventaja de oportunidad, debido a la homogeneidad de la población, la globalidad y continuidad de actuaciones crean un sinergismo motivacional positivo.

Objetivos: Se evalúa la intervención realizada por el programa multicomponente ¿Aún fumas?: Programa diseñado para el lugar del trabajo que intenta disminuir el ACHT en la empresa mediante sensibilización, promoción de espacios sin humos y motivación de los fumadores por incorporarse a un programa de deshabituación laboral multicomponente. Este trabajo describe las características del programa, analiza distintas variables epidemiológicas, adictivas y terapéuticas y evalúa sus resultados intentando conocer posibles predictores de deshabituación tabáquica.

Material y métodos:

1. Estudio preintervención y postintervención. En reconocimientos médicos anuales de empresa el programa estudia la prevalencia de fumadores antes y un año después de la intervención de programa ¿Aún fumas? en 10 empresas elegidas aleatoriamente de las 87 empresas en las que se aplicó el programa. El grado de implicación de la empresa y los espacios libres de humos se desestimaron con la entrada en vigor de la ley antitabáquica 2006.

2. Estudio de 231 pacientes elegidos aleatoriamente entre los 1347 pacientes participantes en el programa de deshabituación. Variables estudiadas: edad, sexo, nº de cigarrillos inicialmente fumados/día, edad de comienzo, nº de años de fumador, paquetes x año, Test de Fagerström y Richmond, Cooximetría en cada sesión, comunicación de abstinencia controlada (cooximetría), adherencia terapéutica (asistencia a sesiones y cumplimiento farmacológico), tratamiento aplicado: psicoterapia cognitivo conductual grupal/ individual, TSN y Bupropion.

Resultados. La prevalencia de fumadores en las empresas se redujo un 24'6% con un DE 6'7 mientras que en empresas en las que no se desarrolló el programa solo se redujo en un 9'2% (DE 3'3) en 2005 y un 16,4% (DE 5'2) en 2006. Los aspectos esenciales de la investigación se han centrado en las variables del programa de deshabituación:

Análisis descriptivo de los datos.

Examen de correlaciones divariadas y multivariadas.

Contraste de hipótesis paramétricas.

Análisis de componentes principales dado el gran número de variables.

Análisis discriminante y cluster.

Estudio de redes neuronales sobre las variables analizadas.

Participaron: 167 varones y 65 mujeres. Edad media 40,43 (DE 11,12); edad de inicio 16,52 (DE 3,69) cigarrillos al inicio 21,5 (DE 8,4), TF 5,32 (DE 2,35), T. Richmond 7,04 (DE 1,46) Cooximetría inicial (ppm) 28,24 (DE 9,85). 48'48% de los fumadores terminaron el programa sin faltar a ninguna sesión. Permanecen abstinentes 87,8%, 77,9%, 64,9%, 46,7% y 31,6% en las sucesivas sesiones 7y 21 días, y 2,6 y 12 meses respectivamente. Entre los factores predictores detectados a los 2 y 6 meses de iniciado el tratamiento para mantenerse abstinentes al año destaca como variable estadísticamente significativa el Test de Richmond y la adherencia terapéutica.

Conclusiones y discusión: Importante impacto del programa en el descenso de la prevalencia, sobre todo teniendo en cuenta la cifras iniciales discretas del test de Richmond. Nos planteamos establecer estrategias destinadas a reforzar la adherencia a los talleres y a mejorar su efectividad.

La experiencia del módulo terapéutico del Centro Penitenciario de Zaragoza

JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ BERNAD

Funcionario del Cuerpo Superior Técnico de I.P., Especialidad de Jurista. Subdirector del Centro Penitenciario de Zaragoza. Centro Penitenciario de Zuera (Zaragoza)

Enviar correspondencia a:
CENTRO PENITENCIARIO. 50800 Zuera. Zaragoza. jlhbernad@hotmail.com

El Centro Penitenciario de Zaragoza (Zuera) se puso en marcha el 31 de julio del 2001 y desde el primer momento fue un objetivo de la Dirección y de los trabajadores aprovechar las ventajas que aportaban las nuevas instalaciones, para poner en marcha un módulo terapéutico.

Este módulo, uno de los catorce con que cuenta la prisión, se inauguró por fin en el mes de **agosto del año 2002** con 16 residentes.

Contamos con un espacio separado libre de las interferencias de la droga, donde podemos aprovechar recursos con un sentido terapéutico y donde el trabajo en grupo sea una referencia para romper el individualismo.

Los **objetivos** del programa son:

1º.- Rentabilizar terapéuticamente el ingreso en prisión. Posibilitar a los internos el inicio o la continuidad de un tratamiento.

2º.- Intervenir en los problemas generales y específicos que afectan a los drogodependientes.

3º.- Impulsar la derivación del drogodependiente a dispositivos extrapenitenciarios.

El **equipo de tratamiento** que ha diseñado el programa y realiza la intervención está formado por profesionales penitenciarios de diferentes especialidades (psicólogos, trabajadora social, educador y funcionarios de vigilancia) que cuentan con la colaboración de profesionales de O.N.G.s, (una Psicóloga de Cruz Roja y un terapeuta del Centro Solidaridad Zaragoza-Proyecto Hombre, a tiempo parcial).

Criterios de admisión: voluntariedad y motivación del interno para seguir el programa de tratamiento, así como historial delictivo no violento y ausencia de patologías psicológicas o psiquiátricas que desaconsejen su inclusión. Con anterioridad a su ingreso en el módulo, realizan una etapa de preparación entre uno y dos meses en el módulo-2.

La intervención terapéutica está basada en una acción educativa intensa, en la que se trabajan aspectos personales, sociales, formativos, laborales y de ocio. La progresión del interno en su programa individual está supervisada por un sistema de evaluación y motivación con el que conseguimos que:

- La información del interno sea actualizada para ver su evolución.
- Las evaluación sea continua e individual.
- La motivación sirva para cambiar su comportamiento.
- La planificación sea más ajustada a sus necesidades.

El papel del funcionario de vigilancia, que elige el puesto de trabajo voluntariamente, es la piedra angular del programa. En el módulo terapéutico se ha creado un clima social de convivencia, respeto, responsabilidad y autonomía que ha permitido integrar internos de programas de deshabitación, tratamiento con metadona (18%) e internos dependencia principal al alcohol (2,40%). Actualmente conviven en dicho módulo **46 internos**.

NÚMERO DE USUARIOS Y DERIVACIONES A DISPOSITIVOS COMUNITARIOS.

* En estos años han iniciado el programa 218 residentes

- 120 han continuado tratamiento en dispositivos externos.
- El porcentaje de **retención** en el programa ha variado entre un mínimo de un 77% y un máximo de un 88%.

AÑO	USUARIOS DEL PROGRAMA	DERIVACIONES EXTERIOR	ABANDONOS	PORCENTAJE ABANDONOS
2002(agosto)	33	4	1	3%
2003	55	27	10	12%
2004	48	24	22	23%
2005	28	36	10	13%
2006	54	29	16	19%
TOTAL	218	120	59	

PORCENTAJE DE REINGRESOS AL CENTRO PENITENCIARIO. Internos que son derivados a programas en el exterior y reingresan por fracaso terapéutico y/o nueva causa judicial desde el agosto del 2002 a diciembre del 2006 ha sido de un **13%**.

Genética del alcoholismo y dianas terapéuticas

JANET HOENICKA; GUILLERMO PONCE; MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ-ARRIERO; ROBERTO RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Enviar correspondencia a:

Camino Real 31, Esc 5, 1E. 28229 Villanueva del Pardillo. Madrid. jhoenicka@gmail.com

La vulnerabilidad individual para desarrollar el alcoholismo está asociada a factores genéticos y ambientales. Los estudios epidemiológicos de familias afectadas, de gemelos y de adopción indican que los hijos de padres alcohólicos presentan un marcado riesgo para la expresión de este trastorno adictivo. Sin embargo, el reto actual sigue siendo la identificación de los genes y de las variantes de riesgo o protección que están implicados en la vulnerabilidad para el desarrollo de la conducta adictiva. El alcoholismo presenta un patrón de herencia compleja donde la enfermedad aparece como resultado de la contribución de variantes de múltiples genes generalmente de efecto menor y de su interacción con el medio ambiente. Esta interacción genes/ambiente determina un gradiente continuo de fenotipos clínicos en la población y también, en la respuesta al tratamiento farmacológico. La secuenciación del genoma humano y el desarrollo de técnicas de genotipación masivas están proporcionando las herramientas necesarias para realizar estudios de asociación caso/control de genes candidatos que ayuden a discriminar cuales son las variantes o polimorfismos genéticos relevantes en las condiciones que influyen en la expresión del alcoholismo.

En poblaciones de pacientes, los estudios de asociación alélica han explorado la contribución de variaciones de genes candidatos principalmente implicados en el metabolismo del alcohol y en el sistema de recompensa y aprendizaje. Entre ellos destaca el polimorfismo de un nucleótido TaqIA, implicado en el alcoholismo en diferentes poblaciones. Este polimorfismo está localizado en el nuevo gen ANKK1 que esta localizado adyacente al gen DRD2 que codifica el receptor dopaminérgico D2. En cuanto al análisis molecular de familias, múltiples loci han sido identificados a través de estudios de análisis de ligamiento paramétricos y no paramétricos que evidencian la naturaleza poligénica de la etiología de este trastorno adictivo.

En el futuro cercano, es muy probable que sean identificados nuevos genes cuyas variaciones puedan asociarse al incremento en el riesgo de desarrollar el alcoholismo. Este conocimiento unido a los análisis neurobiológicos de los efectos de dichos genes contribuirá de forma muy importante a la mejor comprensión de los mecanismos subyacentes a la vulnerabilidad a desarrollar una conducta adictiva tras la exposición al alcohol, así como también a la identificación de nuevas dianas farmacológicas y diseño de nuevos fármacos.

Situaciones éticas del alcohol y otras drogas en urgencias de un hospital comarcal. Realidad actual

IBÁÑEZ GALLARDO, DIEGO JOSÉ, CARBONELL TORREGROSA, MARÍA ANGELES; MARTÍNEZ, PABLO

Hospital General de Elda Departamento 18 Agencia Valenciana de Salud

Enviar correspondencia a:
San Crispin 4 BIS 3º A. 03600 Elda. Alicante. ddiegojose@terra.es

INTRODUCCIÓN

La atención médica en la actualidad tiene una gran repercusión en el mundo del derecho. La atención a pacientes que sufren accidentes de tráfico, laborales, agresiones, asistencia a detenidos, suele tener implicaciones en el ámbito de los tribunales. Últimamente, parece que dentro del ámbito de la atención sanitaria, especialmente en los servicios de urgencias ha aumentado la atención a pacientes por ingestión de alcohol y drogas.

La falta de costumbre en los profesionales sanitarios en valorar las repercusiones ético-legales de sus actos hace aconsejable reiterar unas pautas de actuación de forma general frente a los casos de pacientes que sufren intoxicaciones por alcohol y drogas.

OBJETIVO GENERAL

- 1.- Conocimiento de la situación actual de las urgencias hospitalarias por toma de alcohol y drogas.
- 2.- Planteamiento, estudio y abordaje de los problemas éticos que se plantean en la atención sanitaria a los pacientes y familiares de ingestión alcohol y drogas.

MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio epidemiológico transversal descriptivo. Se seleccionaron todos los pacientes con consumo de alcohol y otras drogas que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de Elda durante los años 2004,2005 y 2006. Los datos han sido extraídos de la base de datos exclusiva hospitalaria HIGIA.

Sobre una muestra total de 709 sujetos se obtuvieron datos relativos a Edad, Sexo, Diagnostico principal, Población del paciente, Día y hora de la semana de la urgencia, Pacientes con multifrecuencia por la misma patología de alcohol y drogas.. Se estimaron medias, desviación estándar y sucesivos análisis bivariantes mediante SPSS 10.0

Además realizamos una encuesta para conocer los problemas éticos generados por la atención a pacientes de urgencias de alcohol y drogas, entre los profesionales sanitarios de área de urgencias.

RESULTADOS

- A. El número total de pacientes atendidos en urgencias hospitalarias ha sido de 709 pacientes y representa un 3,81% de las urgencias atendidas anualmente..
- B. El sexo un porcentaje de un 76,5% sexo masculino y 23,5% femenino.
- C. Edad: Los datos más significativos se encuentran en el grupo de edad de 15 a 24 años con un 65% del total.
- D. Población Con una tasa de 5.15% Villena, 4,26% Cañada, 3,61% Elda 3,34% Monovar y 3.08%Petrer.
- E. Día y hora de la semana de mayor frecuencia de atención de urgencias relacionadas con alcohol y drogas. 53,3% de las urgencias se efectúa desde el viernes noche al domingo noche. Y desde la una de la madrugada a las 7.00 horas,

F. Pacientes Reincidentes; 139 pacientes son han sido reincidentes por urgencias de alcohol y drogas supone un porcentaje de 19,6%.

CONCLUSIONES

1. De los resultados los más significativos son que el 3,81% de pacientes atendidos en el Servicio de urgencias es por ingestión de alcohol y drogas; el 19,6% de pacientes que acuden a urgencias con esta patología son reincidentes.
2. Creación, implantación y difusión de un Protocolo de actuación ante pacientes de alcohol y drogas en el Servicio de Urgencias.
3. Las urgencias por alcohol y drogas generan en el personal sanitario sensación de estrés y angustia.

Utilidad de los anticonvulsivantes en el tratamiento del alcoholismo

MIGUEL ANGEL JIMÉNEZ-ARRIERO, ROBERTO RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, ALEXANDRA BAGNEY, GUILLERMO PONCE.

Enviar correspondencia a:
Paseo de la Florida, 24-3º. 28008 Madrid. jimenezarriero@gmail.com.

Los anticonvulsivantes en pacientes adictos tiene diferentes objetivos terapéuticos: tratamiento de comorbilidad psiquiátrica; tratamiento de abstinencia; y tratamiento de dependencia y de fenómenos asociados (recaídas, reducción del consumo, etc). No disponen aún de suficiente evidencia científica pero su uso es amplio en pacientes adictos. La falta de capacidad adictiva de los fármacos anticonvulsivantes es una de las características que hacen interesante el estudio de la posible indicación terapéutica de estos fármacos entre los pacientes con problemas de adicción. Por otra parte, dada la importancia que el sistema glutamatérgico tiene como proceso subyacente a la adicción, y el hecho de que los anticonvulsivantes actúen directamente sobre dicho sistema permite desarrollar un enfoque alternativo en la farmacoterapia de la adicción.

Revisión del mecanismo de acción de los anticonvulsivantes:

Destaca su capacidad para estabilizar la forma inactiva del canal del Na⁺, así como para inhibir la neurotransmisión glutamatérgica e inhibir el aumento de Ca²⁺ libre intracelular inducido por NMDA y por glicina. Facilitan la supresión de las despolarizaciones transitorias inducidas por NMDA, una mayor eliminación del glutamato de las regiones sinápticas y reducción de la expresión de la subunidad GluR1 de receptores AMPA. También se modifica la síntesis del glutamato y se disminuye su liberación.

Manejo de los Anticonvulsivantes en el Alcoholismo.

Abstinencia.

Las benzodiazepinas se mantienen como principal alternativa para el tratamiento del alcohol, aunque presentan dos importantes inconvenientes: interacción con el alcohol y desarrollo de dependencia. De los pocos datos disponibles, el mayor volumen se refiere a carbamacepina y al ácido valproico.

Los anticonvulsivantes podrían tener (1) un efecto anti-kindling que impidiera una progresiva escalada de gravedad. (2) menos potenciación de los efectos cognitivos del consumo de alcohol. (3) Oxcarbacepina, sola o combinada a tiapride, podrían ser una alternativa de primera elección cuando desee evitarse el uso de benzo-

diacepinas. (5) Carbamazepina y Valproato tienen mayores limitaciones de uso por presentar posibles y graves reacciones hepáticas y hematológicas. (6) Gabapentina presenta un perfil de uso más favorable que otros anticomociales por su efecto gabaérgico y mayor tolerabilidad. (7) Topiramato presenta un perfil de uso más favorable que otros anticomociales pero aún no dispone de suficiente evidencia de eficacia en el tratamiento de la abstinencia alcohólica. (8) No disponemos aún de evidencias que apoyen el uso de Vigabatrina o de Lamotrigina en esta fase.

Deshabitación:

Hallazgos obtenidos de estudios observacionales sugieren la utilidad de algunos anticonvulsivantes. Su efecto podría deberse a su acción sobre factores asociados de riesgo (ansiedad, impulsividad, etc), además de por un posible efecto directo anticraving. Algunos datos, principalmente referidos al valproato, carbamazepina, topiramato y gabapentina, señalan un posible efecto positivo en prevención de recaídas, con un retraso importante del momento en que se produce el primer episodio de alcoholismo abusivo, reducción de las ganas de ingerir alcohol y de la cantidad de consumo ingerido.

La utilización de los chicles de nicotina en la reducción del consumo de tabaco como paso previo a la cesación

CARLOS A. JIMÉNEZ-RUIZ

Unidad Especializada en Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

Enviar correspondencia a:

C/ Conde de Peñalver, 96. 28006 Madrid. carlos.jimenez@salud.madrid.org

Recientes estudios poblacionales llevados a cabo en nuestro país señalan que aproximadamente el 28% de la población general española es fumadora. Un 60% de ellos fuman su primer cigarrillo del día en la primera media hora después de levantarse y hasta un 40% considera que ese cigarrillo es el que más necesitan. Estos datos hablan a favor de que un buen número de fumadores españoles tienen un alto grado de dependencia física por la nicotina. Otro interesante dato que aparece en estos estudios es que el 50% de los fumadores españoles están en fase de precontemplación y más de un tercio de los fumadores disonantes no tiene fecha para dejar de fumar. Es más, el 80% de los fumadores españoles no hace un serio intento por dejar de fumar en el plazo de un año. Cuando se analizan las actitudes de los fumadores que quieren dejar de serlo se encuentran datos llamativos: el 85% de ellos cuando intentan seriamente dejar de fumar no utilizan ningún tipo de tratamiento, sólo la fuerza de voluntad, además el 29% de los fumadores que acuden a un profesional para dejar de fumar utiliza métodos no validados científicamente.

A la vista de estos datos se pueden obtener algunas conclusiones:

1. Un buen número de fumadores españoles no se plantea seriamente el abandono del consumo del tabaco.
2. Aquellos fumadores que se plantean el abandono no lo intentan con demasiada frecuencia y cuando lo hacen utilizan, en la mayoría de los casos métodos no válidos científicamente.

3. Hasta el 35% de los españoles fumadores piensan que dejar de fumar es muy difícil y ello les lleva a no hacer un serio intento de abandono definitivo.

Estas conclusiones nos pueden hacer pensar que el abordaje del tabaquismo que realizamos los profesionales sanitarios animando de forma indiscriminada a los fumadores a que dejen de fumar, a lo peor, no es la mejor forma de intervenir en ese grupo de fumadores recalcitrantes que no quiere o no puede dejar de fumar. No obstante, no debemos olvidar que el fin último de nuestra intervención sobre el fumador debe ser que este abandone definitivamente el consumo del tabaco.

En los últimos años se han realizado algunos estudios sobre fumadores recalcitrantes que no querían o no podían dejar de fumar. (1-3) El objetivo de estos estudios ha sido valorar la eficacia de la terapia sustitutiva con nicotina como forma de ayuda a que los fumadores recalcitrantes disminuyan significativamente el consumo de tabaco y mantengan esa reducción durante un tiempo adecuado. Las conclusiones de estos estudios indican que:

1. La utilización de terapia sustitutiva con nicotina (TSN) es más eficaz que el placebo para ayudar a los fumadores a reducir el consumo de cigarrillos.
2. La utilización concomitante de TSN y de consumo de tabaco no causa efectos adversos significativos. Además la utilización de TSN a largo plazo no se acompaña de efectos adversos importantes.
3. Aquellos fumadores que reducen significativamente el consumo de tabaco tienen más posibilidades de dejar de fumar que aquellos que no lo hacen.
4. Los fumadores que reducen significativamente el consumo de tabaco no cambian su actitud en cuanto al consumo. Muchos de ellos se muestran más dispuestos a hacer un nuevo serio intento de abandono.
5. La obtención de una reducción significativa en el consumo de tabaco no se acompaña de una reducción igualmente significativa en el daño orgánico asociado al consumo.

Verdaderamente, aunque es grande el número de estudios que se están realizando en este campo, todavía no disponemos de datos tan fiables como para poder hacer recomendaciones basadas en la evidencia científica. No obstante, existen algunos casos en los que de forma individualizada se podría recomendar el inicio de un programa de reducción. Se trataría de aquellos casos de fumadores que no quieren dejar de fumar pero en los que la propuesta de reducción podría estimularles a cambiar de actitud. También en los casos de aquellos que quieren dejar de fumar pero que lo han intentado varias veces y han fracasado y ahora se muestran indecisos ante la posibilidad de hacer un nuevo serio intento de abandono. En estos dos grupos de fumadores, y siempre considerando el caso de forma individualizada, se podría proponer un programa de reducción, sin olvidar nunca que el objetivo final de nuestra intervención sobre el paciente es que abandone definitivamente el consumo de tabaco.

REFERENCIAS

- 1.- Nicotine concentrations with concurrent use of cigarettes and nicotine replacement: A review. Karl O. Fagerström. Hughes. Nicotine and tobacco research. 2002.
- 2.- Reduced smoking: an introduction and review of the evidence. Hughes. Addiction 2000.

Natural Recovery from Problem Substance Use. Basic concepts and Societal Factors

HARALD KLINGEMANN

Südhang Clinic for Addiction Research. Kirchlindach, Switzerland

Enviar correspondència a:

Route du village 17. CH-1134 Vufflens-le-Château. Harald.Klingemann@bfh.ch

INTRODUCTION

Most people who manage to quit addictive behaviours do so on their own. Research on recovery from problem substance use without professional help has been dominated by an individualistic perspective of clinical psychology. However, societal context factors such as availability but also the climate of opinion can make it harder or easier for individuals to change their behaviour successfully. The presentation outlines the basic concepts and issues of self-change research and provides results from the first Swiss population survey on the perception of self-change processes.

METHOD, MATERIAL

The study is based on a representative telephone survey (n= 707) conducted in the Switzerland in October 2004. Using categories developed from the qualitative international SINR (Societal Images of Natural Recovery) it firstly describes how optimistic or pessimistic the Swiss population is that individuals can change from various types of addictive behaviours on their own and what barriers to change are assumed. Secondly, besides socio demographic characteristics of the respondents, the following predictors of the perceived change potential of addicts are considered: Self-reported consumption status; stigma, social distance and causal attributions; personal or professional experience with addiction problems; perceived locus of control and political interest/belief systems as well as trust in professionalism in general. Thirdly, change optimism is analysed as an independent variable, possibly influencing the willingness to provide support to addicts. The study provides insight into 'the everyday politics of addiction' and allows for a comparison with official drug and addiction policies. Conclusions can be drawn which enable us to match prevention campaign messages better with images on addiction prevailing in the general population. Finally the data shed light on the drug specific societal response, which individuals will encounter when they are trying to quit. The study is a starting point for a better understanding of the parameters which make up a 'self-change friendly society'.

RESULTS

More specifically the results of the empirical analysis can be highlighted as follows:

- Change optimism proves is strongly culture-bound and across all types of addictive behaviours significantly higher in the francophone minority part of the country pursuing harsher drug policies than in the German speaking part with a higher acceptance of harm reduction policies. In both cases a gap between the public trust in the ability to make informed choices and the official policy makers discourse can be diagnosed.
- While social distance correlates negatively with self-reported helping behaviour, general change optimism does is nether a covariate of social distance nor self-reported support. However specific self-change optimism from smoking (cannabis and tobacco) increases decreases significantly with social distance.
- Political views have most impact on the self-change climate when they relate to current debates and high levels of sensitization.
- Personal experience with addiction problems facilitates specific change optimism, a result which can be interpreted by the 'false hope' assumption and the general finding that risks involuntarily taken tend to be underestimated.

- A multivariate regression analysis with the three self-change relevant parameters as dependent variables shows that 'Age' and 'Language/culture' region are both for social distance and general change optimism important predictors. Personal experience plays a specific role only in terms of the promotion of helping behaviour and does not seem to influence attitudinal concepts and change optimism. Social distance finally is also determined by the notions of blame and dangerousness.

Social time and clock time in addiction treatment

HARALD KLINGEMANN

Südhang Clinic for Addiction Treatment. Kirchlindach, Switzerland

Enviar correspondència a:
Route du village 17. CH-1134 Vufflens-le-Château. Harald.Klingemann@bfh.ch

INTRODUCTION

Addiction treatment programs in Switzerland are currently under increasing pressure to prove their efficiency, quality and cost-consciousness: 'Time is money'. Especially the survival of long-term treatment organizations is at stake. Keeping these general developments in mind, the theoretical concepts of 'unchangeable, taken-for-granted, constant clock time' and 'socially constructed and changing social time' gain new importance. The plurality of time is clearly under researched, even though both time concepts can be considered as important dependent or independent variables in the analysis of organizational processes.

MATERIAL AND METHOD

From November 2001 to February 2002, a mail survey has been conducted among the directors (leading team members) of n=9 alcohol and n=48 drug clinics in the German-speaking part of Switzerland (response rate 92%). The objective of the study is an explorative assessment of the multiple times and temporal styles of these 'people changing institutions'. This leads to a typology of 'organizational time climates' which are possibly relevant for treatment outcome.

RESULTS

- The descriptive analysis of temporal variables in the treatment institutions shows the 'plurality of times' and the co-existence of clock time and social time elements of varying importance in the organizations. Considerable variance can be observed in the dynamics (pace) of time; and events as well as activities represent for most organizations important time markers. Almost all program directors share the view that patients need to be taught new ways of how to handle time. The duration of time in treatment is socially constructed and negotiated. In addition to strong elements of social time, the cultural value of time discipline (punctuality) is the most prominent clock time indicator in most Swiss treatment facilities.

- Four clusters of temporal orientations emerge: 'Clock time keepers' (emphasizing time control and future pessimism) represent 32 percent of the sample, 'nostalgic time riders' (focus on the 'good old days' but individualized planning) have a share of 28 percent, the same as 'optimist speeders' (fast pacing, future control) while the 'Relaxed future optimists' (also future oriented but not sharing a linear time dynamic) are a minority of 12 percent. Even though data are available only for some institutions, the analysis of time tables of organizational routines provides support to these interpretations: 'clock time keepers' for instance have the lowest share of 'private time' (compared to 'public' organized time).

Farmacogenética y tratamiento farmacológico del alcohol

HENRY R. KRANZLER, M.D.

Alcohol Research Center, Department of Psychiatry, University of Connecticut Health Center, Farmington, CT 06030, USA

Enviar correspondencia a:
Dept. of Psychiatry, CT Farmington. kranzler@psychiatry.uhc.edu

Alcohol, a widely consumed psychoactive substance, is neither specific nor potent pharmacologically. Nonetheless, a growing body of evidence shows that variation at specific genetic loci moderates both the subjective effects of alcohol and the patterns of alcohol consumption observed in populations.

Research in this area has important implications for understanding the wide variation among individuals with respect to drinking behavior and alcohol dependence risk. In this lecture, Dr. Kranzler will discuss genetic moderators of the response to alcohol (based on human laboratory studies), as well as the effects of genotype and genotype by environment interactions on drinking behavior. Further, as pharmacotherapy has come to play a greater role in the management of alcohol use disorders, there is growing interest in the identification of potential genetic moderators of medication response in alcohol treatment. Consequently, Dr. Kranzler will discuss approaches that are being used to identify genetic moderators of the response to pharmacotherapy among individuals with alcohol use disorders. During this portion of the presentation, Dr. Kranzler will discuss specific potential gene-medication interactions that are relevant to the current treatment of alcohol dependence.

El trabajo social como conexión social

CARMEN LÓPEZ TARAZONA

Trabajadora Social, Asociación AVANT (Valencia)

Enviar correspondencia a:
C/ Florista, 83 bajo. 46015 Valencia. cltarazona@hotmail.com

Ante el problema del consumo de sustancias psicoactivas no nos encontramos únicamente ante el consumo de drogas sino ante diferentes dificultades (sanitaria, psicológica, social, familiar y jurídica) que requieren una intervención multidisciplinar (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados,...).

No podemos considerar como un éxito, en el abordaje de esta realidad, el que un drogodependiente únicamente abandone el consumo de drogas. Es necesario que la persona indague en las circunstancias que le llevaron al consumo y adquiera estrategias que le ayuden al mantenimiento de la abstinencia y la normalización de su vida.

En el día a día del trabajo con drogodependientes desde diferentes recursos específicos como en un Centro de Día, observamos que el usuario presenta, a parte de su problema de adicción, problemas de salud, carencias afectivas, falta de habilidades sociales, carencia de una red social no consumidora, ausencia de vivienda estable, dificultad de inserción laboral, problemas familiares y/o algún tipo de problemática legal. Todas estas circunstancias hacen que el usuario de drogas no encuentre la motivación y las herramientas necesarias para hacer frente a esta situación sin un apoyo profesional.

¿Cuáles son los objetivos del Trabajo Social en el abordaje de las drogodependencias?:

- Realizar una valoración y diagnóstico social del usuario.
- Dar una visión global e integradora del usuario en la red normalizada que garantice el abordaje de cada problemática desde los diferentes recursos asistenciales, específicos en drogodependencias o no, adecuados a cada usuario y a su realidad.
- Establecer un puente de conexión entre el usuario y los recursos sociales.
- Dar información veraz, real y adecuada de los recursos existentes, ya que el usuario suele tener una idea distorsionada de los mismos.
- Asesorar al equipo multidisciplinar en las herramientas sociales disponibles dentro de la red asistencial.
- Ayudar a los usuarios a resolver sus problemas a nivel individual, familiar y social.
- Realizar intervenciones familiares de asesoramiento y apoyo al tratamiento.
- Realizar intervenciones grupales desde la perspectiva de los grupos de autoayuda.
- Dar a conocer a las instituciones públicas las carencias con las que nos encontramos en el desarrollo de nuestro trabajo.

El trabajador social es la conexión social entre las personas adictas y una vida normalizada, entre los diferentes miembros del equipo profesional y los recursos e instituciones que faciliten el plan de tratamiento establecido para cada usuario, entre las instituciones y las necesidades y carencias sociales con las que nos encontramos en el abordaje diario de la problemática del consumo de drogas.

Problemas periciales de las drogas de abuso en medicina laboral

AURELIO LUNA MALDONADO

Cátedra de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina Universidad de Murcia.

Enviar correspondencia a:
Avda. Teniente Flomesta. 30003 Murcia. aurluna@um.es

El medio laboral presenta una serie de condiciones que definen un escenario diferente del medio asistencial clínico debido a la existencia de:

- a) Un marco de regulación legal específico (Ley de Prevención de Riesgos Laborales, etc.).
- b) Unas actividades concretas reguladas contractualmente.
- c) La existencia de acuerdos vinculantes por parte de los trabajadores y la empresa (convenios laborales, acuerdos del comité de empresa, etc.).
- d) La existencia de riesgos objetivos específicos derivados de la actividad laboral.
- e) La coexistencia de riesgos individuales y colectivos.
- f) Un sistema de protección social desarrollado a través de cotizaciones.

Los objetivos esenciales en la salud laboral son dos, en primer lugar la protección individual y la promoción de la salud en tanto que se es trabajador, con relación a los riesgos procedentes de la actividad laboral con ocasión o como consecuencia del trabajo realizado y en segundo lugar la protección del grupo o colectivo de trabajadores que constituyen la empresa.

Los principales problemas Ético-Legales en Salud Laboral en el consumo de sustancias tóxicas van a tener relación con:

- a) El consentimiento para las actuaciones médicas tanto, terapéuticas asistenciales, preventivas, periciales, como de vigilancia periódica.
- b) La confidencialidad en el manejo de la información.

Las situaciones que pueden requerir un informe pericial médico en Medicina Laboral pueden ser muy diferentes:

- Estudios médicos previos a la admisión en un puesto de trabajo.
- Selección y orientación profesional
- Situaciones de incapacidad laboral transitoria.
- Diagnostico en los exámenes periódicos de salud.
- Establecimiento de la incapacidad laboral en sus distintos grados.
- Diagnóstico específico en los controles a los trabajadores.
- Reasignación de un puesto de trabajo.
- Determinación de Contingencia (accidente de trabajo, etc.).

Como se puede observar las consecuencias derivadas de un informe médico desbordan las meramente asistenciales y sitúan al profesional en un escenario de decisión que algunas veces es francamente incomodo,

en la medida que los resultados de nuestro informe puedan ser la causa de un despido o de la pérdida de la condición de accidente de trabajo con las mermas en las prestaciones que esto supone.

Las diferentes situaciones en que se requiere la actuación del profesional médico definen diferentes problemas, no es lo mismo el diagnóstico del consumo de sustancias durante el trabajo que el diagnóstico del consumo de sustancias en la selección previa a la contratación (informes de aptitud laboral).

Los objetivos del informe médico pueden muy distintos y exigen una metodología adecuada a los mismos y la existencia de unos requisitos legales que garanticen el respeto de los derechos fundamentales de los trabajadores afectados, tanto individualmente como colectivamente. Como ejemplo de diferentes objetivos que podemos tener los siguientes:

- Confirmar o excluir el consumo de una sustancia.
- Establecer o excluir un consumo reciente.
- Cuantificar la cantidad consumida.
- Conocer la antigüedad del consumo.
- Conocer el papel desempeñado por el consumo del tóxico en unos hechos concretos (accidentes, etc.).
- Etc.

Los problemas en la obtención de la muestra biológica para un análisis toxicológico también deben ser tenidos en cuenta en la medida que no deben conculcar los derechos del trabajador y tienen que ver con:

- La colaboración del sujeto (consentimiento para la prueba).
- Evitar las posibles interferencias voluntarias (manipulación de las muestras).
- Evitar los errores de muestreo.
- Evitar la posibilidad de contaminación externa.
- Mantener la cadena de custodia y la autenticación de la muestra.
- Mantener la posibilidad de un análisis contradictorio.
- Etc.

Como podemos observar las implicaciones éticas y legales del diagnóstico de los cuadros de consumo abusivo y dependencia en los trabajadores exigen que el profesional sanitario tenga presente las peculiaridades del medio laboral y sepa apreciar las diferencias que presentan para un mismo problema de consumo el que el informe lo solicite el trabajador, el empresario, la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el servicio de prevención, etc. De otra parte puede plantearse un conflicto de intereses en el acceso al historial clínico por parte de terceros en determinadas situaciones y en otros casos cuando al médico que trata al paciente se le requiere para que informe sobre mismo.

Tratamiento de las drogodependencias desde el marco conceptual de la terapia Gestalt

AZUCENA MARTÍ PALACIOS

Psicóloga. Psicoterapeuta Gestalt. UCA. Área2. Vall Dúixó (Castellón)

Enviar correspondencia a:
PLAZA DEL CENTRO 4. 12600 La Vall D'Uixó. Castellón. amarti@ayto-lavall.org

INTRODUCCIÓN: NATURALEZA BASICA DEL HOMBRE DESDE LA T.G.

En la cuarta conferencia anual de la Academia Norteamericana de Psicoterapeutas en 1959, se formulan nueve preguntas a cinco destacados profesionales de la psicoterapia cada uno representa a cinco enfoques distintos de psicoterapia. Una de ellos era Laura Perls, cofundadora de la Terapia Gestalt.

A una de las preguntas: ¿Qué opina su Escuela con respecto a la naturaleza básica del hombre y de que manera afecta al proceso terapéutico?

Laura Perls, respondió: "Estoy profundamente convencida de que el problema fundamental, no solo de la terapia sino de la vida misma, consiste en volver aceptable la vida a un ser cuya característica fundamental reside en tener conciencia de si mismo como un individuo único, por un lado, y tener conciencia de su mortalidad por el otro. Lo primero le da una sensación de importancia avasalladora, lo segundo miedo y frustración. El ser humano oscila entre estos dos extremos: "el ser y la nada" la persona se encuentra suspendida en esta polaridad, y vive en un estado de tensión y angustia inevitables de los que aparentemente no puede escapar".

Si a esto le añadimos que la persona dependiente no tiene conciencia de "ser" de "unicidad", que permanece en una continua confluencia con el otro. Las drogas posibilitan permanecer en una parálisis que posee una especie de gesto mágico: intentar impedir o ignorar el desastre: la ruptura de la confluencia con el otro y el encuentro con los sentimientos de impotencia e incapacidad, de angustia y ansiedad. El drogodependiente no existe por cuenta propia, su dependencia es el conformismo y el rencor al que le lleva dicho conformismo.

En la terapia gestalt intentamos adaptar a la persona a su propio potencial creativo, a romper con el conformismo y con el rencor. Solo la experiencia de saberse diferente, separado de los demás, junto con la capacidad de toma de contacto con las necesidades propias y con las cosas que son diferentes de los otros. Puede proporcionar la verdadera independencia.

FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA GESTALT.

La terapia gestalt se centra en el presente, en el aquí y ahora, y tiene como meta el crecimiento personal que se obtiene incrementando la conciencia, aceptando la responsabilidad de lo que uno es y de lo que hace, permitiéndose tomar sus propias decisiones, así mismo se enfatiza en el respeto mutuo y la tolerancia a las diferencias individuales.

El crecimiento personal es un proceso de aceptación y confianza en uno mismo, teniendo como meta la capacidad de autocontrol y el decidir la propia conducta atendiendo las necesidades de las que el cliente toma conciencia al permanecer en continuo contacto con el mismo y de esta forma se hace responsable de los resultados y consecuencias de las mismas, o lo que es lo mismo de su vida.

La centración en el presente inmediato que sirve de base a la terapia gestalt hace que esta tenga aplicaciones eficaces cuando se trata de resolver situaciones en personas que presentan dificultades como son las adicciones. Con la terapia gestalt, podemos abordar el que puedan tomar conciencia de la función o utilidad de la dependencia en sus vidas, y, proporcionándoles autoapoyo, poder dejar de depender del soporte externo como son las drogas y las dependencias afectivas en las que se ha sustentado hasta ese momento sus vidas.

Todo ello se logra a través del proceso terapéutico:

– EL PROCESO TERAPÉUTICO.

El terapeuta gestáltico, crea un espacio, un laboratorio, un campo de pruebas para que el cliente se exprese activamente a sí mismo.

La responsabilidad del terapeuta es establecer un mapa cognitivo que incluya las experiencias que tiene el cliente de sí mismo y fijar luego los pasos concretos que haga posible la solución para el cliente: como un buen guía, el terapeuta debe conocer las características del terreno, de modo que el sendero elegido conduzca a la persona “donde quiera llegar”, “en el momento” en el que esta preparada para hacerlo.

Virginia Satir llamaba a este proceso terapéutico “hacer gente”.

– OBJETIVO DE LA TERAPIA.

El objetivo de la terapia es simple: toda persona debe tomar plena conciencia de sus necesidades y de obrar de acuerdo a ellas. Debe ser capaz por medio del conocimiento de todas sus aptitudes y recursos, de insertarse en el medio para lograr de este lo que ella necesita.

Aprendiendo a conocer y satisfacer las necesidades, el individuo tiene conciencia de lo que sucede en su interior y hace algo respecto a ello.

Es decir: “tomando conciencia de mí, me hago responsable de las acciones que cometo para obtener lo que puede satisfacerme”. Todo ello para llegar a darnos la autoridad de ser lo que somos, ya que entendemos por enfermedad:

– CONCEPTO DE ENFERMEDAD.

Se entiende la neurosis y por extensión la enfermedad psicósomática. Como la estrategia de evitación del dolor psíquico. Transformándolo paradójicamente en dolor crónico, ya que se vive en una continua ansiedad fóbica a evitar sufrir o a evitar situaciones que nos resulten desagradables. Evitando sistemáticamente establecer un contacto íntimo con una gama de experiencias y, no logrando así la persona llegar a conocer muchas partes de su experiencia ni de sus recursos personales.

El camino hacia la salud pasa entonces por volver a poseer todas las partes alienadas de la personalidad. De esta forma llegar a vivir más allá de los automatismos y los condicionamientos con los que se ha vivido hasta ese momento.

Centro de atención y seguimiento para las drogodependencias. CAS Brians. PROYECTO PILOTO. Centro Penitenciario Brians

MERCEDES MARTÍN AIXELÁ

Coordinadora Cas Brians. Centro Penitenciario Brians I

Secretaria de Servicios Penitenciarios Rehabilitación y Justicia Juvenil. Departamento de Justicia. Generalitat de Cataluña
Subdirección General de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña

Enviar correspondencia a:

CALLE MACIA MALLOL I. 43005 Tarragona. Cataluña. mmartina@gencat.net

1. INTRODUCCIÓN

Este proyecto se inicia en octubre de 2005 y surge de un convenio de colaboración entre el Departamento de Salud y el Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña.

El objetivo o misión era establecer un nuevo modelo de intervención para el tratamiento de las drogodependencias en los centros penitenciarios de Cataluña.

La característica principal que persigue este modelo es que debe integrar, desde una perspectiva multidisciplinar el abordaje de las toxicomanías en los centros penitenciarios, por otro lado también pretende conseguir que la oferta de tratamiento sea lo más semejante posible a la comunidad exterior, sin obviar un elemento principal que condiciona la intervención, y es que las personas a las que va dirigido el servicio están sometidas a una medida privativa de libertad.

El CAS BRIANS forma parte de la Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña. Se ubica en el interior del centro penitenciario, y forma parte de los programas dirigidos al abordaje de las drogodependencias que realiza la Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad (Secretaria de Servicios Penitenciarios Rehabilitación y Justicia Juvenil, Departamento de Justicia, Generalitat de Cataluña).

2. OBJETIVOS

Los objetivos específicos del CAS BRIANS tienen que entenderse en el contexto de un servicio sociosanitario de tipo ambulatorio, dirigido al tratamiento específico de la drogodependencia y por tanto no cabe otro tipo de intervención.

Los objetivos son:

- Valorar y diagnosticar internos susceptibles de tratamiento para la drogodependencia.
- Planificar y coordinar acciones dirigidas a disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo de drogas, incluido el alcohol.
- Determinar y coordinar las diferentes estrategias y/o niveles de intervención en materia de tratamiento para las drogodependencias en el centro penitenciario.
- Crear y facilitar canales de derivación del centro penitenciario al exterior.
- Optimizar esfuerzos y recursos en relación al tratamiento de la drogodependencia en el centro penitenciario.

–Coordinación de las estrategias de prevención y reducción de riesgos, así como la promoción de la salud dirigida al conjunto de los internos.

3. RECURSOS HUMANOS

El equipo del CAS BRIANS está formado por quince profesionales. La contratación está asumida al 50% por el Departamento de Salud y el Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña.

El equipo lo conforman un médico, un psiquiatra, dos psicólogos, tres educadores sociales, un trabajador social, tres diplomados en enfermería, un auxiliar de clínica, un jurista, un auxiliar administrativo y el coordinador.

4. SITUACIÓN ACTUAL

El CAS BRIANS dispone actualmente de un Plan Funcional aprobado por una comisión mixta de salud y justicia durante el mes de septiembre de 2006. Este Plan Funcional incluye los procesos, protocolos y procedimientos desarrollados hasta la fecha.

El CAS BRIANS está reconocido por la Dirección General de recursos sanitarios del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña como dispositivo sociosanitario desde junio de 2006.

Por otro lado el CAS BRIANS participa en un grupo de trabajo dirigido a avanzar en el proceso de un Plan de Calidad de los Centros de Atención y Seguimiento de Cataluña.

Accidentes de trabajo y consumo de alcohol

M^a BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA

Catedrática H. de Medicina Legal y Forense. Coordinadora de la UD de Medicina del Trabajo de Aragón. Cátedra de Medicina Legal y Forense & Unidad
Docente de Medicina del Trabajo de Aragón.

Enviar correspondencia a:
Cátedra de Medicina Legal. 50009 Zaragoza. mjarreta@unizar.es

El alcoholismo constituye un problema médico y de salud pública de primer orden, cuyo control en nuestro país y en este preciso momento se intenta a través de un desarrollo normativo específico que es motivo de importante debate.

En el medio laboral el consumo de alcohol también preocupa fundamentalmente debido a su impacto negativo en la salud de los trabajadores, pero también en su rendimiento.

El alcoholismo se identifica como un problema de origen multifactorial en cuya génesis pueden influir e interactúan factores genéticos, psicológicos, culturales, etc. La importancia de estos últimos factores queda en evidencia en el medio laboral, ya que no todas las ocupaciones se asocian con idéntica frecuencia al consumo de alcohol.

Una mayor frecuencia en el consumo se demuestra entre empleados del sector de la hostelería y restauración, comerciales, representantes y relaciones públicas, marineros, trabajadores de destilerías, bodegas, y en general de empresas dedicadas a la fabricación, envase, etc. de bebidas alcohólicas, médicos, periodistas y abogados entre otros.

El consumo de alcohol puede afectar las propiedades toxicocinéticas y toxicodinámicas de otras sustancias tóxicas con las que el trabajador ha de convivir en el lugar de trabajo. Esto supone que pueden aparecer reacciones adversas y consecuencias para la salud no deseadas, cuyo control puede resultar complejo por parte del médico del trabajo.

Pero además el alcohol modifica el comportamiento del trabajador de forma extremadamente peligrosa para su seguridad y lo pone en situación de claro riesgo de accidentes de trabajo. Esto no tiene porque ocurrir solo tras consumos elevados y/o la presencia de un cuadro de alcoholismo crónico. No se debe olvidar que ingestas no muy importantes pueden generar ya efectos tan característicos del alcohol tales como la disminución de los reflejos, de la concentración y la vigilancia. Y que todo ello unida a la falsa sensación de seguridad que otorga el alcohol, viene a facilitar la comisión de errores, que pueden desencadenar un menor rendimiento pero que sobre todo predisponen a la ocurrencia de accidentes de trabajo, que pueden tener importantes consecuencias para la salud.

A veces estos accidentes ocurren in itinere como accidentes de tráfico y, lamentablemente, cuando un incidente de esta naturaleza tiene lugar y el trabajador está bajo los efectos del alcohol la consideración de accidente de trabajo se pierde quedando asimilada esta situación a la imprudencia temeraria por parte del trabajador.

Una adecuada política de Prevención de Riesgos Laborales que enfatice en la promoción de la salud de los trabajadores, la prevención primaria y detección temprana desde la Medicina del Trabajo, se configura como la mejor alternativa para afrontar este problema.

Dificultades en la aplicación de programas preventivos familiares

FERNANDO MENDES

Irefrea Portugal

Enviar correspondencia a:

Urbanização Construtor lote. 3030 Coimbra. irefrea@netcabo.pt

Dado o papel central que a família ocupa no desenvolvimento e socialização do indivíduo tem se vindo a investir cada vez mais nas intervenções preventivas em meio familiar. Estas intervenções podem ser um meio privilegiado na resposta a situações disfuncionantes, como o consumo de substâncias psico-ativas, a delinquência juvenil ou a violência infantil.

A investigação tem vindo a dedicar um interesse crescente no desenvolvimento ou no empowerment de competências que pais e educadores podem desenvolver, para fazer face às necessidades educativas que hoje se colocam às famílias - potenciar o valor preventivo da Educação Parental. Estudos recentes demonstraram que estas abordagens preventivas são mais eficazes quando se envolve toda a família, tendo em atenção o seu ciclo vital, embora com intervenções distintas de acordo com as idades dos filhos / educandos.

Existe hoje uma ampla oferta de intervenções preventivas, quer centradas nos pais e educadores, quer centradas na família. Porém são muitas as dificuldades técnicas e logísticas, na implementação destes programas de Prevenção Familiar.

A selecção dos programas a implementar, tendo em conta as necessidades / circunstâncias de cada grupo-alvo, a adaptação dos mesmos às realidades socio-culturais de cada comunidade, a dificuldade no recrutamento e na manutenção das famílias nos programas e por fim a sua avaliação, são algumas das reflexões a que nos propomos.

Alcohol y policonsumo de drogas en la adolescencia

JOSÉ MIÑARRO LÓPEZ

Profesor Titular de Psicobiología. Unidad de Investigación Psicobiología de las Drogodependencias, Departamento de Psicobiología, Facultad de Psicología.
Universitat de Valencia.

Enviar correspondencia a:
Avda. Blasco Ibañez 21. 46010 Valencia. jose.minarro@uv.es

La adolescencia es un periodo crítico del desarrollo en el que se produce la maduración del sistema nervioso y endocrino. La exposición a las drogas en esta etapa podría provocar una respuesta anómala de diferentes sistemas de neurotransmisión cerebral, relevantes por su capacidad moduladora y reguladora de funciones vitales, como son los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, opioide y cannabinoide. Por ello, los cambios neurobiológicos que produce el consumo de diferentes drogas, como el alcohol y el éxtasis (MDMA), pueden ser especialmente importantes en la adolescencia alterando las funciones cognitivas, psicológicas y fisiológicas en la edad adulta.

La adolescencia también se caracteriza por un perfil conductual particular y cada vez se está prestando mayor atención a los modelos animales con el fin de estudiar las bases neurobiológicas y neuroendocrinas de los cambios que se producen en esta etapa. Los roedores muestran un incremento en la hiperactividad y se involucran en conductas afiliativas y de juego, lo cual es muy importante para el establecimiento de relaciones sociales en la edad adulta. Además exhiben un incremento en las conductas de búsqueda de sensaciones y de la novedad junto a una peculiar sensibilidad a los efectos de los psicoestimulantes, lo cual puede ser un factor importante que incrementa el riesgo de desarrollar adicción a las drogas o problemas relacionados con ellas.

Durante los últimos años se está observando un aumento de la ingesta de alcohol en la población juvenil y adolescente, con un patrón de consumo de altas cantidades durante cortos periodos del fin de semana. Se ha demostrado que este patrón intermitente es altamente dañino para el cerebro, ya que puede causar neurodegeneración y muerte neural en ciertas áreas cerebrales. Además se está observando en la población juvenil un considerable aumento de un "patrón de poliabuso" caracterizado por el consumo de otras drogas asociadas al consumo de alcohol, como por ejemplo el éxtasis.

El alcohol está presente aproximadamente en el 81% de los consumidores de éxtasis. El consumo de esta droga es especialmente elevado entre los jóvenes que acuden a fiestas nocturnas "raves". Coincidiendo con este incremento en el consumo, también parece aumentar la evidencia de que el consumo de MDMA puede provocar un daño neurológico permanente asociado a déficits cognitivos y funcionales así como problemas de deshidratación, hipertermia, coagulación intravascular diseminada y fallo orgánico múltiple. Se ha demostrado que dosis moderadas de MDMA producen a largo plazo disminuciones de las concentraciones de serotonina cerebral y degeneración neuronal en roedores y primates no humanos a nivel del cerebro anterior.

En la presente comunicación se irán exponiendo diferentes estudios de nuestro laboratorio y de otros equipos de investigación, en los que los resultados nos indican que el poliabuso (alcohol/éxtasis) durante la adolescencia puede provocar más alteraciones en estos sujetos que en los adultos sobre diversas conductas y procesos cognitivos. De hecho, se ha demostrado que los animales adolescentes son más susceptibles que los adultos a los efectos del alcohol sobre los procesos de memoria y actividad motora. Igualmente se ha descrito que los cerebros jóvenes pueden tener una mayor susceptibilidad a los efectos neurotóxicos de la MDMA por lo que los adolescentes, cuyos cerebros están en desarrollo, podrían ser particularmente vulnerables a los efectos de la combinación de MDMA y alcohol (patrón de poliabuso). Los resultados experimentales obtenidos están poniendo de manifiesto que el consumo de drogas (alcohol y/o éxtasis) en la adolescencia puede también tener una repercusión a largo plazo en la vida adulta.

AGRADECIMIENTOS

Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III (FIS). Redes Temáticas de Investigación Cooperativa. Red de Trastornos Adictivos (RD06/001/0016).

Ministerio de Educación y Ciencia, Dirección General de Investigación y FEDER (Ref. SEJ2005-00316).

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Agencia Valenciana de Salud. Dirección General de Drogodependencias (FEPAD).

Factores psicológicos en la adicción a sustancias

MIGUEL MONRAS ARNAU

Psicólogo. Unidad de Alcoholología. Hospital Clínico. Barcelona.

Enviar correspondencia a:
C/ JOAN SALVAT. 08750 Molins de Rei. Barcelona. mmonras@copc.es

La etiología de adicciones es multifactorial, por lo que en sentido estricto no se puede hablar de causalidad. Para explicar la complejidad de la conducta humana, tanto normal como patológica, no existe nunca una única causa.

En el desarrollo de las adicciones intervienen: i) las características psicoactivas de la propia sustancia, ii) la exposición del entorno y iii) las características personales del individuo. Entre éstas hay las relacionadas con el estatus físico y las relacionadas con el psiquismo. Probablemente ambas estén muy influidas por la genética.

Inicialmente la conceptualización de la adicción como una enfermedad y la creencia de que se podía derivar de una deficiente estructuración psíquica abonó la idea de la existencia de una "personalidad adictiva". Posteriormente se vio que los estudios de seguimiento longitudinales no lograban aislar una personalidad con características específicas que fuera precursora de una adicción.

Actualmente se acepta que diversas características de la personalidad, y no una personalidad determinada, influyen significativamente en el desarrollo de una adicción, junto con la interrelación con otros factores del entorno, biológicos y psicológicos, pero no son determinantes ni causales.

Los pacientes adictos tienen distintas estructuras de la personalidad y procesos vitales para llegar a una misma adicción. Ésta sí puede haber tenido un papel homogeneizador de sus síntomas psíquicos, lo cual ha llevado en muchas ocasiones a creer que las características comunes de la personalidad de los adictos eran previas, confundiendo las causas por las consecuencias.

Los factores psicológicos que pueden prevenir o bien favorecer el desarrollo de una adicción pueden dividirse en a) neurocognitivos, relacionados con la capacidad para inferir y entender las consecuencias de los actos y los riesgos para la salud, la formación de conceptos, el nivel de actividad y la concentración, b) de personalidad, entre los que destacan la impulsividad, la persistencia, la sociabilidad, el lugar de control, la búsqueda de sensaciones y su poder de recompensa para el individuo, y el nivel de ansiedad y su tolerancia, c) actitudinales, formadas básicamente en la familia y con el grupo de iguales y relacionadas con la vulnerabilidad percibida y con el aprendizaje de opiniones, creencias y estilos atribucionales y d) relacionales, de donde surge la autoestima, el autoconcepto y la autoeficacia, así como la asertividad y las habilidades de afrontamiento y sociales.

Todos estos factores que influyen en la disposición de las personas hacia el inicio y el mantenimiento del consumo de alcohol y drogas se modelan a partir del aprendizaje, pero los primeros tienen importantes influencias genéticas.

Especial mención debe hacerse de la psicopatología como factor de riesgo para desarrollar una adicción, que los estudios epidemiológicos y longitudinales demuestran sin duda. Sin embargo no siempre es fácil detectar en qué momento los rasgos psicológicos anteriores salen de la normalidad y entran en la patología. Por otra parte un entorno que estimule un consumo precoz de alcohol y drogas también puede facilitar la aparición de psicopatología, convirtiendo el factor de riesgo en consecuencia del uso de tóxicos.

Por ello es importante recordar que cuando el elemento principal para el consumo de una droga es su amplia disponibilidad, véase el alcohol, los factores individuales juegan un papel mucho menor. En este caso tendremos adolescentes normales a los que el efecto neurotóxico y acumulativo del alcohol acabará provocando trastornos psiquiátricos.

División de farmacoterapias y consecuencias médicas del abuso de drogas

IVÁN D. MONTOYA

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA)

Enviar correspondencia a:
6001 Executive Blvd. 20892 Bethesda. Maryland. imontoya@mail.nih.gov

En la actualidad, los medicamentos disponibles para el tratamiento de las adicciones tienen un éxito limitado. Por tanto, se hace necesario desarrollar nuevas alternativas de tratamiento que sean seguras y eficaces contra la drogadicción. Recientes avances en la investigación inmunológica ofrecen una oportunidad para disponer de nuevos tratamientos con esas características. Las terapias inmunológicas se basan en la administración o generación de anticuerpos que logran “secuestrar” la droga de abuso en el torrente sanguíneo antes de que pueda alcanzar el cerebro y producir los efectos psicológicos y conductuales indeseables. Los anticuerpos contra las drogas de abuso producen un antagonismo farmacokinético por medio del cual se reduce la cantidad de droga que llega al cerebro. Actualmente se están investigando inmunoterapias pasivas y activas, estas últimas son las vacunas propiamente dichas. En la inmunización pasiva se han desarrollado anticuerpos monoclonales contra la cocaína, nicotina, metamphetamine, nicotina, y la fenciclidina (PCP). En la inmunización activa se han desarrollado vacunas contra la nicotina, cocaína, heroína, y metamphetamine. La investigación de los efectos de la inmunización activa y pasiva en modelos animales y en humanos indica que estos tratamientos son seguros y al parecer eficaces. Las inmunoterapias tienen el potencial de ser útiles para el tratamiento de la sobredosis de drogas, prevenir daños cerebrales producidos por las drogas de abuso, extinguir los mecanismos de refuerzo cerebral a las drogas y controlar la adicción, reducir las recaídas, y prevenir los efectos tóxicos cerebrales de las drogas de abuso en los fetos de madres que consumen drogas durante el embarazo. Todos estos beneficios parece que se logran con efectos secundarios mínimos. Las inmunoterapias ofrecen la ventaja adicional de que pueden ser combinadas con otros medicamentos para el tratamiento de las adicciones. Actualmente se están realizando estudios clínicos de fase II con vacunas contra la cocaína y la nicotina con resultados prometedores. Las inmunoterapias ofrecen una nueva posibilidad de tratamientos seguros y eficaces para la adicción a drogas, ya sea por sí solas o en combinación con otras farmacoterapias. La presentación incluirá la revisión de los resultados de las investigaciones de las inmunoterapias para las diferentes drogas de abuso, sus ventajas y desventajas, y las posibles indicaciones y contra-indicaciones médicas para cada una de ellas.

Diferencias individuales en la respuesta al estrés y conducta adictiva

ROSER NADAL

Instituto de Neurociencias y Unidad de Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Avda Antoni Gaudí 7-D. 08192 Sant Quirze del Vallès. Barcelona. roser.nadal@uab.es

INTRODUCCIÓN.

Existen tanto en animales como en humanos amplias diferencias individuales tanto en la respuesta al estrés como en la vulnerabilidad a la adicción. Además, se conoce que el estrés es un factor implicado en la adquisición, mantenimiento y recaída de la conducta adictiva. Dos de los rasgos de personalidad que más se han investigado en el campo de las diferencias individuales han sido el de búsqueda de novedad y el de ansiedad. Material y métodos. En nuestro laboratorio, hemos caracterizado las diferencias individuales de ratas Sprague-Dawley a nivel de la exploración en ambientes nuevos (corredor circular) y de la conducta ansiosa en un laberinto elevado en forma de cruz, y hemos evaluado: (a) su respuesta periférica y central a nivel del eje hipotálamo-pituitario-adrenal ante distintas situaciones de estrés que difieren en intensidad y en respuesta a la anfetamina; (b) el desarrollo del condicionamiento de la preferencia por un lugar asociado a las drogas, como medida de conducta adictiva. Resultados. Los datos muestran que la reactividad a los ambientes nuevos predice, en parte, tanto la respuesta periférica (hormonas ACTH y corticosterona) y central (inducción de la proteína Fos en ciertas estructuras cerebrales) ante ciertos estímulos estresantes y ante las drogas, como el desarrollo del condicionamiento de la preferencia por un lugar asociado a las drogas. En nuestras condiciones experimentales, la ansiedad basal no parece estar asociada en la mayoría de los casos ni con la reactividad al estrés ni con la susceptibilidad a la adicción. Discusión. Los análogos animales de las dimensiones de personalidad en humanos nos permiten profundizar en el estudio de la Neurobiología del estrés y de la conducta adictiva, a la vez que nos ofrecen un campo de estudio con interesantes aplicaciones preventivas en la clínica humana.

Intoxicaciones por drogas de abuso. ¿Qué ha cambiado?

SANTIAGO NOGUÉ

Unidad de Toxicología. Hospital Clínic. Barcelona

Enviar correspondencia a:

C/Villarroel 172, 2º 2ª. 08036 Barcelona. SNOGUE@clinic.ub.es

Introducción: El consumo de drogas de abuso comporta siempre un riesgo de intoxicación o sobredosis que, en ocasiones, es mortal o puede dejar secuelas irreversibles. Diversos indicadores (encuestas a la población escolar, encuestas domiciliarias, decomisos policiales, fallecimientos por reacción adversa a drogas de abuso) muestran que el perfil de oferta y de consumo de drogas está sujeto a cambios continuos, lo que con llevaba asociado una modificación medible en el agente responsable de las sobredosis por drogas de abuso.

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico de las sobredosis por drogas de abuso atendidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital General y compararlo con el obtenido 10 años antes.

Pacientes y Método: Se han revisado todos los informes de asistencia realizada en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona durante el año 2006, seleccionando las consultas directamente relacionadas con la aparición de manifestaciones clínicas tras el consumo de una droga de abuso. Como variables se han incluido el sexo y edad del paciente, el tipo de droga implicada y la evolución del caso. Se han comparado estos datos con los obtenidos en el mismo centro el año 1996.

Resultados: Durante el año 2006 se han atendido 1.327 pacientes con sobredosis, de los cuales 919 (69%) eran intoxicaciones etílicas puras y 408 sobredosis en las que participaban otras drogas de abuso. El grupo con etilismo puro tenía una edad media de 38,4 años y el 63,9% eran hombres. El grupo con otras drogas de abuso tenía una menor media de edad (30,9 años) y un mayor predominio de sexo masculino (73,3% hombres); fueron consideradas responsables de las sobredosis las siguientes sustancias: cocaína 54,6%, derivados anfetamínicos (MDMA y otros) 12,7%, heroína 10,3%, cannabis 9,8%, éxtasis líquido (GHB) 7,1%, ketamina 1,2%, poppers (nitrito de amilo) 0,7%, taurina 0,7%, setas alucinógenas 0,7% y pegamento 0,2%. Sólo fallecieron 2 pacientes, ambos con sobredosis de heroína. Respecto a los resultados obtenidos el año 1996, se observa un crecimiento global de las sobredosis de drogas y muy en particular de cocaína, un notable descenso de las sobredosis de heroína y la aparición de drogas inexistentes hace 10 años: éxtasis líquido (GHB), ketamina y poppers, entre otras.

Conclusiones: Las intoxicaciones por alcohol etílico y drogas de abuso son una permanente necesidad asistencial en los Servicios de Urgencias hospitalarios, que se ha incrementado en estos últimos 10 años. La sobredosis de cocaína son actualmente una auténtica epidemia, mientras que se han reducido drásticamente las sobredosis de heroína, aunque éstas siguen siendo muy graves. Nuevas drogas ilegales se introducen continuamente en el mercado y son causa de sobredosis.

Psicosis cannabica, ¿sí o no?

LUIS A. NÚÑEZ DOMÍNGUEZ

Centro Médico

Enviar correspondencia a:

C/Hermanos Imaz 8-2ºE. 31002 Pamplona. Navarra. land@abc.ibernet.com

La existencia de una posible psicosis cannábica es uno de los debates que aún continúa abierto dentro del campo de los efectos psicológicos de los cannabinoides en humanos.

Dicho debate ha ido por épocas, como se puede observar si se lleva a cabo una revisión bibliográfica de los trabajos que se han publicado acerca de este debate, en la que observamos etapas de gran profusión de trabajos, así como otras en las que prácticamente no se hallan publicaciones referidos al mismo, aunque sin llegar a cerrarse del todo la discusión.

En la siguiente presentación se va a llevar a cabo una revisión de los principales trabajos de investigación, tanto a favor como en contra, relacionados con esta entidad; así mismo se va a plantear una hipótesis acerca de las principales características de la misma.

Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos

ENRIQUETA OCHOA

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Enviar correspondencia a:

Ronda de Segovia 2f- bajo. 28005 Madrid. eochoa.hrc@salud.madrid.org

OBJETIVOS

Sobre una amplia muestra de seguimiento de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento con antagonistas opiáceos, se estudia la influencia del factor género en las características del consumo, en el apoyo social con el que cuenta el dependiente y en la evolución en el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, con diseño de grupo de tratamiento sin grupo control. La retención al año en el programa se considera éxito terapéutico. Evaluamos el papel del género en la retención con la prueba

de Mantel-Cox. Con tablas de contingencia se analizan las diferencias en función del género. Utilizamos Access y programa informático SPSS_8.

Se estudian 1432 pacientes que sucesivamente y durante 12 años inician tratamiento con naltrexona en la Unidad de Toxicomanías. Del total de la muestra, 1190 (83.1%) son varones y 242 (16.9%) mujeres. El perfil del usuario es varón (83.1%), de 27.3 \pm 5.1 años. El 70.5% están solteros, el 75,8% continúan viviendo con su familia de origen. Consume heroína (0.66 gr/día), vía inhalada o fumada (55.5%), desde los 19.87 años (con una media de años de consumo de 7.52). Consume también cocaína el 63% (0.63 gr/d, vía intravenosa el 53.3% de ellos, desde los 19.83 años).

RESULTADOS

Existen diferencias relevantes respecto a las características del consumo según el género (sea varón o mujer). Así, las mujeres presentan menor frecuencia de consumo de cocaína (55,1% vs 64,5% en varones), menor uso de la vía intravenosa para el consumo de cocaína (50,9% fumado vs 38,9% fumado en varones), menor frecuencia del consumo de alcohol (49,4% vs 66,5% en varones), menor tiempo de consumo de heroína, mayor proporción que consumen sólo heroína (10,5% de mujeres vs 5,6% de hombres).

La retención al año de iniciarse el tratamiento es de 29.75%. La probabilidad de supervivencia para los varones es de 30.92% y para las mujeres de 23.97%. Esta diferencia en la probabilidad de supervivencia (retención) al año es significativa según la prueba de Mantel-Cox (estadístico: 8.38; gl: 1; sign: 0.0038).

Al estudiar las características que distinguen significativamente entre sí a los sexos, son relevantes las referidas al entorno y apoyo social. Los varones cuentan con mayor apoyo de parejas no consumidoras. Las variables relacionadas con la independencia social también condicionan diferencias, haciendo que la mujer dependa más de su pareja. Con mayor frecuencia la pareja de la mujer es consumidora, y éstas cuentan con menor apoyo para el tratamiento de una pareja no consumidora.

CONCLUSIONES

El género de los sujetos dependientes de opiáceos condiciona significativamente las características del consumo. Las mujeres tienen un patrón de consumo diferente a los varones, con un menor consumo de cocaína y menor uso de la vía intravenosa, menor consumo de alcohol y menor politoxicomanía. El factor género también establece distinta evolución en la terapia de la dependencia de opiáceos. Los varones tienen mejor pronóstico que las mujeres en la población estudiada. Dichas diferencias parecen deberse al contenido sociocultural del concepto género.

Efectividad de tratamiento combinado –técnicas de exposición mas topiramato– en deshabituación de cocaína

**CARMEN PALAU¹; MARISA DORADO²; AMPARO SANCHEZ¹; NOELIA LLORENS³; MIGUEL PERELLO⁴; ISABEL LOPEZ²;
TERESA ORENGO⁵; MARISA GONZALEZ⁵; M^a JESÚS ROMERO⁶**

(1) Unidad de Conductas Adictivas de Paterna. Valencia.

(2) Unidad de Conductas Adictivas de Torrente.Valencia.

(3) I.H.C.D. López Piñero.CSIC-Universidad de Valencia.

(4) Unidesdro.

(5) Unidad de Conductas Adictivas de Padre-Porta. Valencia.

(6) IDYCA.

Enviar correspondencia a:
Valencia. carminapalau@telefonica.net

INTRODUCCIÓN

El aumento de las demandas de tratamiento por consumo de cocaína en la red sanitaria pública, y la alta frecuencia de caídas –recaídas durante el proceso de deshabituación de la misma,requieren la implementación de tratamientos efectivos que faciliten la abstinencia continuada a cocaína y prevengan el deterioro cognitivo y emocional de nuestros pacientes. El objetivo del presente estudio es: Aplicar tratamiento de Exposición con Prevención de Respuesta como técnica psicológica de descondicionamiento a estímulos asociados al consumo, junto al tratamiento farmacológico con topiramato y evaluar su efectividad en la disminución de la impulsividad y el craving,así como su posible influencia en la capacidad de autorregulación de consumo de cocaína.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental con evaluación (pre-post), en una muestra de 108 pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia a cocaína y uso o abuso de alcohol asociado, que demandan tratamiento en tres Unidades de Conductas Adictivas de la Comunidad Valenciana. Los instrumentos de evaluación utilizados son: Para la medición de Impulsividad (La Escala de Barrats), de craving (Cuestionario de cocaína de Weiss y Escala Multidimensional de Craving de Alcohol) y el Cuestionario de Autorregulación de cocaína de Brow y Tejero).

RESULTADOS

Los análisis preliminares muestran que al comparar las medidas básales con las medidas a los tres meses de tratamiento, encontramos diferencias estadísticamente significativas en Impulsividad Cognitiva, Motora e Impulsividad Total. Aparecen también diferencias estadísticamente significativas en uno de los componentes de la Autorregulación, en concreto en Instauración, así como una disminución igualmente significativa del craving.

CONCLUSIONES

El tratamiento psicológico de Exposición con Prevención de Respuesta, unido al tratamiento farmacológico con Topiramato parece mostrarse efectivo en la disminución de la impulsividad y del craving de cocaína y alcohol; sobre la capacidad de autorregulación se muestra sensible a aumentar la capacidad de implementación de planes orientados a ejecutar conductas planificadas.

PALABRAS CLAVE

Exposición, Topiramato, cocaína, impulsividad, craving, autorregulación.

Implicación de los neuroesteroides en la adicción al alcohol

M. PALLARÈS

Institut de Neurociències, Universitat Autònoma de Barcelona

Enviar correspondencia a:

Pompeu Fabra 22-4-2. 08290 Cerdanyola. Barcelona. Marc.Pallares@uab.es

Los neuroesteroides son esteroides fabricados de novo en el SNC a partir del colesterol independientemente de las fuentes periféricas (adrenal y gonadal). Algunos neuroesteroides (alfa- reducidos) son potentes moduladores positivos endógenos del receptor GABAA, efectos muy similares a los que provoca el alcohol sobre este receptor, que se relacionan con aspectos de la adicción alcohólica como la tolerancia, el síndrome de abstinencia (SAA) o los efectos ansiolíticos del alcohol. Estos neuroesteroides sustituyen al alcohol en paradigmas de "drug discrimination". Esto ha hecho pensar que pueden participar de manera importante en la adicción alcohólica. En este sentido, hay toda una serie de pruebas que así lo indican. Tanto la administración de alcohol como su consumo voluntario (en ratas) provoca un incremento de los niveles del neuroesteroide allopregnanolona (AlloP) en diferentes estructuras cerebrales, especialmente cortex y hipocampo (plasma en humanos). No obstante, parece que estos efectos se van atenuando (haciendo tolerantes) a medida que se desarrolla tolerancia al alcohol. Además, la administración de AlloP aumenta el consumo de alcohol en ratas no dependientes y lo disminuye en ratas dependientes con altos niveles de consumo. Por tanto, parece que pueda existir una espiral de efectos entre alcohol y AlloP: el alcohol agudo aumenta los niveles de AlloP, y este incremento de AlloP podría hacer que el individuo aumentase su consumo de alcohol. Progresivamente se va generando tolerancia, y a medida que aumentan las dosis de alcohol ingeridas y disminuyen los efectos de las dosis iniciales sobre el comportamiento, también van disminuyendo los niveles cerebrales de AlloP. Esto sugiere que la AlloP endógena puede tener un papel crucial en el consumo abusivo de alcohol y por tanto en la génesis del alcoholismo. En este sentido, se ha demostrado que el alcohol aumenta los niveles de AlloP en plasma de varones adolescentes, etapa especialmente crítica para las drogadicciones. Por otro lado, la tolerancia al alcohol depende del entorno, ya que si se administra la droga en un ambiente nuevo (situación de estrés) la tolerancia puede desaparecer. El estrés activa el eje HPA y esto provoca como resultado un aumento de los niveles de AlloP, que pueden revertir la tolerancia y aumentar los efectos del alcohol. Respecto a la abstinencia alcohólica, hay un aumento de la sensibilidad de los receptores GABAA para los neuroesteroides que, además y coherentemente, presentan niveles disminuidos (se ha obtenido en plasma de ratones seleccionados y humanos). Esto indica que los neuroesteroides GABA positivos, que ya se están probando en ensayos clínicos como antiepilépticos (ganaxolona), podrían ser una buena estrategia para tratar la SAA. Respecto a los efectos ansiolíticos del alcohol, importantes en el proceso adictivo, parecen depender íntimamente del incremento de los niveles endógenos de AlloP, ya que la administración de finasteride (inhibidor de la síntesis de AlloP) suprime los efectos ansiolíticos del alcohol. Todos estos resultados sitúan a los neuroesteroides en el punto de mira como nuevo sustrato fisiológico neuroquímico diana de muchas acciones del alcohol y por tanto presunto implicado en diversos aspectos de la adicción alcohólica.

Consumo de alcohol y adolescencia

MARÍA PASCUAL Y CONSUELO GUERRI

Centro de Investigación Príncipe Felipe.

Enviar correspondencia a:
Avda Autopista del Saler. 46013 Valencia. guerri@cipf.es

El consumo de alcohol por la población juvenil y adolescente ha experimentado un notable incremento, convirtiéndose en la droga más consumida por esta población. Un hecho importante es el nuevo patrón de ingesta de alcohol basado en consumos abusivos durante los fines de semana, del que se ha demostrado especialmente su neurotoxicidad. La hipótesis que hemos abordado es si múltiples dosis intermitentes de alcohol durante la adolescencia en roedores, produce neurotoxicidad afectando el proceso natural de reestructuración del cerebro adolescente al adulto, y causando alteraciones cognitivas y del comportamiento que son permanentes en la fase adulta.

En el estudio se utilizaron ratas jóvenes de 25 días de edad y se dividieron en los siguientes grupos: 1) animales jóvenes a los que se les administró el etanol (3gr./kg.) de forma intermitente, 2 dosis de etanol intraperitonealmente cada 2 días, durante dos semanas (un total de 8 dosis); 2) a otro grupo de animales jóvenes, se les administró indometacina (4mg./kg.) intraperitonealmente 30 minutos antes de cada dosis de etanol; 3) animales tratados únicamente con indometacina (4 mg./kg.); 4) animales control o tratados con salino. Tanto al finalizar los tratamientos (animales adolescentes) como después de 3 semanas de descanso sin ningún tipo de tratamiento (animales adultos) se estudió la función cognitiva y motora a través de diferentes tests.

Utilizando animales experimentales hemos observado que el consumo intermitente de alcohol durante la fase adolescente causa daño y muerte de células neurales, en ciertas áreas de cerebro, tales como corteza cerebral, hipocampo y cerebelo. La neurotoxicidad parece estar mediada por un aumento de mediadores inflamatorios en cerebro, que podrían conducir a daño y a modificaciones irreversibles en el cerebro del adolescente. Paralelamente observamos, que dicho patrón de consumo altera los procesos cognitivos, incluyendo memoria espacial y no espacial y procesos de aprendizaje en roedores. Estas alteraciones conductuales se observan tanto en animales adolescente como en adultos (que han estado expuestos durante la adolescencia al consumo de alcohol), lo que sugiere que son alteraciones permanentes. De acuerdo con nuestros resultados que demuestran que la neurotoxicidad inducida por el etanol está mediada por procesos neuroinflamatorios, la administración de indometacina, un anti-inflamatorio no esteroideo (inhibidor de la COX-2) previene el daño neural así como las alteraciones comportamentales y cognitivas en la etapa adulta de los animales. Finalmente, observamos que el consumo de alcohol durante la fase juvenil/adolescente de forma intermitente es capaz de inducir mecanismos, que conllevan a la preferencia y consumo de alcohol en fases posteriores, corroborando los datos de humanos.

Los resultados sugieren que el consumo de alcohol durante "fines de semana" puede afectar a la plasticidad sináptica en diferentes zonas cerebrales y causar problemas de atención, memoria y aprendizaje a corto y a largo plazo. Estos resultados pueden ser de relevancia para la prevención del consumo de alcohol durante la adolescencia, ya que pone de relieve sus consecuencias a corto y a largo plazo. Al mismo tiempo, se propone un tratamiento para aliviar dichas alteraciones.

Alcohol y riesgo cardiovascular

REYES PASCUAL

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud de Elda

Enviar correspondencia a:
Urb. Villaterra Cmno. 03550 San Juan. Alicante. cperezb@coma.es

En las últimas décadas se han publicado numerosos estudios acerca de los potenciales efectos beneficiosos del consumo moderado de alcohol sobre las enfermedades cardiovasculares. Por el contrario, el consumo excesivo actual o pasado se ha asociado a la aparición de hipertensión arterial (HTA), ictus, disfunción endotelial y miocardiopatía. La ponencia revisa estos aspectos y el balance riesgo beneficio.

Los datos epidemiológicos apoyan la asociación de consumos moderados de alcohol con una reducción de la incidencia de infarto de miocardio (IAM) y de la mortalidad por cardiopatía isquémica en diferentes poblaciones con un RR menor en los individuos que beben diariamente frente a los que lo hacen semanal o mensualmente. Los datos son aplicables tanto a hombres como mujeres con y sin factores de riesgo. Algunos estudios no han encontrado diferencias entre la cantidad, tipo de alcohol, ni si éste se consume sólo o con las comidas. La ingesta moderada también disminuye la tasa de insuficiencia cardiaca y tiene un efecto protector del ictus isquémico. Sin embargo, el efecto protector se invierte para altos consumos obteniéndose una curva tipo J.

Otros aspectos beneficiosos son la asociación con reducción del riesgo de demencia, diabetes mellitus y mortalidad por todas las causas, aunque ésta última se incrementa al aumentar la cantidad de alcohol consumido.

El beneficio de la ingesta moderada de alcohol estaría mediado por la actuación sobre diversos procesos fisiopatológicos y metabólicos implicados en las enfermedades cardiovasculares. Los diferentes componentes de la bebida actúan sobre varios escenarios provocando modificaciones tales como aumento de HDL-c, disminución de factores de coagulación, niveles de insulina y disminución de PCR. También se han relacionado con un aumento de sirtuinas, proteínas deacetilasas dependientes de NAD⁺ que regulan la esperanza de vida y promueven la supervivencia celular. El resveratrol, un polifenol que se encuentra en el vino tinto es un potente activador de sirtuinas. Además el vino tinto inhibe la síntesis de endotelina. Las procianidinas parecen ser los principales polifenoles vasoactivos.

Se ha invocado una base genética para explicar las diferentes respuestas del individuo a la ingesta de alcohol. Así, los varones homocigotos para el alelo del gen de la alcohol deshidrogenasa tipo 3 (ADH3) que se asocia con una tasa lenta de oxidación del etanol, tienen un menor riesgo de IAM. Las interacciones del genotipo ADH3, niveles de consumo de alcohol y niveles de HDL-c también han sido descritas en mujeres posmenopáusicas. El alelo DD de la ECA se ha relacionado con la aparición de miocardiopatía dilatada.

En el otro extremo de la balanza se encuentran los efectos deletéreos asociados con el consumo excesivo de alcohol entre los que destacan la HTA, miocardiopatía y arritmias. Estos efectos se han observado incluso en sujetos abstinentes por largos periodos de tiempo aunque este aspecto es controvertido. La ingesta de importantes cantidades de alcohol se asocia con disfunción endotelial, estrés oxidativo, inflamación vascular, alteraciones del transporte de iones a través de las membranas, aumento de la resistencia a la insulina y aumento del riesgo de ictus isquémico mediado por el incremento de la PA.

A pesar de todos los beneficios comentados las guías de práctica clínica no incluyen la ingesta moderada de alcohol y sugieren que los adultos busquen otras modificaciones del estilo de vida para reducir el riesgo vascular. Recomendar el consumo de alcohol a los no bebedores no parece una medida justificable, pero tampoco lo es prohibir el consumo moderado responsable. Debemos por tanto, considerar cada caso individualmente.

Pacientes dependientes de opiáceos y cocaína: ¿qué respuestas?

Luís Patrício*; Domingos Duran; Miguel Vasconcelos*****

* Psiquiatra, Chefe de Serviço

** Psicólogo Clínico

*** Psiquiatra

CAT das Taipas - Lisboa / Direcção Regional de Lisboa e Vale do Tejo/ Instituto da Droga e da Toxicodependência / Ministério da Saúde - PORTUGAL

Enviar correspondencia a:

Rua de S. Bernardo, 88. 1200-826 Lisboa. dr.luispatricio@gmail.com

Título: Derivación hacia la cocaína de pacientes en programa terapéutico con sustitución opiácea de alto umbral: monitorización, evaluación y respuestas en dos modalidades de tratamiento con opioides – metadona y buprenorfina alta dosis.

Autores: Luís Patrício –Psiquiatra, Chefe de Serviço, Domingos Duran – Psicólogo Clínico, Miguel Vasconcelos- Psiquiatra, et als. CAT das Taipas - Lisboa / Direcção Regional de Lisboa e Vale do Tejo/ Instituto da Droga e da Toxicodependência / Ministério da Saúde - PORTUGAL.

Key words: sustitución opiácea, consumo de cocaína, buprenorfina, metadona, intervención terapéutica.

Introducción: El consumo de cocaína por los pacientes en tratamiento con opioide de sustitución, plantea problemas por veces de compleja abordaje. ¿Como reaccionar? Incrementar las dosis de opioides?¿Excluir de este programa?¿Cambiar de fármaco?¿Añadir otros fármacos?

En CAT Taipas, constatamos en algunos de nuestros pacientes en terapia de sustitución opioide una derivación a otros consumos: cocaína, cannabinoides, alcohol y benzodiazepinas. Sin embargo la cocaína merece una atención especial, por lo hecho que su consumo abusivo suele ser más disruptivo en términos bio psico sociales, y incluso más difícil de controlar. El presente estudio intentará caracterizar y encuadrar este fenómeno según 3 factores: comorbilidad, evolución psico- social de los pacientes y gestión de las reglas del tratamiento. En un segundo momento, se cuestionarán los terapeutas sobre las medidas que suelen implementar para ultrapasar estas situaciones, bien como su evaluación de los resultados obtenidos y deseables.

Objetivo: evaluación comparativa de la situación en términos de derivación hacia la cocaína en dos programas de sustitución opioide alto umbral- metadona y buprenorfina:

–caracterización de la situación.

–estudio de las respuestas normalmente implementadas:

- farmacológicas
- psicoterapéuticas
- socio terapéuticas
- institucionales

–resultados: obtenidos y deseables

–conclusiones y nuevas propuestas.

Metodologías: caracterización de la situación por medio de análisis de orina ; análisis de los protocolos clínicos y evaluación de pacientes que derivan hacia la cocaína y su comparación con pacientes que no lo hacen, en los dos programas referidos. Encuesta a los terapeutas de estos pacientes sobre motivos y soluciones intentadas, resultados obtenidos y deseables. Se intentará la extensión de este estudio a otros servicios públicos de atención a los drogodependientes.

Resultados: Integración de los datos y extracción de conclusiones sobre la situación actual en los dos programas, bien como sobre la relevancia de los factores mencionados. Listado de practicas usuales hace la derivación para cocaína, y su eficiencia.

Discusión: A pesar de los resultados clínicos apreciables para la mayoría de nuestros pacientes, es necesario profundizar la reflexión sobre la calidad de lo tratamiento de sustitución opioide, no minimizando la comorbilidad.

Prescripción de antiepilépticos en el tratamiento de las adicciones en Galicia 2002-2006

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:

C/ PORTO. 15008 A Coruña. cesarpereiro@telefonica.net

Introducción: en nuestro país se han incorporado a la prescripción médica 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 es mucho menor que con los FAE clásicos (salvo felbamato y lamotrigina). Según el Ministerio de Sanidad(1), para el año 2002, los FAE fueron el grupo terapéutico que mayor coste económico experimentó (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 este campo del tratamiento de los trastornos adictivos, 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 Subdirección 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 cinco últimos años de los que existen datos disponibles (2002- 2006). De las recetas estudiadas se han obtenido las correspondientes al grupo terapéutico de los antiepilépticos (NO3A).

Resultados: pendientes de procesar aún el año 2006, los datos conocidos hasta el año 2005 muestran que las recetas extendidas se habían duplicado entre los años 2002 y 2004, manteniendo una tendencia clara al incremento también en el año 2005, que se espera continúe en el año 2006. Además, el coste de los trata-

mientos se ha incrementado multiplicándose por más de siete en el mismo período de tiempo estudiado (2002-2006).

Discusión: a la espera de conocer aún la información relativa a las recetas extendidas en el año 2006, en estos momentos en estudio, los datos conocidos para los años anteriores ponen de manifiesto que en el tratamiento de las adicciones se observa también la incorporación de los nuevos antiepilépticos al arsenal terapéutico comúnmente utilizado. Esto podría deberse a varias razones que se analizan en la presentación de la ponencia.

Visión de la patología neonatal en hijos de mujeres adictas y las malformaciones que presentan

ANTONIO PÉREZ AYTÉS

Servicio de Neonatología. Consulta de Dismorfología y Asesoramiento Genético/Reproductor. Hospital Infantil la Fe. Valencia

Enviar correspondencia a:
Av. Campanar 21. 46009 Valencia. perez_ant@gva.es

ALCOHOL

En 1973 KL Jones y DW Smith describen un patrón malformativo característico en Recién Nacidos (RN) de madres con intensa exposición a alcohol durante la gestación. Esto llevó a delimitar el denominado "Síndrome Alcohólico Fetal" ó "Embriofetopatía alcohólica".

Dos conceptos fundamentales: Síndrome Alcohólico Fetal (FAS) y "Efectos del Alcohol sobre el Feto" (FAE):

–FAS (Fetal Alcohol Syndrome): Correspondería al síndrome completo. Para hacer el diagnóstico sería necesaria la evidencia de fuerte ingesta materna de alcohol durante la gestación unido a la presencia de alguna anomalía en cada uno de los tres siguientes apartados:

- Déficit de crecimiento pre y postnatal (peso y talla).
- Anomalías dismórficas craneofaciales: Fisuras palpebrales cortas, epicanto, puente nasal plano, nariz pequeña, filtrum largo y borrado, labio superior fino, micrognatia.
- Anomalías en Sistema nervioso Central: Microcefalia, tremulaciones, convulsiones, retraso en los hitos del desarrollo, déficit de atención/hiperactividad, déficit de aprendizaje, déficit en memoria.

–FAE (Fetal Alcohol Effects): En este apartado entrarían los RN que, junto a evidencia de ingesta materna de alcohol, presentan en su fenotipo algunas anomalías de FAS pero las características completas del síndrome.

Otras malformaciones que pueden asociarse al síndrome alcohólico fetal: Anomalías articulares, Cardiopatía congénita, microftalmia, labio y/o paladar hendido, malformaciones vertebrales, malformaciones SNC (Hidrocefalia, mielomeningocele).

HEROÍNA

No se ha visto que exista mayor riesgo de malformaciones fetales. Sí se ha observado mayor tasa de prematuridad y retraso del crecimiento fetal. Con METADONA parece que estos riesgos son menores.

Existe riesgo comprobado de síndrome de privación en los primeros días de vida tanto para Morfina como para otros opiáceos. Parece que con metadona es más frecuente.

Los síntomas suelen aparecer en primeras 48-72 hs de vida, aunque en nuestra experiencia hemos visto síntomas ya en primeras 12-24 hs. En nuestro Hospital usamos el sistema de puntuación de LP Hinnigan et al (1987) para valorar signos de privación en el RN.

Principales signos que se valoran:

–Llanto continuo; Escaso sueño tras la toma; Tremulaciones; Hipertonía; Polipnea; Regurgitaciones/Vómitos; Hipertermia; Tránsito intestinal acelerado.

MARIHUANA

No se ha observado mayor incidencia de malformaciones congénitas en el feto. Parece que sus potenciales efectos perniciosos sobre el feto estarían relacionados con los altos niveles de monóxido de carbono que se producen (mayores que con el tabaco) aunque tampoco se ha demostrado relación directa con bajo peso al nacer.

COCAINA

Se han descrito malformaciones en hijos de madres consumidoras de cocaína en el embarazo. Estas malformaciones presentan un patrón dismorfológico típico de "disrupción vascular", es decir explicables por interrupción del flujo sanguíneo a los distintos órganos del embrión/feto. La cocaína tiene un potente efecto vasoconstrictor y muchos de los defectos congénitos observados se relacionan con esta acción.

Principales malformaciones atribuidas a cocaína en gestación:

- Defectos de reducción de extremidades (tipo "amputación").
- Atresia intestinal.
- Enterocolitis necrotizante congénita.
- Malformación renal.
- Aplasia cutis.

Trabajos de experimentación administrando cocaína a ratas embarazadas han logrado reproducir malformaciones con patrón disruptivo vascular similares a las observadas en humanos.

Finalmente debemos tener en cuenta que los riesgos para RN de madres consumidoras de sustancia adictivas no provendrán únicamente de las propias sustancias que ingieren, sino también del estilo ó hábitos de vida relacionados con las adicciones.

Riesgos asociados a prácticas ó estilos de vida:

–Transmisión vertical de Hepatitis B, C y HIV

–Intentos de aborto clandestino con sustancias que provocan contracciones uterinas:

- MISOPROSTOL: Ampliamente usado en Brasil y otros países del área sudamericana. En España se ha introducido en ambientes de prostitución y población marginal con bajos recursos. Malformaciones más frecuentes:
 - * Parálisis facial congénita (síndrome de Moebius)
 - * Parálisis de múltiples nervios craneales (afectación generalizada de tronco cerebral)
 - * Pies zambos
 - * Defectos de reducción, tipo amputación, en extremidades
 - * Hidrocefalia

Epidemiología del tabaquismo en otras adicciones. Intervenciones terapéuticas

CRISTINA PINET*, JORGUE CUEVAS**

* Adjunto, Consultor 2. Unidad de Toxicomanías, Servicio de Psiquiatría. Hospital Sant Pau, Barcelona.

** MIR 3 de psiquiatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Enviar correspondencia a:

Balmes 432/5º B. 08022 Barcelona. mpinet@santpau.es

OBJETIVOS

La presentación consta de dos partes diferenciadas. En la primera de ellas se presentan los datos obtenidos de la revisión bibliográfica sobre el tema de consumo de tabaco en pacientes con otras drogodependencias y las implicaciones terapéuticas. En la segunda parte se presentarán los resultados de los intentos de dejar de fumar en sujetos con otras adicciones realizados en el programa de tabaquismo de la Unidad de Toxicomanías del Hospital de Sant Pau.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda en Pubmed PsycInfo y Cochrane, con las palabras claves: drug addiction (cocaine, opiates, cannabis, alcohol), nicotine dependence, treatment.

Se ha realizado la explotación de los datos con el programa SPSS 11.5, de la base de datos ACCES donde se recogen todas las visitas realizadas en el programa de tabaco de la Unidad de Conductas Adictivas.

RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos a través de la búsqueda bibliográfica, destacando brevemente:

Al contrario de lo que ha ocurrido en la población general donde las tasas de prevalencia de tabaquismo han disminuido, en la población que abusa de otras sustancias se mantienen estables, siendo además mucho más elevadas, con cifras alrededor del 70 al 80%. Más del 90% de pacientes que acuden a tratamientos por alcoholismo fuman, así como el 75% de los que buscan tratamiento para la cocaína y el 82% de los sujetos con dependencia a opiáceos en tratamiento con metadona. Algunos autores han examinado la presencia de trastornos por uso de sustancias en las poblaciones de fumadores. La asociación está modulada por el nivel de dependencia de nicotina, siendo muy importante en los fumadores severos.

Aunque hay una creencia popular, presente incluso en bastantes profesionales de la salud, de que dejar de fumar puede precipitar las recaídas en los pacientes que están tratándose por alguna adicción, las evidencias obtenidas de la investigación muestran en muchos casos justo lo contrario. De los resultados de nuestra experiencia en el programa de tabaco, destacaremos lo siguiente: se han realizado 1108 inscripciones al programa, 353 sujetos con antecedentes de consumo de cánnabis, 202 de cocaína y 63 de heroína. Esto supone que un mínimo de 31.8% de sujetos presenta antecedentes de consumo de otros tóxicos.

De las 809 primeras visitas realizadas, 60 corresponden a pacientes con diagnóstico de dependencia de alcohol, 21 a dependientes a opiáceos, 11 a dependientes a cocaína y 5 a pacientes con dependencia a cannabis.

Se presentarán resultados sobre historia de consumo de tabaco y evolución en el tratamiento.

CONCLUSIONES

Podemos afirmar sobre la base de la bibliografía consultada que es necesario diseñar programas de cesación tabáquica específicos para este tipo de población, pues muestran características particulares que deben ser ineludiblemente incluidas en el abordaje del tabaquismo para asegurar el éxito. Entre éstas características podemos citar los mayores grados de dependencia a la nicotina que presentan y la potenciación de las importantes repercusiones sobre la salud del consumo conjunto de tabaco con otras sustancias tóxicas.

Evidencia Versus experiencia en interdictores

GUILLERMO PONCE, ROBERTO RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, BELÉN HERNÁNDEZ, RICARDO OSORIO, JANET HOENICKA, MIGUEL ANGEL JIMÉNEZ-ARRIERO, TOMÁS PALOMO.

Unidad de Alcoholismo y Patología Dual. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Enviar correspondencia a:
José María Fernández. 28017 Madrid. gponcealfaro@gmail.com

El disulfiram y la cianamida cálcica son fármacos habitualmente clasificados como antidipsotrópicos, aversivos o interdictotes. Inhiben la enzima Aldehído Deshidrogenasa Hepática-ALDH, que cataliza la oxidación del acetaldehído formado en el metabolismo del alcohol a acetato, de forma que se acumula acetaldehído y pasa a sangre en cantidad suficiente como para producir la típica reacción aldehídica. Los interdictores pueden inhibir la ALDH de forma reversible (cianamida cálcica: el 80% de la ALDH se recupera tras 24h) o de forma irreversible (disulfiram: para la nueva síntesis de ALDH se requieren unos 7 días tras haber dejado de darlo). Además, el disulfiram inhibe otras enzimas como la dopamina beta-hidroxilasa, lo que se ha relacionado con un potencial agravamiento de algunas enfermedades psiquiátricas por la elevación de la dopamina, sin descartar que pueda también tener un efecto central que afecte al deseo y las alteraciones motivacionales y conductuales propias de la adicción. Esta posibilidad se ha planteado para explicar datos recientes acerca de su utilidad en el tratamiento de la adicción a cocaína. En el caso del alcoholismo, mediante la utilización de los fármacos interdictores se persigue disuadir a los pacientes del consumo de alcohol.

Los ensayos clínicos son contradictorios en cuanto a la eficacia de los inhibidores de la ALDH, aunque por razones obvias estos fármacos no pueden evaluarse adecuadamente en un paradigma doble ciego. De forma mantenida, la experiencia clínica de los expertos indica lo contrario. Su eficacia se ha visto aumentada en encua-dres que favorecen la supervisión y el cumplimiento del tratamiento, y existe un considerable interés respecto a la posibilidad de identificar individuos que sean más claramente susceptibles de evolucionar positivamente con este tratamiento.

Presentamos los datos obtenidos con interdictores para el tratamiento del alcoholismo en la Unidad de Alco-holismo y Patología Dual del Hospital 12 de Octubre, en los que se refleja su utilidad práctica en condiciones de tratamiento real. En los resultados obtenidos con diferentes estrategias con más de mil pacientes se observa una clara ventaja en los tratados con antabus, así como la potencial mayor eficacia en combinación con naltrexo-na. Por último, presentamos nuestros hallazgos sobre la presencia de datos biológicos predoctores de buena respuesta a disulfiram.

En nuestra experiencia, el tratamiento con Interdictotes dentro de un programa psicoterapéutico en Atención Especializada, resulta beneficioso tanto a corto como a largo plazo en los pacientes en fase de deshabituación alcohólica. Se presentan nuevas perspectivas de estudio, acerca de la acción de los Interdictores y sus repercu-siones clínicas, ante los distintos hallazgos bioquímicos y genéticos que actualmente están corroborándose.

Infección por VIH y adicción a drogas

JOAQUÍN PORTILLA

Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Alicante

Enviar correspondencia a:
Corbeta nº 5, esc 1, 3ºB. 03540 Alicante. portilla_joa@gva.es

Desde el inicio de la epidemia de la infección por el VIH/sida hasta el 30 de junio de 2006 se han notificado en España un total de 73.013 casos de sida, siendo la vía más frecuente de transmisión la utilización compartida del material para la administración intravenosa de drogas. Este mecanismo de transmisión es la causa del 62,8% de todos los casos declarados de sida. Desde un punto de vista epidemiológico y para el establecimiento de estrategias de prevención de la infección por VIH, resulta más interesante conocer el patrón epidemiológico de los nuevos casos de infección por VIH ya que estos marcan las tendencias actuales de transmisión de la infección. En España no existe un registro nacional donde se comuniquen los nuevos casos de infección, aunque sí disponemos de datos procedentes de 8 comunidades autónomas. Su análisis revela que durante el año 2004 se notificaron aproximadamente 380 nuevos casos de infección VIH en población heterosexual, 240 en varones homosexuales y sólo 130 casos en personas que habían adquirido la infección por consumo de drogas intravenosas, con un descenso significativo respecto a años previos (<http://cne.isciii.es>).

Estos datos sugieren que la infección por VIH está disminuyendo en la población de usuarios de drogas intravenosas en relación con un menor consumo de drogas y la implantación generalizada de programas de tratamiento con metadona.

Sin embargo, la transmisión de la infección por VIH relacionada con la drogadicción no sólo ocurre por compartir jeringuillas, agujas o cualquier otro dispositivo utilizado que contenga restos de sangre de algún otro drogodependiente infectado por el VIH. Existen otros factores relacionados directa o indirectamente con el consumo de drogas y que no están debidamente cuantificados como son las relaciones sexuales con drogodependientes, la prostitución relacionada con el consumo de drogas y el sida infantil. La transmisión materno-infantil del VIH ocurre generalmente en madres con antecedentes de consumo de drogas o que han adquirido la infección a través de relaciones sexuales con toxicómanos infectados por el VIH. Por otra parte, el consumo elevado de alcohol y otras drogas recreacionales, como la cocaína, las metamfetaminas, etc., provoca desinhibición, hipersexualidad y disminución del nivel de alerta, y son la causa de un menor uso de condones en las relaciones sexuales de riesgo, pudiendo favorecer la expansión del VIH.

Resulta difícil saber cuál es el tratamiento antirretroviral más adecuado en un paciente drogodependiente infectado por el VIH. Estos pacientes acuden de forma irregular a los controles médicos, la adherencia al tratamiento suele ser mala, presentan enfermedades concomitantes como la hepatitis C que en ocasiones limitan las posibilidades terapéuticas y con frecuencia suelen consumir otras sustancias tóxicas como cocaína, benzodiazepinas, alcohol, etc.... Además, si reciben metadona existe riesgo de que presenten interacciones farmacológicas con algunos fármacos antirretrovirales y dar lugar a síndrome de abstinencia con necesidad imperiosa de consumo de heroína ilegal (craving) o abandono del tratamiento. No existen pautas establecidas especiales de tratamiento antirretroviral en pacientes con dependencia a drogas. En general se recomienda seguir las mismas pautas que en la población general infectada por el VIH, conociendo las posibles interacciones farmacocinéticas de los fármacos antirretrovirales elegidos con la metadona y tomar las medidas adecuadas para evitar el síndrome de abstinencia.

¿Juega algún papel el sistema endocannabinoide en la esquizofrenia?

JOSÉ ANTONIO RAMOS ATANCE

Dto de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Enviar correspondencia a:
C/ San Blas 5. 28220 Majadahonda. Madrid. jara@med.ucm.es

La alteración del estado de ánimo buscada por los consumidores de cannabis, se basa en las modificaciones producidas principalmente por el Δ -9-tetrahidrocannabinol (Δ -9-THC) en la actividad de alguno de los neurotransmisores presentes en el cerebro humano.

A veces las modificaciones en la neurotransmisión pueden conducir a la aparición de ansiedad, disforia, síntomas paranoides y/o pánico. Estos trastornos suelen desaparecer espontáneamente al cabo de algunas horas. La intoxicación aguda producida por el consumo de cannabis suele cursar con un episodio psicótico agudo con aparición de ideas delirantes, alucinaciones, confusión, amnesia, ansiedad y agitación. Suele cesar, tras la eliminación del Δ -9-THC del organismo. En este caso la alteración producida sobre la funcionalidad cerebral debe ser, al menos en parte, diferente a la aparecida en el consumo ordinario al tener consecuencias nocivas para el individuo.

Afortunadamente, las alteraciones neurobiológicas producidas son reversibles. Pero en algunas ocasiones se ha descrito una asociación entre el consumo de cannabis y la aparición de enfermedades psiquiátricas, como son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y por su especial gravedad los trastornos psicóticos. En este caso la alteración nociva transitoria, se ha convertido en permanente y ha dado lugar a una patología psiquiátrica de las que podríamos denominar como clásicas.

Se ha postulado la existencia de una relación causa-efecto entre el consumo de cannabis y la aparición de psicosis, que es dependiente de la dosis y que cuando el consumo se produce al inicio de la adolescencia aumenta el riesgo posterior de psicosis. Uno de los mecanismos neurobiológicos implicados en la aparición de trastornos psicóticos puede ser la sensibilización dopaminérgica inducida por el consumo regular de cannabis que hace cada vez mas vulnerables a los sujetos a las alteraciones cognitivas y perceptivas inducidas por la dopamina.

En la asociación entre el consumo de cannabis y la aparición de psicosis también participan mecanismos de interacción gen-ambiente. El perfil genético del individuo puede ser modulado por el entorno si presenta mayor sensibilidad genética a determinados factores ambientales. Por ejemplo, los individuos homocigotos para el alelo VAL del polimorfismo VAL(158)MET para la enzima COMT, tienen mas probabilidades de exhibir síntomas psicóticos y de desarrollar desordenes esquizofreniformes, cuando consumen cannabis que cuando no lo consumen. En este caso, el factor ambiental "consumo de cannabis", afectaría negativamente al subgrupo de consumidores portadores del alelo VAL, lo que convertiría al gen de la COMT en un "gen de predisposición o de riesgo" para la esquizofrenia.

En resumen, podemos decir que ya disponemos de algunos datos que demuestran la existencia de una alteración en el funcionamiento del sistema endocannabinoide en pacientes esquizofrénicos. Pero estos datos solo nos permiten hacer conjeturas sobre el papel que juegan estas alteraciones en el desarrollo de la enfermedad.

Queda por ver si el sistema endocannabinoide ya estaba modificado antes de la aparición de la enfermedad o si esta última es la responsable de su aparición. También habra que conocer su origen y como afectan al desarrollo de la enfermedad, así como si el sistema endocannabinoide podría ser considerado una diana terapéutica para el tratamiento de la esquizofrenia.

Bibliografía

Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis. 2007. Ramos J.A. coordinador. 188 pgs. Editado por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Guía para el tratamiento de la adicción desde una perspectiva de género

MONTSE REBOLLIDA * ; JUAN JOSÉ LLOPIS LLÁCER **; AGURTZANE CASTILLO*; PAOLO STOCO******

* Psicóloga. Asociación Avant. Valencia

** Universitat Jaume I. Unitat Conductes Adictives, Castelló

*** Psicóloga. Cruz Roja Castelló.

**** Psicólogo. C.T. Villa-Renata. Venecia.

Grupo Europeo Estudios Adicción e Identidad de Género IREFREA.

Enviar correspondencia a:

C/ Florista, 83 bajo. 46015 Valencia. rebollida@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años IREFREA ha desarrollado diversos estudios combinando metodologías de encuesta, grupos de discusión y entrevistas en profundidad con la finalidad de intentar comprender la relación entre Identidad de Género y Drogodependencia e identificar lo que parecen unas características de especificidad en el desarrollo de la adicción según el género del adicto/a y las circunstancias que inciden en la menor presencia de adictas en los Centros de Tratamiento así como su diferente evolución terapéutica.

Así, confeccionamos un nuevo vademécum partiendo de la revisión del publicado por IREFREA en el año 2000, sometiendo a un profundo análisis las circunstancias implicadas en el desarrollo de la adicción en las mujeres así como de la evolución de las diferentes opciones de tratamiento, para poder plantear alternativas y nuevas propuestas que permitan una intervención más eficaz y ajustada a las necesidades de la mujer adicta, al mismo tiempo que posibilite la identificación de los factores de riesgo que incumben a las mujeres y el desarrollo de propuestas de intervención que tengan en cuenta los factores de especificidad en el género y su relación con la adicción.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo se ha desarrollado en seis países europeos: Alemania, Austria, España, Francia, Italia y Portugal. En una fase inicial se parte del análisis de los conocimientos de la realidad de la mujer adicta adquiridos durante los estudios realizados en los últimos años desde IREFREA para proceder a la revisión de las principales conclusiones y resultados de nuestros estudios de forma que, en una segunda fase, puedan someterse al análisis de diferentes expertos y a su posterior reformulación como un nuevo vademécum que permita la comprensión de los aspectos implicados en la adicción entre las mujeres y añadiendo propuestas dirigidas a mejorar la intervención preventiva y terapéutica.

En cada país se seleccionó a profesionales expertos en las diversas esferas implicadas en la adicción, su tratamiento y especialmente en las peculiaridades de la mujer adicta, para confeccionar un grupo de discusión que permitiera un análisis multidisciplinar de la relación entre género y adicción.

A estos grupos de expertos se les entregaron los resultados de los estudios que desde IREFREA realizamos en los últimos años, las publicaciones de IREFREA así como una selección de la bibliografía más relevante sobre la materia, para que dispusiesen de material y tiempo para su análisis individual.

Posteriormente se realizaron reuniones de los expertos seleccionados en cada país en las que, mediante técnicas de Focus Group, se analizaron las variables que se habían observado con mayor relevancia en el desarrollo de adicción entre las mujeres.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las reuniones de expertos surgió el material básico con el que elaborar una guía donde se recogen los puntos clave en adicción e identidad de género y, de forma consensuada, se plantean las necesidades y nuevas estrategias de intervención tanto preventiva como terapéutica en forma de Manual de Comprensión e Intervención.

De la revisión final de los expertos en cuanto a los 41 ítems del vademécum anterior, se concretó en una guía de 12 puntos en la que se incluye la prevención, epidemiología, reinserción, investigación, intervención en la maternidad responsable, sexualidad, familia de origen, pareja, oferta terapéutica y tratamientos específicos.

Promoção e Intervenção breve. Desenvolvimento de um programa em Cuidados de Saúde Primários

CRISTINA RIBEIRO E TERESA SÁ NOGUEIRA

Centro de Salud Sete Rios. Lisboa (Portugal)

Enviar correspondencia a:

Rua cidane nova Lisboa, 63. 1800-107 Lisboa. Cristina.mpr@sapo.pt

INTRODUÇÃO

Os Problemas Ligados ao Álcool (PLA), constituem um importante problema de Saúde Pública e interferem com variados aspectos da vida do indivíduo, desde os problemas de saúde individual e familiar, aos de nível laboral e social tendo um impacto significativo a nível do contexto económico. Os cuidados de saúde primários ocupam uma posição privilegiada em termos da intervenção quanto aos problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas no que respeita a detecção e primeira linha de intervenção.

O Plano de Acção contra o Alcoolismo de 2000 e o plano Nacional de saúde 2004-2010 especificam o desenvolvimento de projectos de abordagem precoce dos consumidores excessivos através do treino e preparação adequados dos técnicos de saúde, particularmente daqueles que trabalham na área dos Cuidados de Saúde Primários.

Neste contexto apresenta-se o desenvolvimento de um projecto de intervenções breves no consumo excessivo de álcool coordenado pela Direcção Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral da Saúde.

OBJECTIVOS

1. Aumentar as aptidões e competências dos profissionais de saúde na gestão dos consumos excessivos de bebidas alcoólicas dos seus utentes no âmbito dos Cuidados saúde primários.
2. Contribuir deste modo para a redução do consumo de bebidas alcoólicas dos utentes com consumos excessivos nos Cuidados de saúde primários e promovendo assim estilos de vida mais saudáveis.

METODOLOGIA

- Realização de um inquérito nacional, para avaliar as capacidades dos Profissionais de saúde nomeadamente Clínicos Gerais de lidar com os Problemas Ligados ao Álcool cujos resultados se apresentam nestas jornadas.
- Formação dos Profissionais de Saúde, nomeadamente dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com conhecimentos em Alcoologia, que lhes permita uma melhor e mais precoce detecção dos utentes com consumo excessivo de álcool; implementação e disseminação do programa formativo.
- Desenvolvimento de um programa estruturado de treino de profissionais de saúde em abordagem de consumidores excessivos de bebidas alcoólicas, do tipo intervenções breves com monitorização continuada.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

São apresentados os resultados da auscultação dos profissionais de saúde e da formação que tem sido realizada. Estes dados correspondem a duas fases em desenvolvimento deste projecto que decorre actualmente na Direcção Geral da Saúde.

Há que definir as prioridades necessárias no sentido de sensibilizar estes profissionais para os problemas relacionados com o consumo excessivo de álcool, a importância da detecção e abordagem nomeadamente através das intervenções breves de base motivacional e a definição de critérios de seguimento e referenciação a cuidados secundários. Há também que proceder posteriormente á monitorização e avaliação das competências desenvolvidas nesta área.

Tratamientos con nicotina más eficaces: ¿Más nicotina o mejor forma de administración?

JUAN ANTONIO RIESCO MIRANDA

Neumólogo especialista en Tabaquismo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Enviar correspondencia a:
Cáceres. jrm4653@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica actual considera que el tratamiento del tabaquismo debe incluir una combinación de tratamiento farmacológico para aliviar la dependencia que el fumador tiene por la nicotina y apoyo psicológico para combatir la adicción que el fumador tiene por el consumo inhalado de tabaco.

El tratamiento farmacológico debe ser suministrado a todo fumador que esté realizando un serio intento de abandono de consumo de tabaco, a no ser que existan contraindicaciones para ello (1).

Terapia Sustitutiva con Nicotina. Concepto

Se define como TSN a la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia pero insuficiente para crear dependencia (2). Esta definición presenta tres características destacables:

- La administración se realiza por una vía distinta al consumo de cigarrillos.
- La cantidad de nicotina administrada tiene que ser suficiente para evitar la aparición del síndrome de abstinencia.
- La cantidad suministrada tiene que ser la adecuada ("suficientemente baja") para no crear dependencia.

FORMAS DE TSN

Chicles de Nicotina

El chicle es una forma de administración rápida de nicotina. Esta es una de sus características diferenciales. Por un lado puede ser utilizado de forma puntual con el objetivo de controlar situaciones de "craving" intenso, y por otro, puede ser administrado de forma pautada para conseguir continuos niveles de nicotemia que ayudaran a que el fumador alivie sus síntomas del síndrome de abstinencia.

Pastillas para chupar de nicotina

Se trata de unas pastillas que contienen 1 mg de nicotina. Su mecanismo de absorción así como su farmacocinética es similar a la del chicle de 2 mg de nicotina. La principal ventaja de esta forma de TSN es su fácil utilización y la escasez de efectos adversos.

Parche de nicotina

El parche es un dispositivo que cargado de nicotina esta dispuesto para liberarla a través de la piel cuando es adherido a la misma. Existen dos tipos de parches. Unos que liberan nicotina durante 24 horas y que deben ser utilizados durante todo el día y otros que la liberan durante 16 horas y que deben ser utilizados mientras que el sujeto esta despierto.

¿Cómo podría incrementarse la eficacia de la TSN?

El último meta-análisis realizado para valorar la eficacia del tratamiento del tabaquismo con TSN muestra que la odds ratio para la abstinencia con los diferentes tipos de TSN comparada con los controles es de 1.77 (95% IC 1.66-1.88). Esta eficacia no sólo aparece cuando la TSN es ofertada y controlada por un profesional sanitario en el contexto de un programa de deshabituación sino que también se mantiene cuando es ofertada como producto OTC sin proporcionar ningún tipo de apoyo psicológico(3).

En los últimos años, se han realizado diferentes estudios con el objetivo de obtener un incremento significativo de la eficacia de este tipo de tratamiento. Para ello, se han seguido tres líneas de investigación: Mientras que algunos análisis han tratado de buscar un incremento de la eficacia mediante un aumento de la dosis de nicotina, otros han preferido tratar de mejorar la forma de administración de esta con el objetivo de conseguir picos de nicotemia más altos y rápidos.(4- 8). En algunos estudios se ha preferido analizar la eficacia de la combinación de diferentes vías de administración de la nicotina. (9-11).

AUMENTO DE DOSIS

Con las dosis a las que habitualmente se utiliza la TSN, no se obtienen porcentajes de sustitución adecuados. Habitualmente, sólo se cubre entre el 30% y el 45% de los niveles que el fumador tiene cuando consume tabaco. Mientras que diferentes estudios han demostrado que la utilización de parches de nicotina a altas dosis incrementa significativamente la eficacia, otros no han encontrado este resultado. (5,6). No obstante, si que parece demostrada la seguridad de uso de este tipo de tratamiento.(4). Hoy en día, podemos recomendar que esta forma de terapia sea realizada en unidades especializadas, con control de las concentraciones de cotinina sanguínea pre y post tratamiento, y en fumadores con alto grado de dependencia que han fracasado en intentos previos en los que utilizaron nicotina a las dosis habituales (5-7).

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

Con los actuales tipos de TSN no se llegan a alcanzar picos de nicotemia ni tan rápidos ni tan altos como los que se obtienen con el consumo de un cigarrillo. (7). Esto explica la escasa eficacia de la TSN para controlar los momentos puntuales de craving que sufren los fumadores cuando están dejando de fumar y que son una de sus principales causas de recaída.

Un planteamiento para el futuro sea conseguir un dispositivo de inhalación que pueda condensar moléculas de nicotina en partículas de menos de 0.5 micras de diámetro. De esta forma se alcanzarían fácilmente los alvéolos y así se obtendrían rápidos y altos niveles de nicotemia. Hasta el momento, sólo un estudio ha probado la eficacia de un nuevo chicle de nicotina que libera la droga de forma bifásica. Se trata de una goma de mascar que inmediatamente después de la masticación libera altas dosis de nicotina y que pasados tres minutos empieza a liberar nicotina a las dosis habituales. (8).

COMBINACIÓN DE DIFERENTES FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

El fundamento para este métodos se basa en la utilización de dos tipos de TSN con diferente forma de liberación, una rápida, generalmente el chicle, para conseguir controlar mas eficazmente el craving, y otra, lenta, generalmente el parche, para conseguir controlar mejor los síntomas del síndrome de abstinencia; es una forma de TSN que ha sido comprobada en varios ensayos. (9-11).

En todos ellos, se ha demostrado que la utilización de terapia combinada es más eficaz que la de cada una de ellas por separado OR 1.9 (95% IC 1.3- 2.6).

CONCLUSIONES

El aumento del conocimiento de la neurobiología de la nicotina debe acompañarse de un incremento en la eficacia de los tratamientos farmacológicos disponibles, no sólo por el hallazgo de nuevas dianas terapéuticas sino por un mejor uso de las ya existentes. En el caso de la TSN, es indudable que su eficacia podrá verse incrementada al comprobar el buen perfil de seguridad que acompaña al incremento de dosis.

Faltan estudios que permitan introducir nuevas vías de administración seguras y eficaces.

A pesar de la evidencia científica que sustenta la combinación de diferentes formas de TSN para incrementar la eficacia del tratamiento, las regulaciones legales siguen impidiendo que esta forma de tratamiento pueda ser especificada en los prospectos de las diferentes presentaciones. Sería muy importante y beneficioso para la salud pública que este tipo de trabas legales, meramente burocráticas y no sustentadas por la evidencia científica, pudieran ser solventadas lo antes posible.

REFERENCIAS

- (1) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- (2) Fagerström KO, Jiménez Ruiz CA. Tratamiento sustitutivo con nicotina. En: Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, eds. Tabaquismo. Monografías Neumomadrid. Madrid: Ergon; 2004. p. 101-110.
- (3) Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replcemet therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004;(3): CD000146. Review.
- (4) Zevin S, Jacob III P, Benowitz NL. Doserelated cardiovascular and endocrine effects of transdermal nicotine. Clin Pharmacol Ther 1998; 64:87-95.
- (5) Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, Hurt R, Offord KP Croghan IT et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. JAMA 1995;274:1347-1352.
- (6) Hughes JR, Lesmes GR, Hatsukami DK, Richmond RL, Lichenstein E, Joremby EF et al. Are higher doses of nicotine replacement more effective for smoking cessation. Nicotine Tob Res Res 1999;1:169-174.
- (7) Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL, Graysson RF, London E. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. Drug Alcohol Depend 1993;33:23-29.

- (8) Niaura R, Sayette MA, Shiffman S. Comparative efficacy of rapid-release nicotine gum vs. Nicorette in relieving smoking cue-provoked craving. Presented at: Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco; February 19–22, 2003; New Orleans.
- (9) Fagerstrom KO, Schneider NG, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 1993;111:271–277.
- (10) Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs JK, Gusstavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. *Prev Med* 1995;24:41–47. 11.-. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia. *Tob Control* 1995; 4:231–235.

Programas en las prisiones de Cataluña

XAVIER ROCA

Cap de la Secció de Tractament. Server de Rehabilitació. Subdirecció General de Programes de Sanitat i Rehabilitació. Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Generalitat de Catalunya

Enviar correspondencia a:
c/ Fassina del Moliner nº. 08850 Gavà. Barcelona. xrocat@gencat.net

Desde que Cataluña asumió las competencias de los servicios penitenciarios en el año 1984, el abordaje de las toxicomanías ha sido uno de los temas centrales en la intervención el medio penitenciario.

Esta preocupación ha llevado a elaborar distintos proyectos y experiencias dirigidos a abordar esta problemática. Con la finalidad de poder armonizar y establecer las líneas principales de intervención se elaboró un Programa Marco cuya última revisión es del 2003.

En la ponencia se expondrán las líneas centrales del abordaje de las drogodependencias en Cataluña así como las razones que justifican las distintas intervenciones para la rehabilitación de internos con problemas de drogas.

En la ponencia se expondrán el seguimiento que se ha hecho de 677 internos que pasaron en distintos programas de tratamiento entre los años 1990 y 1998 y con un seguimiento medio de más de 4 años para evaluar la reincidencia, obteniendo una reincidencia de 34% de media.

Se comentaran estos resultados así como los planteamientos y necesidades futuras.

Anticomociales en el tratamiento de Trastornos de Conducta Alimentaria

GLORIA RODRIGO MONTÓ* ; MILAGROS FUENTES ALBERO**

* Psiquiatra Unidad de Trastornos de Alimentación.Hospital General Valencia

** Residente cuarto año de psiquiatría.Hospital de Elche

Enviar correspondencia a:

San Vicente Mártir 61.6°. 46002 Valencia. gloria_rodrigo@yahoo.es

INTRODUCCION

En la actualidad ya es manifiesta la eficacia de los antiepilépticos frente a otros fármacos en el tratamiento de control de impulsos.

Consideraremos la impulsividad presente como rasgo de personalidad sin llegar a límites clínicos, frente a una impulsividad como síntoma de entidades en la que el control de impulsos, es baja ó inexistente con graves repercusiones en la funcionalidad del individuo que la padece.

En los TCA la impulsividad esta claramente implicada también a tener en cuenta la existencia de ansiedad previa grave y la vivencia de que el acto impulsivo libere dicha tensión no sin posteriores sentimientos de insatisfacción ó culpa.

En la neuroquímica de la impulsividad múltiples estudios realizados concluían en la disfunción del sistema serotoninérgico. Recientes hallazgos sobre la implicación de los sistemas GABA Y GLUTAMAERGICO, lleva a que abundando en la experiencia con anticonvulsivantes convencionales se investigue y dispongamos actualmente de nuevos anticonvulsivantes más específicos, mejor tolerados, y claramente eficaces.

METODOLOGIA

En esta comunicación nos planteamos revisar estudios realizados en pacientes afectados de TCA,valorando la coexistencia con trastornos de personalidad, otras conductas impulsivas así como la comorbilidad co patología afectiva. En todos ellos se aplicaron tratamientos con anticonvulsivantes. Encontramos que así como en patología bipolar, como eutimizantes, la literatura era extensa en TCA se dispone de menos información.

La revisión de estos estudios permite destacar la buena tolerancia y su eficacia en espectro de Trastorno de Control de Impulsos. En estudios sobre las bases biológicas de los TCA encontraron correlación positiva entre impulsividad y ansiedad en población anoréxica y entre ansiedad y disfunción serotoninérgica en el grupo de anorexia impulsiva.

En pacientes bulímicas, se ha encontrado que la psicopatología estaba ligada a conductas impulsivas (robos,autolesiones...) y puntuaciones superiores en impulsividad que anorexias purgativas.

Aportamos datos sobre la aplicación de estas sustancias en un estudio realizado a pacientes bulímicas multipulsivas, que sería cuando lleva asociado tres conductas impulsivas. Presentaban igualmente mayor patología afectiva que en otras poblaciones afectas de TCA.

CONCLUSION

La revisión de los estudios realizados nos demuestra la especificidad, eficacia y tolerabilidad de los anticonvulsivantes, si bien observamos diferencias en su indicación.

Aunque es difícil encontrar conductas impulsivas sin estar asociadas a otras patologías, el Topiramato demuestra claramente su eficacia.

En patología alimentaria asociada a sintomatología ansiosa grave, la Gabapentina y Pregabalina tendrían su mejor indicación.

De la Oxcarbameceptina aunque disponemos de muy poca literatura en nuestro estudio observamos una buena efectividad en Bulimia multiimpulsiva asociada a trastornos afectivos.

Aproximación al pasado, presente y futuro de las ¿¿drogas??

MARIA DOLORES RODRÍGUEZ

FAUDAS

Enviar correspondencia a:
General kirkpatrick, 5. 28027 Madrid. mdr.ciudadania@telefonica.net

La perspectiva temporal ayuda a situar la realidad y a gestionarla. Partimos del pasado para construir el presente y el futuro. El análisis del presente ha de ser también cualitativo y, como encuadre, desde su dimensión estructural. El futuro, en última instancia, tal y como contesto Keynes cuando le preguntaron que como veía el futuro, "el futuro no se ve, el futuro se hace".

Necesitamos reflexión a fondo. El abordaje del consumo problemático de sustancias es de una enorme complejidad. La tendencia a no actuar de manera integral responde a intereses que tienen más que ver con prevenir la posible alarma social y el desajuste mediático y a encuadrarse en la "corrección política" que tanto miedo tiene a nombrar las cosas.

Este marco me lleva a enfocar el problema, no desde las sustancias sino desde las personas, desde la integralidad del ser humano, desde la sociedad en su conjunto y el modelo social. Por ello, la reflexión ha de huir de prejuicios, estereotipos y dogmatismos, abogando por la centralidad del respeto a las personas, sin manuales ni recetas.

La palabra "droga", en cuanto tal, tiene un uso polisémico. Como sustancia, sin más, no es ni buena ni mala. Es la etiología del consumo abusivo de algunas de ellas y sus consecuencias lo que se constituye en un fenómeno complejo en sí mismo por sus características y porque sus implicaciones concretas dependen de y afectan a todo un modelo de convivencia, en cada sociedad y en cada cultura.

La dependencia a determinadas drogas viene determinada por los efectos bioquímicos que produce y por la estructura social donde se desenvuelve el sujeto, sus relaciones dentro de un grupo y la agresividad de los mecanismos del mercado del producto (por eso hablaremos del "marco"). Las relaciones afectivas irán reduciéndose hasta ceñirse estrictamente al grupo de iguales. Esto se producirá por la presión social y por su propia necesidad de identificarse con "los que son como él", tienen sus mismos hábitos y además, como él, dirigen todos sus esfuerzos y su imaginación a conseguir la sustancia. Esto explica la denominada "dependencia social". Encaminarnos hacia este tipo de análisis puede ayudar, desde un debate valiente y profundo, a minimizar los daños de generalizaciones y denominaciones poco adecuados como "lacra", "degeneración del usuario", etc.

El enfoque desde las personas nos permite acercarnos a la realidad de un colectivo concreto de ciudadanos que tienen un problema que entre todos hemos convertido en estigmatizante: son consumidores de sustancias "ilegales" (y parecería que ellos también lo son), o legales y su propia conducta y modo de vida nos cuestio-

na quiénes somos nosotros mismos, desde nuestros miedos y también desde nuestros valores. A veces me pregunto si “las drogas” no se constituyen en un chivo expiatorio de carencias y modelos sociales de las que pueden llegar a ser causa y/o efecto.

Sistema dopaminérgico y adicciones

**ROBERTO RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, GUILLERMO PONCE, ALEXANDRA BAGNEY, JANET HOENICKA,
MIGUEL-ÁNGEL JIMÉNEZ-ARRIERO**

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Enviar correspondencia a:

Avda. Córdoba s/n. 28041 Madrid. roberto.rodriguez.jimenez@gmail.c

El circuito cerebral de recompensa incluye diversas áreas cerebrales, tales como núcleo accumbens, amígdala, cortex prefrontal, y área tegmental ventral. La dopamina juega un papel fundamental en dicho sistema cerebral de recompensa. La liberación en el núcleo accumbens de dopamina desde neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral se ha señalado como fundamental en relación a las propiedades reforzantes de las sustancias adictivas. Diferentes líneas de evidencia apoyan el papel de la dopamina liberada en el núcleo accumbens en los procesos de búsqueda de recompensa, y en los trastornos adictivos. En este sentido, estudios tanto preclínicos como de neuroimagen han señalado que la liberación de dopamina en el estriado ventral se relaciona con la experiencia hedónica producida por el consumo de sustancias adictivas.

Sin embargo, los efectos placenteros por sí solos, no pueden explicar todos los fenómenos que se producen en los trastornos adictivos. Así, la investigación sobre adicciones ya no se focaliza principalmente en los aspectos de la recompensa, sino que se dirige también a los aspectos motivacionales de la conducta adictiva. Los estímulos asociados con el consumo de tóxicos pueden activar circuitos motivacionales y elicitar un elevado deseo para el consumo de sustancias (craving). Diferentes estudios han mostrado cómo estos estímulos condicionados al consumo de tóxicos pueden inducir la liberación de dopamina en la región mesolímbica, señalando así la importancia del sistema dopaminérgico en el craving. Estas propiedades motivacionales de los tóxicos pueden perdurar durante años tras el cese del consumo, o incluso toda la vida del sujeto, lo que contribuye a explicar el curso evolutivo con frecuentes recaídas.

El sistema dopaminérgico ha sido implicado en procesos atencionales, especialmente en los de atención selectiva. En relación a ello, se presenta la teoría de la sensibilización del incentivo, en la que se propone que la activación dopaminérgica del circuito cerebral de recompensa por estímulos que señalicen el refuerzo, podría llevar a una excesiva focalización atencional en señales y en conductas que llevarán a un consumo tóxico.

En los trastornos adictivos, se ha señalado la importancia de los factores genéticos. La presencia de variaciones en alguno de los genes relacionados con la síntesis y degradación de la dopamina, con su recaptador o con los subtipos de receptores que han sido descritos para este neurotransmisor, podrían afectar a la vulnerabilidad a generar la conducta adictiva. En este sentido, se han estudiado diferentes polimorfismos, siendo los hallazgos más consistentes los relacionados con el alelo Taq1A inicialmente localizado en la región 3' del gen DRD2, y actualmente en el gen ANKK1.

La sociedad del riesgo, ¿concepto teórico o metáfora?

ORIOI ROMANÍ

URV, Tarragona; Grup IGIA, Barcelona

Enviar correspondencia a:

Plaça Imperial Tàrraco, 1. 43005 Tarragona. Cataluña. oriol.romani@urv.cat

Las principales posiciones teóricas de las ciencias sociales sobre el análisis del riesgo en nuestras sociedades contemporáneas.

El riesgo como “deus ex machina”: de la tecnología descontrolada, al terrorismo, la alimentación o las drogas.

Percepción del riesgo y representaciones sociales: algunas primeras paradojas alrededor de las representaciones sociales hegemónicas, aquellas significativas para las personas en determinadas situaciones, y ciertas percepciones de riesgo.

EL CONSUMO: ECONOMÍA, IDENTIDAD, ESTILOS DE VIDA.

El rol cada vez más central del consumo en las sociedades de la llamada globalización: de la producción al consumo a través de una división mundial del trabajo.

Consumo y mercado: la masificación como ley de vida, tanto en la producción material como en la simbólica (ejemplo de las noticias).

Consumo e identidad: el modelo cultural hegemónico de construcción de una identidad a través del consumo, como oferta para la juventud... y los no tan jóvenes!

Consumo y salud: estilos de vida y equilibrios casi imposibles. Complejidades y paradojas de los estilos de vida: conductas, condiciones estructurales y discursos culturales.

DROGAS Y SOCIEDAD DE CONSUMO, “HIC ET NUNC”

La normalización de los consumos de drogas en España. El “trío” de alcohol, tabaco y cannabis... y las otras.

Algunos problemas relacionados con dichos consumos: de la clandestinidad a la masificación, de los “yanquis” a los adolescentes, de la salud a la seguridad pública.

El alarmismo: ¿de qué sirve el “mas de lo mismo” aunque sea bajo ropajes nuevos? Posibles utilidades sociales que expliquen su persistencia.

Paradojas de la intervención social en drogas: constatación del fracaso de la prevención y coherencia en las opciones...

Riesgos, consumos y drogas: la necesidad de una reevaluación.

Neuroimagen en la adicción crónica a cocaína

M. J. ROMERO*†; VANESA MESEGUER; CÉSAR ÁVILA**; FRANCISCO BOSCH-MOREL†; AMPARO SÁNCHEZ+; CARMINA PALAU+; MARISA DORADO***; VICENTE BELLOCH*; ALFONSO BARROS-LOSCERTALES**; SAMUEL ASENSIO†; FRANCISCO JAVIER ROMERO†**

* H. Arnau de Vilanova (Eresa) Valencia, †IDYCA, UCH-CEU, Moncada.

** Universidad Jaime I, Castellón, +UCA Paterna.

*** UCA, Torrente.

Enviar correspondencia a:

C/ Arquitecto Mora 3. 46010 Valencia. mjromero@eres.com

INTRODUCCION

La Resonancia Magnética permite llevar a cabo estudios con técnicas específicas, como la RM funcional, el DTI (Imagen de Tensor de Difusión) y estudios de volúmenes cerebrales con técnicas morfométricas.

Los problemas conductuales y cognitivos en el abuso crónico de drogas tienen una expresión morfológica cerebral que se traduciría en una alteración estructural y funcional de las áreas cerebrales implicadas. La Neuroimagen puede llegar a identificar las regiones cerebrales dañadas en los procesos relacionados con la dependencia a sustancias adictivas (alcohol, cocaína, etc.). La Resonancia Magnética (RM) se ha establecido como un método eficaz de diagnóstico por imagen, cada vez con mayor resolución espacial, temporal y de contraste tisular, y con nuevas aplicaciones clínicas.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se ha centrado en un grupo homogéneo de pacientes (12) con consumo crónico de cocaína esnifada, sin antecedente de enfermedad psicológica ni orgánica conocida, que acude a la Unidad de Conductas Adictivas de Paterna (Valencia) para comenzar tratamiento y que participan en el proyecto de forma voluntaria.

Con un equipo de RM de alto campo (Siemens 1.5 Tesla, Eresa) en el Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, y mediante un complejo sistema de presentación de imágenes (Visua Stim XGA, Resonance Technology, Inc.)

RESULTADOS Y DISCUSION

¿Qué efectos provoca en el sistema emocional el consumo crónico de cocaína?

Las personas adictas a cocaína, en nuestro estudio, presentan una menor activación de las áreas cerebrales implicadas en el procesamiento emocional de estímulos naturales, es decir, de estímulos no asociados a la droga: el sistema límbico (el cíngulo anterior, amígdala, núcleo accumbens, hipocampo, etc.). El sujeto adicto procesa el estímulo condicionado a las drogas como algo relevante; la droga modula el sistema emocional de estos pacientes.

También se ha podido comprobar que el adicto a cocaína procesa el estímulo de la droga con la parte emocional del cíngulo anterior, específicamente, de acuerdo con la sugerencia previa de Goldstein & Volkow (2002). El DTI sugiere una posible neuroadaptación estructural. Este déficit de activación y el déficit demostrado en modelos experimentales, que provoca el consumo crónico de la cocaína sobre la neurogénesis hipocampal (Domínguez-Escribá et al., 2006), podrían estar relacionados. Más estudios son necesarios para elucidar estos aspectos.

Financiado parcialmente por la Dirección General de Drogodependencias (Generalitat Valenciana), Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo) y FEPAD.

BIBLIOGRAFÍA

Domínguez-Escribà, L.; Hernández-Rabaza, V.; Soriano-Navarro, M.; Barcia, J.A.; Romero, F.J.; García-Verdugo, J.M. & Canales, J.J. (2006) Chronic cocaine exposure impairs progenitor proliferation but spares survival and maturation of neural precursors in adult rat dentate gyrus. *Eur. J. Neurosci.* 24, 586-594.

Goldstein R. Z. & Volkow, N. D. (2002) Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am. J. Psychiatry* 159, 1642-1652.

Perspectiva de género, salud y uso de drogas

NURIA ROMO AVILÉS

Universidad de Granada. Departamento de Antropología Social. Instituto de Estudios de la Mujer

Enviar correspondencia a:
Urbanización Cármenes. 18011 Granada. nromo@ugr.es

INTRODUCCIÓN

La aplicación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud pública está siendo un revulsivo para cuestionar conocimientos aceptados de manera unánime en la comunidad científica. Sabemos que ha sido frecuente relacionar las diferencias en el estado de salud entre ambos sexos con factores biológicos que incluyen, aunque no se limitan sólo a ellas, las características reproductivas. Diferencias genéticas, hormonales y metabólicas desempeñan un papel importante en los distintos patrones patológicos según el sexo. Nuevas miradas y procesos de reconstrucción de los discursos científicos estas uniendo a la perspectiva más biologicista las características de género, socialmente construidas, que se consideran también como determinantes en gran medida el estado de salud. (Altacoz, L. 2004).

En el ámbito de las "drogodependencias" la mirada dicotómica del sexo está también ampliándose a nuevas visiones más comprensivas hacia los factores que llevan a usar y abusar de manera diferente entre los sexos de las distintas drogas. La construcción del fenómeno de la "drogodependencia" como problema social ha funcionado restando importancia a las mujeres en sí mismas. Entre tanto, el feminismo ha tratado de colocar a las mujeres en el campo de la adicción y así contamos con distintas investigaciones que aplican la perspectiva de género a los distintos usos de drogas (Destacan en el ámbito anglosajón trabajos seminales como los de Taylor, 1993 o Rosebaum, 1981 y en España los de Meneses, C., 2001 y Gómez, J., 2003).

Incluir la perspectiva de género en el campo de las drogodependencias se acompaña de la innovación metodológica. Las dinámicas de poder vistas desde la perspectiva de género son demasiado complicadas como para ser reducidas a variables lineales discretas. Emergen en el marco de procesos sociales históricamente determinados. (Bourgois, P., 2002).

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos analizado la investigación publicada en el Estado Español sobre género y salud, relacionando los resultados con la experiencia investigadora sobre uso de drogas legales e ilegales en las mujeres.

Se analizan resultados de diferentes proyectos de investigación en los que se ha aplicado la perspectiva de género para conocer mejor la realidad de las mujeres.

Se llevan a cabo propuestas para llevar a cabo intervenciones sensitivas desde la perspectiva de género.

RESULTADOS

Los datos epidemiológicos muestran con unanimidad que las mujeres usan drogas legales y los varones drogas ilegales (Romo et al., 2003). En las últimas décadas, se viene produciendo un aumento progresivo y alarmante del uso de sustancias "legales" entre las mujeres. En concreto, en el de tabaco, alcohol y psicofármacos entre las mujeres jóvenes y adultas en el Estado Español. Una explicación a estas diferencias de género en los consumos intensivos puede estar en la distinta forma en la que los varones y mujeres afrontan conductas de riesgos. Los varones suelen arriesgarse más y son socializados en una diferente acción y percepción frente al riesgo.

Los conceptos que tradicionalmente hemos utilizado en el ámbito de las drogodependencias no son útiles a la hora de aplicar la perspectiva de género. Analizar la influencia del género en los usos de drogas supone proponer nuevos conceptos como "consumo de sustancias" más útil que los tradicionales "adicción" o "consumo de drogas".

REFERENCIAS

- Artacoz L, et al. Géneros, trabajos y salud en España. *Gac Sanit* 2004; 18, Supl 2: 24-35.
- Gómez Moya Josefa. El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica Valencia: Universitat de Valencia. Dpt. de Treball Social i Serveis Socials, 2003.
- Meneses Falcón MC. Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroíomanía femenina Granada: Universidad de Granada, 2001.
- Romo Avilés N, Vega A, Meneses C, Gil E, Márkez I, Poo M. Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias* 2003; 28(4):372-80.
- Rosenbaum M. *Women on heroin*. California: Rutgers University Press, 1981.
- Taylor A. *Women drug users: an ethnography of a female injecting community*. Oxford: Clarendon Press, 1993.

El uso del cannabis y el riesgo de psicosis como ejemplo de interacción genes-ambiente en el origen del trastorno mental

A. ROSA¹, C. HENQUET², L. KRABBENDAM², S. PAPIOL³, L. FAÑANÁS³, M. DRUKKER², JG RAMAEKERS², J. VAN OS²

- (1) Unitat de Biologia Evolutiva. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra
(2) Department of Psychiatry and Neuropsychology, South Limburg Mental Health Research and Teaching Network, EURON, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands
(3) Unitat d'Antropologia. Departament de Biologia Animal. Facultat de Biologia. Universitat de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Avda. Diagonal, 645. 08028 Barcelona. araceli.rosa@upf.edu

Diversos estudios prospectivos llevados a cabo en diferentes poblaciones han demostrado que el uso de cannabis constituye un factor de riesgo, tanto para algunos síntomas psicóticos como las alucinaciones y los delirios, como para el diagnóstico clínico de esquizofrenia. En individuos jóvenes con elevados niveles de esquizotipia (high psychometric psychosis liability), la probabilidad de experimentar síntomas psicóticos tras el consumo de cannabis es mayor que en individuos con baja vulnerabilidad, poniéndose de manifiesto una mayor sensibilidad al cannabis de estos individuos. De acuerdo con Caspi y colaboradores un polimorfismo funcional en el gen COMT (Val158Met) podría estar implicado en la modulación del riesgo para desarrollar psicosis tras el consumo de cannabis.

El objetivo de nuestro estudio fue investigar, analizando este mismo polimorfismo, la interacción gen-ambiente que puede subyacer a la asociación entre cannabis y psicosis.

Material y Método: Para ello se llevó a cabo un diseño experimental doble ciego controlado con placebo en que, 30 pacientes con trastorno psicótico, 12 familiares de primer grado de los pacientes y 32 controles, fueron expuestos a THC (delta-9-tetrahydrocannabinol, principal componente psicoactivo del cannabis) o placebo, y valorados a continuación para diversas variables cognitivas y para la existencia de experiencias psicóticas. A todos los individuos se les tomó una muestra de saliva que permitió genotipar el polimorfismo Val158Met del gen de la COMT y se les midieron los niveles de esquizotipia.

Resultados: Los resultados pusieron de manifiesto que existía una triple interacción entre el uso de cannabis, el genotipo de la COMT y el nivel de vulnerabilidad de los participantes. Así los individuos portadores del alelo Val (genotipos Val/Val o Val/Met) eran mucho más susceptibles a sufrir experiencias psicóticas tras la exposición al cannabis, pero especialmente el grupo de individuos con mayor vulnerabilidad. Asimismo, los portadores del alelo Val eran mucho más sensibles al efecto negativo del Δ -9-THC en funciones cognitivas, especialmente en atención y memoria, comparado con los individuos portadores del alelo Met.

Conclusión: A la luz de estos resultados, tan solo señalar a modo de conclusión, que muy probablemente una parte importante de los esfuerzos en la futura investigación en enfermedad mental habrán de orientarse hacia la comprensión de la interacción entre el ambiente (entendido en su acepción más amplia) y los factores de riesgo genético que progresivamente se vayan conociendo. La comprensión de las complejas interacciones entre genes y ambiente tal vez pueda conducir al entendimiento de algunos aspectos neurobiológicos y fisiopatológicos subyacentes a los fenómenos psicopatológicos que tienen lugar en el cerebro de los pacientes, y así permitir el avance en la investigación.

Sistema serotoninérgico y dependencia a opiáceos

PILAR ALEJANDRA SÁIZ

Profesor Titular - Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo

Enviar correspondencia a:
Area de Psiquiatría. 33006 Oviedo. Asturias. frank@uniovi.es

En el momento actual se acepta que la dependencia a sustancias está influida por factores socio-ambientales y genéticos. Estudios familiares ponen de manifiesto que el riesgo de padecer dependencia a opiáceos es de, aproximadamente, un 20% en familiares de pacientes con este trastorno (Saxon et al, 2005). Estudios en gemelos ponen de manifiesto una heredabilidad de este tipo de dependencia que oscilaría entre el 30-60% (Tsuang et al, 1998; Kendler et al, 2003). Por otra parte, estudios recientes sugieren la existencia de ligamiento entre dependencia a heroína y marcadores situados en el brazo largo del cromosoma 17 (Gelernter et al, 2006). El sistema serotoninérgico, específicamente, el transportador de serotonina (5-HTT) y la activación postsináptica del receptor serotoninérgico 2A (5-HT2A) podrían tener un papel relevante en la dependencia a heroína. A pesar de ello, los estudios genéticos de asociación caso-control, existentes hasta la fecha, no han llegado a generar resultados concluyentes.

A lo largo de esta ponencia se realizará una revisión del papel del sistema serotoninérgico en la adicción a heroína y se mostrarán datos de estudios realizados en nuestro ámbito que tratan de investigar la posible asociación entre dos polimorfismos del gen del receptor 5-HT2A (A-1438G y T102C) y dos polimorfismos del gen 5-HTT (5-HTT VNTR y 5-HTTLPR) y la dependencia a heroína. Nuestros datos sugieren una posible contribución del gen del receptor 5-HT2A en la susceptibilidad hacia la dependencia a heroína, a la vez que un posible efecto sinérgico entre los genes 5-HT2A y 5-HTT en dicha susceptibilidad.

Remodelaciones cromatínicas inducidas por drogas: Implicaciones en el desarrollo de la conducta adictiva y su terapéutica

CARLES SANCHIS SEGURA

Universitat Jaume I. Castelló

Enviar correspondencia a:

C/ Joaquín Costa 13-4-1. 12005 Castellón. csanchis@psb.uji.es

La adicción a drogas es un síndrome caracterizado por la búsqueda y consumo compulsivo de dichas sustancias a pesar de las posibles consecuencias negativas que de este comportamiento pudieran derivarse (American Psychiatric Association, APA; 2000). A través de una serie de aprendizajes desadaptativos, el adicto experimenta una reducción de los objetivos y una reorientación de sus estrategias conductuales, que pasan a estar gobernados por y hacia la droga, desdeñando otras fuentes de satisfacción alternativas y precipitando la pérdida de compatibilidad social (resultando en problemas laborales, familiares e incluso legales). Desde esta breve descripción, resulta ya aparente que una de las características principales de la adicción (y el principal problema clínico en cuanto a su tratamiento) es su persistencia y la presencia de continuas recidivas (Robinson y Berridge, 2004; Lubman et al., 2004; O'Brien y Gardner, 2005; Sanchis-Segura y Spanagel, 2006). En consecuencia, la identificación de los factores y mecanismos que controlan la durabilidad de estos cambios conductuales son fundamentales para nuestra comprensión y manejo de la conducta adictiva. (Robinson y Berridge, 2004; Wolf et al., 2004; Hyman, 2005; Jones y Bonci, 2005).

En este sentido, y aún cuando esta cuestión dista de estar resuelta, es ampliamente aceptado que en último término la pervivencia de cualquier tipo de memoria deriva de la reorganización funcional y/o estructural de sinapsis y circuitos cerebrales (neuroplasticidad). Este tipo de reorganizaciones estructurales van ineludiblemente ligadas a cambios en la expresión génica (y/o traducción proteica).

Sin embargo, existe una clara disociación en el curso temporal de los cambios de expresión génica inducidos por drogas (cuya duración rara se prolonga más allá de unas pocas semanas) y la persistencia de la conducta adictiva (que se mantiene por años e incluso pudiera ser irreversible; Shaham y Hope, 2005). Es por ello que existe un creciente interés en el estudio de posibles cambios persistentes en la estructura sináptica (y, consecuentemente, en la conducta) como resultado de modificaciones en la estructura de la cromatina que facilitan la expresión génica. Este tipo de remodelaciones cromatínicas podría proveer de un mecanismo que produzca neuroadaptaciones más estables y duraderas (Heyman et al., 2006). En este sentido, existe un número creciente de indicios experimentales, sobre todo en el contexto de la investigación de los mecanismos neurobiológicos que sustentan el aprendizaje y la memoria, que demuestran la existencia de este tipo de cambios (remodelaciones) en la estructura de la cromatina (Guan et al., 2002; Alarcón et al., 2004) así como la capacidad de dichos cambios para sustentar tendencias conductuales a lo largo de todo el ciclo vital de los individuos (Weaver et al., 2004).

La presente ponencia abordará las posibles implicaciones de este novedoso fenómeno para la conducta adictiva. Asimismo, y dado que existen estrategias farmacológicas que permiten su manipulación, se discutirá asimismo la posibilidad de que este tipo de mecanismos puedan usarse para revertir o sustituir aquellos hábitos (y otras formas de aprendizaje) que sustentan la conducta compulsiva que caracteriza al adicto.

Programas en instituciones penitenciarias: de la reducción de riesgos y daños a la reincorporación social

J. SANZ; C. ARCHANCO; E. ACÍN; R. DE LA TORRE

Subdirección General de Sanidad. Dirección General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior

Enviar correspondencia a:
Calle Alcalá nº 38, 3º. 28014 Madrid. julian.sanz@dgip.mir.es.

En la actualidad hay más de 55.000 internos en los 66 centros penitenciarios dependientes de la Administración Central. Una mayoría de estas personas eran consumidoras de drogas en el momento del ingreso en prisión, principalmente alcohol, cannabis, cocaína, heroína y psicofármacos, quedando de manifiesto la estrecha vinculación entre drogodependencia y comisión de delitos. Los drogodependientes que ingresan en prisión presentan un enorme deterioro biopsicosocial como consecuencia de unos estilos de vida marginales e insalubres y de unos patrones de consumo muy perjudiciales, en cuanto a sustancias, frecuencia elevada de consumo y utilización de la vía intravenosa, aún muy frecuente en estas personas. En definitiva, los drogodependientes que ingresan en prisión presentan graves problemas de salud, deficiencias educativas, de la personalidad y de convivencia, y marginalidad.

Desde un primer momento, y dado el estado biopsicosocial tan deteriorado en el que se encuentran al ingreso en prisión, el primer objetivo es evitar los riesgos y los daños asociados al consumo de drogas. Para ello se desarrollan programas sanitarios, prevención/educación para la salud/mediadores en salud, intercambio de jeringuillas y tratamiento con metadona.

Los programas sanitarios son determinantes en función de los frecuentes y graves problemas de salud, como son: tuberculosis, infección VIH, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual y salud mental. Los programas de prevención más eficaces son los de educación entre iguales, en los que grupos de internos, formados previamente, ejercen de una forma eficaz y efectiva el papel de agentes de salud, difundiendo información preventiva entre otros internos usuarios de drogas, buscando cambios en las conductas de riesgo. En cuanto al intercambio de jeringuillas, todas las prisiones tienen las condiciones técnicas y legales necesarias para desarrollar el programa en el caso de que se detecten usuarios de drogas por inyección y haya demanda de jeringuillas estériles. En 2005 hubo usuarios del programa de intercambio en 34 prisiones y se distribuyeron 22.989 jeringuillas. El programa de tratamiento con metadona se desarrolla en todas las prisiones. Durante el año 2005 han recibido tratamiento con metadona 19.010 internos, siendo la prevalencia día de 8.080 internos en programa, el 15,3% del total de la población interna.

La eficacia de estas intervenciones es evidente: a partir de 1996 se generaliza la implantación de los programas de reducción de riesgos y de daños, produciéndose una evolución favorable de la tuberculosis y de las infecciones por el virus del sida y el virus de la hepatitis C en prisiones. Se ha pasado de una tasa de 13,7 casos de tuberculosis por mil presos en el año 1996 a 3 casos por mil presos en 2004, de una tasa de 18,6 casos de sida por mil presos en el año 1994 a 2 casos por mil presos en 2004, de una seroprevalencia del virus del sida del 23% en 1994 al 10% en 2005, y de una seroprevalencia del virus de la hepatitis C del 48% en 1998 al 33% en 2005.

Otros programas que se desarrollan en internos drogodependientes son los de deshabituación y los de reincorporación social. En los primeros participan internos que están en procesos de cambio orientados a la abstinencia, abarcando actividades individuales y grupales dirigidas a la adquisición de estrategias y pautas de conducta que contribuyan a la normalización e integración social. En 25 centros penitenciarios estos programas se desarrollan en departamentos específicos, los módulos terapéuticos, en los que se intensifica la intervención multidiscipli-

nar. Durante el año 2005 han recibido tratamiento de deshabituación 7.188 internos, siendo la prevalencia día de 3.161 internos en programa, el 6% del total de la población interna.

Siendo el objetivo finalista la recuperación social de estas personas, se trabaja para dotar a los drogodependientes de las habilidades necesarias para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad. Los programas de reinserción social abarcan actividades de preparación para la salida, salidas programadas y periódicas del centro penitenciario y formación laboral. La fase crucial de todo el proceso terapéutico que se ha realizado en prisión es la continuación del tratamiento en libertad, evitando la ruptura del proceso terapéutico y manteniendo un proceso de cambio dirigido a la reinserción social. En esta fase es imprescindible el concurso de los recursos asistenciales comunitarios. Durante el año 2005 fueron derivados 4.693 internos a centros comunitarios, para continuar el tratamiento a su salida de prisión con motivo de alcanzar la libertad.

El desarrollo de programas con drogodependientes con problemática penal se sustenta en cuatro pilares: los profesionales de los centros penitenciarios, las ONGs, los Planes Nacionales y Autonómicos sobre Drogas y sobre el Sida y los recursos asistenciales comunitarios. Gracias a su participación y coordinación se hace posible la organización de soluciones múltiples y elaboradas ante una problemática cada vez más compleja y diversificada, con el fin de normalizar e integrar socialmente a las personas con problemas de drogodependencia y que han ingresado en centros penitenciarios.

Inserción social en usuarios de larga evolución

RAUL SORIANO Ocón

Sociólogo. Medicos del Mundo.

Enviar correspondencia a:

C/Valencia, nº 24, 4º. 28012 Madrid. raul.soriano@medicosdelmundo.or

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha observado la inserción sociolaboral, como el formato base para la inclusión social de las personas con una historia de consumo problemático de drogas ilegales. En la actualidad conocemos que parte de las personas que arrastran una larga evolución asociada al consumo de heroína y cocaína, presentan un perfil de difícil empleabilidad, y que sus posibilidades de autonomía laboral y económica son realmente precarias y, en muchos casos inexistentes. No por ello deben dejar de prestarse, cuando procedan, intervenciones dirigidas a posibilitar la cobertura estable de necesidades básicas, y mejorar su inserción social como persona vulnerable.

MATERIAL Y MÉTODO

Los dispositivos a los que accede este perfil de usuarios de drogas, como por ejemplo los programas de reducción de daños, pueden establecer protocolos metodológicos para evaluar en cada usuario las posibilidades reales de inserción social y laboral. En esta valoración se analizarían aspectos como el nivel de formación, experiencia laboral, habilidades sociales, salud mental, diagnósticos de problemas de salud (relacionados o no

con el consumo) que afecten a su capacidad de empleabilidad, severidad de la adicción, historial del itinerario terapéutico frente al consumo, redes de solidaridad primaria y posibilidades de apoyo familiar, situación legal, régimen de habitabilidad etc.

RESULTADOS

Desde la experiencia de organizaciones que, como Médicos del Mundo, intervienen desde programas de reducción de daños con usuarios de larga evolución, la evaluación de estos perfiles muestra que un sector de este colectivo presenta escasas o nulas posibilidades de empleabilidad (incluso en el contexto de un empleo protegido). Se describen casos de personas sin hogar con más de veinte años de evolución en el consumo de heroína o cocaína, que presentan problemas severos de salud mental, enfermedades asociadas al uso de sustancias vía inyectada como las infecciones por VIH o por hepatitis C, escasa o nula experiencia laboral reciente, causas pendientes con la justicia, relaciones familiares deterioradas o inexistentes, y mal pronóstico de salud en general.

DISCUSIÓN

Desde una perspectiva humanitaria, la constatación de situaciones de cronicidad en los trastornos adictivos, y el diagnóstico sociosanitario sobre el progresivo deterioro en la calidad de vida de estas personas, lleva a proponer la pertinencia de atender la cobertura básica y estable de necesidades como las de alojamiento y manutención. Es decir, el reconocimiento de esta situación debería impulsar la adopción de mecanismos que, contribuyan a dignificar la existencia de las personas que presentan una situación de mayor vulnerabilidad, y promuevan otras vías de inclusión social no necesariamente de carácter laboral.

Las mujeres toxicómanas, ¿son buenas madres? Un modelo de evaluación e intervención con madres toxicómanas e hijos

PAOLO STOCCO

Cooperativa Social "Villa Renata" en Venecia. IREFREA – Italia (Instituto de investigación europeo sobre los factores de riesgo en la infancia y en la adolescencia).

Enviar correspondencia a:
San Marco, 1014. 30124 Venecia. p.stocco@villarenata.org

INTRODUCCIÓN

La adicción a las drogas asociada a la condición de paternalidad representa implicaciones relevantes para la puesta a punto de los dispositivos de cuidado orientados a numerosos sujetos comprometidos: en primer lugar, la persona adicta y luego sus hijos y familiares. En especial, cuando se manifiesta un problema de abuso de sustancias, la mujer manifiesta una condición de vulnerabilidad preponderante y está expuesta a un número mayor de riesgos para la salud física y psicológica, respecto a los adictos de sexo masculino. Sin contar con los riesgos adicionales derivados de los problemas relacionados, a menudo, con la condición de mujer adicta, de la que se habló también en este simposio, como, por ejemplo, la exposición a la violencia doméstica o violencia urbana, diagnóstico doble, etc. La situación se hace todavía más complicada en el caso de madres adictas, para quienes la posibilidad de llegar a desempeñar en modo satisfactorio su rol materno, en semejantes condiciones de fragilidad, es más bien limitada.

ELEMENTOS DE CRITICIDAD: interacción de los servicios y de las profesionalidades con antecedentes, culturas, metodologías y competencias diferentes.

¿Cuáles son los puntos críticos, los anillos débiles de la cadena, para hacerse cargo en forma integrada de las mujeres adictas embarazadas o con hijos? Sobre la base de la experiencia adquirida en el campo, voy a intentar delinear los objetivos más difíciles de lograr y los puntos críticos con los cuales hoy día es difícil trabajar. Este punto crítico es, en particular, la interacción entre Servicios diferentes que proporcionan asistencia a la mujeres adictas embarazadas o con hijos.

La interacción de los Servicios que, por razones distintas, intervienen en la asistencia médico- sanitaria, psicológica y social de las mujeres con problemas de abuso de drogas es difícil. Antes de poder trabajar realmente en red es necesario, antes que nada, construir un lenguaje común que permita la comprensión recíproca entre profesionales con trayectorias formativas y experiencias que algunas veces son muy diferentes entre ellas.

LA LABOR DESARROLLADA CON EL PROYECTO PROVIDAID

Con el proyecto Provoid hemos trabajado tanto bajo el aspecto terapéutico con la activación de laboratorios de ayuda a la paternalidad y con la predisposición de una plantilla de observación y evaluación de las dinámicas relacionales del dúo madre-hijo, como bajo el aspecto de la reinserción socio-laboral de las mujeres al final del camino de cura, mediante la activación de dispositivos de apoyo de "posrehabilitación", breves módulos de formación sobre los temas del trabajo, de los cambios sociales y del balance de las competencias y de las experiencias profesionales.

Aportaciones de abordaje Cognitivo-Conductual a las Adicciones

VICENTE TOMÁS GRADOLÍ

UCA Catarroja. Departamento 10. Conselleria Sanitat Valencia.

Enviar correspondencia a:
C/ Font Cabilda 6-C. 1º-1º. 46470 Massanassa. Valencia. tomas_vic@gva.es

Desde 1980 hasta la actualidad, el estudio, caracterización y conceptualización de las adicciones, ha sido una de las líneas más importantes de investigación dirigidas a la búsqueda en esta área de estudio, conocimiento y aplicación, de los modelos, procedimientos y tratamientos, que desde una vertiente biopsicosocial, y con una perspectiva multidisciplinar guíen a los profesionales a la utilización de modalidades de tratamiento que ostenten el mayor nivel de eficacia. En este sentido dentro del paradigma cognitivo-conductual, han sido numerosos los programas, procedimientos y terapias que gozan del respaldo científico y del reconocimiento de los llamados "Tratamientos bien establecidos" por su eficacia en el abordaje de las adicciones. Citamos entre otros el Programa de Refuerzo Comunitario (CRA), la CRA mas Terapia de incentivo (Budney y Higgins 1998, Higgins, Budney y col 1993), Tratamiento cognitivo-conductual para cocaína (Carrol, Rousanville y Kléber 1991), la terapia conductual Multicomponente para la nicotina (Baker, Fox, Hasselbald 2000). Así como otras que cuentan con el suficiente respaldo de la investigación como los Programas Terapia conductual multimodal, las Psicoterapias Breves cognitivo-conductuales, las terapias de Prevención de Recaídas y las Motivacionales,

En este sentido se plantea que probablemente la aportación más fundamental del abordaje cognitivo-conductual a las adicciones y especialmente a las adicciones químicas, radica en la posibilidad de la aplicación del cuerpo de la psicoterapia al análisis-evaluación, comprensión y modificación de las conductas adictivas. De esta manera la Terapia cognitivo-conductual, se encuadra dentro del paradigma de la Psicología Objetiva, puesto que las mayores garantías de la eficacia en la intervención psicológica, parecen depender de que la intervención se formule e investigue como aplicación científica, es decir que se la considera a todos los efectos como una práctica científica.

De alteraciones neurológicas secundarias a psicoestimulantes

MIGUEL ÁNGEL TORRES HERNÁNDEZ

Centro de Salud Mental "Trinitat" Departamento 7. Flora 7. 46010 Valencia

Enviar correspondencia a:
Plaza de Olof Palme, 1, 12ª. 46021 Valencia. matorresh@iservicesmail.com

INTRODUCCIÓN

Las drogas psicoestimulantes y las drogas recreativas, por sus acciones sobre neurotransmisores, por sus acciones sobre Sistema Nervioso Central y periférico y sobre el sistema Vascular, originan una serie de complicaciones, que nos inducirían a plantearnos que el conocimiento de estas lesiones son motivo suficiente para que se establezcan las medidas preventivas, las medidas asistenciales y la profundización en la investigación de cómo abordar la patología derivada del consumo de sustancias tales como cocaína, anfetaminas, metamphetamine, éxtasis, éxtasis líquido, etc.

ASPECTOS GENERALES

Los síntomas neurológicos que suelen presentar los pacientes con abuso de dichas sustancias pasan por cefalalgias, pérdidas de conciencia, trastornos convulsivos, pérdida de energía muscular, dolores y parestesias, vértigos, trastornos visuales, alteraciones de conciencia, deterioros cognitivos, alteraciones del movimiento. Estos síntomas se van a encontrar en diversos cuadros, que según los diversos autores consultados, los más frecuentes son: la enfermedad cerebrovascular (infarto cerebral lacunar y masivo, ictus, hemorragias vasculares cerebrales, leucoencefalopatía por cocaína, rbdomiolisis, síndrome serotoninérgico, alteraciones corticales cerebrales con cambios en la conducta, la percepción, déficits neuropsicológicos, alteraciones del humor, somnolencia profunda, cuadros de agitación, etc.

En los cuadros vasculares puede haber hemiplejías motora, hemisíndromes sensitivos, síndromes sensitivos motores, disartrias, pueden presentarse cuadros convulsivos, agitación psicomotriz, alteraciones del movimiento, hipertermia, etc. cuya patogenia suele estar relacionada con alteraciones de flujo de alguna arteria perforante, que originan desde un accidente cerebrovascular hasta hemiparesias, y otros cuadros.

Otros cuadros relacionados son las convulsiones por hipoxias o por irritación neuronal focal de origen toxico-metabólico, las cefaleas de diversa índole, Otras de las razones causales de la agitación, la s alteraciones del movimiento y ciertos cuadros de tipo motórico, se deben a una hiperactividad simpática por activación noradrenérgica, las hipoglucemias, hipoxias, etc.

FISIOPATOLOGÍA GENERAL

Liberación de NA y DA. Y un incremento de la actividad cerebral, detectada por PET. Los psicoestimulantes activan el flujo sanguíneo cerebral en determinadas áreas con tareas específicas, disminuyendo el flujo en las regiones en las que no participan las mencionadas actividades cerebrales.

Hay un aumento de frecuencia cardíaca y de la tensión arterial

Producen arritmias, hipertermia, rbdomiólisis y convulsiones, miocardiopatías, hemorragias subaracnoideas. La rbdomiólisis se cree que es debida a un exceso de Creatin kinasa, lo que podría inducir a pensar que la hipertermia por vasoconstricción superficial, sea la causante de la rbdomiólisis.

Hay destrucción de neuronas dopaminérgicas en ganglios basales, lo que podría inducir a parkinsonismo posterior por el uso crónico de anfetaminas.

El MDMA induce toxicidad sobre las neuronas serotoninérgicas y dopaminérgicas.

Las convulsiones son frecuentes con todo tipo de psicoestimulantes aunque de diversa intensidad dependiendo de la sustancia ingerida, así como exacerbación de los tics motores por una activación motora.

SUSTANCIAS CAUSANTES

Cocaína y sus diversas formas de administración y preparación, éxtasis, anfetaminas, metamphetamine, speed, cristal, algunos alucinógenos, etc. todo lo que se podrían denominar "club drugs" o drogas recreativas, con similitudes en sus efectos:

Locuacidad, euforia, claridad mental, hiperactividad, mejora de las percepciones, insomnio, inquietud, sensación de bienestar y felicidad, pérdida de sueño, actividad noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica, hipertensión arterial, etc.

En el presente trabajo, vamos a estudiar y revisar las alteraciones neurológicas producidas por dichas sustancias, que afectan a la vida del paciente en sus diferentes aspectos y que repercutirán en todos los aspectos de su vida.

REFERENCIAS

- Balcells M. Complicaciones orgánicas de la cocaína. Adicciones 12 (suplemento 2); 2001: 167-172.
- Ballas CA, Evans DL, Dinges DF. Psicoestimulantes en Psiquiatría: anfetaminas, metilfenidato y modafinilo. En Schatzberg AF, Nemeroff CB. Tratado de Psicofarmacología. Masson. Barcelona. 2006.
- Bobes J, Lorenzo P, Sáiz PA. Éxtasis (MDMA): un abordaje comprehensivo. Masson. Barcelona. 1998.
- Bruno A. Cerebrovascular complications of alcohol and sympathomimetics drug abuse. Curr Neurol Neurosci Rep. 2003; 3: 40-45.
- Camí J. Farmacología y Toxicidad de la MDMA (Éxtasis). Ediciones en Neurociencias. Barcelona. 1995.
- Castillo J, et al. Manual de enfermedades vasculares cerebrales. Prous Science. Barcelona. 1999. Rey A. Urgencias neurológicas, diagnóstico y tratamiento. Ediciones Doyma. Barcelona. 2000.
- Degenhart L. GHB: un análisis. Adicciones. 2003 Vol. 15 (suplemento 2); 167-178.
- Gowing LR, Henry-Edwards SM, Irvine RJ, Ali RL. Ecstasy. MDMA and other ring-substituted amphetamines. WHO Mental Health and Substance Dependence Department. Geneva. 2001.
- Hanson GR. Metamphetamine. Abuse and Addiction. Research Report Series. NIDA. 2002.
- Jansen, KLR, Theron L. Ketamina: nuevas observaciones sobre su consumo, consumidores y efectos. Adicciones. 2003. Vol. 15 (suplemento 2); 135-166.
- Leshner AI. Hallucinogens and dissociative drugs, including LSD, PCP, Ketamine, Dextromethorphan. Research Report Series. NIDA. 2001.
- Miller MA, Kozel NJ. Methamphetamine Abuse: epidemiologic Issues and Implications. Research Monograph 115.
- NIDA. 1991. NIDA. Club Drugs. InfoFacts. NIDA. March 2005.
- NIDA. Methamphetamine. InfoFacts. NIDA. May 2005.
- NIDA. MDMA (Ecstasy). InfoFacts. NIDA. March 2005.
- NIDA. Rohypnol and GHB. InfoFacts. March 2005.
- NIDA. Drug abuse and addiction. Media Guide. NIDA. 2001.
- Spitz HI, Rosecan JS. Abuso de cocaína. Nuevos enfoques en investigación y tratamiento. Ediciones en Neurociencias. Barcelona. 1990.
- Torres MA, Climent B. Complicaciones neurológicas por cocaína. Adicciones. 2006; 18 (1): 179-196.
- WHO. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. WHO. Geneva. 2004.

Los trastornos de la personalidad desde la perspectiva evolucionista

MANUEL VALDÉS

Director del Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic Universitario de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Villaruel 170. 08036 Barcelona. mvaldes@clinic.ub.es

INTRODUCCIÓN

Puesto que los trastornos de la personalidad se definen como patrones desadaptativos de experiencia y de conducta, cabría considerarlos como enfermedades desde la perspectiva de la psiquiatría biológica. No obstante, existen estados psicopatológicos, como la ansiedad, la depresión o los estados hipomaniacos, que han coevolucionado con el hombre por su valor adaptativo para la especie.

OBJETIVOS

Con la finalidad de estudiar los presuntos efectos de los trastornos de la personalidad en la adaptación biológica de los sujetos que los padecen, se analizan sus repercusiones en los sistemas de supervivencia, reproducción, cuidados familiares y reciprocidad, a partir de los datos epidemiológicos y clínicos de que se dispone.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los individuos afectados de trastornos de la personalidad no parecen excesivamente penalizados desde el punto de vista biológico, aunque generen y experimenten sufrimiento biográfico y, en sentido estricto, no deberían ser considerados enfermos mentales.

Atención del neonato expuesto a drogas durante el embarazo

MARTHA L. VELEZ

Center for Adicción and Pregnancy. The Johns Hopkins School of Medicine.

Enviar correspondencia a:
Center for Addiction and MD 21224 Baltimore. mvelez@jhmi.edu

El manejo del neonato expuesto a drogas durante el embarazo es especialmente complejo y representa un reto tanto para la madre como para el trabajador de la salud. La atención de estos recién nacidos requiere un manejo individualizado, comprensivo y multidisciplinario. Los neonatos expuestos a drogas durante el embarazo con frecuencia son irritables, impredecibles y exhiben alteraciones neurológicas y de comportamiento asociadas a desregulación del Sistema Nervioso Central y Autónomo. Estos síntomas pueden ser debidos a los efectos tóxicos directos de las drogas o al síndrome de abstinencia neonatal. Con frecuencia ellos son difíciles de interpretar y manejar por parte de la madre, lo cual incrementa las demandas físicas y psicológicas normales del posparto en las madres drogodependientes. Por lo tanto, la atención del recién nacido expuesto a drogas durante el embarazo debe ser un proceso activo y recíproco que requiere la participación intensa de la madre y el trabajador de la salud. Se ha observado que educar a estas madres en como entender y responder a los problemas de comportamiento y dificultades autonómicas del recién nacido ayuda a promover las capacidades autorreguladoras del infante y facilita una interacción madre-neonato. Este es un componente esencial para un apropiado desarrollo cognitivo, social y emocional en esta población de niños de alto riesgo psico-social. El propósito de esta presentación es describir los métodos de evaluación medico-psicológica de la madre drogo-dependiente y su recién nacido, los signos y síntomas del recién nacido expuesto a drogas, y las técnicas para el manejo y promoción de la interacción madre/niño.

La necesidad de un indicador de urgencias

FRANCESC J. VERDÚ I ASENSI

Dirección General de Drogodependencias. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Enviar correspondencia a:
C/ Arquitecte Arnau 61-3A. 46020 Valencia. verdu_fra@gva.es

INTRODUCCIÓN

La necesidad de datos en nuestra actualidad social, como parte fundamental de la toma de decisiones en las medidas político-administrativas, evidencia la necesidad de contar con un protocolo de Urgencias Hospitalarias que notifique a los consumidores de sustancias psicoactivas que acuden a los hospitales.

MATERIAL

Se presenta el indicador de urgencias desde su inicio en 1987, su evolución y estado actual. Recordar que España junto a Estados Unidos son los únicos países que cuentan con este protocolo, siendo estos muy similares en su diseño y aplicación.

MÉTODO

El método de su aplicación, busca el obtener una información útil y aumentar la validez de la información obtenida en miras de ofrecer resultados sobre las tendencias de las drogas, como un indicador más.

RESULTADOS

El primer protocolo se aplicó en 1987 hasta prácticamente llegado 1996. Se redactó y se estableció otro desde 1996 hasta el 2002. Del 2003 hasta la actualidad se definió otro en busca de recoger los episodios de urgencia en los que se mencionan el uso de sustancias o drogas psicoactivas y no sólo los relacionados con el consumo: como complicaciones infecciosas, lesiones o traumatismos... en fin recogiendo literalmente todos los diagnósticos de urgencias citados en la historia "clínica" que recoge la urgencia. Uno de los resultados más significativos y valorados fue el cambio de los episodios de urgencia de la heroína por la cocaína, pero además la escalada creciente del comodín "alcohol" como consumo que acompaña al resto de las drogas. Los resultados también evidencian lagunas y problemas a solucionar en un futuro como la no aplicación en todo el Estado Español, la dificultad de codificar en clave de CIE, la dispersión de datos clínicos recogidos, etc.

DISCUSIÓN

Uno de los puntos fundamentales del protocolo del indicador de urgencias hospitalarias es el definirlo como tal "... personas que acuden a las urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas de forma no-médica" Otro, en aprehender los distintos objetivos: características sociodemográficas de los consumidores, descubrir nuevas sustancias, describir los problemas agudos... Pero al final se concluye que es necesario un indicador de urgencias hospitalarias respecto a los episodios de consumo de drogas.

Políticas para reducir el daño por accidentes de tráfico asociados al alcohol

JOAN R VILLALBÍ

Agència de Salut Pública de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Pl. Lesseps 1. 08023 Barcelona. jrvillal@aspb.es

Las lesiones por vehículos de motor pueden reducirse con la adopción de políticas públicas. El alcohol está implicado en un volumen muy importante de las lesiones por vehículos de motor en España. En esta ponencia se repasa la información disponible, con una actualización de la matriz de Haddon para el estudio de estas lesiones en nuestro país. Se revisan los datos de víctimas mortales de los accidentes de tráfico tal como las contabiliza la Dirección General de Tráfico, estratificando el análisis entre peatones, ocupantes de vehículos de dos ruedas, y ocupantes de otros vehículos, y distinguiendo entre accidentes en carretera y en vías urbanas. Pese al incremento de los factores de exposición en las últimas décadas, se aprecia un fuerte impacto de las políticas regulatorias dirigidas al tráfico en la mortalidad por accidentes. Las políticas orientadas al control del consumo de alcohol para evitar accidentes muestran un fuerte impacto favorable, comparable sólo al de las regulaciones sobre el casco para motoristas o los límites de velocidad. Aunque la existencia de normas legales no es suficiente por sí misma, pues si no se hacen cumplir su impacto es mínimo, se aprecia que el cumplimiento se refuerza con el tiempo. A partir de estos resultados y de algunos proyectos en curso, se plantean algunas opciones prioritarias de actuación para el futuro.

RESÚMENES COMUNICACIONES Y POSTERS

Intervención, atención y determinaciones analíticas realizadas durante un año en los centros de atención a drogodependientes

J. M. ALONS; A. AGIUS; P. RODRIGUEZ; B. CASTANYER; B. BARCELO; O. AYLLON; H. LOPEZ

Servicio de Analisis Clínicos. HUSD

Enviar correspondencia a:
CAMINO DE.07010. PALMA DE MALLORCA. BALEARES jmalonso@dgsanita

RESUMEN

Objetivo: descripción de la finalidad y estructura de los Centros de atención drogodependencias de Palma de Mallorca (C.A.D.) y de la demanda analítica específica de seguimiento y control solicitada por los mismos durante el año 2006. QUE SON LOS CAD'S Los CAD son centros de tratamiento integral de las drogodependencias (adicciones químicas, exceptuando el tabaquismo), formado por profesionales de la medicina, psicología, trabajo social y enfermería. Además se cuenta con auxiliares de clínica y auxiliares administrativos; y con el soporte analítico prestado por el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital de referencia en nuestra Comunidad, el Hospital Universitario Son Dureta. Son de titularidad de la Consellería de Salut i Consum. Están ubicados en Palma y distribuidos en 4 sectores, generando 4 CAD en base a la distribución de los centros de salud. Son centros ambulatorios, aunque coordinados con otros recursos (hospitalarios, residenciales,...) En ellos se presta Atención ambulatoria, y se realiza Intervención individual/grupal así como Intervención a pacientes y a su familia. Se puede acceder a ellos Iniciativa propia, personalmente o por teléfono, o bien pueden ser derivados por el Servei Balear de Salut (lbsalut,) servicios sociales, sistema judicial, otros colectivos,..

Los OBJETIVOS ESPECIFICOS de los CAD son:

- Realizar el diagnóstico y evaluación conductual de las conductas adictivas.
- Motivar al usuario para que tome consciencia del problema, para que vaya avanzando en su proceso del cambio.
- Implicar a la familia y a los miembros relevantes del usuario en el proceso terapéutico.
- Facilitar a las familias estrategias para fomentar/favorecer cambios en la persona adicta.
- Prevención de las recaídas.
- Dentro de la oferta terapéutica se dispone de programas orientados a la abstinencia (POA) programas de reducción de daños (PRD) y de programas de consumo controlado (PCC) y programas de intervención en Centro Penitenciario. Estos tratamientos son personalizados y se complementan con la petición de controles de orina semanales para supervisión y control del consumo de tóxicos.

Metodología: Los 4 CAD's de Palma se hicieron una media de 1425 controles mensuales, dando un volumen de controles de orina anual de 17098. Las determinaciones analíticas de la cartera de Servicio del HUSD pactada con los CADs incluye las determinaciones cualitativas en orina para Opiáceos, Metabolitos Cocaína, Metadona, Benzodiazepinas, Anfetaminas, Éxtasis, Cábnnabis y Etanol. Todas las determinaciones se realizan en un sistema Dimensión (Dade-Berhing) con reactivos de la misma casa, con la metodología (Syva-EMIT II Plus (enzimoinmuniensayos homogéneos) excepto en la determinación de Extasis en los que se realizo un enzimoimmunoensayo de la firma Microgenics.. La determinación de alcohol en orina es un ensayo enzimático ADH con reactivos Dade Berihg Las muestras se informan como Positivas (Absorbancia de la muestra superior a la del calibrador+ 2DS), Negativas (Absorbancia de la muestra inferior a la del calibrador-2DS) y Boredline (absorbancia igual a la del calibrador +/- 2 DS). Los puntos de corte (cut.off) utilizados son para opiaceos, cocaína y metadona 300 ng/ml, para Anfetaminas 1000 ng/ml 475 ng/ml para Extasis, 50 ng/ml para Cannabis y 200 ng/ml para Benzodiazepinas. Para el alcohol, consideramos negativas todas las muestras con concentración inferior a 10 mg/ml A lo largo del año se han realizado un total de 98377 determinaciones, lo que representa una media de aproximadamente 5 determinaciones por paciente.

RESULTADOS

	PETICIONES	POSITIVOS	%	NEGATIVOS	%	BORDELIN	%
OPIACEOS	21483	4345	20,23	16640	77,46	344	1,60
COCAINA	24211	4703	19,43	18460	76,25	885	3,66
METADONA	19882	16099	80,97	3396	17,08	246	1,24
BENZODIAZEPINAS	9783	2820	28,83	6639	67,86	262	2,68
CANNABIS	10381	4115	39,64	5954	57,35	251	2,42
ANFETAMINAS	1817	5	0,28	1760	96,86	42	2,31
EXTASIS	1840	16	0,87	1813	98,53	0	0,00
ETANOL_ORINA	8980	1255	13,98	7682	85,55	0	0,00
TOTALES	98377	33358	33,91	62344	63,37	2030	2,06

Conclusiones: Como conclusiones podemos destacar:

- Que existe un 20.2% de las determinaciones a opiáceos con resultados positivos.
- Un 23% de las determinaciones a cocaína también se mantienen positivas.(19.4 + 3.6).
- Un 17,08% de las determinaciones a metadona son negativas.

-Los controles de orina han demostrado ser una herramienta útil en los seguimientos (tanto en el proceso terapéutico como en el de la reinserción social) de los pacientes que acuden al CAD, Como dato complementario, cabe destacar que el 39.6% de las muestras a CANNABIS son positivas y que un 13,9% de las muestras son (+) a alcohol.

PALABRAS CLAVE

Cad, control de orina, muestra, tóxicos.

Calidad del registro de urgencias en el paciente intoxicado

AMIGÓ TADÍN M., NOGUÉ XARAU S.

Enviar correspondencia a:
C/Villarroel, 170. 08036 Barcelona. Barcelona.montamigo@mixma

RESUMEN

Introducción: En correcto registro del informe asistencial en Urgencias es de capital importancia ya que, además de permitir la continuidad del proceso y la comunicación entre los diversos profesionales, constituye un documento medico-legal.

Objetivos: Medir la calidad del registro del informe asistencial de urgencias en el paciente intoxicado.

Metodología: Se establece un Conjunto Mínimo de 24 Datos que deben existir obligatoriamente en un informe asistencial de Urgencias (CMDU), para que éste exprese con calidad la atención asistencial ofrecida al paciente intoxicado agudo. Durante un mes se revisan los informes médicos y enfermeros correspondientes a dicha asistencia. Las variables del CMDU se almacenan en una base de datos SPSS 10.0 para su evaluación.

Resultados: Se revisaron los informes asistenciales de 139 intoxicados, de los cuales el 7,2% tenía registradas todas las variables del CMDU. La edad del paciente constaba en el 98,6% de los informes, el sexo en el 99,3%, el tipo de tóxico en el 95%, la dosis en el 50,4%, el tiempo transcurrido desde la exposición al tóxico en el 30,9%, la vía de contacto en el 91,4%, las medidas aplicadas previamente a la llegada a Urgencias en el 3,6%, la causa de la intoxicación en el 94,2%, la hora de llegada en el 100%, la hora de asistencia en el 64,7%, el motivo principal de consulta en el 80,2%, las manifestaciones clínicas presentes a la admisión en el 95,7%, la presión arterial en el 80,6%, la frecuencia cardiaca en 79,9%, la frecuencia respiratoria en el 34,8%, la temperatura corporal en el 36,2%, el nivel de conciencia medido con la escala de Glasgow en el 96,4%, las peticiones de pruebas diagnósticas y sus resultados en un 36,7%, los procedimientos enfermeros realizados (lavado gástrico, vía venosa, sondaje vesical, recogida de muestras, ECG, contención física) en un 74,8%, el tratamiento aplicado (antídotos, descontaminación, soporte general) en un 63,3%, la hora de las intervenciones terapéuticas en un 89,9%, las reacciones adversas en un 0%, el diagnóstico en un 99,3%, el destino del paciente en el 98,6%, el nombre o número de registro del médico en el 97,1%, el de la enfermera en un 70,5% y la codificación del diagnóstico en un 43,2%.

Conclusiones: El registro asistencial de Urgencias permite evaluar todo el proceso asistencial que se ha prestado y conocer de forma global lo acontecido al paciente. En este documento ha de quedar reflejado todo lo que se observa y se hace, o incluso lo que no se hace, ya que en caso contrario se reduce la calidad de la asistencia ofrecida. En nuestro Hospital, sólo el 7,2% de los intoxicados atendidos en Urgencias tienen registradas todas las variables que conforman el CMDU. Para mejorar el registro asistencial de Urgencias del paciente intoxicado, se hace necesario protocolizar dichos registros para que su cumplimentación sea fácil y cómoda, a la vez que concienciar al profesional sanitario de la importancia de su realización.

REFERENCIAS

- Reyes A, González A, Rojas MF, Montero G, Marín I, Lacalle JR et al. Los informes de alta hospitalaria pueden ser una inadecuada fuente de información para evaluar la calidad asistencial. *Rev Clin Esp* 2001; 201: 685-689.
- Amigó M, Nogué S, Gómez E, Sanjurjo E, Sánchez M, Puiguriguer J. Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias. *Emergencias* 2006; 18: 7-16.
- Nogué S, Puiguriguer J, Amigó M. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas. (CALITOX – 2006). Asociación Española de Toxicología. Sección de Toxicología Clínica. Disponible en <http://www.aetox.es>

Cuidados de enfermería en pacientes con intoxicación aguda según el tipo de tóxico: droga de abuso vs medicamento

AMIGÓ TADÍN M; NOGUÉ XARAU S.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ M.

Enviar correspondencia a:
C/Villarroel, 170. 08036 Barcelona. Barcelona.montamigo@mixma

RESUMEN

Introducción: Enfermería aporta información clínica del paciente para valorar la gravedad de su intoxicación. Las intervenciones terapéuticas más frecuentes se dirigen a mantener la homeostasis general, frenar la absorción digestiva del tóxico y administrar antídotos. **Objetivo:** Comparar la necesidad de cuidados de enfermería (técnicas y administración de tratamientos) en pacientes con intoxicación aguda según el tipo de tóxico sea una droga de abuso (excepto alcohol etílico) o un medicamento.

Metodología: Se recogieron datos del informe asistencial de urgencias (médico y de enfermería) durante los meses de Octubre de los años 2004 y 2005, de pacientes que acudieron a Urgencias por una Sobredosis por Drogas de abuso (SD) o Intoxicación aguda por Medicamentos (IM). Se excluyeron las intoxicaciones etílicas puras. Se definieron como intervenciones de enfermería las técnicas siguientes: toma de constantes, descontaminación, sonda nasogástrica, sonda vesical, electrocardiograma, colocación de vías venosas y arteriales, extracción de análisis generales y toxicológicos, medidas físicas de contención y antitérmicas. Como tratamientos se consideraron los siguientes: intubación traqueal y ventilación mecánica, administración de oxígeno, sueroterapia, expansores plasmáticos, fármacos vasoactivos, analgésicos/antitérmicos, antibióticos, antídotos, contención farmacológica y otros fármacos no antidóticos. Se consideró que un paciente precisaba gran cantidad de cuidados cuando se habían realizado más de 3 intervenciones o se había administrado más de 2 tratamientos. El análisis estadístico se realizó mediante el X² para las variables cualitativas y la t de Student para las cuantitativas, tomando como significación una $p < 0,05$.

Resultados: Se atendieron 281 pacientes con intoxicaciones agudas, de los cuales 61 (21,7%) fueron por SD y 85 (30,2%) por IM.

Respecto a las IM, las SD incidían en pacientes más jóvenes (edad < 25 años, $p = 0,002$), predominantemente hombres ($p < 0,001$) y que acudieron a Urgencias por la noche, mientras que las IM acudieron más por la tarde ($p = 0,001$) y necesitaron más interconsultas con el psiquiatra ($p < 0,001$). En las SD, el nivel de conciencia medido con la escala de Glasgow era menor ($GCS < 12$, $p < 0,001$) y presentaron más síntomas a la llegada a Urgencias ($p < 0,001$), principalmente respiratorios ($p = 0,007$). También las SD presentaban una frecuencia cardiaca mayor ($p < 0,001$) y menos hipotensiones ($p = 0,007$). Respecto al número de intervenciones no hubo diferencias entre un grupo y otro, pero sí en cuanto a las técnicas aplicadas: mayor porcentaje de descontaminación digestiva en las IM y de electrocardiogramas en las SD ($p < 0,001$).

Respecto al número de tratamientos aplicados tampoco hubo diferencias cuantitativas pero sí cualitativas, las SD necesitaron más analgésicos/antitérmicos ($p = 0,031$) y otros fármacos no antidóticos ($p < 0,001$). No hubo diferencias en cuanto a la administración de antídotos.

Conclusiones: Las SD y las IM tienen un perfil epidemiológico y de presentación clínica diferente pero, en conjunto, necesitan la misma cantidad de cuidados de enfermería. No hay diferencias significativas en el número de intervenciones y tratamientos aplicados, pero se han observado diferencias cualitativas en el tipo de cuidados según se trate de una SD o de una IM.

REFERENCIAS

- Amigó M, Nogué S. Descontaminación digestiva en la intoxicación medicamentosa aguda. *Jano* 2005; 1584: 77-80.
- Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munné P. Urgencias por cocaína: un problema emergente. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 616-619.
- Nogué S. Toxicología. Generalidades. En: Rozman C. *Medicina Interna*. Elsevier, Madrid 2004; 2593-2599.

PALABRAS CLAVE

Cuidados de enfermería. Intervenciones enfermeras. Droga de abuso. Medicamento. Intoxicación aguda. Sobredosis.

Diferencias en los cuidados de enfermería de pacientes intoxicados según el tipo de tóxico: alcohol etílico vs otras drogas de abuso

AMIGÓ TADÍN M.; NOGUÉ XARAU S.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ M.

Enviar correspondencia a:

C/Villarreal, 170. 08036 Barcelona. Barcelona montamigo@mixma

RESUMEN

Introducción: Enfermería aporta, por un lado, información clínica del paciente intoxicado para valorar su gravedad y, por otro, realiza intervenciones terapéuticas dirigidas a mantener la homeostasis general, frenar la absorción digestiva del tóxico y administrar antídotos.

Objetivo: Comparar los cuidados de enfermería (técnicas y administración de tratamientos) que necesitan los pacientes con Intoxicación aguda por Alcohol Etilico (IOH) respecto a las Sobredosis por otras Drogas de Abuso (SDA).

Metodología: Se recogieron datos del informe asistencial de Urgencias durante los meses de Octubre del 2004 y 2005, de pacientes que acudieron por una IOH o por otras SDA. Se definieron como intervenciones de enfermería las técnicas siguientes: toma de constantes, descontaminación, sonda nasogástrica, sonda vesical, ECG, colocación de vía venosa o arterial, extracción de análisis generales o toxicológicos y medidas físicas de contención o antitérmicas. Como tratamientos se definieron los siguientes: intubación traqueal y ventilación mecánica, oxigenoterapia, sueroterapia, expansores plasmáticos, analgésicos/antitérmicos, antibióticos, antídotos, contención farmacológica y otros fármacos no antídóticos. Se consideró que un paciente precisaba gran cantidad de cuidados cuando se habían realizado más de 3 técnicas o se habían administrado más de 2

tratamientos. Para el análisis estadístico se utilizó el χ^2 para las variables cualitativas y la *t* de Student para las cuantitativas, tomando como significación una $p < 0,05$.

Resultados: Se atendieron 281 pacientes con intoxicaciones agudas, de las cuales 105 (37,4%) fueron por IOH y 61 (21,7%) por SDA.

Respecto a las IOH, las SDA eran más jóvenes (edad < 25 años, $p=0,004$) y la exposición se produjo más por la noche. En las IOH las exposiciones se producían más por la tarde ($p=0,012$). Las SDA fueron atendidas con mayor frecuencia en el área médica mientras que las IOH lo eran más en psiquiatría ($p < 0,001$). En cuanto a la cantidad de sintomatología que presentaban a su llegada a Urgencias no hubo diferencias, pero sí en cuanto al tipo de manifestación clínica ya que los síntomas digestivos ($p=0,029$), neurológicos ($p=0,037$) o la hipotensión arterial ($p=0,073$) fueron más frecuentes en las IOH, mientras que los síntomas respiratorios ($p=0,018$), la disminución del nivel de conciencia (Glasgow < 12 , $p=0,038$) y las manifestaciones cardiovasculares ($p < 0,001$) fueron más frecuentes en las SDA.

En relación al número de intervenciones no hubo diferencias entre un grupo y otro, pero sí en cuanto a las técnicas aplicadas: mayor porcentaje de ECG ($p < 0,001$) y de canalizaciones venosas ($p=0,005$) en las SDA y de contención física ($p=0,014$) en las IOH. Respecto al número de tratamientos aplicados tampoco hubo diferencias cuantitativas pero sí cualitativas: las SDA precisaron más antidotos ($p < 0,001$) y más fármacos no antidóticos ($p=0,014$) pero las IOH precisaron más contención farmacológica ($p=0,017$).

Conclusiones: Las IOH se producen en individuos de mayor edad y presentan unas manifestaciones clínicas diferentes respecto a las SDA, pero necesitan la misma cantidad de cuidados de enfermería. No hubo diferencias significativas en el número de técnicas ni de tratamientos, pero las SDA precisan más ECG, antidotos y otros fármacos no antidóticos, pero menos contención física y farmacológica que las IOH.

REFERENCIAS

- Amigó Tadrín, M. ¿Qué se debe tener en cuenta cuando ingresa en urgencias un paciente con sobredosis por una droga? *Rol de Enfermería* 2002; 25(10): 69-73.
- Nogué S, Munné P, Nicolás JM, Sanz P, Amigó M. Intoxicaciones agudas. Protocolos de tratamiento. Barcelona, Morales i Torres, editores, 2003.
- Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. Ed. médica panamericana. Madrid 2003.

PALABRAS CLAVE

Cuidados de enfermería. Intervenciones enfermeras. Droga de abuso. Alcohol etílico. Intoxicación aguda. Sobredosis.

Estudio de la eficacia del tratamiento psicológico, psiquiátrico y farmacológico en personas con consumo de sustancias adictivas

**M^a ANGELES ANTELO LORENZO; DESIDERIO MEJÍAS VERDÚ; GINÉS LUCAS MARTÍNEZ;
M^a DOLORES CAMACHO MOROTE**

Centro de Salud Mental y Drogodependencias. Servicio Murciano de Salud. Cieza. Murcia.

Enviar correspondencia a:
C/ Ludovisi nº 40. 30500 Molina de Segura. Murcia mangeles.antelo@te

INTRODUCCIÓN

Nuestro Centro de Salud Mental y Drogodependencias está situado en una población a 35 kms. de Murcia. El área de atención abarca a tres pueblos con sus respectivas pedanías, lo que supone un total de población cercano a los 55.000 habitantes.

La presente investigación tiene como objetivo el análisis descriptivo así como el estudio de la eficacia del Tratamiento Psicológico, Psiquiátrico y Farmacológico de una parte de la población atendida en nuestro Centro de Salud Mental y Drogodependencias.

MÉTODO

La Muestra con la que se ha realizado el estudio es de 75 personas, 50 hombres y 25 mujeres elegidos al azar, entre el grupo de pacientes atendidos en el C. S. M y D, que presentan adicciones de sustancias.

La media de edades de todo el grupo está comprendida entre 15 y 61 años.

- Estado civil: en el grupo de las mujeres la mayoría son casadas, en el grupo de los hombres dos tercios están solteros.
- Nivel educativo: la mayoría tiene nivel educativo correspondiente a Educación General Básica.
- Situación laboral: un tercio en el grupo de mujeres están en situación de paro. En el grupo de los hombres, sólo una séptima de la población estudiada está en situación de desempleo.
- Profesión: en el grupo de los hombres es mayoritaria como profesión la albañilería y la agricultura, en el grupo de mujeres, son trabajadoras agrícolas temporeras o amas de casa. El estudio se ha realizado a partir de las Historias Clínicas de cada uno de los pacientes, datos demográficos, sustancias de consumo, tiempo de consumo, duración y tipos de tratamientos.

RESULTADOS

Las sustancias con más frecuencia de consumo son: Cocaína, Alcohol, Cannabis, Heroína, presentando a su vez distintas asociaciones de consumo en varias de ellas, tales como Cocaína+Alcohol+Cannabis. Mínimo es el consumo de éxtasis en nuestra muestra en general, apreciándose aumento de determinadas sustancias según la edad, siendo el Cannabis más frecuente en poblaciones comprendidas entre 15 y 18 años. Así mismo en las mujeres de nuestra muestra, la sustancia de consumo más frecuente es el Alcohol.

Se aprecian además conductas adictivas como Ludopatía, presente en un grupo aunque minoritario del presente estudio.

Análisis comparativo entre grupos de hombres y mujeres según frecuencia de consumo:

Hombres:	Mujeres:
Relación Estado Civil-Consumo de Sustancias	Relación Estado Civil-Consumo Sustancias
<ul style="list-style-type: none">• Casados: Alcoholismo Cocaína+Alcohol+Cannabis Tabaco• Solteros: Alcoholismo Cannabis Alcohol+Cocaína Cocaína+Cannabis Pastillas Heroína+Cannabis Tabaco	<ul style="list-style-type: none">• Casadas: Alcoholismo Tabaco Heroína+Metadona• Solteras: Alcoholismo Tabaco Alcohol+Cocaína

Todos los sujetos de la muestra están en tratamiento Psicológico, Psiquiátrico y Farmacológico. Según se puede apreciar en los porcentajes de los resultados de ambos grupos, encontramos:

- Rehabilitados: 38
- Sin consumo y en Tratamiento con sustancias bloqueantes: 22
- En consumo: 15

DISCUSIÓN

Atendiendo a la situación actual de consumo, creemos que el porcentaje de rehabilitación y de personas que se mantienen en abstinencia es considerablemente bueno, lo que nos hace valorar como positiva en todos los sentidos, la intervención terapéutica.

Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Universitario Son Dureta por intoxicación con drogas de abuso

B. BARCELÓ¹; B. CASTANYER¹; J. PUIGURIGUER²; J. SALV³; I. COLL⁴; J. FUSTER⁵; C. HOMAR²; O. AYLLÓN⁶; H. LÓPEZ⁶

(1) Unidad de Toxicología Clínica y Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Son Dureta.

(2) Unidad de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias. Hospital Son Dureta.

(3) Unidad de Toxicología Clínica y Servicio de Psiquiatría. Hospital Son Dureta.

(4) Unidad de Toxicología Clínica y Servicio de Codificación Clínica. Hospital Son Dureta.

(5) Servicio de Informática. Hospital Son Dureta.

(6) Servicio de Análisis Clínicos Hospital Son Dureta.

Enviar correspondencia a:

C/ Andrea Doria 55. 07014 Palma de Mallorca. bbarcelo@hds.es

OBJETIVO

Identificar los factores que diferencian a los pacientes que ingresan o no debido a la intoxicación por drogas de abuso.

MATERIAL Y MÉTODOS

El registro de los pacientes se ha realizado a través de la explotación de la base de datos propia de pacientes intoxicados que la Unidad de Toxicología Clínica del hospital Universitario Son Dureta dispone y que está integrada en la Intranet del hospital con un entorno Web. Se han incluido en este estudio los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del pabellón de adultos durante el periodo de enero a diciembre de 2006 y que en el registro se hubiese constatado que al menos una droga de abuso estaba implicada en el episodio de urgencias, bien mediante la anamnesis, la clínica, los resultados de laboratorio o la respuesta al antídoto.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se han registrado 729 intoxicaciones agudas, de las cuales en 140 (19%) una o más drogas de abuso se encontraron presentes.

Características de los pacientes que no ingresaron respecto a los que ingresaron:

	N	H	EDAD (Años)	TIPO INTOXICACION	Nº TÓXICOS (Media)	061
NO INGRESAN	118 (84%)	75%	32	98% SOBREDOSIS	2	62%
INGRESAN	22 (16%)	64%	32	100% SOBREDOSIS	2	50%

	SINT. RESP	SINT. NEUROL.	SINT. CARDIO	SINT. DIGEST	TRAST. CONDUCTA	OTRAS SINT.
NO INGRESAN	2%	45%	13%	10%	23%	7%
INGRESAN	15%	50%	0%	4%	31%	0%

	COCAINA%	HEROÍNA%	CANNABIS%	ANFETAMINAS & DISEÑO%	BZDPS%	ALCOHOL%
NO INGRESAN	33%	17%	5%	8%	12%	27%
INGRESAN	37%	28%	2%	0%	12%	21%

	CONTRIBUCIÓN DEL LABORATORIO AL DIAGNÓSTICO	RESPUESTA AL ANTÍDOTO	IOT+VM	ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS)	MORTALIDAD
NO INGRESAN	45%	15%	0%	1	0
INGRESAN	73%	27%	18%	10	0

Se presentará grafico de distribución horaria de llegada al Hospital de ambos grupos.

CONCLUSIONES

La media de tóxicos implicados en los pacientes de ambos grupos es de 2. No existen diferencias significativas relativas a la edad ni sexo.

En cuanto al tipo de drogas implicadas en el episodio de intoxicación agudo, la cocaína es la droga mas frecuente. Las anfetaminas y las drogas de diseño son más frecuentes en los pacientes que no ingresan, siendo la cocaína y la heroína los drogas mas frecuentemente detectadas en lo episodios que requieren ingreso.

En cuanto a la sintomatología, la neurológica es la más frecuente en ambos grupos. Encontramos diferencias que pueden ser significativas en cuanto a que la presencia de sintomatología cardiaca es más frecuente en aquellos pacientes intoxicados que no ingresan, así como los que presentan clínica digestiva; mientras que las dos sintomatologías que predominan en los pacientes que ingresan son la respiratoria y los trastornos de conducta

En lo referente a la asistencia recibida a los pacientes, hemos observado los siguientes resultados:

- *Criterios clínicos de gravedad* (fundamentalmente la necesidad de soporte respiratorio). Son motivo de ingreso en todos los casos, siendo nula su presencia en el grupo que no genera ingreso. Destacable también es la presencia de cuadros de alteración conductal como motivo de ingreso.
- *Requerimiento de datos de laboratorio como ayuda diagnóstica*. Los resultados obtenidos en este estudio sugieren ser que su aportación se hace mas evidente en el caso de pacientes intoxicados que requieren ingreso hospitalario que en aquellos que no ingresan;
- *Respuesta al antídoto*. Los pacientes que ingresan siguen un patrón similar aunque no tan marcado que respecto al laboratorio.

Uso de topiramato en la deshabituación de cannabis

BATLLE, E; ANDRÉS, I; FERNÁNDEZ, T.; LOZANO, L.; MARTÍNEZ, J.; MOLA, M.; ROI, J.; ROMERO C.

Enviar correspondencia a:
St Pelegrí 4. 08301 Mataró. Barcelona. 11740ebs@comb.e

INTRODUCCIÓN

Además de su utilidad en el tratamiento del trastorno del control de los impulsos y del trastorno límite de la personalidad, algunas observaciones preliminares muestran que el topiramato puede disminuir el craving y el consumo de diversas sustancias en sujetos dependientes. Aunque no se dispone de datos sobre su efecto sobre el consumo de cannabis, parece posible esperar que pueda ser también útil en el tratamiento de pacientes con abuso o dependencia de cannabis e impulsividad asociada.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia del topiramato en la disminución del craving y el consumo de cannabis, así como en los niveles de impulsividad, en pacientes que presenten abuso o dependencia de cannabis.

MÉTODOS

Estudio preliminar, observacional y multicéntrico, llevado a cabo con 44 sujetos que presentan criterios de abuso o dependencia de cannabis, que han realizado seguimiento en centros de atención a las drogodependencias y han recibido tratamiento con topiramato al menos durante 12 semanas. Se analizan datos demográficos, de consumo de cannabis y de niveles de craving e impulsividad registrados en escalas clínicas.

RESULTADOS

Los resultados del estudio muestran una disminución en los niveles de craving y las dosis y frecuencia del consumo de cannabis, además de una disminución en los niveles de impulsividad.

CONCLUSIONES

Éstos resultados sugieren que el tratamiento con topiramato puede ser útil en pacientes con abuso o dependencia de cannabis, especialmente en aquellos que presentan altos niveles de impulsividad.

PALABRAS CLAVE

Cannabis, topiramato, tratamiento, impulsividad, craving.

Observatorios Municipales sobre el consumo de drogas. Sistema de colaboración interciudades (Mataró – Reus – Rubí)

BATLLE, E.; LLUCH, A.; ARDERIU, E.; BORRÀS, T.; MARTÍ, V.; POSADA, X.

Enviar correspondencia a:
St Pelegrí 4. 08301 Mataró. Barcelona. 11740ebs@comb.e

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de información u observatorios en materia de drogas no son nuevos en nuestro país, aunque son escasos los observatorios de ámbito local. El ámbito local ofrece la posibilidad de acotar los parámetros de incidencia y problemas asociados al consumo, y de plantear actuaciones más directas y ajustadas a la situación real en la población. El sistema que se presenta es un proyecto de colaboración entre diferentes ciudades (actualmente Mataró, Reus y Rubí) para el impulso de sus respectivos Observatorios Municipales sobre el Consumo de Drogas y las estrategias de cooperación e intercambio que puedan derivarse tanto a nivel político como técnico.

OBJETIVOS

Crear un sistema de información estable, que reúna y elabore indicadores que permitan establecer un diagnóstico sobre la incidencia del consumo de drogas y problemas asociados en las diferentes ciudades y posibilite comparaciones entre ellas.

METODOLOGÍA

La metodología de trabajo para alcanzar los objetivos propuestos, puede resumirse en:

- Establecimiento de un convenio de colaboración entre los respectivos municipios.
- Creación de un grupo de trabajo, integrado por representantes de los diferentes municipios y un asesor técnico. Éste grupo se reunirá periódicamente con el fin de desarrollar un plan de actuación en relación a los objetivos propuestos.
- Presentación conjunta de los resultados del informe anual de los diferentes observatorios.

RESULTADOS

Es posible establecer un sistema de información estable sobre drogas en el ámbito local, que reúna y compare datos de varias poblaciones. Los resultados expresados en los primeros informes permitirán solamente una aproximación a la realidad de los problemas asociados al consumo de drogas, pero la estabilidad del sistema permitirá en los próximos años conocer las tendencias y cambios en las pautas de consumo y evaluar los programas asistenciales y de prevención en los diferentes municipios.

CONCLUSIONES

La existencia de un programa estable de indicadores de consumo de drogas y problemas asociados, a nivel local, permite establecer políticas municipales adecuadas tanto en aspectos preventivos como asistenciales. A su vez, la existencia de un sistema de colaboración entre ciudades, puede permitir el análisis conjunto y com-

paración de datos, la elaboración de actuaciones a nivel supramunicipal, la formación conjunta de profesionales y servicios implicados en los diferentes municipios, el diseño de líneas de investigación comunes y el planteamiento de nuevas propuestas de actuación a las administraciones local y autonómica.

PALABRAS CLAVE

Consumo de drogas, observatorios, indicadores.

Mejora en la percepción de la calidad de vida de pacientes alcohólicos, en tratamiento por su adicción, tras la consecución de seis meses de abstinencia enólica

BELTRÁN VICIANO, M.A.*; MONREAL PEREZ, M.; LARA GARCÍA, A*; VENTURA MENEU, I.*; SANTOS DIEZ, P.*; PEREZ HOYOS, S.***; PAULINO CASANOVA, JA****; GUERRERO ESPEJO, A.*****; ROMERO GÓMEZ, F. J.*****.**

* Servicio Valenciano de Salud. Unidad de Alcoholismo de Valencia.

** Servicio Valenciano de Salud. Centro de Salud Rafalafena. Castellón.

*** Servicio Valenciano de Salud. Escuela Valenciana Estudios Salud. (E.V.E.S.).

**** Servicio Valenciano de Salud. Unidad de Conductas Adictivas San Marcelino. Valencia.

***** Servicio Valenciano de Salud. Hospital de la Ribera.

***** Instituto de Drogas y Conductas Adictivas (I.D.Y.C.A). Universidad Cardenal Herrera-CEU.

Enviar correspondencia a:
C/. FLORA, Nº 7. 46010 VALENCIA

OBJETIVOS

Demostrar la existencia de diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida de los pacientes alcohólicos, en tratamiento por su adicción, tras el logro de la abstinencia enólica y analizar las áreas en las que se produce la misma.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal prospectivo de 9 meses de seguimiento, siendo la muestra del estudio seleccionada aleatoriamente de 177 sujetos, pacientes del servicio (Unidad de Alcoholología de Valencia) en tratamiento por problemática enólica iniciado en 2005. Recogida de las variables del estudio, Perfil de Nottingham (NHPc): Energía vital, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social, áreas limitadas por su estado de salud, al tercer mes de abstinencia enólica, preguntando en referencia a el periodo de consumo alcohólico (durante el tiempo en que bebió) y la recogida de las variables del estudio, Perfil de Nottingham (NHPa) : Energía vital, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social, áreas limitadas por su estado de salud a los 6 meses de la abstinencia, referidas a el periodo de abstinencia de consumo de alcohol (en los 6 meses de abstinencia etílica). Ho : NHPc = NHPa H1 : NHPc ≠ NHPa

RESULTADOS

Existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las variables medidas por el cuestionario NHP: Energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social, nº de áreas limitadas de su vida. y por tanto, rechazamos la H_0 . Destacan las mejorías en las variables: Reacciones emocionales, energía vital y aislamiento social, siendo las diferencias: 49,65 puntos (Reacciones emocionales) > 45,34 (Energía vital) > 45,11 (Aislamiento social) y por encima de otras como Alteración del sueño (25,73), de Movilidad física (12,93) y Percepción del dolor (9,99). En el número de áreas limitadas en la vida: limitan en el consumo mas de la mitad de las áreas valoradas: 4,5/ 7 (64,28%) estando limitadas en la abstinencia 1,7/7 (24,28%), encontrándose una ganancia del 40%.

CONCLUSIONES

Los sujetos del estudio (pacientes en tratamiento por patología enólica primaria: dependencia alcohol o abuso alcohol), mejoran en su calidad de vida en todas las variables que mide el cuestionario de percepción de la misma (NHP), tras el logro de la abstinencia alcohólica, siendo su análisis importante para el establecimiento de estrategias terapéuticas y de reinserción de los mismos.

REFERENCIAS

1. Foster JH; Peters TJ; Kind, P. (2002). Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: a complex interaction. *Addict Biol.* 2002 Jan; 7 (1): 55-65.
2. Foster JH; Peters, TJ ;Marshall, EJ (2000). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol.* Aug; 22 (1): 45-52.
3. Foster JH; Marshall, EJ ; Peters, TJ (1999). Impaired sleep in alcohol misusers and dependent alcoholics and the impact upon outcome. *Alcohol Clin Exp Res Jun*; 23(6):1044-51.
4. Donovan, D.; Mattson, ME; Cisler, RA.(2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl.* Jul;(15):119-39.

PALABRAS CLAVE

Alcoholismo, Calidad de Vida, Perfil de Nottingham.

Diferencias en la percepción de la calidad de vida de pacientes alcohólicos, en tratamiento por su adicción, en función a su diagnóstico adictivo (dsm iv-tr): abuso o dependencia alcohol

BELTRÁN VICIANO, M.A.*; MONREAL PEREZ, M.; LARA GARCÍA, A.*; VENTURA MENEU, I.*; SANTOS DIEZ, P.*; PEREZ HOYOS, S.***; PAULINO CASANOVA, JA****; GUERRERO ESPEJO, A.*****; ROMERO GÓMEZ, F. J.*******

* Servicio Valenciano de Salud. Unidad de Alcoholismo de Valencia.

** Servicio Valenciano de Salud. Centro de Salud Rafalafena. Castellón.

*** Servicio Valenciano de Salud. Escuela Valenciana Estudios Salud. (E.V.E.S.).

**** Servicio Valenciano de Salud. Unidad de Conductas Adictivas San Marcelino. Valencia.

***** Servicio Valenciano de Salud. Hospital de la Ribera.

***** Instituto de Drogas y Conductas Adictivas (I.D.Y.C.A). Universidad Cardenal Herrera-CEU.

Enviar correspondencia a:
C/. FLORA, Nº 7. 46010 VALENCIA.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo será estudiar desde el punto de vista de la calidad de vida percibida por el paciente, las diferencias entre grupos diagnósticos (DSM-IV-TR): abuso y dependencia alcohol, en el periodo de consumo de los mismos (previo a el inicio del tratamiento) y en el periodo de abstinencia alcohólica (seis meses de abstinencia de alcohol, en tratamiento por su adicción).

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio longitudinal prospectivo de 9 meses de seguimiento, siendo la muestra del estudio seleccionada aleatoriamente de 177 sujetos, población ambulatoria, pacientes del servicio (Unidad de Alcoholología de Valencia) en tratamiento por problemática enólica (farmacológico y psicoterapia cognitivo-conductual), iniciado en 2005. Quedando fuera del estudio por pérdida de seguimiento 62 sujetos, por detectarse en la entrevista clínica consumo enólico: 11 sujetos; ; y por detectarse en la entrevista clínica psicopatología asociada (DSM-IV-TR): 46 sujetos. Quedando la muestra final en 58 pacientes. Dependientes de alcohol: 28 y Abusadores de alcohol: 30. Recogida de las variables del estudio, Perfil de Nottingham en abusadores de alcohol (NHPab) y en dependientes alcohol (NHPdp):

Ho: NHPab = NHPdp

H1: NHPcab ≠ NHPdp

El análisis de los datos ha sido realizado con el soporte estadístico del programa SPSS versión 12. Hemos utilizado el análisis de comparación de medias de las variables con la T de Student para muestras relacionadas. Considerando a priori la $p < 0,05$ el grado de significación aceptado para la significación estadística, que nos permitiera aceptar o rechazar las hipótesis nula (no hay diferencias).

RESULTADOS

La existencia de diferenciación significativa ($p < 0,05$) en el sueño en el consumo ($p = 0,034$) entre los grupos se debe a el propio efecto del consumo enólico. Las diferencias que apuntan ($p = 0,059$, $p = 0,052$) sin significación estadística ($p > 0,05$), en la movilidad, lo son en ambas variables consumo y abstinencia, siendo pues,

posible esta limitación en la misma en los dependientes alcohol, tanto si beben como en la abstinencia, respecto a los abusadores alcohol, también relacionado con el efecto de la sustancia en la actividad psicomotriz. Siendo en el resto de variables del estudio las diferencias no significativas, tanto en el consumo como en el logro de la abstinencia alcohol.

CONCLUSIONES

La no existencia de diferencias en ambos grupos, en general, concluye en que la pérdida o mejora en la percepción de la calidad de vida no experimenta diferencias por ser una problemática de dependencia o de abuso alcohol, la que aquejan los pacientes en tratamiento por alcoholismo.

REFERENCIAS

- (1) Foster JH; Peters TJ; Kind, P. (2002). Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: a complex interaction. *Addict Biol.* 2002 Jan; 7 (1): 55-65.
- (2) Foster JH; Peters, TJ ;Marshall, EJ (2000). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol.* Aug; 22 (1): 45-52.
- (3) Foster JH; Marshall, EJ ; Peters, TJ (1999). Impaired sleep in alcohol misusers and dependent alcoholics and the impact upon outcome. *Alcohol Clin Exp Res Jun*; 23(6):1044-51.

PALABRAS CLAVE

Alcoholismo, calidad de vida, Perfil de Nottingham, abuso alcohol, dependencia alcohol.

Comorbilidad del trastorno límite de la personalidad en pacientes psiquiátricos con diagnóstico clínico en el EJE I

BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ, R.; AIZIRI DÍAZ, J.; MARCOS FRÍAS, J. F.; ZABALA CAPETILLO, I.

Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao

Enviar correspondencia a:
Plaza Urdibai, nº1. 48920 Portugalete. Bizkaia. rbravo@neuro-

OBJETIVOS

Determinar la tasa de comorbilidad del trastorno límite de la personalidad (TLP) en pacientes que acuden solicitando ingreso en el servicio de psiquiatría de Medicina Psico-Orgánica S.L. y son hospitalizados.

MÉTODO

Grupo experimental; pacientes psiquiátricos (N=373) que cumplen con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el eje I. Estos los hemos divididos en dos grupos los que presentan dependencia de sustancias (N=235) y los pacientes (N=135) con diagnóstico clínico en eje I del DSM-IV-TR diferente de dependencia de 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 13.0 Se exige respuesta positiva y coincidente en MCMI-II e IPDE para hacer diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

RESULTADOS

El grupo con dependencia a sustancias presenta una prevalencia del 4,8% de pacientes con trastorno de personalidad límite comórbidos. El más frecuente es el que aparece en consumidores de alcohol y cocaína con un 9,9%.

El grupo de pacientes psiquiátricos no dependientes muestran una prevalencia del trastorno límite del 2,2% siendo el más frecuente el trastorno bipolar con un 14,3% seguido del trastorno de ansiedad generalizada con un 12,5%.

CONCLUSIONES

Existe una alta comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos psiquiátricos pertenecientes al eje I del DSM IV-TR, siendo el doble la prevalencia del trastorno límite en aquellos pacientes que presentan una dependencia de sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, D.C.: APA (versión en Español, Barcelona: Masson, 1995)

Loranger A.W. Internacional Personality Disorder Examination (IPDE). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1995.

Millon T. Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). Mineapolis. Nacional Computer Systems. 1997.

PALABRAS CLAVE

Trastorno límite de la personalidad, comorbilidad.

Efectos sobre la atención mantenida y capacidad de abstracción en dependientes de alcohol

BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ, R.; AIZPURI DÍAZ, J.; MARCOS FRÍAS, J. F.; ZABALA CAPETILLO, I.

Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao

Enviar correspondencia a:

Plaza Urdibai, nº1. 48920 Portugalete. Bizkaia rbravo@neuro-

OBJETIVOS

Determinar la existencia de sesgos cognitivos en cuanto a los efectos sobre la atención mantenida y la capacidad de abstracción en pacientes dependientes de alcohol comparando los resultados obtenidos con un grupo de pacientes con diagnóstico clínico en eje I del DSM-IV-TR diferente de dependencia de sustancias.

METODO

Grupo experimental de alcohólicos; (N=121), pacientes con dependencia de alcohol que cumplen los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y con una puntuación > 10 en el MALT.

Grupo control clínico (N=71) los pacientes con diagnóstico clínico en eje I del DSM-IV-TR diferente de dependencia de sustancias.

La muestra de estos grupos, apareada en edad, sexo y estado civil, está constituida por los pacientes que acuden a una Unidad de conductas adictivas perteneciente a la empresa Medicina Psico-orgánica S.L.

INSTRUMENTOS

Entrevista en profundidad; STROOP: Test de colores y palabras, Factor "G" de Cattell.(escala 3). MALT; SPSS v. 13.0.

RESULTADOS

El 62,4% de los pacientes alcohólicos presentan lesiones, principalmente frontales, en el STROOP frente al 34,7% del grupo de control clínico.

El grupo de pacientes alcohólicos presenta una capacidad de abstracción de CI=89,69 frente a CI=91,12 pertenecientes al grupo de control clínico.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes alcohólicos atendidos presentan sesgos en el procesamiento de la información en cuanto que sufren una reducción en el manejo de la información a corto plazo y en el registro de información novedosa. Al mismo tiempo presentan deterioro en su capacidad de simbolización y representación interna lo que diluye la capacidad de mantener las ideas.

Estas conclusiones son relevantes especialmente de cara al tratamiento ya que para aumentar la eficacia de las intervenciones el clínico deberá ajustar su registro, así como sus objetivos y la modalidad de intervención a estos déficit.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, D.C.: APA (versión en Español, Barcelona: Masson, 1995)

R.B. Cattell y A.K.S. (1977). Cattell. Factor "G", Test (escalas 2 y 3). Madrid: TEA.

PALABRAS CLAVE

Dependencia de alcohol, atención mantenida, capacidad de abstracción.

Patrón de consumo de tóxicos en médicos residentes del HUMS. Percepción del riesgo y disponibilidad. Relación con los rasgos de personalidad

CALVO, P.; SOLER, C.; ÁLVAREZ, I.; SERRANO, A.; SÁNCHEZ, M.; PÉREZ-POZA, A.

Servicio de Psiquiatría HUMS, Zaragoza.

Enviar correspondencia a:
Pseo Isabel La Católica. 50009 Zaragoza. piluca@seny.org

INTRODUCCION

El abuso de drogas, el mal uso y la adicción son asuntos de máxima importancia en nuestra sociedad, debido a sus enormes costes económicos, personales y sociales. Nuestro proyecto de investigación se basa en observar la variable información para estudiar los factores implicados en el consumo de sustancias con el objetivo de encontrar nuevos enfoques en la prevención.

Uno de los principales problemas de salud pública es el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y las conductas de riesgo relacionadas con las mismas. Sin embargo el verdadero problema no son las drogas en sí mismas, sino el cómo nos relacionamos con ellas.

Los principios generales para la educación sobre las drogas en el contexto del consumo y la educación para la salud proporcionan un buen argumento, pero hay pocas pruebas en la bibliografía acerca de la evaluación formal de su eficacia más allá de un corto plazo.

OBJETIVOS

Principal: Describir las características sociodemográficas y patrones de consumo en la muestra.

Secundarios: 1.- Valorar la influencia de un nivel de información máximo en la percepción del riesgo que supone el consumo de drogas. 2.- Estudiar si existe correlación entre el patrón de consumo y la percepción de la disponibilidad. 3.- Correlacionar los patrones de consumo con los rasgos de personalidad. 4.- Correlacionar la percepción del riesgo con los rasgos de personalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Longitudinal prospectivo.

Muestra: La muestra está formada por todos los médicos residentes de las diferentes especialidades del Hospital Universitario Miguel Servet. Siendo n= 350 personas.

Instrumentos utilizados:

1. Cuestionario autoaplicado donde se recogen las variables a estudio (variables sociodemográficas, patrón de consumo de diferentes tóxicos, percepción del riesgo y percepción de la disponibilidad).
2. Test de personalidad IPDE.

Los cuestionarios son entregados en mano con el objetivo de evitar el mayor número posible de pérdidas. La devolución de los cuestionarios se realiza por correo interno del hospital de forma totalmente anónima.

Estadística: Para el tratamiento de los datos estadísticos utilizamos el paquete estadístico SPSS 12.0 realizando análisis descriptivo y de regresión logística de las variables a estudio.

RESULTADOS

En el momento actual se están analizando los datos por lo que no podemos precisar los resultados. Sin embargo durante la codificación estamos observando que la mayoría de la muestra está formada por mujeres jóvenes (25-30), solteras y sin hijos. En el patrón de consumo destaca el hábito tabáquico, consumo de alcohol de forma esporádica-habitual y consumo esporádico de cannabis. El consumo de otros tóxicos es prácticamente insignificante. Los rasgos de personalidad más frecuentes son los obsesivos y dependientes-evitativos.

CONCLUSIONES

Es por eso por lo que las estrategias preventivas que se han basado de forma exclusiva en el control de la oferta, en la simple información sobre las drogadicciones cuando no en el recurso a inculcar miedo en los posibles consumidores, han fracasado o han tenido resultados muy mediocres. Hoy en día la tendencia en prevención debe considerarse de una forma integral y específica como prevención de conductas de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., et al. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (2nd edition) (ed. R.K. Hester and W.R. Miller), pp. 12-44. Allyn and Bacon, Boston, MA.
- Altman, S.J., Everitt, B.J., Glautier, S., et al. (1996). The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology*, 125, 285-345.

Estudio descriptivo-analítico multivariable de los pacientes ingresados en la UDH de Bétera y sus hábitos de consumo

MARIA JOSE CAPILLA LLISTÓ* Y CRISTINA CARRIÓN PÉREZ**

*Profesora Antropología de la Salud. Universidad San Vicente Martir. Valencia. Enfermera UDH. Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia)

** Licenciada en Antropología Social y Cultural. DUE SAMU. Liria (Valencia)

Enviar correspondencia a:

C/ ALBERIQUE, 22. 46008 VALENCIA. majoseca@uv.es

TÍTULO

Estudio descriptivo-analítico multivariable de los pacientes ingresados en la UDH de Bétera y sus hábitos de consumo

OBJETIVOS

En España, el reinado de la heroína en la década de los 80 y principios de los 90 se fue diversificando y abriéndose al uso de otras sustancias tan nocivas o más como la cocaína. Por otro lado, la irrupción del VIH, el encarecimiento, la adulteración y las campañas de prevención han tenido diversos efectos sobre los hábitos de consumo entre los usuarios de la droga. Resulta por ello interesante estudiar los cambios en los hábitos de consumo más allá de las meras apreciaciones y consideraciones subjetivas, aplicando técnicas estadísticas.

METODOLOGÍA

Los datos empleados corresponden a los pacientes ingresados en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Psiquiátrico de Bétera y que cuenten con datos de un ingreso anterior en los últimos 10 años. Los datos recogidos se han codificado de manera que las variables del estudio, por ejemplo la vía de consumo de heroína (y lo mismo para el consumo de cocaína), se han separado en tres variables, para indicar si la consumen por vía intravenosa, si la fuman o si la esnifan, asignando variables numéricas (1/0 para codificar sí o no). Igualmente se ha codificado (como 1/0 para indicar si/no) el consumo de speed-ball o el ser portador de VIH. Por su parte, los grupos de edad se han codificado entre 20 y 29 años, entre 30 y 39 años, y entre 40 y 49 años.

En este trabajo se plantean una serie de hipótesis y se aplican, mediante el programa de análisis multivariable SPSS, diferentes métodos para determinar objetivamente si dichas hipótesis quedan corroboradas por las técnicas estadísticas.

RESULTADOS

En primer lugar se determina la relación entre los grupos de edad y el consumo de heroína por vía intravenosa y el consumo de cocaína por vía intravenosa, pudiéndose afirmar que la variabilidad total respecto al consumo por vía intravenosa se debe a las diferencias entre grupos de edad, siendo considerablemente superior el consumo por vía intravenosa entre los mayores de 40 años.

En segundo lugar, mediante un análisis de regresión lineal se analiza cómo se comporta la variable dependiente, en nuestro caso el hecho de si un individuo es portador VIH, en función de otras variables independientes, apareciendo la edad como el factor más determinante, lo cual se puede explicar porque no se trata de la población general sino de pacientes que ya son drogodependientes por lo que mayor edad suele implicar un mayor tiempo expuesto a prácticas de riesgo.

Por último dado el alto número de variables, se establecen relaciones entre el conjunto de variables creando una estructura factorial que las relaciona y permite reducir las dimensiones para facilitar ulteriores estudios. El análisis factorial realizado permite extraer cuatro factores: por un lado consumo de droga por vía intravenosa ligado al de speed-ball, como segundo factor el conjunto de consumos esnifados, como tercer factor el consumo de droga fumada, y como cuarto el ser portador de VIH.

CONCLUSIONES

Las técnicas estadísticas de análisis multivariable permiten afirmar objetivamente realidades o tendencias que de otro modo se reducen a meras apreciaciones, al tiempo que permiten establecer relaciones entre variables difícilmente apreciables de otro modo y que pueden facilitar o simplificar estudios ulteriores. El presente trabajo determina de este modo aserciones sobre las variaciones en el consumo de drogas, la incidencia del VIH, y las relaciones entre diferentes variables sobre el consumo.

REFERENCIAS

- Capilla Llistó, M.J.; Mandingorra Martínez, J.M. Aproximación a la tipología del paciente heroínómano en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria Revista Enfermería Integral. Primer Trimestre, núm. 48, pp.3-7, Valencia, 1999
- Lévy Mangin, J.P., Varela Mallou, J. Análisis multivariable para las Ciencias Sociales Pearson Prentice-Hall, 2003
- Romaní, Oriol Las drogas. Sueños y razones Editorial Ariel, Barcelona, 1999
- Rial Bouebta, A.; Varela Mallou, J. El análisis de supervivencia para la investigación en drogodependencias en Tratado SET de Trastornos Adictivos, Tomo 1, pp. 75-83, Editorial Panamericana, 2006

PALABRAS CLAVE

Análisis multivariable, Hábitos de consumo de droga.

Diferencias entre tratados y autocambiadores de alcohol en una muestra española

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

Enviar correspondencia a:

Pza. Feijoo s/n. 33003 Oviedo. Asturias. jcarballu@hotmail

Se presentan los resultados de un estudio dirigido a analizar los procesos y determinantes que influyen en la recuperación natural de los problemas adictivos del alcohol 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 de alcoholismo. La muestra fue 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 o centros comerciales). Los sujetos han sido evaluados con una entrevista semiestructurada que analiza distintas variables del consumo, sociodemográficas y psicológicas que podrían estar relacionadas con la recuperación con y sin tratamiento. Los resultados apuntan a que el perfil de gravedad de la adicción previo a la recuperación de los que acudieron a tratamiento para solucionar sus problemas con el alcohol es más grave. Estos sujetos refieren más comorbilidad psiquiátrica y presentan mayor gravedad de la dependencia que aquéllos que se recuperaron sin ayuda terapéutica. Los datos obtenidos van en la línea de lo que se ha encontrado en los estudios previos en. Por último, se discuten líneas futuras de investigación sobre esta temática.

PALABRAS CLAVE

Recuperación natural, tratamiento, alcohol, dependencia.

Tratamientos involuntarios en conductas adictivas

M^a. LUISA CELORRIO BUSTILLO; FRANCISCO P. ORTEGA FELIPE; M^a. VICTORIA MONTAÑÉS CUENCA; PATROCINIO SÁNCHEZ GALLARDO

Enviar correspondencia a:
02005 Albacete.Eadalb@teleline.es

INTRODUCCION

Observando en la practica clínica diaria que cada vez acuden más pacientes para realizar un Tratamiento involuntario, nos planteamos realizar un estudio para conocer el perfil y el porcentaje de estos usuarios en la Unidad de Conductas Adictivas de Albacete.

En primer lugar realizamos una revisión de los distintos tipos de Tratamientos que el juez decide como medidas alternativas a la prisión.

Posteriormente revisamos las alternativas Terapéuticas que tiene una Unidad de Conductas Adictivas.

Y la reflexión final que realizamos es cómo poder conjugar estos 2 conceptos. Por un lado la actuación por parte del juez o Tribunal para decidir unas medidas concretas de sustitución de pena de un delincuente drogo-dependiente con la actuación y valoración biopsicosocial de los profesionales a la hora de diseñar el plan de Tratamiento global de un paciente, diseñando un itinerario Terapéutico a seguir.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es conocer el perfil, así como el número de pacientes que acuden a Tratamiento involuntario.

Recogiendo diferentes variables como procedencia y tipo de tratamiento que nos sirvan como herramienta para mejorar la eficacia del trabajo diario, el conocimiento de la población atendida en este dispositivo, mejorando la calidad asistencial, y ofrecer diferentes datos y reflexiones a los distintos profesionales.

METODOLOGIA

Es un estudio observacional retrospectivo realizado en la UCA (Unidad de Conductas Adictivas) de Albacete.

La muestra escogida es de 81 pacientes, siendo el total de usuarios que acuden al centro con dependencia/abuso de sustancias para realizar un Tratamiento Involuntario durante el periodo del 01-01-2005 al 31-05-2006.

El método a seguir consiste en seleccionar las variables a utilizar, analizar los datos, diseño gráfico y reflexión sobre los mismos.

RESULTADOS

- Se estudian 81 pacientes que supone el 18% del Total de usuarios (448)
- Edad: 5% < 19 años
 - 8% 20-24 años
 - 18% 25-29 años
 - 26% 30-34 años
 - 25% 35-39 años
 - 18% 40-60 años

- Sexo: 89% Hombres
11% Mujeres
- Sustancia Principal: 2% Cannabis
6% Alcohol
22% Cocaína
70% Heroína
- Tipo de Tratamiento: 2% Comunidad Terapeutica
98% Tratamiento Ambulatorio
Del Tratamiento Ambulatorio:32% Programa Libre de Drogas
66% Programa Mantenimiento Metadona
- Situación Judicial: 2% Centro de Menores Albaidel
3% Equipo de Servicion Sociales de Menores
7% Sanción Administrativa
13% Suspensión de condena
26% Libertad Condicional
49% Con Juicios Pendientes

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Consideramos que el Tratamiento obligatorio no deberá reducir la capacidad de Tratamientos disponibles para los demás pacientes.

Siendo importante conciliar los objetivos Terapéuticos con las exigencias legales que se planteen.

La adherencia al Tratamiento y los resultados vienen condicionados por la motivación al cambio y la percepción de problema, teniendo más posibilidades de éxito cuando el paciente esta preparado para pasar a la acción.

El problema surge cuando la motivación es por presión judicial o sanción administrativa y el paciente esta precontemplativo, en estos casos tenemos los profesionales que ser capaces de reconducir este tratamiento obligatorio en una opción, incluso privilegio para solucionar un problema de salud.

El equipo terapéutico de la UCA tras valoración biopsicosocial del paciente realiza un itinerario Terapéutico donde prioriza las áreas que hay que potenciar, selecciona los recursos que intervienen y se coordina con las instituciones implicadas.

Por este motivo consideramos importante que el juez se apoye en los informes de profesionales expertos en drogodependencias, derivando al condenado a las Unidades de Conductas Adictivas donde se ofertaran programas orientados a la intervención en los problemas y a la reducción de los daños asociados al consumo.

También es cierto que resulta innegable que un significativo número de pacientes no presente ninguna voluntariedad hacia el tratamiento, siendo importante que la motivación exclusivamente judicial, provoca que el usuario "reaccione" y se cuestione su situación involucrándose positivamente en el Tratamiento.

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos importante la coordinación entre jueces, fiscales y profesionales de drogodependencias, así como momentos de encuentro para poder compartir nuestras preocupaciones, dudas y conocimientos.

BIBLIOGRAFIA

- ASAM (American Society o Addiction Medine)

PALABRAS CLAVE

Tratamientos Involuntarios, Conductas Adictivas, Medidas alternativas.

Plantas alucinógenas: intoxicación por ingesta de *Datura Estramonium*

CLIMENT DÍAZ, B.; GARCÍA, F.; GARCÍA ESCRIVÁ, D.; HERRERA DE PABLO, P.; SÁNCHEZ, E.

Enviar correspondencia a:
Avda Tres Cruces 2. 46014 Valencia. climent_ben@gva.es

OBJETIVO

El consumo de hongos y plantas alucinógenas se ha popularizado hasta convertirse en una droga de abuso. Presentamos el caso clínico correspondiente a una intoxicación por ingesta de una infusión de *Datura Stramonium* con intención recreativa.

DESCRIPCION CASO CLINICO

Se trata de un paciente varón de 34 años traído inconsciente al servicio de urgencias de nuestro hospital. Por la anamnesis de los acompañantes sabemos que había ingerido alcohol etílico y una infusión que contenía estramonio, tras lo cual había sufrido mareos y vómitos, agitación psicomotriz y pérdida de conocimiento. La policía informa de otros casos de intoxicaciones similares atendidas en otros centros sanitarios.

A la exploración el paciente se encuentra inconsciente (GCS 8), Tª 38.4°C, taquicardia 140 lpm, TA 115/70, hipotonía, piel seca y eritematosa, midriasis e hiporreactividad pupilar. Alcoholemia 277 mg/dl, resto de tóxicos, hemograma, bioquímica y gasometría sin alteraciones salvo lactato 5.73. Posteriormente presenta cuadro delirante con agitación psicomotriz que requiere sujeción mecánica, diazepam y neurolépticos intramusculares. Alterna periodos de somnolencia con periodos de agitación. Tras periodo de observación de 6 horas el cuadro clínico remite y el paciente recupera la conciencia. Refiere consumo habitual de alcohol, anfetaminas y hongos alucinógenos pero era la primera vez que probaba el estramonio.

Refiere que ingirió de una "garrafa" que le ofrecieron en varias ocasiones. Recuerda haberse mareado, sentido como "flotando" con alucinaciones visuales, golpeándose contra las paredes hasta caer al suelo. Al alta el paciente se encuentra asintomático.

CONCLUSIONES

Según datos del Instituto Nacional de Toxicología, en España están aumentando el número de llamadas de consulta sobre incidencias relacionadas con hongos y plantas alucinógenas. Estas se consiguen directamente en la naturaleza, cultivándolas o comprándolas en Smart-shops por Internet. La intoxicación se puede producir al ingerir las semillas, preparar infusiones o cigarrillos. La *Datura Stramonium* Estramonio es una planta herbácea muy común en jardines y solares, con hojas semejantes a la higuera. También conocida como higuera del infierno, berenjena del diablo, higuera loca, etc. Usada desde la antigüedad por sus efectos alucinatorios. Las intoxicaciones se producen al ingerir semillas, infusiones o cigarrillos. Contiene alcaloides como la atropina, hiosciamina y escopolamina, actuando por inhibición competitiva de la acetilcolina, con el consiguiente síndrome anticolinérgico: taquicardia, midriasis, piel y mucosas secas, eritema, hipoperistaltismo intestinal, retención urinaria, agitación, alucinaciones, convulsiones, ataxia, elevación temperatura y TA, coma. El efecto tóxico comienza a los 30 minutos y puede durar hasta 48 horas.

El tratamiento es sintomático, tranquilizando al paciente junto a benzodiazepinas para la ansiedad y la agitación. Realizar lavado gástrico y carbón activado si ingesta antes de una hora. Preferible no usar neurolépticos por su acción anticolinérgica. La fisostigmina es el antídoto a usar en casos de grave sintomatología anticolinérgica, pero requiere para su uso de monitorización cardiológica continuada.

BIBLIOGRAFIA

Poisonings by plants with psychotropic effects. Special mention to intentional abuse in Spain. Ramón MF, Ballesteros S, Larrotcha MC, Martínez-Arrieta R, Bandrés F. XXX Internacional Congreso European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicology.

PALABRAS CLAVE

Intoxicación, estramonio, alucinógenos, plantas, síndrome anticolinérgico.

Desintoxicaciones hospitalarias de alcohol en un Servicio de Medicina Interna

**CLIMENT DÍAZ, B.; GARCÍA ESCRIVÁ, D.; GUIJARRO, M.J.; HERRERA DE PABLO, P.; GONZÁLEZ, V.;
SILVESTRE, J.; HERRERA, A.**

Enviar correspondencia a:

Avda Tres Cruces 2. 46014 Valencia. climent_ben@gva.es

OBJETIVOS

La dependencia al alcohol constituye un grave problema sanitario con comorbilidad orgánica y psiquiátrica. La prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol en los hospitales alcanza un 35%. El objetivo es exponer el manejo del paciente alcohólico en una Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria integrada en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo con los pacientes ingresados en 2004 y 2005 para desintoxicación a alcohol. Considerada como unidad de referencia dentro de la Comunidad Valenciana en el área de la Toxicología Clínica e integrada en la red pública en drogodependencias, los pacientes son remitidos desde las Unidades de Conductas Adictivas, Atención Primaria, Servicio de Urgencias o cualquier otro servicio hospitalario. Desarrolla diferentes programas de desintoxicación a drogas.

En el protocolo de desintoxicación a alcohol se realizan analíticas, ECG, Rx Tórax y screening tóxicos. En los casos necesarios TAC o IRM cerebral, ecografía abdominal, EMG. Se realiza valoración psiquiátrica en los pacientes con antecedentes psiquiátricos. El protocolo farmacológico se individualiza en cada caso y suele incluir: diacepan, oxcarbazepina, clometiazol, vitaminas grupo B, ácido fólico, magnesio, antidepresivos. Se valora la intensidad del síndrome de privación con la escala CIWAR. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 9.0.

RESULTADOS

Ingresaron 149 pacientes: 115 varones (77.2%) y 34 mujeres (22.8%). La edad media fue 46.2 años (rango 22 - 73 años). El motivo del ingreso fue: desintoxicación programada de alcohol en 77 casos (51.7%), síndrome de privación en 32 casos (21.5%), desintoxicación de alcohol y cocaína en 21 casos (14.1%) y por complicaciones orgánicas secundarias en 19 casos (12.8%), con Encefalopatía de Wernicke en 5 casos, Delirium Tremens en 7

casos, crisis comiciales por privación en 7 casos. En 82 casos (55%) se habían realizado desintoxicaciones previas. El consumo de alcohol se calculó con las UBE con una media de 21.74 (rango 4-80). La estancia media fue 11.89 días (rango 1-68 días). En las analíticas: glucosa 105.4 (rango 58-575), colesterol total 232.3 (rango 88-1945), triglicéridos 169.7 (rango 38-1872), GOT 90.4 (rango 13-936), GPT 67.3 (rango 7-434), GGTP 420 (rango 12-4403), sideremia 129.7 (rango 23-382), ferritina 343 (rango 8- 2299), VCM 97.1 (rango 90-132), plaquetas 192496 (rango 9500-614000), Magnesio 2.08 (rango 1.3- 3.0). En 9 casos (6%) había positividad para el VHC y en 11 (7.4) para el VHB. Se realizó ecografía abdominal en 46 pacientes (30.9%) con alteraciones en 42 casos (28.2%): esteatosis hepática en 28 casos y signos de cirrosis hepática en 14 casos. La puntuación media en la escala CIWAR fue de 8.55 (rango 0-29), siendo menor en los ingresos programados con respecto a los que ingresaron ya con privación. Las complicaciones fueron: neumonía en 9 casos, pancreatitis aguda en 7 casos, hemorragia digestiva alta en 1 caso y polineuropatía en 9 casos. La mortalidad de esta serie fue de 1 paciente con Delirium Tremens.

DISCUSIÓN

Destaca un predominio en los varones coincidente con los patrones de consumo. Vamos constatando la disminución en la edad de los pacientes que presentan problemas relacionados con el alcohol. Hay un alto porcentaje de tratamientos de desintoxicación previo, lo que reafirma la cronicidad. La estancia se ve afectada por los problemas orgánicos y la problemática social de algunos pacientes. Se ha constatado un aumento de la desintoxicación concomitante de alcohol y cocaína, con un abordaje diferenciado y prolongada estancia. En las analíticas, además de la elevación de los marcadores de consumo crónico, destaca una hipomagnesemia, por lo que hay que administrar suplementos de magnesio. Las complicaciones se han producido en los pacientes ingresados con síndrome de privación iniciado y en aquellos con patologías orgánicas que requerían de desintoxicación urgente, puesto que en el paciente programado el tratamiento suele evitar la aparición del síndrome.

CONCLUSIONES

El abordaje integral del paciente alcohólico en un Servicio de Medicina Interna constituye un extenso campo de actuación dentro de las actividades propias de la Medicina Interna. En nuestra experiencia, el tratamiento de desintoxicación hospitalaria ha supuesto una normalización en la asistencia hospitalaria al paciente alcohólico, con un valoración y tratamiento del daño orgánico por el alcohol, una continuidad del proceso terapéutico en policlínica coordinada con los dispositivos asistenciales en drogodependencias.

PALABRAS CLAVE

Desintoxicación, alcohol, privación.

Complicaciones neurológicas por consumo de cocaína

CLIMENT B*, CARCELEN M, CERVELLÓ A**, GUILLÉN C**, BROCALERO A**, PARRA J**.**

Enviar correspondencia a:
Avda Tres Cruces 2. 46014 Valencia. climent_ben@gva.es

OBJETIVOS

La extensión del consumo de cocaína está ocasionando un aumento de patologías cardiovasculares. Presentamos una serie de complicaciones neurológicas en pacientes consumidores habituales de cocaína.

METODOLOGIA

Es un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Neurología de nuestro Hospital en el periodo 2004-2006. Se han identificado aquellos pacientes que en la anamnesis referían consumo habitual de cocaína y presentaban al ingreso niveles positivos. Se han excluido aquellos pacientes que aunque eran probables consumidores de cocaína, no había en su historia clínica niveles realizados de la misma.

RESULTADOS

Se han recogido 15 casos con edad media de 32.5 años (rango 18-48 años). Había 11 varones y 4 mujeres. Entre los antecedentes toxicológicos destacaba: tabaquismo en el 86.6%, consumo de alcohol en el 66.6%, opiáceos en el 13.3% y drogas de síntesis en el 13.3%. La forma de consumo de la cocaína era por inhalación en el 90% e los casos. La patología diagnosticada que requirió de ingreso hospitalario fue: crisis convulsiva secundaria a tóxicos en 6 casos (40%), accidente cerebrovascular isquémico en 3 casos (20%), hemorragia subaracnoidea en 2 casos (13.3%), cefalea en 3 casos (20%), neuritis óptica en un caso (6.6%). La estancia media hospitalaria fue de 7.2 días (rango 3-15 días). No habían antecedentes neurológicos previos ni otros factores de riesgo cardiovascular. En las analíticas destacaba una rabdomiolisis aguda en 3 casos (20%) y un déficit de ácido fólico en 4 casos (26.6%). Hubieron secuelas neurológicas en 3 casos (20%) que consistieron en déficit motor en 2 casos y encefalopatía hipóxica en un caso. Hubo un exitus en un paciente con ACV isquémico masivo y herniación posterior.

DISCUSION

El consumo extendido de cocaína está provocando una morbilidad secundaria que requiere de realización de estudios prospectivos para comprobarla. La cocaína presenta como órganos diana el sistema vascular y el cerebro predominantemente. Entre los mecanismos implicados destacan el vasoespasmo e isquemia secundaria. Se está constatando en la bibliografía médica un constante aumento de eventos neurológicos secundarios al consumo de cocaína, que además acontecen a edades más tempranas de lo esperado según la evolución natural con los habituales factores de riesgo vascular. El reducido número de casos recogidos retrospectivamente nos ha motivado a realizar un trabajo prospectivo para estudiar la patología neurológica secundaria al consumo de cocaína. La concienciación de los diferentes especialistas, en este caso neurólogos, de los efectos de la cocaína es fundamental para poder estudiar esta patología. Hasta el momento actual no se había recogido esta información de forma metódica.

BIBLIOGRAFIA

Torres MA, Climent B. Complicaciones neurológicas por cocaína. Adicciones 2006, vol 18, suplemento 1: 179-196.

PALABRAS CLAVE

Cocaína, convulsiones, accidentes cerebrovasculares, cefaleas.

Eficacia de la oxcarbacepina en la deshabituación de adictos a cocaína y alcohol

BARTOLOMÉ DE LA FUENTE DARDER*, ANA APARICIO APARICIO*, MARÍA DE GUÍA CASTRO GRANADOS,
MARÍA LIZUR BARBUDO*, LETICIA MANCHADO LÓPEZ***

Medico* y Psiquiatra** de la Unidad de Drogodependencias y Adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba

Enviar correspondencia a:
C/ Juan Morales.14011 Córdoba barti.delafuente@ip

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La deshabituación a drogas es la fase más complicada dentro del proceso terapéutico, aunque últimamente se ha avanzado en su tratamiento debido a los conocimientos neurobiológicos y farmacológicos.

Por otra parte el modelo de sujeto ha cambiado en los últimos años y los consumidores actualmente tienen un perfil de abuso o dependencia de cocaína y alcohol con rasgos de personalidad de gran impulsividad hacia el consumo y un intenso craving.

Estamos introduciendo en el tratamiento de esta fase fármacos anticomiciales, como la oxcarbacepina, que según artículos publicados reducen el craving, la impulsividad, pueden controlar las recaídas y mejorar el estado de ánimo.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la oxcarbacepina en la deshabituación de cocaína y alcohol y en la impulsividad.

MÉTODO

Estudio prospectivo en los pacientes con criterios de abuso o dependencia de cocaína y/o alcohol (según DSM IV o CIE 10) que consultan en nuestro centro y que reciben tratamiento con oxcarbacepina durante 12 semanas.

Se realizó una primera entrevista clínica con los datos de filiación, situación laboral, antropométricos, clínicos, comorbilidad, dependencia a diversas sustancias. Se realizó una escala de Barrat antes de iniciar el tratamiento con oxcarbacepina.

A los 3 meses del comienzo se protocolizó una nueva entrevista clínica en la que se cumplimentó escala de Barrat.

Estudio estadístico con prueba T de Student para variables relacionadas entre la escala de Barrat inicial y final.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 27 sujetos, 89% varones y 11% mujeres. La edad media fue de 34,6 años ($DE \pm 6,5$ años). El 59,3% estaba empleado. Un 77,8% no padecía comorbilidad, 14,8% trastorno de personalidad, 3,7% trastorno bipolar y 3,7% TDAH del adulto. El 37% dependía a alcohol, 26% a cocaína y 37% era polidependiente.

Tomaban medicación concomitante el 85,2%, siendo la más frecuente antidepresivos con un 66,5%. Durante este periodo no se produjo abandono del estudio por parte de ningún paciente y no hubo efectos adversos destacables que obligaran a suspender el tratamiento.

La dosis inicial media de oxcarbacepina fue de $477,78 \pm 186,2$ mg y la final de $1011,11 \pm 400,3$ ($p=0.12$).

Los resultados de la Escala de Barrat al inicio fue de $76,52 \pm 17,01$ y a los 3 meses $52,74 \pm 15,94$, lo que era estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES

La oxcarbacepina resulta eficaz en la deshabituación de cocaína y alcohol, con un buen perfil de tolerabilidad.

Existe una reducción de los niveles de impulsividad en los pacientes tratados.

REFERENCIAS

- G. Ponce, R. Rodríguez-Jiménez, H. Ortiz, G. Rubio, M.A. Jiménez-Arriero, T. Palomo. Oxcarbacepina para la prevención de patología epiléptica en la desintoxicación alcohólica. *Revista de neurología* 2005; 40(10): 577-580.
- J. Conejo Galindo, P. Laita de Roda y L. Moñino Fernández. Eficacia antiimpulsiva de oxcarbacepina en los trastornos de personalidad. *Psiquiatría Biológica* 2005; 12(3): 95-100.

PALABRAS CLAVE

Oxcarbacepina, alcohol, cocaína, impulsividad, craving.

Análisis de la incidencia de los trastornos de personalidad y consumo de alcohol y cocaína en una muestra de pacientes de la U.C.A. de San Marcelino

DEL ARCO JULIÁN, M^a I*.; FORA GIMÉNEZ, D.T.; MARTÍNEZ CODOÑER, M^a A.**; RÍO SANZ, M.***; FORCADA CHAPA,R.**

* Psicóloga y Psiquiatra, respectivamente, de la Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino.

** Psicólogas en Prácticas Pre-profesionales.

*** Psicólogo.

Enviar Correspondencia:

UCA de San Marcelino. Centro de Salud de San Marcelino. C/ San Pio X, 35. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la dependencia al alcohol y a la cocaína comporta la organización de una estrategia terapéutica individualizada para cada paciente combinando, siempre que sea preciso, tratamiento psicológico con farmacológico, con el fin de adecuar al sujeto al tratamiento más acorde según sus variables endógenas y exógenas, factores de protección o de riesgo que inciden en el consumo. Constatando lo que hemos venido observando en nuestra práctica clínica diaria y apoyándonos en Sanabria (2002), más de la mitad de la población adicta tiene algún tipo de trastorno de personalidad, ya sean alteraciones leves o graves como cuadros psicóticos o depresión mayor los cuales están vinculados al consumo de drogas, pudiéndose producir interferencias en la implementación del tratamiento a dichos sujetos. Diversas investigaciones destacan que las alteraciones psicopatológicas en sujetos dependientes de cocaína y alcohol suelen ser altas (Casas, 1992; Pérez de los Cobos y Casas, 1993) llegando a señalar, Arias, López-Ibor y Ochoa (1997) que existe una prevalencia de un 50 a un 90% de trastornos psiquiátricos en esta población, siendo los más frecuentes los trastornos límites, personalidad antisocial, dependiente, esquizoide y paranoide (Cuadrado, 2000; Torneatto, 2000). Por ello hemos considerado desde la Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino, la necesidad de realizar la evaluación de los Trastornos de Personalidad a través del Cuestionario de Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (I.P.D.E.), en todos aquellos pacientes consumidores de alcohol y cocaína, que acudieron en demanda de tratamiento durante el año 2006.

OBJETIVOS

Valorar la incidencia de trastornos de la personalidad en pacientes consumidores de alcohol y cocaína que han acudido en demanda de tratamiento a la Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino, durante el año 2006.

Observar su adhesión al tratamiento terapéutico y la evolución del mismo.

Conocer si la respuesta que estos pacientes han tenido con tratamiento psicológico y/o farmacológico ha sido similar a la de los pacientes que no presentan trastorno de la personalidad

MÉTODO

El estudio transversal se realiza en la Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino, perteneciente a la Consellería de Sanitat del departamento 10 de Valencia, durante el período de 2006. De las aproximadamente 430 primeras visitas realizadas, solamente se analizan aquellos sujetos que acuden en demanda de tratamiento por consumo de alcohol y/o cocaína. Para la obtención de los datos hemos utilizado una entrevista estructurada, los criterios categoriales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV-TR) y el

Cuestionario IPDE, diseñada para evaluar los trastornos de personalidad de acuerdo a los criterios de la DSM-IV-TR.

El Análisis de datos obtenidos a través del SPSS 12 para Windows XP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La muestra examinada esta compuesta por un porcentaje en el que mayoritariamente son varones, en edades comprendidas entre los 20 y 55 años, con un nivel socio-cultural medio-bajo. Se observa en la impresión diagnóstica criterios de dependencia al alcohol y a la cocaína, independiente o simultáneamente ambas sustancias tóxicas, trastornos de personalidad límite, dependiente, antisocial.

Los pacientes con trastorno de personalidad comórbido son más jóvenes, conviven en el domicilio familiar, están desempleados o realizan trabajos eventuales. La edad de inicio es más temprana y comienzan el consumo por divertimento, en grupo, durante fines de semana, agudizándose la ingesta de los tóxicos durante el comienzo de su vida laboral.

La adherencia al tratamiento es inferior y puede llegar a asociarse con las variables sociodemográficas y la patología psiquiátrica que presentan. Indudablemente se asocia a un peor pronóstico.

PALABRAS CLAVE

Alcoholismo; Cocainodependencia; Trastorno de personalidad; Incidencia; Evaluación; IPDE.

Análisis de la incidencia de trastornos del estado de ánimo en pacientes dependientes de alcohol y cocaína de la U.C.A. de San Marcelino

DEL ARCO JULIÁN, M^a I*.; MARTÍNEZ CODOÑER, M^a A.; FORA GIMÉNEZ, D.T.**; RÍO SANZ, M.***; FORCADA CHAPA,R.**

* Psicóloga y Psiquiatra, respectivamente, de la Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino.

** Psicólogas en Prácticas Pre-profesionales.

*** Psicólogo

Enviar Correspondencia:

UCA de San Marcelino. Centro de Salud de San Marcelino. C/ San Pio X, 35. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la dependencia al alcohol y a la cocaína comporta la organización de una estrategia terapéutica individualizada para cada paciente, combinando, siempre que sea preciso, tratamiento psicológico con farmacológico, con el fin de adecuar al sujeto al tratamiento más acorde según sus variables endógenas y exógenas, factores de protección o de riesgo que inciden en el consumo. La ansiedad y la depresión correlacionan positivamente con el síndrome de privación cuando el paciente interrumpe el consumo o ante la cognición de abandonar el mismo. Se construye, de ese modo, un epifenómeno de la suspensión del mismo (Ochoa, 2000), reacciones frente a estresores crónicos relacionados, en ocasiones, al estilo de vida del adicto (Pérez de

los Cobos y Casas, 1993) o de otra forma, reacciones frente a situaciones agudas de pérdida de recurso que favorecen la búsqueda de tratamiento (Pedrero, Puerta, Segura y Martínez –Osorio, 2003). Se encuentran elevadas tasas de prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos en consumidores también de cocaína (Sánchez Hervás, Tomás y Morales, 2001) y de alcohol (Casas y Guardia, 2002). La prevalencia de la depresión y ansiedad del colectivo analizado existe, según algunos autores en el 98% de los sujetos (Soler-Insa, Gasón y Grau, 1992). Para poder concluir, en nuestro trabajo hemos utilizado el sistema de criterio diagnóstico categorial (DSM-IV-TR), junto con los cuestionarios auto-administrados BECK y STAI, pese a sus ventajas e inconvenientes.

OBJETIVOS

Valorar la incidencia de trastornos del estado de ánimo (Depresión y Ansiedad) en pacientes consumidores de alcohol y cocaína que han acudido en demanda de tratamiento a la Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino, durante el año 2006.

Observar su adhesión al tratamiento terapéutico y la evolución del mismo.

Conocer si la respuesta que estos pacientes han tenido con tratamiento psicológico y/o farmacológico ha sido similar a la de los pacientes que no presentan este tipo de trastornos.

MÉTODO

El estudio transversal se realiza en la Unidad de Conductas Adictivas de San Marcelino, perteneciente a la Consellería de Sanitat del departamento 10 de Valencia, durante el periodo de 2006. De las aproximadamente 430 primeras visitas realizadas, solamente se analizan aquellos sujetos que acuden en demanda de tratamiento por consumo de alcohol y/o cocaína. Para la obtención de los datos hemos utilizado una entrevista estructurada, los criterios categoriales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV-TR), el Inventario de Depresión de BECK y el Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo STAI. Ambos, inventario y cuestionario, han sido diseñados para la autoadministración, utilizándose la distribución individual de los mismos.

El Análisis de datos obtenidos a través del SPSS 12 para Windows XP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La muestra examinada esta compuesta por un porcentaje en el que mayoritariamente son varones, en edades comprendidas entre los 20 y 55 años, con un nivel socio-cultural medio. Se observa en la impresión diagnóstica criterios de dependencia al alcohol y a la cocaína, independiente o simultáneamente ambas sustancias tóxicas, depresión y ansiedad en estado en un porcentaje estadístico bastante elevado.

Los pacientes con trastorno depresivo y ansioso alcanza una media de edad adulta. Con incidencia superior en mujeres, a pesar de que en la muestra prevalecen los varones. Están casado/as o separado/as, conviven, indistintamente en el domicilio familiar, propio, en pareja o con familia de origen. Indistintamente, si se encuentran con trabajo estable su situación es de incapacidad laboral temporal.. La edad de inicio es temprana y comienzan el consumo por divertimento, en grupo, durante fines de semana. En este conjunto de pacientes, la incidencia de la sintomatología depresiva suele conllevar no solo el área de adicción, sino otras áreas complementarias que agudizan y complican su tratamiento. Problemas de carácter legal, laboral, económico y sobre todo la incidencia relativa al área de la familia. Sus relaciones familiares son más conflictivas.

La adherencia al tratamiento es más firme.

PALABRAS CLAVE

Alcoholismo; Cocainodependencia; Depresión; Ansiedad; Incidencia; Evaluación; BECK; STAI.

Demandas de tratamiento en 2005, relación entre la edad de inicio de consumo y el año de nacimiento

CELIA DEL PINO LIDÓN

** Médico CAID Sur. Madrid

Enviar correspondencia a:
C/ Jaspe 40. 28026 Madrid. celia.delpino@terra

OBJETIVOS

Conocer las características de las demandas por consumo de sustancias de abuso en el CAID Sur de Madrid, sus asociaciones de consumo y la evolución en las edades de inicio de los consumos desde los nacidos en los años sesenta hasta los nacidos posteriormente a 1980.

PACIENTES Y MÉTODOS

De los 711 pacientes que demandan tratamiento en el CAID Sur en 2005 se elige para este estudio a aquellos pacientes que es la primera vez que solicitan tratamiento (255 pacientes.) Mediante la historia toxicológica se determina la sustancia de abuso problema y las asociaciones de consumo, así como las edades de inicio de dichos consumos y el año de nacimiento. Se crea una base de datos en Access para el tratamiento de dichos datos y la realización de consultas.

RESULTADOS

De los 255 pacientes estudiados 210 son consumidores de cocaína (82,35%), 154 consumidores de alcohol (60,39%), 120 consumen cannabis(47,05%), 92 heroína (36,07%), 49 consumen benzodiazepinas (19,02%), 19 consumen alucinógenos sintéticos(7,45%) y 15 anfetaminas (5,88%).

Si analizamos los pacientes consumidores de una sólo sustancia ésta es la cocaína (37 pacientes, lo que supone un 14,5%), seguida por el alcohol (13 pacientes, un 5,09%). Si nos centramos en aquellos pacientes que consumen a la vez dos o tres sustancias de abuso nos encontramos con que en los pacientes del CAID la combinación más frecuente es cocaína y alcohol (21 pacientes, un 8,25%) o bien cocaína, alcohol y cannabis (32 pacientes, un 12,54%).

Analizando las edades de inicio en el consumo, observamos que la moda en el inicio del consumo de heroína está en los 19 años, en la cocaína en los 17 años (con otro pico en los 15) y en el alcohol en los 15 años, seguida muy de cerca por los 14 y 16 años. En el caso del cannabis la moda en el inicio de consumo está en los 15 años prácticamente igualada con los 16 y seguida muy de cerca por los 14 años.

Pero si intentamos ver si estas edades de inicio de consumo de sustancias de abuso varían en relación con el año de nacimiento de los pacientes nos encontramos con que existe una disminución progresiva para todas las sustancias.

En el caso de la cocaína, los pacientes nacidos antes de 1960 comenzaron el consumo a los 29,8 años disminuyendo cada vez más hasta una edad de inicio de consumo de 15,89 años en aquellos pacientes nacidos con posterioridad a 1980.

Los pacientes consumidores de alcohol nacidos antes de 1980 comenzaron el consumo a los 17,81 años mientras que los nacidos con posterioridad a 1980 lo hicieron a los 12,57 años.

El caso del cannabis también es llamativo, pasando de una edad de inicio de consumo en los nacidos antes de 1960 de 21,8 años a una edad de 14,3 en aquellos nacidos con posterioridad a 1980.

La heroína pasa de una edad de inicio en los nacidos antes de los '60 de 34,16 años a una edad de inicio de 12 años en los nacidos después de los '80, aunque en este caso hay que tener en cuenta que la demanda de tratamiento por consumo de heroína en los pacientes nacidos con posterioridad a 1980 ha sido muy pequeña.

CONCLUSIONES

Con este pequeño estudio lo primero que se puede apreciar es que en la actualidad la mayor parte de las demandas de tratamiento en el CAID Sur probablemente extensible al resto de los centros de atención a drogodependientes es por consumo de cocaína, bien en monoconsumo o asociada con otras sustancias de abuso.

Pero quizá lo más llamativo es observar cómo disminuye de manera muy importante la edad de inicio en el consumo de drogas desde los pacientes nacidos en los años sesenta, es decir pacientes con 40- 50 años; hasta los pacientes nacidos con posterioridad a 1980 que en la actualidad tienen entre 15 y 25 años.

Estos datos quizás nos deberían hacer pensar que donde está el futuro del tratamiento de las drogodependencias es, por un lado en la prevención y por otro en conseguir que los jóvenes perciban el riesgo del consumo y sean capaces de solicitar tratamiento mucho antes, cuando los problemas asociados al consumo todavía no se hayan hecho irreversibles.

PALABRAS CLAVE

Cocaína, asociaciones de consumos, edad de inicio de consumos.

Implicación del neuropéptido sustancia p en el desarrollo y expresión de la sensibilización motora inducida por anfetamina y morfina

EVA DEL RIO¹; CARMEN DE FELIPE²

(1) Fadwa El Banoua

(2) Instituto de Neurociencias, Universidad Miguel Hernandez-CSIC

Enviar correspondencia a:

Apartado Correos 18. 03550. Sant Joan d'Alacant. Alicante

La teoría de la sensibilización incentivante de Robinson y Berridge¹ sugiere que las drogas inducen sensibilización de los sistemas cerebrales mesocorticolímbicos que lleva a que el consumo de las drogas se vuelva compulsivo. 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 su principal característica es la persistencia. Se ha demostrado que existen diferencias individuales en la susceptibilidad a sensibilizar a drogas, lo que podría considerarse a priori una posible vulnerabilidad para el consumo compulsivo.

Trabajos previos del grupo han demostrado que el neuropéptido sustancia P (SP) está implicado en los efectos recompensantes y otras acciones de las drogas de abuso ^{2,3}.

El objetivo de este estudio es investigar las variaciones interindividuales en la sensibilización motora inducida por morfina y anfetamina, en ratones knockout carentes del receptor NK1, para posteriormente estudiar las posibles diferencias en la autoadministración de las drogas para establecer una correlación de vulnerabilidad entre ambos parámetros.

La metodología seguida ha sido previamente descrita³. Brevemente, los animales fueron habituados al test de campo abierto durante 3 días (Video-tracking Smart, Panlab). Posteriormente ratones silvestres y mutantes fueron inyectados cada 12 horas con anfetamina (4 mg/kg, i.p.) o con morfina (15 mg/kg, i.p.) durante 15 días consecutivos, cuantificándose la actividad locomotora cada 3 días. Tras 5 días de periodo libre de droga, los animales recibieron una única inyección de las drogas evaluándose también la actividad locomotora. Tras el proceso de sensibilización, los animales fueron divididos en dos grupos: sensibilizadores (S) y no sensibilizadores (NS). Siendo incluidos como sensibilizadores sólo aquellos animales que durante la fase de adquisición su nivel de locomoción aumentó al menos en 1000cm; y como no-sensibilizadores aquellos que mostraron el mismo nivel de locomoción durante la fase de desarrollo de la sensibilización.

Nuestros resultados indican que el porcentaje de ratones mutantes NK1/- que desarrollan sensibilización es significativamente menor que el de los animales silvestres, tanto en el caso del tratamiento con morfina como con anfetamina, siendo esta diferencia más acusada en el caso de la morfina.

Estos resultados indican que la sustancia P, actuando a través de su receptor NK1, puede desempeñar un papel relevante en la adquisición de respuestas adaptativas tras la administración repetida de morfina y anfetamina. Además sugieren que la existencia de variaciones interindividuales en la expresión de la sensibilización en ambos genotipos se podrían correlacionar con la vulnerabilidad individual a desarrollar una conducta adictiva y/o una propensión a las recaídas.

REFERENCIAS

1. Robinson TE y Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res. Rev.* 18: 247-91. 1993
2. P Murtra, A M. Sheasby, S.P. Hunt and C. De Felipe. Rewarding effects of opiates are absent in mice lacking the receptor for Substance P. *Nature* 405, 180-183 (2000)
3. Ripley TL, Gadd CA, De Felipe C, Hunt SP, Stephens DN. Lack of self-administration and behavioural sensitisation to morphine, but not cocaine, in mice lacking NK1 receptors. *Neuropharmacology*. 2002 Dec;43(8):1258-68.

PALABRAS CLAVE

Sustancia P, adicción, drogas de abuso, sensibilización motora, opiáceos.

Variables asociadas al desarrollo de problemas con las drogas en adolescentes tratados en un servicio de salud mental infanto-juvenil

ROSA DÍAZ, ERNESTO MAGALLÓN, JAVIER GOTI, LOURDES SERRANO, LAURA GONZÁLEZ, ROSA CALVO, ANTONI GUAL, JOSEFINA CASTRO

Enviar correspondencia a:
Villarroel 170. 08036 Barcelona. diaz@clinic.ub.es

INTRODUCCIÓN

El consumo experimental de drogas en adolescentes que presentan síntomas psiquiátricos puede evolucionar fácilmente hacia el abuso o la dependencia, así como empeorar el curso de su trastorno. Por esto, es necesario aplicar medidas de prevención antes de que los problemas se agraven 1,2. Tales medidas deberían ser más intensivas en los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar problemas. De ahí que sea necesario crear instrumentos de detección precoz con el fin de incorporarlos a programas específicos de prevención3.

OBJETIVOS

En este trabajo se pretende analizar qué variables se asocian al desarrollo de problemas con las drogas en jóvenes que inician tratamiento en un centro de salud mental infanto-juvenil, con el fin de desarrollar un instrumento de screening para detección de casos de alto riesgo.

METODOLOGÍA

Se analizaron los datos de 237 adolescentes (33% varones) de 12 a 17 años (14,75±1,48) que iniciaron tratamiento en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona entre marzo de 2004 y junio de 2005. El 59% de la muestra eran consumidores de drogas.

Se excluyeron del estudio los pacientes con retraso mental (n=13) y síntomas psicóticos agudos (n=17). 95 jóvenes o sus padres rehusaron participar en el estudio o no colaboraron adecuadamente en la recogida de datos.

Se obtuvieron datos sociodemográficos, psiquiátricos y de consumo de tóxicos mediante diversas entrevistas y cuestionarios. También se administró una versión en español del Teen- Adicción Severity Index 4,5, el CBC- Child Behaviour Checklis, el YSR – Youth Self Report y el FES – Family Environmental Scale, entre otros.

RESULTADOS

Según el análisis de correlaciones de las escalas del Teen-ASI, la gravedad en el consumo de drogas correlacionó significativamente ($p < 0,05$) con problemas en el rendimiento escolar ($r = 0,32$) las relaciones familiares ($r = 0,44$) y sociales ($r = 0,51$); así como con problemas legales ($r = 0,41$) y una mayor gravedad psiquiátrica ($r = 0,33$).

También se halló una correlación significativa entre el consumo de drogas (T-ASI) y la puntuación en las siguientes escalas de CBC: depresión-ansiedad ($r = 0,21$), problemas de pensamiento ($r = 0,20$), atención ($r = 0,40$), conducta delincuente ($r = 0,41$) y conducta agresiva ($r = 0,35$) y en las escalas de YSR: problemas de pensamiento ($r = 0,29$) conducta delincuente ($r = 0,53$) y conducta agresiva ($r = 0,39$).

Las variables que correlacionaron significativamente con los problemas con las drogas se introdujeron en un análisis de regresión múltiple. El modelo constituido las variables: edad, edades de inicio del consumo de alcohol y cánnabis, "conducta delincuente" del CBC y "conductas externalizadas" del YSR, entre otras, mos-

tró una capacidad explicativa del 50,7% de la varianza total de los problemas con las drogas [$F(9,36) = 7,194$ ($p = 0,001$)].

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada las variables edad, edades de inicio del consumo de alcohol y cánnabis y las puntuaciones en las escalas "conducta delincente" del CBC y "conductas externalizadas" del YSR son las que mejor parecen explicar la gravedad de los problemas con el consumo de drogas. Por lo tanto, estas variables deberían tenerse en cuenta en el desarrollo de instrumentos de detección precoz y también en los programas de prevención y tratamiento específicos para población adolescente con patología psiquiátrica asociada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kramer TL, Robbins JM, Phillips SD, Miller TL, Burns BJ. Detection and outcomes of substance use disorders in adolescents seeking mental health treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003, 42(11): 1318-1326.
- (2) Swadi H, Bobier C. Substance use disorder comorbidity among inpatient youths with psychiatric disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003, 37: 294-298.
- (3) Lillehoj CJ, Trudeau L, Spoth R, Madon S. Externalizing behaviors as predictors of substance initiation trajectories among rural adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2005, 37(6): 493-501.
- (4) Kaminer Y, Bukstein OG, Tarter R. The Teen Addiction Severity Index: Rationale and reliability. *International Journal of Addiction* 1991, 26: 219-226.
- (5) Kaminer Y, Wagner E, Plummer B. Validation of the Teen Addiction Severity Index (T-ASI). *American Journal on Addictions* 1993, 2:250-254.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado gracias a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a través del Instituto Nacional de Investigación y Formación en Drogodependencias.

PALABRAS CLAVE

Gravedad de problemas con las drogas, adolescentes, patología psiquiátrica, detección precoz, prevención selectiva e indicada.

Tratamiento con Amisulpride en pacientes con patología dual, análisis evolutivo de diferentes variables psicopatológicas, sociales y efectos sobre el craving

DORADO ML*; **LLORENS N****, **MALEA A***; **LOPEZ I***; **SANCHEZ A******; **PALAU C*****; **PERELLÓ M****

*UCA de Torrent. Departamento 9 de la Conselleria de Sanitat de Valencia (Spain)

** UNIDESDRO (Spain)

***UCA de Paterna. Departamento 7 de la Consellera de Sanitat de Valencia (Spain).

**** Sevicios de Información para el Plan Nacional de Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo

Enviar correspondencia a:
marisadorado@telefonos

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad del Amisulpride en pacientes con patología Dual, en distress psicológico. Evaluar el funcionamiento social, nivel general de actividad y "craving".

Método: Estudio observacional prospectivo de 3, 6 y 9 meses. Los instrumentos de evaluación se concretan en el SCL-90, SASS, EEAG, EAV y WEISS, en pacientes con patología dual en tratamiento con Amisulpride (n=86). Se ha utilizado la t de student para variables continuas normalmente distribuidas, rechazándose la hipótesis nula para $p < 0.05$.

Resultados: Observamos una mejoría estadísticamente significativa para variables de ansiedad y psicoticismo en pacientes con esquizofrenia paranoide. Mejoría de somatización, depresión, ansiedad, hostilidad, psicoticismo e índice general de malestar referido a síntomas positivos para el grupo de trastorno esquizotípico de la personalidad. Mejoría de la obsesividad- compulsividad, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide, psicoticismo y de tres índices generales de SCL- 90 para el grupo de pacientes con trastorno antisocial de la personalidad. Para pacientes con trastorno límite de la personalidad observamos mejoría de somatización, obsesividad- compulsividad, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, psicoticismo, ideación paranoide, ansiedad fóbica y el total de síntomas positivos.

Igualmente se observa una mejoría en las variables de adaptación social, EEAG y craving.

BIBLIOGRAFIA

1. Montgomery SA. Dopaminergic deficit and the role of amisulpride in the treatment of mood disorders. *Int Clin Psychopharmacol.* 2002 Dec;17 Suppl 4:S19-26. Review.
2. Davis JM, Chen N, Glick ID. A Meta-analysis of the Efficacy of Second-Generation Antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Jun;60(6):553-64.
3. Seeman P. Atypical antipsychotics: mechanism of action. *Can J Psychiatry.* 2002 Feb;47(1):27-38. Review.
4. Lawrie SM, Hutchison JK, Sweeney SR, Fernando MR, McAdam CA, Monsour MR, Campbell TJ, MacLeod CM. Psychosis and substance abuse: cause, effect or coincidence? *Scott Med J.* 1995 Dec; 40(6): 174-6.

PALABRAS CLAVE

Amisulpride, patología dual, dependencia, cocaína, opiáceos, cannabis, antipsicóticos atípicos, craving.

Eficacia del topiramato en la deshabituación de alcohol

DORADO ML¹, LLORENS N², PALAU C³, LOPEZ I¹, SANCHEZ A⁴, MALEA A¹, PERELLÓ M⁵

(1) Unidad de Conductas Adictivas de Torrent. Departamento 9 de Salud Comunidad Valenciana.

(2) INSTITUTO ICHD Luis Piñero Facultad de medicina de la Universidad de Valencia.

(3) Unidad de Conductas Adictivas de Paterna. Departamento 6 de Salud Comunidad Valenciana.

(4) Unidad de Sistemas de Información y Documentación del Plan Nacional de Drogas. MSC.

(5) UNIDESDRO

Enviar correspondencia a:
marisadorado@telef

RESUMEN Y OBJETIVOS

Se ha mostrado que Topiramato es eficaz en reducir el deseo (craving) y el consumo excesivo de alcohol, favoreciendo la abstinencia, en sujetos dependientes a alcohol. En este estudio evaluamos los efectos del Topiramato sobre el deseo de beber y la desinhibición conductual asociada, así como su influencia en la reducción de la impulsividad y mejora de la capacidad de control en la caída/recaída.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional de carácter longitudinal, en el que se evalúan las variables objeto del estudio en cuatro medidas temporales (basal, 3, 6 y 9 meses), n= 240 pacientes diagnosticados con dependencia a alcohol que demandan tratamiento en la sanidad pública. Se han utilizado como instrumentos de medida: Escala Multidimensional de Deseo de Beber (EMCA), Escala analógica visual, Escala de Impulsividad de Barrat y pregunta con respuesta dicotómica en la entrevista para registrar la capacidad subjetiva de control en la caída/recaída.

RESULTADOS

Al comparar las medidas en los distintos cortes temporales respecto a la basal, encontramos a partir del tercer mes de tratamiento con topiramato una disminución estadísticamente significativa en la puntuación total del craving, en la desinhibición conductual y en todas las subescalas de impulsividad.

CONCLUSIONES

Topiramato se muestra eficaz en la recuperación de pacientes alcohólicas. La buena tolerabilidad del fármaco favorece la buena Cumplimentación del tratamiento durante el proceso de deshabituación de alcohol.

REFERENCIAS

1. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients. *Jama* 2000; 284: 963-71.
2. Enoch MA, Goldman D (2001) The genetics of alcoholism and alcohol abuse. *Current Psychiatry Reports*, 3:144--151.
3. Rubio G, Ponce G, Jimenez-Arrieto MA, Palomo T, Manzanares J, Ferre F. Efectividad del topiramato en el control del craving de alcohol. *Pharmacopsychiatry* 2004 ; 37 : 1-42.
4. Anton RF, Kranzler HR, Meyer RE. Neurobehavioral aspects of the pharmacotherapy of alcohol dependence. *Clin. Neuroscience*, 1995; 3: 145-154.

Efectos ansiogénicos de la acumulación periférica de acetaldehído

M. A. ESCRIG; M. CORREA; C. M. G. ARAGÓN

Enviar correspondencia a:
Campus Riu Sec. 12079 Castellón. ayuso@psb.uji.es

OBJETIVOS

Es bien conocido que el etanol, a dosis bajas, tiene efectos ansiolíticos tanto en humanos como en roedores (Bolton et al., 2006; Correa et al., 2003). Sin embargo, la acumulación de acetaldehído (primer metabolito oxidativo del etanol) en el organismo, está considerada en general como aversiva y en humanos produce una respuesta vegetativa conocida como "flashing" (Eriksson, 2001). Esta reacción se observa en poblaciones con una mutación de la isoforma II de la Aldehído Deshidrogenasa (ALDH) enzima que metaboliza el acetaldehído (Aragon et al., 2002), y en esto se basan los tratamientos en alcohólicos mediante el disulfiram, un inhibidor de la ALDH. Esta respuesta aversiva comparte muchos de los síntomas vegetativos que caracterizan a un episodio de ansiedad. En este trabajo estudiamos los posibles efectos ansiogénicos de la acumulación periférica de acetaldehído en ratones, utilizando el laberinto elevado en cruz; paradigma clásico para la evaluación de ansiedad

METODOLOGÍA

En una primera serie de estudios, ratones adultos macho de la estirpe CDI fueron inyectados intraperitonealmente (IP) con diferentes dosis de acetaldehído (0, 25, 50, 75 o 100 mg/kg) y evaluados en un laberinto elevado en cruz transcurridos diferentes tiempos desde la inyección (1, 11 o 21 minutos). En otro estudio, otro grupo de animales fue tratado con diferentes dosis de disulfiram (0, 30 o 60 mg/Kg) 16 horas antes de inyectarles IP etanol (0 o 1 g/Kg). Diez minutos después de la administración de etanol fueron evaluados. En el laberinto elevado en cruz formado por 2 brazos abiertos (que los roedores evitan) y 2 brazos cerrados (donde los ratones pasan la mayor parte del tiempo) registramos varios parámetros durante cinco minutos: porcentaje de entradas en el brazo abierto (en relación al número total de entradas en ambos tipos de brazos), tiempo que el ratón pasa en el brazo abierto (las cuatro patas dentro del brazo abierto) y locomoción (entradas totales).

RESULTADOS

El acetaldehído administrado IP demostró reducir el porcentaje y el tiempo que los animales pasan explorando los brazos abiertos a la dosis de 100 mg/kg esto se observó en el test realizado 1 minuto después de la administración de acetaldehído y en el realizado a los 11 minutos, pero el efecto había desaparecido a los 21 minutos. La locomoción no se vio modificada significativamente por estas dosis de acetaldehído. En el segundo experimento, el pretratamiento con disulfiram en animales a los que se les administró etanol (y por lo tanto la acumulación periférica de acetaldehído) bloqueó totalmente los efectos ansiolíticos del etanol, observado tanto en el porcentaje de entradas como en el tiempo que los ratones pasaron en el brazo abierto.

CONCLUSIONES

El acetaldehído administrado periféricamente en ratones produce efectos ansiogénicos durante los primeros minutos, perdiéndose dichos efectos transcurridos a los 21 minutos desde su administración. Así mismo, el inhibidor de la ALDH; disulfiram, bloquea los conocidos efectos ansiolíticos del etanol.

REFERENCIAS

- Aragon, C.M.G.; Miquel, M.; Correa, M.; Sanchis-Segura, C. Alcohol y metabolismo humano. Volumen:14 Supl.1. 23-42. Fecha: 2002. Editorial: Adicciones Lugar de publicación: Madrid.
- Bolton J, Cox B, Clara I, Sareen J. (2006). Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *J Nerv Ment Dis.* 194(11):818-825.
- Correa, M; Arizzi, M.N.; Betz, A.; Mingote, S.; Salamone, J.D. (2003). Open field locomotor effects in rats after intraventricular injections of ethanol and the ethanol metabolites acetaldehyde and acetate. *Brain Research Bulletin.* 62: 197-202.
- Eriksson CJ. (2001). The role of acetaldehyde in the actions of alcohol (update 2000). *Alcohol Clin Exp Res.* 25(5):15S-32S. Lister, R.G. (1987). The use of a plus-maze to measure anxiety in the mouse. *Psychopharmacology.* 92(2):180-185.

PALABRAS CLAVE

Alcohol, acetaldehído, ansiedad, disulfiram, ratones.

Perfil y programa de intervención de jóvenes y adolescentes de la U.C.A. de Albacete

MERCEDES ESPARCIA MORENO; M^a LUISA CELORRIO BUSTILLO; M^a VICTORIA MONTAÑÉS CUENCA

Enviar correspondencia a:
02005 Albacete. Eadalb@teleline.es

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos asistido a un incremento en las demandas de tratamiento de jóvenes y adolescentes en la U.C.A.. La observación de los profesionales que trabajamos en la U.C.A. nos representaba una realidad en que la edad de inicio al consumo de sustancias se iba reduciendo, los consumos se asociaban de una manera importante al ocio y diversión: paralelamente la percepción de riesgo de los consumos disminuía y los padres acudían con sensación de tener menos herramientas educativas.

Se hacía necesario dar respuesta de la manera más eficaz posible a este grupo de adolescentes consumidores de Drogas y a sus familias.

OBJETIVOS

Conocer el perfil de los adolescentes y jóvenes que acudían a la U.C.A. y diseñar un programa específico de intervención.

MATERIAL Y METODOLOGIA

Se estudia el total de pacientes que acude a un dispositivo asistencial ambulatorio, demandando tratamiento, desde enero de 2001 a julio de 2006. El rango de edad está comprendido entre 13 y 21 años.

RESULTADOS

El 78% de los pacientes eran varones y convivían con familia de origen el 90%. El 78% se encontraban estudiando educación secundaria obligatoria. El 67% sin antecedentes legales y el 78% sin antecedentes familiares de consumo de tóxicos. La motivación al tratamiento era por presión familiar en el 46% y en el 21% por motivación judicial. Las sustancias más consumidas eran el tabaco, cannabis y alcohol.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Este perfil nos aportó y confirmó información sobre el grupo de edad para el que queríamos diseñar un Programa específico de intervención. Sabíamos que características tendría que definir nuestro programa.

El marco conceptual en el que se basa nuestro programa parte de un planteamiento biopsicosocial e incluye tres modelos teóricos: La Psicología Humanista, la Teoría cognitivo social de Bandera y cols., y el Modelo Trans-teórico de Prochaska y Diclemente.

Dentro del programa diferenciamos dos tipos de intervención con unas características propias, basándonos en el patrón de consumo fundamentalmente. Por un lado la Intervención breve dirigida a experimentadores y consumidores de riesgo, y por otro la intervención en desintoxicación/deshabitación con Abusadores y Dependencias leves.

En ambas modalidades se trabaja con el paciente (en Terapia individual y grupos psicoeducativos) y familia.

La intervención breve: es aquella realizada en un espacio reducido de tiempo, cuya intensidad y duración son inferiores a los de un programa terapéutico. Es más educativo que terapéutico y la duración: de 3 a 6 meses.

Perfiles de personalidad Millon en dependencias a sustancias

**ANDER EZQUERRO LARRAZABALA^a, ESTÍBALIZ BASABE HOMOBONO^a, JUAN CARLOS ORIA MUNDIN^b,
JUAN JOSE CASTIELLA JUSUÉ^b, OLGA ARBEO RUIZ^b, ANTONIO LABAD ALQUEZARA^a**

^aHospital Psiquiatric Universitari Pere Mata, Reus.

^bCentro de Día Zuria para el Tratamiento de Drogodependencias y Alcoholismo, Pamplona

Enviar correspondencia a:

C/ Jurats 19-21, 5°. Reus. Tarragona. anderezq@mixmail.

OBJETIVOS

En los últimos años existe un interés renovado por el estudio de la personalidad y su patología en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, lo que es debido a su relevancia como factor etiológico y en el pronóstico y tratamiento de éstos¹. El objetivo del presente trabajo es valorar y comparar perfiles de personalidad en pacientes con dependencias a diferentes sustancias, así como su relación con variables sociodemográficas, en una unidad de tratamiento ambulatorio intensivo y de hospitalización parcial.

METODOLOGÍA

Se incluyen 90 pacientes diagnosticados de al menos un trastorno de dependencia a sustancias que iniciaron tratamiento entre 2003 y 2006 en el Centro de Día Zuria para el Tratamiento de Drogodependencias y Alcoholismo. Los perfiles de personalidad se evaluaron mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II).

Los pacientes se dividieron en función de la sustancia principal de consumo, creándose 3 grupos: Alcohol (n=38), Cocaína (n=25), y Heroína y politoxicomanías (n=27).

Se compararon las variables sexo y edad en los tres grupos, mediante las pruebas test exacto de Fisher y análisis de varianza respectivamente, realizándose análisis post-hoc en el segundo. Se exploró la existencia de relaciones entre las variables sexo y edad, y las escalas básicas y de personalidad patológica de Millon (EBPP-M) mediante las pruebas test exacto de Fisher y coeficiente de correlación de Pearson.

Se realizó un análisis de covarianza para explorar las diferencias en las EBPP-M entre los tres grupos, realizando modelos ajustados por edad y sexos. Se aplicó posteriormente la prueba t- Student para contrastes dos a dos. Los resultados se consideraron significativos para $p < 0,05$. RESULTADOS En la muestra total la escala de personalidad con puntuación media más elevada era la antisocial (TB=71,09) (TB= puntuaciones estandarizadas de tasa base), y presentaba una puntuación más cercana al punto de corte que indica patología de personalidad (TB=75) que a la media para pacientes psiquiátricos (TB=60).

La variable edad era significativamente diferente entre los 3 grupos ($F=18,261$, $p < 0,01$). Los contrastes post-hoc mostraron que el grupo de alcohol tenía una edad significativamente mayor que los otros dos grupos, y hubo una correlación positiva estadísticamente significativa entre la edad y las escalas compulsiva ($r=0,554$; $p < 0,01$) y dependiente ($r=0,213$; $p < 0,05$) de personalidad, e inversa con la pasivo/agresiva ($r= -0,235$; $p < 0,05$).

La variable sexo no mostraba diferencias significativas entre los tres grupos, pero se relacionaba significativamente con las escalas dependiente ($t = -2,274; p < 0,05$) y autodestructiva ($t = -2,335; p < 0,05$) de personalidad. Las mujeres presentaban 14,45 puntos TB de media más en la escala dependiente que los varones, y 13,27 en la autodestructiva.

El análisis de covarianza mostró diferencias significativas sólo en la variable paranoide ($F = 4,726; p < 0,05$). Análisis t-student a posteriori mostraron que el grupo de alcohol presentaba puntuaciones en la escala paranoide significativamente más altas que los otros dos grupos.

Las escalas compulsiva y esquizotípica presentaban diferencias cercanas a la significación. En la primera el grupo de alcohol mostró una media de 25,79 puntos de TB más que el grupo de cocaína, y 26,51 más que el grupo de heroína y politoxicomanías. Asimismo, el grupo de alcohol presentaba en la escala esquizotípica una media de puntuaciones 18,06 puntos de TB más que el grupo de heroína y politoxicomanías.

CONCLUSIONES

La elevada puntuación media de la escala antisocial en la muestra total es congruente con estudios anteriores en pacientes con dependencias a sustancias^{2,3}.

Aparecen relaciones entre edad sexo y personalidad. Las mujeres presentan más rasgos dependientes y autodestructivos, y a más edad se observan más características de personalidad compulsiva y dependiente, y menos pasivo-agresiva. A excepción de la relación entre personalidad dependiente y edad, estos resultados son similares a los de un estudio previo⁴.

Los pacientes con dependencia a alcohol muestran más rasgos paranoides que los dependientes a cocaína, heroínómanos y politoxicómanos. Es posible que en una muestra mayor este grupo presentara también rasgos más elevados en las escalas compulsiva y esquizotípica.

Siguiendo a Ochoa y Arias (2002)⁵, personalidades paranoides tienden a utilizar el alcohol para aumentar su sensación de control del entorno. Si bien en la literatura se encuentran diferencias de otro tipo y en mayor número de estilos de personalidad⁶, en el presente trabajo se produce una gran variabilidad en una misma sustancia, más que perfiles homogéneos y diferenciados de personalidad de una sustancia a otra.

PALABRAS CLAVE

Dependencia a sustancias, trastornos de personalidad, MCMI-II

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Miranda JJ. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría* 2002;18:421-7.
2. Numberg HG, Rifkin A, Doddi A. A systematic assesment of the comorbidity of DSM III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Compr. Psychiatry* 1993; 34:447-54.
3. Abbott PJ, Weller SB, Walker S.R. 1994. Psychiatric disorders of opioid addicts entering.

Factores asociados al componente psicológico de la dependencia a cocaína: estudio sobre una muestra de jóvenes consumidores en activo captados en un contexto no terapéutico

FERNÁNDEZ F; BALLESTA, R; LOZANO, BILBAO, I; GONZÁLEZ-SAIZ, F; PULIDO J; DE LA FUENTE L, BRUGAL, T.

Enviar correspondencia a:
Avda. Hytasa, Ed. 41006 Sevilla.fermin.fernandez@j

INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína entre los jóvenes tiene un riesgo potencial de derivar en problemas de dependencia y abuso a medio-largo plazo. Wagner y Anthony (2007) estiman que alrededor de un 5- 6% de consumidores de cocaína presentan dependencia transcurrido un año desde el primer consumo, y un 15-16% en los 10 años posteriores (Wagner y Anthony, 2002).

El objetivo del presente estudio es analizar qué variables relacionadas con el consumo de esta droga se asocian al componente psicológico de la dependencia a cocaína en una muestra de jóvenes consumidores habituales.

MÉTODO

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 688 jóvenes consumidores habituales de cocaína. La severidad de la dependencia se midió con la escala Severity of Dependence Scale (SDS; Gossop et al., 1995), usando como cutt-off para diferenciar entre dependencia/ no dependencia el criterio propuesto por Kaye y Darke (1997). Las variables analizadas han sido edad del primer consumo, años de consumo habitual, cantidad de cocaína consumida en cada sesión, frecuencia de consumo de cocaína, vía de consumo, participación en sesiones de consumo intensas, consumo en los últimos 12 meses de opiáceos, de estimulantes (distintos a la cocaína), de tranquilizantes, de alucinógenos, de cocaína base, compañías con las que consumen y apoyo social.

Se analizó la relación entre las variables y la dependencia, y se aplicó un análisis de regresión logística para conocer qué variables explican la dependencia.

RESULTADOS

Se han encontrado relaciones significativas con los años de consumo habitual, la frecuencia y la cantidad de cocaína consumida, el consumo de tranquilizantes en los últimos 12 meses, la participación en sesiones intensas, la vía principal, la compañía de consumo y el apoyo social. El modelo de regresión logística mostró que las variables que explican la dependencia son la edad de primer consumo (odds ratio= 0,88) frecuencia y cantidad de cocaína (odds ratio= 2,1 y odds ratio= 1,71 respectivamente), la participación en sesiones intensas (odds ratio=1,57), el consumo de tranquilizantes (odds ratio= 1,99) y el apoyo social (odds ratio= 0,95).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sugieren que la mayoría de las variables estudiadas se relacionan con la dependencia a cocaína, si bien sólo algunos factores potencian la aparición del componente psicológico de la misma. Estos hallazgos serán discutidos en relación a las evidencias existentes en la literatura especializada para la dependencia a otras drogas.

AGRADECIMIENTOS

Los datos aparecidos en este estudio proceden de dos proyectos financiados en las convocatorias FIPSE 3653/01 y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2003.

BIBLIOGRAFÍA

- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hallm, W. et al. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 90: 607-614.
- Kaye, S., Darke, S. (2001). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction* 97: 727-731.
- Wagner FA, Anthony J. (2002). From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26(4): 479- 488.
- Wagner FA, Anthony J. (2007). Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 86: 191-198.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, cocaína, regresión logística.

Riesgo alcohol. Reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en centros educativos, autoescuelas federadas y universidades del País Vasco

VICENTE FERNANDEZ*; ESTIBALIZ ANSOTEGI; INMA IBAÑEZ***; LIBE MARISCAL*****

*SASOIA, S.L.; **ORTZADAR; ***HAZKUNDE, S.L.

Enviar correspondencia a:
ANTSO ESTEGIZ, 48200 DURANGO. BIZKAIA. sasoia@wanadoo.es

INTRODUCCIÓN

Riesgo Alcohol, subvencionado por la Dirección de Drogodependencias de Gobierno Vasco, pretende dar respuesta a la creciente situación de consumo de alcohol y otras drogas en la C.A.V. Los centros educativos, autoescuelas y la universidad suponen espacios idóneos para difundir información.

COLECTIVO DIANA

Población joven en riesgo, a partir de los 16 años: estudiantes de E.S.O. (4º), Bachillerato, Ciclos de Grado Medio y Superior, CIP's y EPA's, preconductores/as y universitarios/as.

OBJETIVO

Que la juventud tome conciencia de los riesgos asociados al consumo del alcohol y otras drogas, que tenga información de los posibles daños y riesgos que puede ocasionar dicho consumo, y que refuerce conductas de autocuidado si deciden consumir alcohol.

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES

FASE I: Coordinación con: Dirección de drogodependencias de Gobierno Vasco, equipos de prevención de drogodependencias municipales, centros educativos, autoescuelas, representantes universitarios y equipo coordinador del programa. Recepción de la demanda de participación y elaboración de cronogramas de intervención y calendarios específicos en cada ámbito: centros educativos, autoescuelas, universidad.

FASE II: Selección y organización de los soportes materiales: Carpeta "Riesgo Alcohol", fichas de contenidos, cuestionarios de: evaluación de conocimientos, mitos, evaluación final.

FASE III: Puesta en marcha de los talleres formativos en los centros educativos, autoescuelas y universidad.

FASE IV: Evaluación de la intervención por parte del alumnado, centros educativos, universidades y equipo coordinador del programa.

RESULTADOS

Participación:

- En autoescuelas: Autoescuelas: 38; municipios: 23; alumnado: 521; nº de grupos: 51
- En centros educativos: Centros educativos: 89; municipios: 36; alumnado: 5.164
- En universidades: Nº de universidades: 2; alumnado: 111; nº de grupos: 4.

Evaluación del alumnado sobre:

- Utilidad del programa
- Factores físicos y/o psíquicos a tener en cuenta si deciden consumir.
- Pautas de autocuidado a tener en cuenta si deciden consumir.
- Decisión de conducir o subir a un coche cuando la persona que conduce está bajo los efectos del alcohol.

PALABRAS CLAVE:

Alcohol, conducción, reducción de riesgos, drogas.

Psicosis por cocaína. A propósito de un caso

M.T. GALLEGO DE DIOS; M.J. GARCÍA CANTALAPIEDRA

Enviar correspondencia a:
C/ CUBA Nº 2, 2º. 37003 Salamanca. mtgallegod@hotmail

OBJETIVOS

El consumo de cocaína puede inducir la aparición de síntomas psicóticos, básicamente en dos cuadros clínicos distintos: las intoxicaciones agudas por cocaína con alteraciones de la percepción y las psicosis inducidas, limitadas o persistentes, siendo los delirios más frecuentes que las alucinaciones, pudiendo existir, además de estos síntomas psicóticos, conductas compulsivas de repetición. Interesa acercarse al conocimiento de los factores que contribuyen al desarrollo y severidad de los mismos.

METODOLOGÍA

Se presenta el caso de un paciente de 34 años, con historia previa de dependencia de opiáceos y cocaína que, tras permanecer 4 años abstinerente, reinicia 7 meses antes de la consulta, el consumo de cocaína con intensidad creciente, llegando a consumir 4-8 gr./día vía fumada, presentando síntomas psicóticos.

En relación a este caso se lleva a cabo una revisión bibliográfica en base MEDLINE de los últimos 5 años, acerca de diversos aspectos de la psicosis por cocaína.

RESULTADOS

El paciente comenzó a medida que avanzaba su consumo con trastornos importantes del comportamiento, encerrándose durante días en la habitación, pasándose a veces 4 ó 5 días sin realizar otra actividad, excepto el consumo de cocaína, inquietud psicomotriz, comportamientos agresivos, presentando ideación delirante de persecución y celotípica, así como alucinaciones auditivas que le inducían a realizar conductas de riesgo. Presentaba, a la vez, molestias gástricas, pérdida del apetito y una pérdida de unos 15 kg. de peso, acompañado de trastornos del sueño, con insomnio de las tres fases.

La patogénesis específica de una vulnerabilidad incrementada para la inducción de síntomas psicóticos por cocaína es desconocida. Algunos autores (Floyd y cols. 2006) sugieren que una edad temprana de inicio de consumo regular de cocaína durante períodos vulnerables del desarrollo cerebral puede ayudar a incrementar la severidad de la psicosis por cocaína. Otros (Rosse y cols. 2005) sugieren que esa predisposición puede estar asociada con un Índice de Masa Corporal (IMC) menor especulándose la intervención de diversos sistemas (Déficit en la transmisión neural nicotínico colinérgico, supresión del apetito estimulando el neuropéptido Y, Factor de necrosis tumoral citokina anorexígeno...). Para valorar la fenomenología de la psicosis inducida por cocaína Cubells JF. y cols (2005) usan la "Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine Induced Psicosis" (SAPS-CIP), basada en la bien validada SAPS.

CONCLUSIONES

La cocaína puede inducir síntomas psicóticos siendo un fenómeno común pero no universal.

Aunque los factores que incrementan la vulnerabilidad de los usuarios de cocaína para desarrollar esos síntomas son desconocidos, parece que algunos de ellos podrían ser una edad temprana de inicio del consumo de cocaína, un Índice de Masa Corporal menor, relacionándose también con una latencia prolongada de los potenciales auditivos evocados.

Se precisa posteriores investigaciones en relación a estos factores.

REFERENCIAS

- Floyd AG, Boutros NN, Struve FA, Wolf E, Oliwa GM. "Risk factors for experiencing psychosis during cocaine use: a preliminary report". AG. J Psychiatr Res. 2006 Mar;40(2):178-82. 2005 Jul 26.
- San. L.; Torres. M., "Tratamiento de las psicosis inducidas por drogas" en "Trastornos psiquiátricos y abusos de sustancias" Rubio, G.; López-Muñoz, F.; Álamo C. y Santo-Domingo, J. Ed. Panamericana 2002. Pág 477-487.
- Rosse R., Deutsch S, Chilton M. "Cocaine addicts psicosis. Implications for the cocaine model of psychosis proneness". Isr J. Psychiatry Relat. Sci. 2005; 42 (1):45-50.
- Cubells JF, Feinn R, Pearson D, Burda J, Tang Y, Farrer LA, Gelernter J, Kranzler HR. "Rating the severity and character of transient cocaine-induced delusions and hallucinations with a new instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine Induced Psicosis (SAPS-CIP)". Drug Alcohol Depend 2005 Oct 1; 80(1):23-33.

PALABRAS CLAVE

Cocaine psychosis, paranoia, hallucinations.

Nacieron con el Rock & Roll

GARCÍA GARCÍA, J. L.

Enviar correspondencia a:
Plaza del Concejo S/N. 19000 Guadalajara. eadguad@teleline.e

OBJETIVOS

- Realizar un estudio descriptivo de la evolución de los pacientes adictos a drogas ilegales, nacidos con anterioridad a 1960, atendidos en la U.C.A. de Guadalajara.
- Comprobar el estado actual de los pacientes a estudio.
- Revisar número de fallecimientos y sus causas.
- Comprobar inserción socio-laboral y formación de una unidad familiar estable

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio estadístico de las historias clínicas de los 48 pacientes nacidos con anterioridad a 1960 que recibieron asistencia en la U.C.A. de Guadalajara. En muchos de los casos, se ha contactado con los pacientes para actualizar y verificar la información.

Sexo:

39 varones (81,25%)

9 mujeres (18,75%)

Droga principal

Heroína 42 pacientes (87,5%)

Cocaína 6 pacientes (12,5%)

El 92% de los consumidores de heroína la consumían combinada con cocaína

Fallecimientos	11	(22,91%)
Causas:		
Sida	5	(45,45%)
Reacción aguda a la droga	3	(27,97%)
Insuficiencia hepática	1	(9,09%)
Suicidio	1	(9,09%)
Otros (tumor cerebral)	1	(9,09 %)
Nivel de estudios alcanzados		
Analfabetos	2	(4,16%)
Sin estudios pero lee y escribe	7	(14,58%)
Certificado de escolaridad	20	(41,66%)
Graduado escolar	8	(16,66%)
F.P.	3	(6,25%)
Bachillerato	7	(14,58%)
Licenciatura	1	(2,08%)
Estado actual		
Reinserción socio-laboral	16	(43,24%)
P. M. Metadona	5	(13,51%)
En prisión	3	(8,10%)
En indigencia	1	(2,70%)
Drogodependencia activa	6	(16,21%)
Desconocidos	6	(16,21%)
Areas de empleo		
Construcción	5	
Operarios industriales	3	
Empleados de limpiezas	2	
Pensionistas	2	
Profesiones liberales	1	
Hostelería	1	
Amas de casa	1	
Parados	1	
Forman núcleo familiar estable 12 pacientes		
Casados o pareja estable con hijos	9	
Separados/divorciados	3	
Solteros sin hijos	4	
Areas de empleo		
Construcción	5	
Operarios industriales	3	
Empleados de limpiezas	2	
Pensionistas	2	
Profesiones liberales	1	
Hostelería	1	
Amas de casa	1	
Parados	1	
Forman núcleo familiar estable 12 pacientes		
Casados o pareja estable con hijos	9	
Separados/divorciados	3	
Solteros sin hijos	4	

CONCLUSIONES

- Nuestros pacientes de la generación del rock & roll eran, en su gran mayoría (87,5%) adictos a sustancias opiáceas. Estábamos en pleno boom de la heroína.

- Predominio importante de fallecimientos por sida (45,45%), ya que nuestros “viejos rockeros” utilizaban mayoritariamente la vía I.V. Con esto se derrumba el mito de que “los viejos rockeros nunca mueren”.
- Casi la mitad de los pacientes estudiados (41,66%) no alcanzaron un nivel de estudios superior al certificado de escolaridad, muy en la línea de los antiguos heroinómanos.
- De los pacientes con estudios de bachillerato y C.O.U., 7 en total, 4 presentaban adicción a heroína y 3 a cocaína, no cumpliendo con el estereotipo de una época en la que se consideraba a la cocaína como la droga de clase socio-cultural alta. Sin embargo, el único licenciado universitario entre nuestros rockeros fue un consumidor puro de cocaína.
- Llama la atención el alto porcentaje de inserción socio-laboral (43,24%) formando en un 32,43% unidad familiar estable con hijos, trabajando en su mayoría en la construcción.
- Como dato curioso, nuestro más “viejo rockero”, nacido en 1948, continúa en P. M. Metadona en nuestra U.C.A.

PALABRAS CLAVE

Rock & roll, estudio descriptivo, evolución, inserción socio-laboral.

Un concepto de alejamiento en el tratamiento de las adicciones: resultados de un proyecto Suizo-Español

LIANA GERBER BOLOTA; HEINZ KOHLER; DETLEV BÄHR; GUSTAVO TORRES DÍAZ-GUERRA

Centro Terapéutico Fuente Álamo

Enviar correspondencia a:

Centro Terapéutico. 30880 Águilas. Murcia. fuenteal@teleline.e

OBJETIVOS

Facilitar la introspección en el marco de una psicoterapia intensa durante la fase inicial de la terapia mediante la eliminación de cualquier factor del entorno que podría desviar la atención del paciente en otra dirección; dar al paciente la posibilidad de considerar sus problemas desde otra perspectiva; crear un entorno favorable al crecimiento personal por la eliminación de los eventuales factores patógenos del entorno habitual; dar al paciente la posibilidad de reestablecer posteriormente a la rehabilitación una relación nueva con su entorno de origen; ofrecer unas bases neutrales para la rehabilitación de una población de nacionalidad mixta con la finalidad de aumentar la tolerancia y de abrir otros horizontes; aumentar las oportunidades de integración al final de la terapia aprovechando las ventajas de la apertura nacional a la Unión Europea. Métodos. El concepto general del tratamiento está orientado hacia la abstinencia y el tratamiento se lleva a cabo mediante un programa terapéutico complejo en régimen residencial a largo plazo. Para el tratamiento se admiten pacientes que padecen diferentes adicciones, residentes en Suiza o en España, excluyendo la zona local. En la primera parte del programa se aleja al paciente de su entorno. Durante la fase de introspección los pacientes viven en la comunidad terapéutica, reciben un tratamiento médico, psicoterapéutico y pedagógico intensivo completado por musicoterapia, arteterapia, terapia corporal y aprendizaje de idiomas extranjeros, y tienen poco contacto con su entorno de origen. Desde

el principio de la fase de orientación hacia el futuro los pacientes regresan ocasionalmente o frecuentemente a su entorno de origen para resolver asuntos relacionados con la familia, justicia, formación o futuro empleo, por lo cual la institución dispone de infraestructura tanto en Suiza como en España. Cada vez que regresan, trabajan con su terapeuta el impacto psicológico de estas cuestiones, ganando de esta manera autoconfianza. Una atención especial reciben los españoles de 1ª o 2ª generación residentes en Suiza que quieren reinsertarse en el país de sus raíces. La reintegración social de los pacientes ocurre en uno de los dos países, dependiendo de sus necesidades psicológicas independientemente de su nacionalidad. Resultados. De los pacientes admitidos procedentes de Suiza que elijen ser tratados en el extranjero un 62% son de origen suizo y un 38% son inmigrantes en Suiza. A la hora de reinsertarse se observa que un 13% de los pacientes de nacionalidad Suiza y un 19% de los inmigrantes en Suiza eligen reintegrarse en el extranjero con la excepción de los hijos de inmigrantes españoles, que hasta ahora eligieron en su totalidad reintegrarse en España. En el momento del alta terapéutica, el 80% de los pacientes rehabilitados consiguen un hogar independiente y un trabajo. En el seguimiento a largo plazo se observa una cuota de reintegración social del 78%. Conclusión. Los resultados sugieren que un proyecto de alejamiento favorece el tratamiento de todas las personas incapaces de manejar el entorno habitual y que los retornos puntuales a su entorno durante la fase de reinserción permite una reintegración sin problemas a pesar de la distancia.

PALABRAS CLAVE

Alejamiento del entorno, cooperación internacional, adicciones, terapia largo plazo, pacientes residenciales, reinserción

Aspectos psicodiagnósticos y psicosociales en una población de adictos en tratamiento residencial de larga estancia

LIANA GERBER BOLOTA; GUSTAVO TORRES DÍAZ-GUERRA CENTRO TERAPÉUTICO FUENTE ÁLAMO

Enviar correspondencia a:
Centro Terapéutico. 30880 Águilas. Murcia. fuenteal@teleline.e

OBJETIVO

Recoger y clasificar en un catálogo de manera sistemática y estandarizada todos los rasgos psicológicos y todos los aspectos psicosociales observados en los pacientes adictos ingresados en este centro de tratamiento con la finalidad de (a) lograr una consideración completa de todos los factores personales a la hora de formular el diagnóstico clínico y el foco de la terapia y (b) estudiar la relación entre el desarrollo de la adicción y dichos aspectos. Metodología. Para establecer un sistema estandarizado con aplicación general, todas las observaciones clínicas de los pacientes tratados desde 1999 en este centro terapéutico fueron recogidas y clasificadas en un catálogo con 13 secciones, a saber: introspección, habilidades de comunicación, observaciones sistémicas, particularidades de la personalidad, autoconcepto, actitud ante el mundo, sentimientos, miedos, habilidades sociales, conductas relacionadas con la adicción, hábitos negativos y hábitos positivos. El catálogo de observaciones clínicas se presenta como lista de comprobación abierta, se actualiza dos veces al año y se aplica a todos los pacientes desde su admisión. A la hora de orientar la terapia para cada paciente esta lista de comprobacio-

nes clínicas se compara con los resultados obtenidos en los tests psicodiagnósticos clásicos (Rorschach y 16 PF-R) y el foco de la terapia se formula en base a los datos recogidos. Para obtener una vista general sobre las relaciones entre los rasgos psicológicos y los aspectos psicosociales por una parte y el desarrollo de la adicción por otra, se formalizó un estudio estadístico retrospectivo de los aspectos observados.

RESULTADOS

Los resultados muestran la estadística de los rasgos psicológicos clínicos y psicosociales más frecuentemente observados en nuestro centro terapéutico desde 1999. En la orden de las secciones mencionadas bajo el capítulo "Metodología", los rasgos más frecuentemente observados son: introspección: baja introspección; habilidades de comunicación: capacidad de comunicación reducida, sinceridad baja; observaciones sistémicas: familia disfuncional, fallos de educación, problemas de inmigración; particularidades de la personalidad, incapacidad de manejar conflictos, baja madurez psico-emocional; autoconcepto: baja autoestima, baja autoconfianza; incapacidad de aceptarse a sí mismo; actitud ante el mundo: desconfianza general; sentimientos: percepción alterada de la realidad; miedos: temor a asumir responsabilidades, miedo al fracaso y al abandono; sentimientos: sentimientos de vacío, de abandono y de envidia; habilidades sociales: baja autocrítica y capacidad de aceptar críticas, baja tolerancia a la frustración, rechazo de la autoresponsabilidad, resolución deficitaria de conflictos, vulnerabilidad exagerada, necesidad de atención, control de impulsos y demora del placer deficitarios, promiscuidad o prostitución; conductas relacionadas con la adicción: consumo en infancia, por autodestrucción, por estrés o por búsqueda de placer; hábitos negativos: deseo de seducción, intento de evitar todo conflicto; hábitos positivos: intentos de aumentar su autoestima mediante pequeños éxitos diarios. El test de Rorschach aparece como un complemento valioso de las observaciones clínicas. En el test 16-PF-R se constataron discrepancias en el caso de valores altos en aquiescencia. La aplicación rutinaria del catálogo de observaciones clínicas más los tests psicodiagnósticos condujo a la formulación fiable del foco de la terapia.

CONCLUSIÓN

El catálogo de observaciones clínicas desarrollado representa una innovación útil a la hora de formular el diagnóstico clínico y el foco de la terapia, y facilita el estudio de los factores psicológicos y psicosociales implicados en la origen de una conducta adictiva. La estadística obtenida contribuye a un mejor entendimiento de la causalidad en el ámbito de las adicciones.

PALABRAS CLAVE

Observaciones clínicas, psicodiagnóstico, adicciones, terapia de larga estancia, tratamiento residencial.

¿Cómo afrontan los padres el botellón de sus hijos?

GIMÉNEZ, J.A.; CORTÉS, M.T.; PARDO, F.; SAMPER, P.; MESTRE, V.

Enviar correspondencia a:

Avd. Blasco Ibáñez. 46010 Valencia. Maria.TCortes@uv.

A pesar de que los intentos por explicar y paliar el fenómeno del botellón han sido cada vez más persistentes desde los años 90, lo cierto es que seguimos hablando en la actualidad de una práctica generalizada en muchas ciudades españolas que no parece fácilmente controlable.

Si atendemos a algunas de las últimas investigaciones que se han realizado sobre el tema (Cortés, 2005, 2006; Elzo, 2002; Espejo y cols, 2006; Megías, 2002; Pardo y cols, 2005; Sánchez y Rubio, 2001), una posible causa del escaso éxito alcanzado con las medidas puestas en marcha hasta el momento podría estar en que se prioriza, tan sólo, el aspecto relativo al conflicto social o de orden público, dejando de lado otros ámbitos del fenómeno como el relacionado con los problemas debidos al consumo de alcohol por parte de los jóvenes, los conflictos familiares, la transmisión de valores como el respeto o la solidaridad, el modelado por parte de los padres, etc.

Precisamente es a este último ámbito, el de la familia, al que prestamos atención en este trabajo. La importancia de la consideración del papel de la familia es claramente demostrable. Son numerosos los estudios (Comas, 1990; García y Carrasco, 2003; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Pérez, 2004; Sánchez Pardo, 2002) que enfatizan la relación entre diversas variables familiares (relaciones afectivas y comunicación, disciplina familiar, consumo y creencias de los padres, nivel socioeconómico, situación laboral de ambos padres, uso del tiempo libre en la familia, etc.) y el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol entre los jóvenes, asociado al tiempo libre.

Asimismo, puede afirmarse a partir de la revisión de trabajos relacionados con el botellón (Alternativajoven, 2006; Baigorri y cols, 2003; Calafat y cols., 2005; Cortés, 2005, 2006; GIESyT, 2001, 2002; Navarrete y cols, 2004) que la edad de los jóvenes que lo realizan es cada vez más temprana, situándose el inicio en los 14 años, pero llegando incluso en ocasiones a entrevistar a adolescentes de 12-13 años. Este hecho, unido a que la gran mayoría de ellos (casi un 90% en algunos estudios) aun viven en el domicilio familiar, a que la principal fuente de procedencia del dinero que se invierte en esta práctica provenga de la asignación familiar, o a que los padres cuenten con un buen número de oportunidades para poder actuar sobre las actitudes y conductas adecuadas sus hijos, hace que se considere a la familia como un elemento crucial a la hora de diseñar algún tipo de intervención más exhaustiva frente a este fenómeno.

En este trabajo se presentan algunos de los resultados obtenidos al entrevistar un total de 212 padres cuyos hijos, de 15 a 17 años, forman parte de la amplia muestra de adolescentes entrevistados dentro del proyecto de investigación que se está llevando a cabo desde la Universitat de València, financiado por el PNSD (Ministerio de Sanidad y Consumo). La recogida de información se ha realizado a partir de un cuestionario elaborado exclusivamente por nuestro grupo de investigación que incluye aspectos de diferentes áreas: hábitos de ocio personales y los que se comparten con los hijos, normas de convivencia y disciplina familiar, patrones de consumo y percepción sobre el consumo que realizan sus hijos, así como su punto de vista acerca del fenómeno "botellón" y posibles alternativas de solución al mismo.

Entre los principales resultados destaca la percepción distorsionada que los padres mantienen respecto al consumo de sus hijos –consideran que ese consumo es mucho menor de lo que realmente es o incluso inexistente-, su consideración de padres rígidos al impartir disciplina familiar, aspecto que contradice el que sus hijos lleguen a altas horas de la madrugada, o el escaso tiempo de ocio que comparten con sus hijos.

Los resultados obtenidos nos permitirán ir ajustando las necesidades de intervención en este colectivo de cara a diseñar actuaciones más globales dirigidas a reducir el fenómeno del botellón.

REFERENCIAS

- Comas, 1990; García y Carrasco, 2003; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Pérez, 2004; Sánchez Pardo, 2002
- Cortés, M.T. (2006). Realidad del fenómeno «botellón»: ¿hacia dónde vamos? Ponencia presentada en la Jornada "Drogas: el comodín de los problemas sociales". Valencia. FAD.
- Espejo, B.; Cortés, M.T.; Giménez, J.A.; Samper, P. y Pardo, F.J. (2006). Different styles of life connected with the high consumption of alcohol in adolescence. Notions coming from parent and children. Presentada en el 26th International Congress of Applied Psychology (Athens)
- García, M.A. y Carrasco, A.M. (2003). Factores individuales, familiares y educativos asociados al consumo de alcohol en jóvenes. *Revista de Psicología Social*, 18 (1), pp 49-60.
- GIESyT (2001). El botellón en las ciudades de Badajoz, Cáceres, Mérida, y Plasencia. Universidad de Extremadura.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña López, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 13 (1), pp 87-94.
- Pérez, P.M. (2004). Los Padres tienen la palabra. Guía para la toma de decisiones responsables ante el consumo de alcohol. (Padres e hijos de 6 a 13 años). Madrid.
- Sánchez Pardo, L. (2002). Los padres frente al botellón. Guía Práctica para una diversión sana de los hijos. Madrid. CEAPA

PALABRAS CLAVE

Botellón, variables familiares, intervención.

La web del cendocbogani: usos y nuevos retos

GISBERT TÍO, A; BUENO CAÑIGRAL, FJ; BRAULIO SÁNCHEZ, L; VALDERRAMA ZURIÁN, JC.

Enviar correspondencia a:
(del Centro) General. 46004 Valencia. amparogisbert@terr

INTRODUCCIÓN

El Centro de Documentación sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos Dr. Emilio Bogani Miquel de Valencia tiene una página Web que permite a los profesionales acceder a la documentación en trastornos adictivos y su localización y acceso al documento primario. Además, la página ofrece otros servicios de interés como agenda de eventos, noticias, servicios de alerta de información, bases de datos temáticas y boletines.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es valorar la utilización de las diferentes secciones de este recurso para conocer que información revierte más interés entre los usuarios y establecer mecanismos para mejorar los servicios ofrecidos en la Web. Metodología El sitio web www.cendocbogani.org utiliza el sistema.net (aspx) con base de datos SQL Server y consta de 8 secciones: Presentación, Información, Noticias, Recursos Web, Boletines, Consulta bibliográfica, Difusión Selectiva, Agenda. Se realizó un seguimiento mensual de las visitas registradas

en todas las secciones del sitio web, desde su creación en octubre de 2004 a diciembre de 2006. Se considero visita cuando el usuario estaba conectado a una sección al menos 10 segundos. Se utilizó el programa ClickTracks Analyzer para la evaluación de las visitas.

RESULTADOS

Los Informes mensuales de visitas a www.cendocbogani.org muestran que se han realizado un total de 32.231 accesos, siendo la página web más visitada la de las consultas bibliográficas (18,3% de los accesos) seguida de los materiales preventivos (18%). La página menos visitada fue la de Noticias (2,3%). La difusión selectiva de la información es un servicio poco utilizado ya que el número de entradas no corresponde con las suscripciones reales.

CONCLUSIONES

Las secciones como Noticias o Agenda son poco consultadas pues existen otros sitios webs que ofrecen este servicio (lasdrogas.info, Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas,...), por ello un nuevo reto de Cendocbogani es catalogar las novedades en tiempo real, facilitando a los usuarios la tarea de búsqueda y el acceso directo al documento desde el espacio Web. El bajo uso del servicio de difusión selectiva podría indicar que los profesionales prefieren buscar la información cuando la necesitan en lugar de recibir correo con alertas cuando no las precisan. Otro de los retos del Centro ha sido la creación de una sección con consultas que permite a los usuarios no sólo hacer peticiones bibliográficas sino también hacer sugerencias o peticiones para mejorar la Web.

PALABRAS CLAVE

Centros de documentación. Drogodependencias. Internet. Evaluación.

Diferencias de género en el inicio y motivos para el consumo de cocaína: un estudio cualitativo

GÓMEZ, J.¹; CLARI, E.¹; GIRVA, T.¹; GUILLOT, J.²; TORTAJADA, S.³; VALDERRAMA-ZURIÁN, J.C.³.

1 Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universitat de València.

2 Unidad de Conductas Adictivas de Moncada. Departamento de Salud 5. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

3 Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Universitat de València-CSIC.

Enviar correspondencia a:

Departamento de Trabajo social y Servicios Sociales. Edificio Departamental Occidental. Campus Los Naranjos. Universidad de Valencia.

Avda de los Naranjos s/n. 46022 Valencia. josefa.gomez@uv.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo general del estudio, es analizar que factores intervienen en el inicio del consumo de cocaína y que motivos favorecen el mismo, determinando si existen diferencias según sexo.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra la conformaron 12 sujetos dependientes a la cocaína, en tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas. La técnica utilizada para la obtención de información fueron las entrevistas en profundidad. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad y se solicitó el consentimiento informado. Se realizó un análisis e interpretación de los datos a través de la teoría fundamentada (Grounded Theory).

RESULTADOS

En el presente estudio se han encontrado diferencias de género en todo el proceso de inicio del consumo de cocaína. Así, el hombre suele introducirse a través del ocio, mientras que la mujer suele hacerlo influida por la pareja. En cuanto a los motivos del consumo, se dan casos en los que les lleva a consumir la inseguridad personal y la falta de habilidades sociales. "Entonces yo, para abrirme a la gente y poder tener amigos, poder hacer un novio o cualquier tontería de éstas... pues yo no podía, a mí se me hacía cuesta arriba, y drogándome pues me soltaba más... Fue por eso, porque era un poco tímida" (E11). En otros, el consumo puede ser utilizado como automedicación para ciertos problemas psicológicos, o la imitación de modelos. "...al principio, pues vamos a probar esto a ver qué es. Que si aquí la gente de alto rango... y mi jefe se mete dentro... pues que esto tiene que ser bueno... esto es lo que toma el director, el abogado,..." (E3). La evitación y la evasión de los problemas, es más frecuente entre las mujeres. "Olvidarme de todo... Yo sacaba malas notas en el instituto, mis padres me echaban el puro... mis padres me castigaban en casa, entonces nos enfrentábamos, me enfadaba y me iba. Entonces, pues eso me ayudaba a olvidarme de todo." (E10). Las vivencias traumáticas en la infancia y adolescencia determinan la tendencia al consumo abusivo de ciertas sustancias, especialmente en las mujeres.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran la necesidad de considerar la variable género en el desarrollo de actividades preventivas y en el abordaje de los factores que pueden influir en el consumo de sustancias.

PALABRAS CLAVE

Dependencia de cocaína, estudio cualitativo, factores de riesgo.

Financiado por: Conselleria d'Empresa, Universitat I Ciència. GV05/279. Direcció General d'Investigació i Transferència Tecnològica. CSISP, Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Los servicios de tratamiento para el abordaje de la dependencia a la cocaína y las conductas violentas asociadas, dos puntos de vista encontrados

GÓMEZ J, GIRVA T, TORTAJADA S, VALDERRAMA-ZURIÁN JC, CLARI E.

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Sociología. Universitat de València.

Enviar correspondencia a:
Edificio. 46022 Valencia. josefa.gomez@uv.es

OBJETIVOS

El objetivo general de estudio es conocer la adecuación de los servicios de tratamiento para el abordaje de la dependencia a la cocaína y de las conductas violentas desde la perspectiva de los consumidores de cocaína y de los profesionales que los tratan.

METODOLOGÍA

Este estudio utilizó metodología cualitativa. La muestra la conformaron personas dependientes a la cocaína y profesionales tanto del área de las drogodependencias como de la violencia. La técnica utilizada para la obtención de información de los cocainómanos fue la entrevista en profundidad. Se realizaron un total de 12 entrevistas. Los criterios para esta selección fueron el género, el tiempo de abstinencia y provincia en la que vivían, dentro de la Comunidad Valenciana. Por otra parte se utilizó la técnica del grupo de discusión, que fue conformado por 8 expertos, 4 en violencia de género y 4 en drogodependencias, en el que se trató, en esencia, la valoración de los programas de tratamiento existentes. Se realizó un análisis e interpretación de los datos a través de la teoría fundamentada (Grounded Theory).

RESULTADOS

Una creencia generalizada entre las personas dependientes a la cocaína es que el problema de la dependencia requiere del tratamiento profesional, pero tanto profesionales como dependientes, subrayan la falta de recursos para dar una atención adecuada. Además existe una queja común tanto de los cocainómanos como de los profesionales, respecto al horario de funcionamiento de los centros, pues con frecuencia es difícil compatibilizar el tratamiento con las actividades de la vida diaria. Las mujeres dependientes de cocaína presentan dos dificultades en su acceso a los servicios de tratamiento, por una parte están pensados fundamentalmente para hombres sin cargas familiares, y por otra si son víctimas de violencia de género, tienen dificultades para acceder a centros de acogida para mujeres maltratadas pues no se admiten personas consumidoras de drogas.

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra la necesidad de adaptar los servicios de tratamiento a los pacientes a los que van dirigidos, teniendo en cuenta el género y circunstancias personales. Siendo recomendable la coordinación entre los centros de tratamiento de drogodependencias y los centros de acogida para mujeres maltratadas, pues es el colectivo poblacional más desprotegido.

PALABRAS CLAVE

Cocaína, tratamiento, violencia, género.

Financiado por: Conselleria d'Empresa, Universitat i Ciència. GV05/279. Direcció General d'Investigació i Transferència Tecnològica. CSISP, Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Tabaquismo y esquizofrenia en una unidad de rehabilitación

O. GONZALEZ IRIZAR, S. POMBO CHORTO, S. ARRANZ GARCIA, S. SETÓ BOADA, Y. ALONSO PEREZ, I. GRAU.

Unidad de Rehabilitación del Institut Pere Mata, Reus.

Enviar correspondencia a:
Carretera del. 43206 Reus. Tarragona. olgagonzalez74@ho

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un importante problema de salud que se asocia con distintas patologías médicas y psiquiátricas. Existe una alta prevalencia de consumo de tabaco en pacientes esquizofrénicos, que según algunos autores se relaciona con el tratamiento antipsicótico y con la institucionalización (1,2).

OBJETIVO

Determinar el porcentaje de pacientes fumadores en una unidad de rehabilitación hospitalaria. Estudiar las diferencias en función de la patología psiquiátrica.

MÉTODO

Se realiza una revisión de la historia clínica de 50 pacientes en la Unidad de Rehabilitación hospitalaria del Institut Pere Mata de Reus. Se recogen variables sociodemográficas (edad y sexo) y variables clínicas (diagnóstico, tratamiento y consumo de tabaco). La valoración de los datos se obtiene mediante SPSS v.12.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Los datos obtenidos confirman la elevada prevalencia del consumo de tabaco en los pacientes psiquiátricos observada en numerosos trabajos.
- En la distribución de diagnósticos se ha observado mayor prevalencia en pacientes con esquizofrenia, respecto al resto de patologías.

REFERENCIAS

1. Dueñas R, Aleu M, González I et al. El papel del consejo antitabaco en el proceso de deshabituación en enfermos mentales. Actas psiquiátricas 2004; 32(5): 287-292.
2. Llerena A, De la Rubia A, Peñas-Iledó E, Díaz F, De Leon J. Schizophrenia and tobacco smoking in a Spanish psychiatric hospital.

Violencia y toxicomanías

MARÍA TERESA GUILLERMO PARDENILLA

CTD Moratalaz. Cruz Roja Española. Psicóloga Clínica. Psicoanalista

Enviar correspondencia a:
Av. Moratalaz 50-52.28030 Madrid. teresaguillermo@er

RESUMEN

En el actual mundo globalizado, la agresividad y la violencia parecen ir en aumento, de forma cada vez más generalizada. Es una realidad que siempre han estado presentes en la vida, forman parte del ser humano, pero en la forma tan destructiva en que se observan hoy en día, corresponden a un fenómeno novedoso y preocupante, ya que amenazan a la vida misma.

Se pretende reflexionar sobre la agresividad y la violencia en las toxicomanías, desde el marco teórico del Psicoanálisis Humanista, de Erich Fromm.

METODOLOGÍA

El material es la población de pacientes politoxicómanos atendidos en el CTD Moratalaz. El método utilizado está fundamentado en la valoración psicológica inicial en base a una entrevista semi-estructurada, la observación clínica, y psicoterapia de orientación dinámica, que conforman el abordaje psicológico, con el que se trabaja.

Erich Fromm distingue en el hombre, dos tipos de agresión:

“El que comparte con todos los animales, es un impulso filogenéticamente programado para atacar (o huir) cuando están amenazados intereses vitales. Esta agresión benigna, defensiva, está al servicio de la supervivencia del individuo y de la especie, es biológicamente adaptativa, y cesa cuando cesa la amenaza.

El otro tipo, la agresión maligna, o sea la crueldad y destructividad, es específico de la especie humana y se halla virtualmente ausente en la mayoría de los mamíferos; no está programada filogenéticamente y no es biológicamente adaptativa; no tiene ninguna finalidad y su satisfacción es placentera.”

Fromm, señala 3 aspectos que prueban que el origen de la agresividad humana no es instintivo:

1. Los grupos humanos difieren de modo tan fundamental en el grado de destructividad que los hechos difícilmente podrían explicarse suponiendo que la destructividad y la crueldad son innatas.
2. Diversos grados de destructividad pueden tener correlación con otros factores psíquicos y con diferencias en las estructuras sociales respectivas.
3. El grado de destructividad aumenta a medida que aumenta el desarrollo de la civilización, no lo contrario.

En relación con las toxicomanías observamos lo siguiente:

1. El ser humano ha tomado drogas históricamente, con consecuencias muy diferentes a las de hoy en día. La epidemia actual es un fenómeno nuevo.
2. Cada paciente presenta diferencias en sus patrones de consumo, relacionadas con sus diferencias personales y sociales.
3. En sociedades más desarrolladas, como la española, existe mayor índice de consumo de drogas.

Según la DPNSD, los consumos de sustancias psicotrópicas son, en general, más altos que en el entorno de los 25 países de la U.E.

Fromm, señala que la distinción entre agresión benigna defensiva y agresión maligna destructiva, requiere una distinción ulterior, entre instinto y carácter, entre los impulsos arraigados en las necesidades fisiológicas

impulsos orgánicos y las pasiones específicamente humanas arraigadas en el carácter pasiones radicadas en el carácter o humanas.

Apunta que el carácter es la segunda naturaleza del hombre, que reemplaza a sus instintos, poco desarrollados; y las pasiones humanas (anhelo de amor, ternura y libertad, así como el placer de destruir, el sadismo, el masoquismo, el ansia de poder y poseer) son respuestas a las necesidades existenciales, radicadas a su vez en las condiciones mismas de la existencia humana.

¿De qué depende que la pasión dominante del hombre sea el amor o la destructividad?

¿Qué está ocurriendo para que el ser humano esté llegando a los grados actuales de agresividad y violencia?

Fromm, señalaba los cambios caracterológicos producidos por el capitalismo, y la enajenación como el resultado central del mismo, y como también el consumo es también enajenado, ya que no se trata de una experiencia significativa, humana, productora; teniendo en cuenta esta realidad el terreno es fértil para el consumo de drogas.

Los cambios caracterológicos producidos por los modos de producción capitalista van incidiendo en el carácter social, llegando al individuo, siendo el toxicómano el exponente máximo del consumo per se, y de la destructividad.

Teniendo en cuenta lo anterior, y centrando nuestras reflexiones en nuestro paciente toxicómano, con la particularidad del caso a caso, y sus diferencias en su particular subjetividad, manifiesta los siguientes síntomas de agresividad y violencia:

Tendencia a la actuación, amenazas verbales, habla en voz alta o a gritos, retrasos, ausencias, intolerancia a los límites, intolerancia a la frustración, intolerancia a la espera, demanda de inmediatez permanente, irritabilidad, dificultad para el pensar, dificultad para la palabra, dificultad para expresar la verdad, etc...

Este paciente, poli-consumidor de drogas, con sus dificultades, expresadas en su cuerpo, y en su vida, parece expresar sintomáticamente el Carácter Social actual... el del homo consumens...

DISCUSIÓN

Analizar y reflexionar la agresividad y la violencia en las toxicomanías, desde el Psicoanálisis Humanista, puede contribuir a entender y comprender de forma más amplia estos fenómenos.

Es de vital importancia considerar los aspectos más creativos y destructivos de nuestro mundo globalizado.

Así como de realizar estudios más amplios, que profundicen en estos aspectos.

De tal manera que se puedan considerar para las futuras acciones de nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Fromm, E. (1975). Fondo de Cultura Económica. México. Anatomía de la Destructividad Humana.

Fromm, E. (1983). Fondo de Cultura Económica. México. El corazón del Hombre.

Fromm, E. (1974). Edit. Paídos. Bs. As. Humanismo Socialista.

Fromm, E. (1974). Edit. Paídos. Bs. As. ¿Podrá Sobrevivir el Hombre?

PALABRAS CLAVE

Violencia. Agresión benigna. Agresión maligna. Carácter. Carácter social.

La función de coordinador de equipos interdisciplinares

ENCARNA HERNÁNDEZ REL

Enviar correspondencia a:
Avda.Vila-real, 18. 12006 Castellón.departamentrddpv@hotmail.com

Actualmente es difícil encontrar al frente de equipos interdisciplinares a Trabajadores Sociales. Esto nos lleva a pensar si realmente en este entramado profesional se aboga más por la valía profesional de los titulados superiores y centrándonos en equipos que atienden conductas adictivas nos estaríamos refiriendo a médicos y/o psicólogos o ¿somos los propios trabajadores Sociales los que hemos preferido quedarnos en nuestra mera función de Trabajadores Sociales? Con esta intervención se pretende dar una breve pincelada de lo que es la función de coordinador. Para ello se realizará una revisión a la normativa referida a ello, así como sus funciones, características personales, roles del trabajo directivo, etc.

PALABRAS CLAVE

Objetivos, cohesión, comunicación, normas, cualidades, formación, objetividad.

Estudio neuropsicológico diferencial en tres grupos de drogodependientes

IBARRIA M., JACAS C., TRASOVARES M.V., RONCERO C., BRUGUERA E., CASAS M.

Hospital Universitari Vall Hebron, Barcelona. España. Universidad Autónoma de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Paseo Vall Hebron. 08035 Barcelona

OBJETIVOS

Sescribir y comparar el perfil cognitivo de tres grupos de drogodependientes, en particular aquellos dependientes de Alcohol (OH), Cocaína y Opiáceos tras un tratamiento de desintoxicación.

METODOLOGÍA

Se obtuvo una muestra de 37 pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona que estaban realizando un programa de desintoxicación. Para su clasificación se utilizó

el DSM IV-TR y se dividió la muestra en tres grupos: dependientes de OH (n=19), cocaína (n=10) u opiáceos (n=8).

Los sujetos debían haber estado consumiendo durante, al menos, los últimos seis meses únicamente la sustancia para la que estaban siendo desintoxicados.

La evaluación neuropsicológica se realizó en una sola sesión y se creó un protocolo específico: funciones atencionales (Spatial Span directos, Dígitos WAIS III directos, Symbol Digit Modalities Test (SDMT), Stroop Color Word Interference Test (STROOP) y una prueba de tiempos de reacción (CALCAP); funciones Ejecutivas (Spatial Span inversos, Dígitos WAIS III inversos, SDMT, CALCAP, Wisconsin Card Sorting Test y Iowa Gambling Task); funciones visuoespaciales, visuoconstructivas y visuoperceptivas (Figura Compleja de Rey Copia, FCR); memoria y aprendizaje (TAVEC, Figura Compleja de Rey memoria inmediata, diferida y reconocimiento), funciones motoras (Test del marcado) y estado de ánimo (Inventario de Depresión de Beck y Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo).

RESULTADOS

Hallamos diferencias estadísticamente significativas en edad ($p < 0.001$) y en años de dependencia al tóxico ($p < 0.001$) entre los diferentes grupos. Siendo el grupo de OH el que tiene una media de edad y de años de dependencia más elevada. También hallamos diferencias significativas en grado de consumo ($p < 0.001$) entre el grupo OH y cocaína con el grupo de opiáceos, siendo este último el que tiene menor grado de consumo.

Una vez controlado el efecto de la edad y nivel de estudios, en las pruebas neuropsicológicas observamos diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas por los tres grupos en la lámina de interferencia del Stroop ($p < 0.023$), en memoria visual diferida de la FCR ($p < 0.038$) y en el Test del Marcado ($p < 0.028$) entre los grupos de cocaína y OH teniendo los primeros mejor puntuación.

Encontramos rendimiento bajo en funciones atencionales en los tres grupos de comparación, siendo el de opiáceos el que obtiene puntuaciones más bajas en estas pruebas. En memoria visual hallamos rendimiento por debajo de la media en memoria inmediata y diferida en los tres grupos y observamos que el grupo de OH y el de opiáceos tienen bajo rendimiento en la prueba de toma de decisiones.

CONCLUSIONES

El tiempo de dependencia no influye en el rendimiento cognitivo de la muestra. El grado de consumo influye negativamente en las puntuaciones obtenidas por los tres grupos, influyendo más al grupo de cocaína, seguido del de opiáceos y de OH. Los síntomas ansioso-depresivos influyen en el rendimiento del grupo de opiáceos y de cocaína en pruebas de memoria y atención pero no en OH.

El grupo de OH muestra alteración en memoria audio-verbal y visual, flexibilidad cognitiva, velocidad de procesamiento de la información y toma de decisiones al igual que un estudio previo (1). También observamos alteración en funciones visuoespaciales, visuoconstructivas y visuoperceptivas, aunque no en memoria a corto plazo y atención alternante.

El grupo de cocaína muestra alteraciones descritas por otros autores (2-4) en memoria visual a corto plazo, atención selectiva, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo visuoespacial pero no en memoria audio-verbal. En la toma de decisiones (5) tampoco hemos hallado alteración. Algunos autores ya apuntaban que los drogodependientes de cocaína muestran alteraciones cognitivas leves (6) y nosotros hemos observado resultados similares. También hallamos alteración en funciones visuoespaciales, visuoconstructivas y visuoperceptivas.

El grupo de opiáceos muestra alteración en atención selectiva, velocidad de procesamiento de la información, memoria de trabajo, toma de decisiones, flexibilidad cognitiva, memoria visual a corto y largo plazo y memoria visual a largo plazo como ya habían descrito otros autores (7). Como en los otros grupos hemos hallado alteración en funciones visuoespaciales, visuoconstructivas y visuoperceptivas.

Podemos concluir que los drogodependientes de OH, cocaína y opiáceos presentan un gran espectro de alteraciones cognitivas que difieren en algún aspecto entre sí y que definen un perfil fronto-subcortical.

REFERENCIAS

1. Garrido M.J. & Fernández-Guinea S. Déficit neuropsicológicos en alcohólicos: implicaciones para la seguridad vial. *Rev neurol.* 2004; 38 (3): 277-283.
2. Browndyke J.N., Tucker K.A., Woods S.P., Beauvais J., Cohen R.A., Gottschalk P.C.H. & Kosten T.R. Examining the Effect of Cerebral Perfusion Abnormality Magnitude on Cognitive Performance in Recently Abstinent Chronic Cocaine Abusers. *J Neuroimaging.* 2004;14: 162-169.
3. Abi-Saab D., Beauvais J., Mehm J., Brody M., Gottschalk C. & Kosten T.R. The Effect of Alcohol on the Neuropsychological Functioning of Recently Abstinent Cocainedependent Subjects. *Am J Addict.* 2005;14: 166-178.
4. Kübler A., Murphy K. & Garavan H. Cocaine dependence and attention switching within and between verbal and visuospatial working memory. *Eur J Neurosci.* 2005; 21: 1984-1992.
5. Goldstein R. Z., Leskovjan A. C., Hoff A. L., Hitzemann R., Bashan F., Khalsa S. S., Wang G., Fowler J. S. & Volkow N. D. Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction:

PALABRAS CLAVE

Neuropsicología, drogodependencia, perfil cognitivo.

Estudio descriptivo de la ludopatía en adictos a sustancias en tratamiento

ANTONIO LAGARES ROIBAS.* ANA ISABEL LÓPEZ MELENDRO M^a JOSÉ GALLEGO MONTES*****

* Médico

** Trabajadora social

*** Terapeuta ocupacional

Cad de San Blas; Instituto de Adicciones; Madrid Salud

Enviar correspondencia a:

CAD DE SAN BLAS. C/ Alcalá, 527. 28027 Madrid. lagarsar@munimad

INTRODUCCIÓN

El juego patológico en numerosas ocasiones, va asociado a la adicción a sustancias psicoactivas y que sí no se presta el suficiente atención a este trastorno puede pasar desapercibido y en consecuencia no tratado.

Es preciso el diseño de estrategias de intervención, tanto para la personas que presentan juego patológico como conducta problema que motiva su demanda a tratamiento, como para todos aquellos en los que, prestando más atención a otras adicciones, permanece oculta la ludopatía o emerge como problema principal cuando se consigue la retirada de la droga que motivó la demanda inicial a tratamiento.

La formulación de estas estrategias, pensamos, que tienen que venir precedidas de un conocimiento adecuado de las características y variables que definen a este tipo de paciente –ludópata-, objetivo al que se pretende dar respuesta a través del presente estudio.

OBJETIVOS

- Detectar la presencia de conductas de juego patológico asociadas a la adicción a sustancias psicoactivas.
- Determinar y conocer las diversas variables y/o características de estos jugadores patológicos.
- Identificar por parte de los pacientes estas conductas como una adicción.
- Analizar la eficacia de las diferentes estrategias de intervención –abordaje multidisciplinar–

METODOLOGÍA

El estudio descriptivo que presentamos se llevo a cabo en pacientes del CAD de San Blas que estaban siguiendo tratamiento por presentar adicción a una o varias sustancias psicoactivas y que a su vez se detecto una conducta de juego patológico, además de aquellos que demandaban ayuda terapéutica directamente debido exclusivamente a problemas de ludopatía. Se utilizó para ello un cuestionario donde se recogieron los siguientes parámetros:

- Variables demográficas
- Adicción al juego: modalidad
- Nivel de formación –ocupación– nivel de ingresos, edad de inicio en el trabajo y en el juego
- Variables relacionadas con la familia
- Incidencia legales relacionadas con el juego
- Relación del juego patológico con otras drogas
- Comorbilidad asociada: Psiquiátrica, orgánica.
- Tratamientos
 - Previos
 - Actual
 - Disponibilidad para el tratamiento
 - Abordaje terapéutico

RESULTADOS

Los resultados definitivos se detallaran en la presentación de este estudio. De forma preliminar podemos adelantar brevemente alguno de ellos:

- Mayor prevalencia del sexo masculino en conductas del juego patológico
- El tipo de juego predominante con gran diferencia sobre todos los demás es la maquina tragaperras.
- Se detecta un alto índice de asociación al alcohol y ludopatía, como factor ambiental en el desarrollo de esta última.
- Se observa un elevado porcentaje de comorbilidad entre ludopatía y sintomatología depresiva.
- Se ha constatado que los tratamientos de larga duración (9 meses aproximadamente) generan mayor porcentajes de resultados favorables. Etc.

CONCLUSIONES

La conducta de juego patológico es frecuente en pacientes dependientes a otra sustancia, que precisan de la aplicación de estrategias específicas y multidisciplinarias capaces de dar solución a ambas adicciones. Se constata que la eficacia de los tratamientos se relacionan con la buena interacción del terapeuta-paciente y la duración en el tiempo de las mismas.

PALABRAS CLAVE

Adicción. Estrategias. Juego Patológico. Sustancias. Tratamiento.

La educación para la salud: su utilidad en el contexto de las drogodependencias

ANTONIO LAGARES ROIBAS*, EVA PEREZ CARRASCO, M^a CARMEN IBÁÑEZ RIOS*****

* Médico

** D.U.E

*** Auxiliar Sanitario

CAD de San Blas, Instituto de Adicciones, Madrid Salud.

Enviar correspondencia a:

CAD DE SAN BLAS. C/ Alcalá, 527. 28027 Madrid. lagarsar@munimad

INTRODUCCIÓN

El hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque sí condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que debe esforzarse para luchar no solo para cambiar los factores nocivos del entorno, sino también sus propios hábitos de conductas hacia otros más saludables. Es en este contexto, donde la EpS va a cumplir su función.

La EpS es un proceso de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables.

OBJETIVOS

• GENERALES

- Aprender a identificar y reconocer sus propios problemas y necesidades de salud
- Partiendo de sus propios recursos comprender lo que pueden hacer referente a esos problemas y necesidades

• ESPECIFICOS

- Adquirir información sobre las diferentes sustancias psicoactivas y conseguir el mantenimiento de abstinencia a la sustancia problema
- Conocer el mecanismos de transmisión de las principales enfermedades contagiosas. adoptar las medidas de protección adecuadas.
- Adopción de medidas enfocadas a una vida sexual sana y sin riesgos: utilización de preservativos, medidas anticonceptivas, etc.
- Etc.

METODOLOGÍA

La metodología empleada en este estudio tiene como pretensión fomentar la participación activa de los asistentes a estos talleres, para que los objetivos previamente planteados puedan ser alcanzados.

El formato de las diferentes sesiones variaba en función a la temática a tratar, adoptándose para ello las consideradas más idóneas de las técnicas empleadas, que fueron:

- Discusión dirigida
- Modelaje y experimentación
- Brainstorming

- Role – playing
- Visionado de videos
- Exposiciones teóricas
- Etc.

Para realizar la valoración de estas intervenciones los participantes respondían a un pre-test al inicio de cada sesión, y a un post-test en la sesión siguiente. Los contenidos de ambos test versaban sobre:

- Pre-test
 - Conocimientos basales sobre cada tema
- Post-test
 - Conocimientos adquiridos
 - Cambios de conducta realizados
 - Grado de satisfacción de las sesiones

Las sesiones se realizaron con una periodicidad de 15 días en dos grupos de 20 participantes de ambos sexos.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio se exponen ampliados y detalladamente en la presentación de este trabajo. De forma preliminar y resumida podemos señalar alguno de ellos:

- Similar participación en cuanto a sexo (genero)
- Elevada participación y respuesta a los test planteados
- Importantes y diferentes incrementos porcentuales en la valoración de adquisición de conocimientos en las diferentes materias.
- Evaluación muy positiva de la satisfacción de los participantes y de la utilidad del grupo.
- Se detectaron significativos cambios en el comportamiento de los usuarios en relación a determinadas prácticas y hábitos de salud.
- Etc.

CONCLUSIONES

La EpS cobra, si cabe, mayor importancia en el terreno de la drogodependencia que entre la población general, quizás, por las propias características y deficiencias de salud de esta población, donde se obtienen unos resultados muy positivos tanto en la adquisición de conocimiento como en el cambio de conducta en lo referente a la salud, a tenor de los resultados obtenidos en este estudio.

PALABRAS CLAVE

Conducta. Conocimientos. Drogodependencia. Educación para la Salud. Hábitos saludables. Sesiones. Participación.

Diferencias en el perfil descriptivo en pacientes con dependencia a heroína/cocaína que iniciaron tratamiento entre los años 2004-2006

LAGE LÓPEZ, M^ª TERESA; CASETE FERNÁNDEZ, LORENA; CERQUEIRO COSTA, JACQUELINE.

ACLAD- Asociación Ciudadana de Lucha contra la droga. Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

Enviar correspondencia a:
mtlage@gmail.com

OBJETIVOS

Estudio y análisis de las variables descriptivas de los pacientes con dependencia a heroína y cocaína a tratamiento en la UAD de ACLAD (A Coruña) desde enero de 2004 hasta diciembre de 2006. Estudio del estado VIH de estos pacientes y de las prácticas de riesgo en relación al consumo de drogas y comportamiento sexual.

MÉTODOS

Análisis de las fichas de inicio de los pacientes atendidos en ACLAD durante este período, según los datos que constan en el XEGEAS (Xestión de Centros Asistenciais), herramienta informática para la gestión de centros asistenciales de drogodependencias del Plan de Galicia sobre Drogas, que se ciñe a los criterios de datos del SEIPAD (Sistema Estatal de Información del Plan Nacional sobre Drogas).

RESULTADOS

En los tres años estudiados comienzan tratamiento 1.086 pacientes de heroína y 468 por cocaína. El 79,65% son hombres entre los consumidores de heroína y 86,97% los de cocaína. La vía de administración de elección en el grupo de cocaína es la snifada (76,28%), frente a la vía pulmonar o "fumada" (56,81%) e inyectada (40,42%) del grupo de cocaína, éstos utilizan la vía parenteral tan sólo en un 8,76% de los casos. Nunca se inyectaron el 81,41% de los cocainómanos, frente al 28,81% de los heroínómanos.

Los pacientes consumidores de cocaína no suelen realizar analíticas de detección de VIH antes de acudir a A.C.L.A.D. (34,19%), mientras que los de heroína sí (6,63% no se han hecho análisis). Un 3,42% de los pacientes del grupo de cocaína acuden al centro siendo VIH positivos, mientras que el 16,02% del grupo de heroína son VIH positivos.

Con respecto a la hepatitis B y C los consumidores de heroína han estado en contacto con el virus en mayor proporción. En el caso de la hepatitis B supone el 12,15% en el grupo de heroína, frente al 4,06% del grupo de cocaína. En la hepatitis C un 48,99% en el grupo de heroína, frente a un 9,19% del grupo de cocaína.

No se encuentran grandes diferencias con respecto a si han tenido anteriormente tratamiento psiquiátrico en ambos grupos de pacientes.

En los usuarios que inician tratamiento por heroína la segunda droga de elección es la cocaína, seguida del tabaco. En los que inician tratamiento por cocaína consumen en segundo lugar alcohol, seguido de los derivados cannábicos.

CONCLUSIONES

Adecuar estrategias de intervención según características y necesidades de los pacientes. Para el grupo de consumidores de heroína, que continúa presentando una alta tasa de uso intravenoso, es importante trabajar

métodos de inyección segura y prevención de sobredosis. También se dirigiría al colectivo de usuarios de cocaína con consumos intravenosos (8,76%).

Los datos de la situación frente al VIH, VHC y VHB indican que el grupo de usuarios de cocaína tiene una menor percepción de riesgo, pues es significativamente mayor la proporción de "no se ha hecho la analítica". Además, la segunda droga de elección en el grupo de cocaína no presenta riesgo en cuanto a la vía de administración (alcohol - oral, cannabis- inhalada).

Conductas violentas en los adolescentes en el programa de prevención indicada "Soporte" Proyecto Hombre Madrid

LLAMA, P.; VILLACIEROS, I.; GUTIÉRREZ, C.; HOYOS, D.; DE LA CALLE, M.; MARIEZKURRENA, B.; OCHOA, E.; SANCHO, J.L.

Programa Soporte adolescentes y familias. Proyecto Hombre. Madrid

Enviar correspondencia a:

C/ Donoso Cortes. 28015 Madrid. donoso@cesphmad

OBJETIVO

Analizar los comportamientos violentos de los usuarios atendidos en el dispositivo de adolescentes y familias "Soporte" en Madrid durante el año 2005.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

La muestra está constituida por los usuarios que demandaron atención en el Programa de Adolescentes y Familias "Soporte" durante el año 2005. El programa atiende de manera integral a padres e hijos en el ámbito de la prevención indicada de forma ambulatoria. Las edades de los usuarios atendidos oscilan entre los 13 y 21 años que consumen diferentes tipos de sustancias: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y derivados anfetamínicos, principalmente. Sus relaciones sociales están centradas en un ambiente consumidor y presentan "fracaso escolar". Dentro de la familia, hay ausencia o dificultad para poner normas y límites y resolver conflictos. La demanda del servicio es voluntaria, a iniciativa de los padres, pues en ellos se crea la conciencia de problema. Por su parte, el adolescente en la mayoría de los casos está en fase precontemplativa. Los usuarios pertenecen al ámbito de la Comunidad de Madrid y las provincias colindantes.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario realizado en el contexto de las entrevistas iniciales que tienen como objetivo la valoración del caso. El registro contiene 14 variables que nos dan información sobre:

- Edad
- Género
- Aparición al menos una vez de: violencia verbal, violencia física contra personas, violencia física contra las cosas, autolesiones y robo dentro del ámbito familiar.

- Aparición al menos una vez de violencia física contra personas, violencia física contra las cosas y robo fuera del ámbito familiar.
- Atención psiquiátrica previa, ingreso psiquiátrico, derivación a psiquiatría y derivación a tratamiento psicológico del adolescente.

Estos datos son proporcionados por los familiares, basados en su percepción y referidos a los últimos cinco años de vida del adolescente.

RESULTADOS

Durante el año 2005 fueron atendidos en nuestro dispositivo 229 adolescentes y sus respectivas familias. De los cuales 180 son varones y 49 mujeres. En el ámbito intrafamiliar han sido violentos verbalmente un 79%, físicamente contra personas un 31% y físicamente contra objetos un 50%. Ha habido conductas autolíticas en el 20% de los casos y han robado un 51% del total.

En el ámbito extrafamiliar han sido violentos contra personas un 30%, han sido violentos contra objetos un 30% y han robado un 29%.

En el ámbito intrafamiliar el 36,8% de los usuarios que han ejercido violencia verbal han sido violentos físicamente contra personas también.

CONCLUSIONES

- Un alto porcentaje de los adolescentes atendidos en el recurso han mantenido comportamientos violentos.
- Es necesario introducir intervenciones específicas para trabajar la falta de control de impulsos en los programas de prevención de drogodependencias. Por otro lado es igualmente importante trabajar con las familias la capacidad de establecer normas y límites claros y coherentes para con sus hijos.
- Aumenta la demanda de asistencia a nuestro recurso en los casos de adolescentes consumidores con comportamiento violento.
- La existencia de conductas violentas en adolescentes consumidores, es una de las causas que anima a los padres y madres a demandar atención en los dispositivos de drogodependencias.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes, violencia ascendentes, violencia extra familiar, consumidores, cannabis, alcohol.

Usuarios con necesidad de atención psiquiátrica en el Programa de prevención indicada "Soporte" Proyecto Hombre Madrid

LLAMA, P.; VILLACIEROS, I.; GUTIÉRREZ, C.; HOYOS, D.; DE LA CALLE, M.; MARIEZKURRENA, B.; OCHOA, E.; SANCHO, J.L.

Programa Soporte adolescentes y familias. Proyecto Hombre. Madrid

Enviar correspondencia a:
C/ Donoso Cortes. 28015 Madrid. donoso@cesphmad

OBJETIVO

Valorar las necesidades de atención psiquiátrica de los usuarios atendidos en el Dispositivo de Adolescentes y Familias "Soporte" en Madrid durante el año 2005.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

La muestra está constituida por los usuarios que demandaron atención en el Programa de Adolescentes y Familias "Soporte" durante el año 2005. El programa atiende de manera integral a padres e hijos en el ámbito de la prevención indicada de forma ambulatoria. Las edades de los usuarios atendidos oscilan entre los 13 y 21 años que consumen diferentes tipos de sustancias: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y derivados anfetamínicos, principalmente. Sus relaciones sociales están centradas en un ambiente consumidor y presentan "fracaso escolar". Dentro de la familia, hay ausencia o dificultad para poner normas y límites y resolver conflictos. La demanda del servicio es voluntaria, a iniciativa de los padres, pues en ellos se crea la conciencia de problema. Por su parte, el adolescente en la mayoría de los casos está en fase precontemplativa. Los usuarios pertenecen al ámbito de la Comunidad de Madrid y las provincias colindantes.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario realizado en el contexto de las entrevistas iniciales que tienen como objetivo la valoración del caso. El registro contiene 14 variables que nos dan información sobre:

- Edad
- Género
- Aparición al menos una vez de: violencia verbal, violencia física contra personas, violencia física contra las cosas, autolesiones y robo dentro del ámbito familiar.
- Aparición al menos una vez de violencia física contra personas, violencia física contra las cosas y robo fuera del ámbito familiar.
- Atención psiquiátrica previa, ingreso psiquiátrico, derivación a psiquiatría y derivación a tratamiento psicológico del adolescente.

Estos datos son proporcionados por los familiares, basados en su percepción y referidos a los últimos cinco años de vida del adolescente.

RESULTADOS

Durante el año 2005 fueron atendidos en nuestro dispositivo 229 adolescentes y sus respectivas familias. De los cuales 180 son varones y 49 mujeres. Un 29% de los usuarios atendidos habían recibido atención psiquiátrica previa. Un 12% habían sido ingresados al menos en una ocasión en unidades de Psiquiatría antes de ser atendidos en nuestro dispositivo, y el 13% fueron derivados desde nuestro dispositivo a otros recursos con el fin

de que recibieran atención psiquiátrica. Del total de los usuarios que habían recibido atención psiquiátrica previa a la demanda en nuestro dispositivo, el 38,8% habían sido por violencia verbal y física contra los ascendente. Asimismo, de este grupo un 25,37% han sido violentos físicamente contra las personas y las cosas fuera del ámbito familiar.

CONCLUSIONES

- Un alto porcentaje de los adolescentes atendidos en el recurso precisan atención psiquiátrica.
- Dada la necesidad, consideramos de gran importancia el trabajo en red con los profesionales de Salud Mental.
- Sería, por tanto, recomendable realizar evaluaciones psiquiátricas en esta población, sin olvidar que recibir este tipo de atención quizá sea un factor de detección de consumo y derivación a recursos especializados.
- La aparición de patologías psiquiátricas y conductas violentas generan mayor alarma familiar, la cual suele ser el desencadenante de la demanda de ayuda a nuestro dispositivo. Consideramos que las familias relacionan la patología psiquiátrica con el consumo de sustancias.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes, demanda psiquiátrica, consumidores, cannabis, alcohol.

Evolución de la evaluación de pacientes con trastorno adictivo candidatos a trasplante hepático

A. LLIGOÑA.; N. FREIXA.; M. MONRÀS

Unidad de Alcoholología del Hospital Clínic de Barcelona. Instituto de Neurociencias.

Enviar correspondencia a:
alligona@clinic.ub.es

OBJETIVOS

Desde 1963, año en que se realizó el primer trasplante hepático, hasta la actualidad esta técnica terapéutica se ha venido aplicando cada vez con mayor éxito en pacientes afectados de enfermedades hepatobiliares progresivas e irreversibles. Así, esta intervención inicialmente muy selectiva e indicada en casos muy aislados se ha convertido en una práctica más habitual. Sin embargo, la desproporción entre el número creciente de candidatos a trasplante hepático y el relativamente escaso número de donantes de órganos hace necesaria la selección de dichos candidatos. El consumo previo de algún tipo de tóxico ha supuesto un estudio con más profundidad de estos pacientes así como un abordaje conjunto tanto del trastorno adictivo como de la preparación para el trasplante. Estos dos hechos a pesar de producirse de forma simultánea no hallan, en la mayoría de los casos, al paciente en la misma fase de motivación para ambos procesos. Establecer unos factores psicopatológicos predictores de evolución en estos pacientes va a ser crucial tanto para su selección previa al trasplante como para su abordaje psicológico post-quirúrgico.

Actualmente aproximadamente un 17% de pacientes sometidos a trasplante padecen un síndrome de dependencia al alcohol. Inicialmente estos pacientes no eran tributarios a ser trasplantados debido a la existencia de dudas sobre supervivencia de los pacientes, el cumplimiento que éstos podían hacer del tratamiento posterior al trasplante y el riesgo de recidiva en la adicción alcohólica lo que podía acarrear la lesión del nuevo órgano. Estudios posteriores, sin embargo, demostraron que la tasa de supervivencia y el cumplimiento del tratamiento son similares tanto en los alcohólicos trasplantados como para el resto de pacientes.

METODOLOGIA

En el Hospital Clínic se evalúan los pacientes alcohólicos candidatos a trasplante hepático desde el año 1989 siguiendo un protocolo preestablecido que permite, en la medida de lo posible, determinar si el paciente será un candidato adecuado para el trasplante. Se estudian todos los pacientes que son derivados por los médicos hepatólogos, primeros en detectar el posible problema alcohólico del enfermo.

Analizaremos las diferencias existentes entre dos cohortes de pacientes: la totalidad de candidatos evaluados entre los años 1995-1997 (A) y los candidatos evaluados entre los años 2003-2005 (B).

RESULTADOS

La diferencia más destacable entre ambas cohortes es el número total de pacientes siendo en la A de 90 pacientes mientras que B es de 256 es decir que se han casi triplicado el número de pacientes evaluados, lo que demuestra una normalización en cuanto a las opciones de trasplante para este colectivo de pacientes. La edad se ha incrementado pasando la media de 49 años en el grupo A a 52,8 en el B. También existe un aumento significativo del número de mujeres evaluadas, del 12 al 19%. Destacar la aparición de pacientes portadores del HIV (7,4%) en la muestra B puesto que este colectivo solo es admitido para evaluación desde el año 2000. El porcentaje de pacientes con consumo activo en el momento de la evaluación es similar en ambos grupos y se sitúa cerca del 19%. También parece existir un cambio en cuanto a la sensibilización y contención familiar en el sentido de un claro aumento de este soporte que pasa del 66% al 88,9%. Por otro lado también ha aumentado la vinculación con la red de tratamiento encontrando actualmente un 42,5% de los paciente con controles toxicológicos seriados versus un 30%. Finalmente también existe un cambio en el pronóstico existiendo una proporción mucho mayor de pacientes con pronóstico favorable (del 43,3% al 68,5%) lo que posiblemente corresponde a un mejor estado alcohólico de los pacientes derivados para evaluación.

CONCLUSIÓN

La evaluación de los pacientes adictos, al igual que el propio acto quirúrgico, ha seguido una evolución con el tiempo que nos ha permitido definir cada vez con más seguridad los factores predictores de buen y mal pronóstico en pacientes alcohólicos sometidos a trasplante hepático. Es sin embargo prioritario realizar un estudio prospectivo que nos permita profundizar en el futuro en los múltiples factores, a menudo presentes en los pacientes alcohólicos, que pueden influir en el pronóstico a medio y largo plazo y cuya definición y sistematización en nuestra población es imprescindible para minimizar los riesgos en el post-operatorio.

PALABRAS CLAVE

Alcoholismo, trasplante hepático, evaluación psicopatológica.

Instauración restrictiva de la normativa horaria del consumo de tabaco en una unidad de corta estancia de psiquiatría

LÓPEZ PÉREZ C.¹, CABALLERO DÍAZ R.¹, CASTRILLO ALONSO E.¹, MONTES DE LA LINDE I.¹, FORT ROCAMORA C.¹, HUERTA P.², NAVARRO PACHECO F.¹, RONCERO ALONSO C.¹

Servicio de Psiquiatría.

(1) Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón

(2) Hospital Universitari Trias i Pujol

Enviar correspondencia a:

croncero@vhebron

RESUMEN

El personal de la Unidad de Psiquiatría de Corta Estancia y conductas adictivas del Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón a partir de la práctica diaria, y tras la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaco, detectó la necesidad de elaborar unas normas horarias dirigidas a pacientes ingresados en la Unidad, con el propósito de permitir el consumo de tabaco únicamente dentro de unos horarios establecido y disminuir el consumo compulsivo diario y sin gestión que ejercían los pacientes en periodos anteriores; favoreciendo así, la minimización de consumo de tabaco durante la estancia. La Xarxa Catalana de Hospitals sin humos promueve la deshabituación y el refuerzo de las conductas para el control del consumo de tabaco¹.

OBJETIVOS

1. Sondar la propuesta a través de cuestionarios (propios de la sala y sus horarios y el test de Fageström²) antes de la implantación.
2. Implantación del horario.
3. Recogida de datos de la aceptación de esta.

METODOLOGÍA

A los pacientes ingresados previos a la instauración de los horarios permitidos para fumar (mayo/junio 2006) se les entregó un cuestionario autoevaluable, referente a la aceptación de la norma, (con 9 ítems) valorando la propuesta, cambios relacionados, modificación de estos... (valorados en respuestas dicotómicas) junto al test de Fageström³. Posteriormente y tras dados de alta al grupo basal (n=26), se estableció la normativa con los horarios permitidos (los no indicados quedaban excluidos). Al grupo experimental (julio 2006 n=12) se les entregó un cuestionario autoevaluable (5 ítems) relacionado con la aceptación de los horarios, el consumo total de cigarrillos habituales y durante su estancia

RESULTADOS

La población recogida estaba compuesta por 26 individuos (excluidos 4 por no ser fumadores) -6 mujeres y 11 varones- divididos para la evaluación en los grados de dependencia mostrada por el test de Fageström, pues no son significativas ni entre sexos ni entre pacientes diagnosticados de toxicomanías o de cualquier patología mental. La muestra indica que el grupo de dependencia mayor aceptaría que no se fumara en la sala en un 55.5% frente a un 48.57% que lo acepta en grupos menos dependientes; una aceptación de las normas de instauración 57.5%, siendo el grupo menor grado de dependencia el que en un 80% acepta la implantación

inmediata. Los porcentajes aumentan progresivamente en la pregunta de control de administración del tabaco siendo no aceptada la entrega individual en 54.58%. No admitiendo en ningún caso la estipulación de cigarrillos totales día 46%.

Referente a la resolución de la implantación horaria fue aceptada en un 100% así como la aceptación de poder fumar en la sala; indican en un 57.14% nerviosismo ante el reloj, pero disminuyen un 90% del consumo comparativamente calle/sala.

CONCLUSIÓN

A pesar de prever inicialmente ciertos inconvenientes en la instauración, la realidad fue que se aceptó en su totalidad y que el cumplimiento fue sin más incidencias que las propias en memorizar los horarios. Destacar de la batería de preguntas que los pacientes registrados con una adicción más severa a la nicotina son a la vez el único grupo que responde en un 55.5% que no se debería permitir fumar en la sala; a la vez que responden que no quieren control de cigarrillos ni totales ni en franjas horarias. Creando un aprendizaje cooperativo (Johnson D i Johnson R 4) los objetivos están vinculados al propio aprendizaje, la actitud del propio paciente es quien la marcará.

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo, reducción tabáquica, test de Fageström, ley antitabaco.

Cantidad de tabaco consumido por adolescentes escolarizados de la región de Murcia

**FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ VILLALBA; JUAN LUIS YUSTE LUCAS; PEDRO ÁNGEL LÓPEZ MIÑARRO;
CRISTÓBAL MESEGUER LIZA Y PEDRO LUIS RODRÍGUEZ GARCÍA**

Enviar correspondencia a:
JOSÉ MARÍN. 30530 CIEZA. MURCIA. paco.lopez@cprciez

El consumo habitual de tabaco en los adolescentes comienza a ser considerado como un importante problema de salud pública, que justifica esfuerzos adicionales destinados a disminuir su prevalencia. Sin embargo, se ha observado en los últimos años un ligero ascenso en el consumo por parte de los adolescentes. Este aspecto ha sido constatado en la última encuesta realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD-2004), situándose los datos del consumo habitual de tabaco en el 37,4%.

Pese a los esfuerzos adicionales realizados por todas las instituciones con el fin de disminuir el consumo de tabaco en los adolescentes durante los últimos años, la experimentación y la cantidad de tabaco consumido entre los jóvenes se han mantenido estable según los datos obtenidos en las últimas encuestas nacionales.

El objetivo de nuestra investigación fue determinar el hábito de consumo de tabaco así como la cantidad consumida por los adolescentes escolarizados de la Región de Murcia.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación se administraron un total de 845 cuestionarios de opinión a adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años.

RESULTADOS

En nuestra investigación hemos constatado que el 29,7% de los adolescentes encuestados señalan consumir tabaco de forma habitual, siendo las mujeres las que presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres (33,3% frente al 26%, respectivamente). Comprobamos que el test de independencia aplicado muestra una asociación significativa de proporción de mujeres que manifiestan un consumo habitual de tabaco respecto a los hombres ($\chi^2 = 5,36$ $P < 0.05$).

El consumo medio de tabaco de los fumadores habituales es de 6,23 cigarrillos al día, sin existir diferencias significativas con relación al sexo (6,12 cigarrillos/día en los hombres y 6,31 cigarrillos/días en las mujeres).

CONCLUSIONES

Como conclusiones de la investigación realizada señalamos como el consumo de tabaco se está asentando como la segunda droga más consumida entre los adolescentes, encontrando un ligero ascenso en los consumos habituales de tabaco en los adolescentes. Siendo necesario, por tanto, la realización de campañas de sensibilización en estas edades intentando llegar a todos los adolescentes.

Otro aspecto importante que se está produciendo es la incorporación de la mujer al hábito tabáquico, encontrando valores superiores de consumo de tabaco en las mujeres adolescentes respecto a los hombres, siendo este hecho constatado en diversas investigaciones.

Respecto a los cigarrillos consumidos por los adolescentes se observa un ligero ascenso en las cantidades consumidas al día por los adolescentes.

PALABRAS CLAVE

Consumo de tabaco, cantidad, adolescentes

Causas de consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de la región de Murcia

**FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ VILLALBA; JUAN LUIS YUSTE LUCAS; PEDRO ÁNGEL LÓPEZ MIÑARRO;
CRISTÓBAL MESEGUER LIZA; PEDRO LUIS RODRÍGUEZ GARCÍA**

Enviar correspondencia a:
JOSÉ MARÍN. 30530 CIEZA. MURCIA. paco.lopez@cprciez

La adolescencia es una etapa de la vida en la que existe una gran vulnerabilidad hacia la adquisición de hábitos nocivos para la salud, como lo es el consumo de tabaco. La mayoría de investigaciones sociológicas realizadas en diferentes países constatan que los adolescentes contactan con el tabaco en períodos previos a la adolescencia, manteniéndose en muchos casos durante el resto de la vida. Asimismo, se observa que los jóvenes que no han empezado a fumar en la adolescencia difícilmente llegan a ser fumadores en la vida adulta. En España, la prevalencia del consumo habitual de tabaco en los adolescentes se sitúa próxima a un tercio de la población. Pese a la aplicación de campañas y a los programas de prevención del consumo de tabaco no se ha observado un descenso considerable en el porcentaje de adolescentes fumadores. Por ello es necesario ahondar en los motivos que llevan a los adolescentes al inicio en el consumo de tabaco.

El objetivo de nuestra investigación fue determinar el hábito de consumo de tabaco así como la cantidad consumida por los adolescentes escolarizados de la Región de Murcia.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación se administraron un total de 845 cuestionarios de opinión a adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años.

RESULTADOS

En nuestra investigación hemos constatado que el 29,7% de los adolescentes encuestados señalan consumir tabaco de forma habitual, siendo las mujeres las que presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres (33,3% frente al 26%, respectivamente). Comprobamos que el test de independencia aplicado muestra una asociación significativa de proporción de mujeres que manifiestan un consumo habitual de tabaco respecto a los hombres ($\chi^2 = 5,36$ $P < 0,05$).

Entre los motivos principales por los que los adolescentes escolarizados fuman encontramos el hecho de que fumar les relaja (60,6%) y, por otro lado, el que sus amigos también fuman (9,2%). Es importante la circunstancia de que un 8% fuma por el hecho de que le produce diversión entre sus amigos.

CONCLUSIONES

Como conclusiones de la investigación realizada señalamos como hemos obtenido una prevalencia de consumo habitual de tabaco por debajo de la media nacional. Atendiendo el consumo en función del sexo, hemos observado una mayor prevalencia en las chicas, como también ponen de manifiesto otros estudios de corte nacional.

Tras analizar los consumos de tabaco de los adolescentes y tras conocer los motivos de su consumo, se deberían realizar campañas de información que incidan directamente en sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia que tiene para su salud el llevar una vida saludable así como el practicar ejercicio físico de forma regular.

REFERENCIAS

- Ariza, C. y Nebot, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (3), 227-238.
- Caballero-Hidalgo, A. ; González, B. ; Pinilla, J. y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 440-447.
- López, F. J. (2006). Práctica deportiva, niveles de actividad física y consumo de tabaco en adolescentes escolarizados. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Murcia.
- Nebot, M.; Tomás, Z.; Ariza, C.; Valmayor, S. y Mudde, A. (2002). Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16 (2), 131-138. Observatorio español sobre drogas (2004). Encuesta sobre Drogas en la población Escolar. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Informe nº 6, 57-98. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- O.M.S. (1997). Declaración de Yakarta. Organización Mundial de la Salud.
- Pérez, A.; Martínez, M. L.; Pérez, R.; Jiménez, I.; Leal, F. J. y Mesa, I. (2006). Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Atención Primaria*, 37 (8), 452-456.

PALABRAS CLAVE

Consumo de tabaco, causas de consumo, adolescentes.

Consumo de tabaco según la edad en adolescentes escolarizados de la región de Murcia

**FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ VILLALBA; JUAN LUIS YUSTE LUCAS; PEDRO ÁNGEL LÓPEZ MIÑARRO;
CRISTÓBAL MESEGUER LIZA Y PEDRO LUIS RODRÍGUEZ GARCÍA**

Enviar correspondencia a:
JOSÉ MARÍN. 30530 CIEZA. MURCIA. paco.lopez@cprciez

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Según los datos obtenidos en la última entrega de la Encuesta Nacional sobre Drogas en la Población Escolar (DGPNSD, 2004), el tabaco es la segunda sustancia nociva más consumida entre los adolescentes, por lo que se sitúa entre los problemas prioritarios de salud pública de la preadolescencia y adolescencia. Siendo el consumo de tabaco tan elevado en estos periodos de edad, resulta necesario desarrollar estudios sobre los factores predictores de dicho consumo y, del mismo modo, conocer y desarrollar los agentes disuasorios de instauración de este hábito nocivo. La mayoría de investigaciones sociológicas realizadas en diferentes países constatan que los adolescentes contactan con el tabaco en períodos previos a la adolescencia, manteniéndose en muchos casos durante el resto de la vida.

El objetivo de nuestra investigación fue determinar el hábito de consumo de tabaco así como la cantidad consumida por los adolescentes escolarizados de la Región de Murcia.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación se administraron un total de 845 cuestionarios de opinión a adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 17 años.

RESULTADOS

De la totalidad de la muestra encuestada (845), el 61,2% afirma haber probado el tabaco alguna vez a lo largo de su vida, siendo las mujeres las que ofrecen una proporción de consumo más alta que los hombres. Sin embargo, el test de independencia aplicado no indica diferencias significativas por sexo sobre la presente variable de análisis.

Por otro lado, observamos como con el transcurso de la edad, aumenta significativamente ($\chi^2=39,26$ $P<0.0005$) la probabilidad de haber probado alguna vez el tabaco; de tal forma que a los 14 años un 37,6% de los adolescentes afirma haber tenido contacto con dicha droga, mientras que a los 17 años dicho porcentaje aumenta hasta un 66,7%.

En nuestra investigación hemos constatado que el 29,7% de los adolescentes encuestados señalan consumir tabaco de forma habitual, siendo las mujeres las que presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres (33,3% frente al 26%, respectivamente). Comprobamos que el test de independencia aplicado muestra una asociación significativa de proporción de mujeres que manifiestan un consumo habitual de tabaco respecto a los hombres ($\chi^2= 5,36$ $P< 0.05$).

Al analizar los consumos en función de la edad encontramos que la proporción de fumadores habituales aumenta significativamente ($\chi^2= 33,76$ $P< 0.0005$) en las diferentes franjas de edad incluidas en nuestra encuesta. Así, considerando en su conjunto al alumnado de ambos sexos, a los 14 años el 15% de los escolares fuma habitualmente, mientras que a la edad de 17 años se incrementa hasta un 38,9%

CONCLUSIONES

Como conclusiones de la investigación realizada señalamos como el consumo de tabaco se está asentando como la segunda droga más consumida entre los adolescentes, encontrando como más de la mitad de la muestra analizada ha probado el tabaco alguna vez y casi un tercio son fumadores habituales. Siendo necesario, por tanto, la realización de campañas de sensibilización en estas edades intentando llegar a todos los adolescentes.

En este sentido, una educación que informe del peligro del consumo de drogas y fomente la práctica de actividades saludables como el ejercicio físico, contribuirán a aumentar la autoestima y la personalidad del adolescente de forma que rechace el consumo de tabaco.

REFERENCIAS

- Ariza, C. y Nebot, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (3), 227-238.
- López, F. J. (2006). Práctica deportiva, niveles de actividad física y consumo de tabaco en adolescentes escolarizados. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Murcia.
- Nebot, M.; Tomás, Z.; Ariza, C.; Valmayor, S. y Mudde, A. (2002). Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16 (2), 131-138.
- Observatorio español sobre drogas (2004). Encuesta sobre Drogas en la población Escolar. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Informe nº 6, 57-98. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid.

PALABRAS CLAVE

Consumo de tabaco, edad, adolescentes

Tratamiento concomitante de litio y metadona en un paciente bipolar: a propósito de un caso

LÓPEZ C¹; SÁEZ N¹; LAGUNA L¹; ROVIRA M¹; GONZALVO B¹; RONCERO C^{1,2}; CASAS M^{1,2}

¹ Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

² Universidad Autónoma de Barcelona

Enviar correspondencia a:

Paseo Vall Hebrón. 08035 Barcelona. Barcelona nonofa9@hotmail.co

INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos son los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentemente relacionados con la dependencia a heroína (Senay 1981).

El abuso de sustancias co-ocurre con depresión bipolar y manía con mayor probabilidad que con una depresión unipolar (Regier et al. 1990). Además la presencia de esta comorbilidad no provoca únicamente la adicción clínica de ambas patologías, sino la fusión sobre la que construir un nuevo modelo psicopatológico y la necesidad de realizar aproximaciones terapéuticas específicas para adecuar la respuesta a la doble naturaleza del problema. (Maremmanni et al. 2006). Es por tanto un tema capital a tratar el de las interacciones medicamentosas que se puedan dar al realizar el tratamiento integral.

OBJETIVOS

Revisar los conocimientos científicos actuales de los pacientes bipolares en tratamiento con metadona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisa la bibliografía sobre el tema y se describe el caso clínico.

La paciente es una mujer de 45 años VHC+, con cirrosis hepática con una única descompensación en agosto 2006. Historia toxicológica: presenta trastorno por dependencia de cocaína, alcohol y benzodiazepinas en remisión, trastorno de dependencia a nicotina, abuso de cannabis y trastorno de dependencia a opiáceos en programa de mantenimiento con metadona de larga evolución (actualmente en pauta descendente con 25 mg/día). Realiza seguimiento por CAS desde hace 1.5 años. Antecedentes psiquiátricos: diagnóstico de trastorno bipolar tipo I desde los 19 años, actualmente sigue una pauta de tratamiento con litio (Plenur 400mg 1-0-0) iniciada en febrero del 2006 en su último ingreso hospitalario. Previamente no realizaba tratamiento regular con estabilizadores del ánimo.

Los sujetos incluidos dentro de programas de mantenimiento con metadona son una población de especial interés en el estudio de interacciones medicamentosas a causa de la concurrencia en ellos de una serie de factores que los predisponen a presentar mayor interacción (enfermedades concomitantes, ingesta de medicamentos no prescritos...).

Existen pocos datos significativos en humanos que nos permitan preveer los efectos de la litoterapia sobre el tratamiento con Metadona o viceversa.

Existen diversos estudios experimentales que no parecen mostrar un posible efecto negativo de la interacción litio/opiáceos sino al contrario. Se sabe que el litio puede afectar a los sistemas opiáceos, pues es capaz de afectar diversas acciones de la morfina, como la analgesia (Mannisto and Saarnivaara, 1972; Staunton y cols., 1982) o la hiperactividad inducida por morfina (Jensen, 1974). A partir de estudios experimentales, se ha propuesto que el litio pudiera ser útil en clínica para el tratamiento de la adicción a opiáceos (Flemenbaum y cols., 1979; Abrahamson, 1983), pues reduce significativamente la autoestimulación facilitada por morfina (Liebman and Segal, 1976), así como la auto-administración de morfina (Tomkiewicz and Steinberg, 1974) o la

expresión del síndrome de abstinencia en animales dependientes de morfina, impidiendo incluso el desarrollo de tal dependencia (Dehpour y cols., 1994). El nivel al que ocurren estas interacciones no está totalmente claro, pudiendo deberse a interacciones directas sobre el sistema opioide endógeno o interacciones a nivel subcelular. (Moreno 1999)

CONCLUSIONES

El litio presenta un estrecho margen terapéutico, por lo que la presencia de cualquier interacción medicamentosa que afecte su farmacocinética puede presentar gran relevancia.

Existen pocos datos clínicos y escasísima literatura científica en humanos que permitan prever los efectos del tratamiento combinado de litio y metadona. Por contra, diversos estudios experimentales no parecen mostrar un posible efecto negativo de la interacción litio/opiáceos sino al contrario.

Hay observaciones clínicas en referencia a pacientes bipolares tipo I en tratamiento de mantenimiento con metadona en los que la metadona actúa como un estabilizador del ánimo y como agente antipsicótico. (Levinson And Rosenthal 1995; Pacinni and Maremmani 2005).

En pacientes bipolares, el abuso de sustancias como trastorno comórbido, es un predictor de una respuesta más pobre al tratamiento con litio y en general a cualquier tratamiento (Maremmani et al. 2006).

Se debe utilizar litio en pacientes bipolares en PMM, si se pueden hacer los controles habituales.

REFERENCIAS

1. Maremmani I, Perugi G, Pacini M, Akiskal Hs. Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: opiate addiction as a paradigm. *J Affect Disord.* 2006 Jul; 93(1-3):1-12. Epub 2006 May 3.
2. Moreno Brea MR, Rojas Corrales O, Gibert-Rahola J, Mico JA. [Drug interactions of methadone with CNS-active agents. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999 Mar-Apr; 27(2):103-10].
3. Kleber HD Brief effective treatment strategies: pharmacological therapy for opiate addicts. *NIDA Res Monogr.* 1985; 58:83-99...
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Tractament de manteniment amb metadona. Manual de pràctica clínica. 2005
5. Alan F. Schatzberg, Charles B. Nemerof. Tratado de psicofarmacología. Ed Masson.. 2006

PALABRAS CLAVE

Litio, Metadona, Trastorno Bipolar, Patología Dual.

Efectividad de un programa de prevención del consumo de drogas en el medio escolar aplicado por el profesor con la ayuda de líderes de mayor edad

MARTÍNEZ-LORCA, M*.; ALONSO-SANZ, C.** Y MONTAÑÉS-RODRÍGUEZ, J.*

*Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha.

**Servicio Sociosanitario. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Enviar correspondencia a:

Avd. de la Real. Talavera de la Reina. Toledo. mmlorca72@hotmail

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 líderes de mayor 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.

Para el papel de líderes, estos fueron elegidos por los sujetos entre sus compañeros de 4º de ESO. 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 102 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 (sin intervención). La media de edad es de 11,89 años.

En términos generales, el programa -aplicado por el profesor habitual de los alumnos junto con líderes de mayor edad que éstos- no ha conseguido modificar las variables intermedias sobre las que se había previsto actuar, con la única excepción de las actitudes negativas hacia el tabaco, el rechazo percibido del consumo de tabaco y alcohol y los conocimientos sobre el cannabis, donde se ha producido un efecto positivo en los alumnos del grupo experimental.

Por el contrario, comparados con los sujetos del grupo que no ha recibido el programa, los alumnos que sí lo reciben presentan algunos resultados contrapreventivos vinculados a variables fundamentalmente cognitivas: disminución de las expectativas negativas hacia el cannabis, aumento de las expectativas positivas para todas las sustancias, una disminución de las actitudes negativas hacia el cannabis, de la capacidad para rechazar una oferta de tabaco o cannabis así como una disminución tanto del autoconcepto general como del autoconcepto académico, social y familiar, un aumento de la prevalencia percibida hacia el consumo de alcohol, una disminución del rechazo percibido al consumo de alcohol y cannabis, así como un patrón de tiempo libre menos productivo.

Por lo que respecta al consumo de tabaco, la aplicación del programa parece que ha tenido un efecto ligeramente positivo para la prevención del consumo de tabaco. Así, parece que se reduce el consumo regular de tabaco tanto en los últimos 30 días como en el fin de semana pasado tras las lecciones de repaso. Sin embargo, por el contrario, se ha encontrado un aumento en el consumo experimental (consumo en vida), aunque este efecto desaparece tras el 2º año de aplicación. En cuanto al consumo de alcohol, el programa muestra tener

también un efecto ligeramente preventivo. Así, se reduce el consumo regular (últimos 30 días) de alcohol y la intención de consumir en el futuro, tras el 2º año (repaso). Sin embargo, observamos un efecto negativo del programa, aumentando el consumo abusivo de alcohol tanto en vida como en los últimos 30 días.

Por último, en cuanto al consumo de cannabis, la aplicación del programa no ha tenido ningún tipo de efecto significativo.

Para concluir, parece que el programa, cuando es aplicado por el profesor con la ayuda de los líderes de mayor edad, no ha sido efectivo para lograr los objetivos previstos y ha tenido un ligero efecto contrapreventivo en la modificación de algunas variables cognitivas. Consecuentemente, sus efectos sobre el consumo de drogas son también débiles y confusos. Junto a algunos efectos preventivos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, aparecen también efectos indeseables. Con respecto al consumo de cannabis, el programa no produce ningún efecto.

PALABRAS CLAVE

Drogas, programa, prevención, líderes.

Eficacia terapéutica de oxcarbazepina sobre la impulsividad y el craving

CARLOS MORILLO-VELARDE*, DAVID CÁCERES, M^a VICTORIA CABRERA****

Psiquiatra* y Médico** de la Clínica Hogar Renacer

Enviar correspondencia a:

C/ Juan Felipe de Vilela, 18. 14005 Córdoba. carlosmvq@gmail.c

INTRODUCCIÓN

Asistimos actualmente a un gran auge en la investigación neurobiológica sobre las adicciones. Gracias a los avances en ciencias básicas se establecen correlaciones anatomo-fisiológicas con la clínica cada vez más precisas. En este sentido se han implicado estructuras límbico-corticales y sistemas de neurotransmisión comunes en la fisiopatología de la impulsividad, el craving y la patología psiquiátrica. Los anticonvulsivantes clásicos como carbamazepina han demostrado eficacia en el tratamiento de la impulsividad, craving, desintoxicación de alcohol y trastorno bipolar entre otros. La disfunción del control de los impulsos subyace como alteración psicopatológica de las conductas adictivas, trastornos psiquiátricos graves y algunas enfermedades orgánicas. La concurrencia de impulsividad, craving intenso y patología psiquiátrica comórbida empeora significativamente el pronóstico. La oxcarbazepina es un análogo de la carbamazepina, cuyo metabolito activo la 10- hidroxicarbazepina parece ser de similar capacidad terapéutica pero con un perfil de reacciones adversas y de interacciones mucho más benigno. Estas características junto a un amplio espectro de acción la convierten en un fármaco prometedor en el complejo abordaje de estas patologías.

OBJETIVOS

Se evalúa la capacidad de oxcarbazepina para disminuir y/o controlar el craving y la impulsividad en pacientes adictos en una muestra heterogénea que incluye casos con patología psiquiátrica comórbida.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, sobre una muestra de 33 pacientes con abuso/dependencia de tóxicos diagnosticados según criterios DSM-IV en régimen de hospitalización y ambulatorio.

Se evalúan previamente a la titulación con oxcarbazepina, al mes y a los 3 meses de seguimiento. Se emplean las escalas de Impulsividad de Barratt, Escala analógica-visual del Craving, exploración física y psicopatológica. Se realiza estudio estadístico con prueba T de Student para variables cualitativas en los tres periodos del estudio.

RESULTADOS

Un 81,8% eran varones y un 18,2% mujeres. La edad media del grupo completo fue de 37,91 años. La dosis inicial media de oxcarbazepina fue de $609,1 \pm 118,2$ mg. y la final de $787,5 \pm 215,5$. Se detecta que un 69,7% de pacientes padece dependencia a más de una sustancia, un 27,3% dependencia a alcohol y un 3% dependencia a cocaína.

En relación a la existencia o no de trastorno psiquiátrico asociado encontramos que hasta un 63,6% sufren un trastorno psiquiátrico comórbido (85,7% de trastornos de la personalidad 9,5% trastornos afectivos mayores y un 4,7% de trastorno psicótico). Un 36,4% no sufren patología dual. Respecto a la medicación concomitante un 15,2% no tomaban medicación, un 12,1% tomaban antidepresivos y un 72,7% tomaban una asociación de antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos y fármacos anticraving. La escala EVA para alcohol y de la de Barratt para la impulsividad muestran descensos significativos del craving percibido y de la impulsividad detectada, respectivamente, al final del seguimiento. No se obtienen resultados significativos para el consumo de cocaína.

CONCLUSIONES

Oxcarbazepina se muestra eficaz para el control de la impulsividad en pacientes con patología adictiva con o sin patología psiquiátrica comórbida.

Se constata eficacia con una reducción significativa del craving de alcohol. No se obtienen resultados significativos para el craving de cocaína; hay estudios que avalan eficacia para el craving de cocaína a partir del sexto mes de tratamiento.

Oxcarbazepina es bien tolerada presentando un perfil benigno de reacciones adversas que favorece la cumplimentación. Oxcarbazepina parece ser una molécula prometedora para el complejo abordaje de la patología adictiva, impulsividad y patología psiquiátrica comórbida.

REFERENCIAS

- Beydoun A, Kutlay E. Oxcarbazepina. Expert opin Pharmacother, 2001; 3: 59-71.
- Bobes J, Casas M, Gutiérrez Miguel. Manual de evaluación y tratamiento de las drogodependencias. Barcelona: Psiquiatría Editores, SL; 2003.
- Bryant KJ, Rousanville B, Spitzer RL, et al. Reliability of dual diagnosis : substance dependence and psychiatric disorders. J Nerv Ment Dis, 1992; 180: 251-7.
- Ketzenberger KE, Forrest L. Impulsiveness and compulsiveness in alcoholics and nonalcoholics. Addict Behav, 2000; 25: 791-5.
- Ros S, Peris M, Gracia R. Impulsividad. Barcelona: Psiquiatría Editores, SL; 2004.
- Stahl MS. Psicofarmacología esencial, bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Nueva Cork: Ariel Neurociencias; 2002.

PALABRAS CLAVE

Oxcarbazepina, craving, impulsividad, terapéutica, adicción,

Prevalencia de consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes de 15 a 18 años: edad de inicio y tipos de sustancias más consumidas

NAVARRO, E.1; BALLESTER, R.2; GIL, M.D.3; GIMÉNEZ, C.4

(1) Univ. De Valencia, Estudi General.

(2) Univ. Jaume I de Castelló

(3) Univ. De Valencia. Estudi General

(4) Univ.Jaume I

Enviar correspondencia a:

C/ Alcalde Reig, 8. 46071 Valencia. esperanza.navarro@

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar algunos datos acerca de la prevalencia de consumo entre los adolescentes y jóvenes, además de la edad más frecuente de inicio de consumo, los tipos de sustancias más consumidas y el índice de consumo en el entorno familiar.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra para la realización de este estudio estuvo compuesta por un total de 906 adolescentes y jóvenes de las tres provincias de la Comunidad Valenciana con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años, y una edad media de 16,45 años (DT=1,01). Concretamente 200 (22,1%) tenían 15 años; 248 (27%) tenían 16 años; 310 (34,2%) tenían 17 años; y 148 (16,3%), 18 años.

En lo que respecta a la distribución de la muestra en función del sexo, 523 (57,7%) eran hombres y 383 (42,3%), mujeres.

Esta muestra fue posible gracias a la colaboración de un gran número de centros educativos de enseñanza secundaria, pertenecientes a las tres provincias de la Comunidad Valenciana.

Instrumento

Para la realización de nuestro estudio epidemiológico utilizamos el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS) de Ballester y Gil (2000) en la versión III elaborada para sujetos a partir de los 15 años de edad. Su fiabilidad, evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach), es de 0,938. Aunque el cuestionario mencionado consta de un total de 188 ítems que evalúan muy diferentes conductas de salud, para la realización de este trabajo hemos extraído la información relativa a algunos de los ítems que guardaban relación con las drogas.

Procedimiento

Se administró el cuestionario a la muestra mencionada con anterioridad, de forma colectiva y voluntaria. En los centros de enseñanza secundaria se mantuvo una entrevista con el director y el psicólogo del centro en la que se exponía el objetivo del estudio. Asimismo se recabó la autorización expresa de los padres para la administración del cuestionario. La duración de la misma fue de entre 45 y 60 minutos.

RESULTADOS

El 40,2% de los sujetos encuestados afirmó haber probado en alguna ocasión algún tipo de droga, frente al 51,2% que nunca había probado una droga y el 8,6% que no contestó. La mayoría de los que sí habían consumi-

do drogas en alguna ocasión, lo hicieron por primera vez a los 15 años (4,9%), los 16 años (4,2%) y los 14 años (3,5%), aunque es digno de ser destacado que a los 13 años, ya el 2,4% había probado alguna droga.

Cuando analizamos el tipo de drogas más consumido en el momento actual de la encuesta, las sustancias más consumidas son, por orden, la marihuana (10,4%), el haschis (8,1%), la cocaína (5%), las drogas de diseño (4,8%), el LSD (ácido) (4,5%), anfetaminas (3,3%) y la heroína (0,8%).

Prácticamente, este mismo orden se mantiene pero con porcentajes bastante más elevados cuando preguntamos acerca del consumo en el pasado, con los siguientes resultados: marihuana (14,5%), haschis (14,9%), cocaína (7,7%), drogas de diseño (5,9%), LSD (ácido) (4,7%), anfetamina (3,6%) y heroína (2%).

Finalmente, respecto al consumo de drogas por parte de algún otro miembro de la familia, 15,3% de los sujetos contestaron afirmativamente y un 23,5% no contestó.

CONCLUSIONES

El consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes de 15 a 18 años alcanza una prevalencia preocupante de casi el mitad de la población y las edades de inicio de ese consumo son muy tempranas con las consecuencias que ello puede tener para el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

Los adolescentes se socializan en un entorno donde el consumo de drogas es muy frecuente, incluso en el medio familiar. Respecto al tipo de sustancias consumidas, se confirma que tras la marihuana y el haschis, la cocaína es la droga más consumida junto con otras drogas que conllevan también un alto riesgo como las drogas de diseño o el LSD. Urge la implantación de programas preventivos de amplio espectro desde edades tempranas que incluyan la detección temprana de sujetos que puedan presentar.

PALABRAS CLAVE

Prevalencia de consumo, adolescentes, jóvenes, tipos de drogas, un consumo abusivo.

Muerte, locura y drogas: ¿Qué piensan los adolescentes y jóvenes sobre los mayores peligros del consumo de algunas drogas y los factores influyentes en ese peligro?

NAVARRO, E.¹; GIL, M.D.¹ Y BALLESTER, R.²

(1) Univ. De Valencia. Estudi General.

(2) Univ. Jaume I de Castelló.

Enviar correspondencia a:

C/ Alcalde Reig, 8. 46071 Valencia. esperanza.navarro@

OBJETIVO

Nuestro objetivo es analizar cuáles son las creencias de los adolescentes y jóvenes acerca de los efectos más peligrosos de algunas de las drogas más consumidas y los factores asociados a esos efectos.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra se compone de 906 adolescentes y jóvenes de Castellón, Valencia y Alicante con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años, y una edad media de 16,45 años (DT=1,01). Por sexos, 523 sujetos (57,7%) eran hombres y 383 (42,3%), mujeres.

Se intentó que la muestra utilizada fuera lo más representativa posible de la población general para lo cual se seleccionó los centros de educación secundaria con el asesoramiento de los servicios de Inspección Educativa de la Conselleria de Cultura, Educació i Ciencia.

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS) de Ballester y Gil (2000) en la versión III elaborada para sujetos a partir de los 15 años de edad. Su fiabilidad, evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach), es de 0,938. De los 188 ítems que evalúan muy diferentes conductas de salud en el CIACS, para la realización de este trabajo hemos utilizado dos ítems. Un primer ítem nos aporta la información sobre los efectos percibidos de las drogas. Y en un segundo ítem se preguntaba por los factores asociados a los efectos perjudiciales de las drogas sobre la salud.

Procedimiento

El cuestionario fue administrado colectivamente y de forma voluntaria. En los centros de enseñanza secundaria se mantuvo previamente una entrevista con el director y el psicólogo del centro, además de recabar la autorización expresa de los padres para la administración del cuestionario. La duración de la misma fue de entre 45 y 60 minutos.

RESULTADOS

El primer resultado a destacar es la gran cantidad de sujetos que no contestaron este ítem por desconocimiento de los efectos de las diferentes drogas. La locura está asociada como posible efecto al éxtasis por el 33,9% de los sujetos, al LSD por el 31,4%, al speed por el 26%, a la cocaína por el 21,2% y al cannabis por el 15,3%. Respecto a la posibilidad de entrar en coma, está asociada con porcentajes similares (entre el 28,5% de la cocaína y el 25,6% del speed) a todas las drogas evaluadas excepto al cannabis, con un 9,8%. Finalmente,

la muerte se percibe como un riesgo asociado al consumo de cocaína por el 35,3%, al de LSD por el 33,1%, al extasis por el 32,5%, speed por el 28,8% y a mucha distancia al cannabis por el 13,3%.

Respecto a los factores asociados a la gravedad percibida respecto a las posibles consecuencias del consumo de drogas, el 91,5% de los encuestados consideraron que las drogas son perjudiciales para la salud "siempre" y los factores asociados por los adolescentes y jóvenes a la peligrosidad del consumo de drogas son por orden: consumir con cierta frecuencia (95,5%), consumirla durante muchos años (95,3%), mezclar diferentes drogas (95,3%), mezclarlas con alcohol (93,5%), la baja calidad de la droga (92,6%), que la droga sea demasiado pura (89,3%) y tener una baja resistencia (88,9%).

CONCLUSIONES

El extasis es la droga más asociada a la locura por los adolescentes y jóvenes. Y la cocaína es la más asociada a la posibilidad de entrar en coma y a la propia muerte. En general, la droga considerada de menor riesgo de entre las evaluadas es el cannabis, a gran distancia de las restantes. La gran mayoría de la muestra considera que las drogas son perjudiciales para la salud "siempre", aunque el factor más asociado a su peligrosidad es la frecuencia y duración del consumo, por lo que se subestima los efectos del uso puntual o esporádico de drogas. Es de gran importancia la desinformación de la muestra sobre los posibles efectos de las distintas drogas y la subestimación del grave peligro que para la salud suponen algunas de ellas.

PALABRAS CLAVE

Gravedad percibida, efectos de las drogas, adolescentes, jóvenes.

Motivaciones para el consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes de 15 a 18 años: actitudes y creencias asociadas al consumo de drogas

NAVARRO, E.¹; GIL, M.D.¹; BALLESTER, R.² Y EDO, M.²

(1) Univ. De Valencia. Estudi General.

(2) Univ. Jaume I de Castellón.

Enviar correspondencia a:

C/ Alcalde Reig, 8. 46071 Valencia. esperanza.navarro@

OBJETIVO

Nuestro objetivo es analizar las actitudes y creencias de los adolescentes y jóvenes respecto al consumo de drogas, y especialmente las principales motivaciones que les llevan a este consumo.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra estuvo compuesta por un total de 906 adolescentes y jóvenes de la Comunidad Valenciana con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años, y una edad media de 16,45 años (DT=1,01). En lo que respecta a la distribución de la muestra en función del sexo, 523 (57,7%) eran hombres y 383 (42,3%), mujeres.

Esta muestra fue posible gracias a la colaboración de un gran número de centros educativos de enseñanza secundaria, pertenecientes a las tres provincias de la Comunidad Valenciana. Para ser representativos de la población general, se seleccionó los centros con el asesoramiento de los servicios de Inspección Educativa de la Conselleria de Cultura, Educació i Ciència.

Instrumento

Para la realización de nuestro estudio epidemiológico utilizamos el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS) de Ballester y Gil (2000) en la versión III elaborada para sujetos a partir de los 15 años de edad. Su fiabilidad, evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach), es de 0,938. Aunque el cuestionario mencionado consta de un total de 188 ítems que evalúan muy diferentes conductas de salud, para la realización de este trabajo hemos extraído la información relativa a dos de los ítems que guardaban relación con las drogas.

Procedimiento

Se administró el cuestionario de forma colectiva y voluntaria. En los centros de enseñanza secundaria se mantuvo previamente una entrevista con el director y el psicólogo del centro, además de recabar la autorización expresa de los padres para la administración del cuestionario. La duración de la misma fue de entre 45 y 60 minutos.

RESULTADOS

La principal motivación para el consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes de 15 a 18 años es "sentirse eufórico y divertirse" (74,9%), seguida de "relacionarse con los demás" (59,7%), "evadirse de los problemas" (51,9%), "subir la propia autoestima" (46,5%) y por último, "experimentar alucinaciones" (34,7%).

Respecto a las actitudes y creencias de los adolescentes y jóvenes en torno al consumo de drogas, la gran mayoría de encuestados (94%) afirmó tener entre algo y mucha información sobre las drogas y sus efectos. Un 8,1% reconoció que era la presión de sus amigos la que le llevaba a tomar drogas involuntariamente. A la hora de posicionarse respecto al consumo de drogas, un 82,7% se manifestó en contra del mismo y prácticamente la mayoría (91,7%) estaba de acuerdo con que las drogas generaban violencia. Un 77,8% decía que no consumiría ningún tipo de droga por miedo a sus efectos, aunque un 45,1% afirmaba que no era malo probarlas para poder hablar de ellas con conocimiento de causa. Aproximadamente la mitad (59,5%) señaló que "consumir drogas es propio de la juventud" y paradójicamente, aunque sólo una minoría (27,1%) consideran que "es difícil engancharse a una droga", el 72,1% afirman que "los drogadictos son los únicos responsables de su situación". Por último, es importante señalar que el 20,7% de los encuestados afirman que en su familia "hay una actitud tolerante ante el consumo de drogas" y la gran mayoría (85,6%) está de acuerdo en que "el Estado debería controlar la venta de cualquier tipo de drogas".

CONCLUSIONES

El consumo de drogas sigue estando asociado fundamentalmente entre los adolescentes y jóvenes a la diversión y las relaciones sociales. Aunque la gran mayoría consideran que las drogas generan violencia y que resulta fácil "engancharse a ellas", se minimiza la gravedad de "probar distintos tipos de drogas" con el fin de conocer sus efectos. Incluso más de la mitad de sujetos consideran el consumo de drogas como algo propio de su edad. Por último, aproximadamente un 10% de la población manifiesta consumir por la presión de sus iguales. Todos estos factores deberían ser tomados en consideración a la hora de implantar programa preventivos entre los adolescentes y jóvenes.

PALABRAS CLAVE

Motivación de consumo, adolescentes, jóvenes, actitudes, creencias.

¿Qué diferencias hay entre las intoxicaciones alcohólicas y las medicamentosas que son remitidas al servicio de urgencias?

SANTIAGO NOGUÉ¹; MONTSERRAT AMIGÓ²; MIQUEL SÁNCHEZ²

(1) Unidad de Toxicología. Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona.

(2) Área de Medicina. Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona

Enviar correspondencia a:

C/Villaroel 172, 2º. 08036 Barcelona. SNOGUE@clinic.ub.

INTRODUCCIÓN

El etilismo agudo y la ingesta medicamentosa son las intoxicaciones que se atienden con mayor frecuencia en los Servicios de Urgencias. El objetivo de este estudio es comparar el perfil epidemiológico, las manifestaciones clínicas, los procedimientos realizados, el tratamiento aplicado y la evolución de pacientes atendidos por intoxicación etílica y medicamentosa.

PACIENTES Y MÉTODO

Se recogieron los intoxicados remitidos a Urgencias durante dos meses (octubre 2004 y 2005), seleccionando los que acudieron por una intoxicación aguda por alcohol etílico o por medicamentos. Se analizaron variables epidemiológicas (sexo, edad), clínicas (nivel de conciencia, constantes vitales), área de primera atención (medicina, psiquiatría, traumatología o reanimación), hora de llegada a Urgencias, procedimientos (análisis, exploraciones complementarias), tratamientos (antídotos y otros fármacos) y evolución (supervivencia). Para el análisis estadístico, los resultados se introdujeron en un base de datos y se explotaron mediante el programa SPSS, versión 10.0, considerando como estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se han incluido 190 pacientes, de los cuales 105 (55,3%) eran intoxicaciones puras por alcohol etílico (IOH) y 85 (44,7%) intoxicaciones medicamentosas (IM). No se observaron diferencias de edad, pero en las IOH predominó el sexo masculino ($p=0,002$) y la atención inicial en el área de psiquiatría ($p<0,001$). Las IM se atendieron más en el turno de tarde ($p=0,002$) y las IOH en el turno de noche ($p<0,001$). Las IOH estaban sintomáticas con mayor frecuencia ($p<0,001$), en particular con manifestaciones neurológicas ($p=0,002$) pero la puntuación del nivel de conciencia según la escala de Glasgow fue más baja en las IM ($p=0,014$).

Aunque no hubo diferencias en el número total de procedimientos que se realizaron en los dos grupos, se hicieron más exploraciones analíticas en las IOH ($p=0,020$) y más ECG y colocación de vías venosas en las IM ($p<0,001$).

No hubieron diferencias en el número total de tratamientos aplicados a los pacientes de cada grupo, pero a las IM se les practicaron más descontaminaciones digestivas ($p<0,001$) y se les administraron más antídotos ($p=0,003$), mientras que las IOH precisaron más contención mecánica y farmacológica y más medicamentos no antidóticos ($p=0,002$).

La evolución fue satisfactoria en los dos grupos, sin registrarse ningún fallecimiento.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones étlicas y medicamentosas tienen un perfil epidemiológico diferente. Las IM acuden asintomáticas con mayor frecuencia, pero si presentan síntomas neurológicos su nivel de conciencia es más bajo. Las IM precisan con más asiduidad canalizaciones venosas, descontaminación digestiva y antidotos, mientras que las IOH requieren mayor contención mecánica y medicamentos no antidóticos. El pronóstico es bueno en los dos grupos de intoxicados.

Adherencia a la medicación valorada por los pacientes y su relación con la psicopatología en esquizofrénicos con adicción a sustancias tratados con Amisulpride

OCHOA BLANCO, RUBÉN¹; BENÍTEZ MONTERO, MANUEL¹; GALLEGO BELLIDO, JOSÉ MANUEL²; SÁNCHEZ DE LA PISA, SILVIA²

(1) Médico Psiquiatra.

(2) Médico de Familia.

Enviar correspondencia a:
Crrta/ Madrid, Km. 45600 Toledo.

OBJETIVO

Determinar los cambios en la actitud de los pacientes hacia la medicación, la relación con su psicopatología y el mantenimiento de la abstinencia a tóxicos, en pacientes esquizofrénicos con adicción a sustancias, tratados con amisulpride.

METODOLOGÍA

Un total de 10 pacientes con esquizofrenia tipo paranoide, con patología comórbida de adicción a sustancias (cocaína, heroína, alcohol o cannabis), que previamente se han mostrado como poco cumplidores de los tratamientos farmacológicos, con al menos dos abandonos de tratamiento previos al momento del estudio. Recibieron de forma abierta tratamiento con amisulpride (400-800 mg/día) hasta 6 semanas.

El estudio analiza el cambio medio desde el momento basal, a las 3 y 6 semanas, en los ítems de la Escala de Influencia de la Medicación (ROMI), la correlación entre los ítems de la escala ROMI con la psicopatología clínica medida por los factores de la Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) y la correlación con la abstinencia de sustancias medida mediante controles urinarios de tóxicos. La constatación de la adherencia a la medicación se realiza incluyendo a los pacientes del estudio en el programa de recogida de medicación a diario en la Unidad de Conductas Adictivas.

RESULTADOS

Los pacientes experimentaron aumentos notables en los ítems de cumplimiento que involucran: beneficios percibidos de la medicación y el miedo a la recaída sin medicación; a su vez descensos en los ítems de no cumplimiento que implicaban no beneficio diario, interfiere con los objetivos vitales y medicación actual innecesaria.

saría. La mejoría psicopatológica se confirmó mediante el descenso en la puntuación en la escala PANSS y el mantenimiento de la abstinencia de tóxicos mediante controles urinarios. La adecuada toma de la medicación se constató mediante la toma controlada por el personal de la Unidad de Conductas Adictivas, a diario.

Los resultados a pesar de poder considerarlos únicamente como preliminares, dado el escaso volumen de pacientes incluidos en nuestro estudio, son de elevado interés, puesto que los criterios de inclusión han sido muy estrictos, incluyendo únicamente pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia tipo paranoide y no otros tipos de esquizofrenia, con adicción a sustancias. Este tipo de pacientes, es conocido, que son de complicado manejo y escasa adherencia a cualquier tipo de intervención terapéutica.

Los resultados del presente estudio son muy prometedores, puesto que ninguno de los diez pacientes abandonó el tratamiento y la evolución tanto en la psicopatología como en el consumo de sustancias fueron muy positivos. Pareciendo indicar al Amisulpride como un antipsicótico bien tolerado y eficaz en el campo de la patología dual.

CONCLUSIONES

La actitud de los pacientes hacia la adherencia a la medicación mejoró notablemente, debido principalmente a los beneficios percibidos de la medicación. La rápida mejoría en la psicopatología puede ser el aspecto más relevante en los cambios a favor de la adherencia a la medicación y en el mantenimiento de la abstinencia a sustancias adictivas.

REFERENCIAS

Weiden P, Rapkin B, Mott T, et al. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 1994; 20:297-310.

PALABRAS CLAVE

Adherencia tratamiento, Patología dual, Adicción sustancias, Amisulpride y adicciones.

Resultados de la aplicación de la adaptación del programa de competencia familiar (Strengthening Family Program) en España

CARMEN ORTE*; **LUIS BALLESTER*;** **MARTÍ X. MARCH*****

*Catedrática de Universidad. UIB.

**Profesor Titular de Universidad. UIB. Catedrático de Universidad.

UIB Institución: Universidad Illes Balears

Enviar correspondencia a:

CARRETERA DE 07122 PALMA. Palma de Mallorca. carmen.orte@uib.es

INTRODUCCIÓN

En este documento se presentan los resultados de la prueba experimental del Programa de Competencia Familiar (adaptación española del Grupo GIFES de la UIB del Strengthening Family Program de Kumpfer, 1989 y adaptaciones posteriores), así como también el contraste de su hipótesis principal y otros resultados secundarios. El Programa de Competencia Familiar (PCF), es un programa multicomponente de prevención de drogas que combina un curriculum de habilidades sociales y de vida dirigido a los niños y jóvenes, un curriculum de entrenamiento parental conductual y un curriculum centrado en la familia, que integra las habilidades aprendidas por los hijos y las habilidades aprendidas por los padres. El objetivo del PCF es aumentar la competencia familiar y prevenir posibles conductas de consumo de drogas y otras conductas inadaptadas en los hijos de las personas en tratamiento por consumo de drogas. Metodología: Se aplicó un diseño de grupo de control no equiparado con medidas pre y postratamiento tanto en el grupo de padres como en el grupo de hijos, (3 grupos experimentales y 5 controles en cinco ciudades españolas). Se evaluó a un total de 93 personas, 47 en los grupos experimentales y 46 en los grupos de control. Se han utilizado escalas de evaluación cuya fiabilidad y validez han sido probadas en diversos estudios. Se trata de instrumentos cuya sensibilidad para captar cambios debidos a la intervención ha sido también probada. Para evaluar los contenidos específicos del programa se han utilizado las escalas ya validadas. Resultados: La evaluación de los resultados se basa en las pruebas aplicadas en una modalidad pre y post test, desarrollando comparaciones cruzadas: entre las observaciones pre y post de los grupos experimentales y de los grupos de control; entre las observaciones pre de los grupos experimental y de control; entre las observaciones post de los grupos experimental y de control. Se informa de los resultados de la experiencia desarrollada entre 2004 y 2006, incluyendo el detalle de los resultados a corto plazo para cada uno de los objetivos principales del cambio, en la categoría de intrasujeto e intergrupos, así como la discusión de sus consecuencias. Se observa una mejora de las relaciones familiares, entendidas a partir de la implicación parental (SFP), de la comunicación familiar (SFP); así como el apego y la cohesión familiar, medidos a partir de la satisfacción familiar (ESFA) y de la mejora de las relaciones entre los padres (BASC-h). Finalmente, también se observan mejoras en la organización familiar (SFP). Otro componente fundamental del programa que mejora de forma clara es el de las habilidades parentales, comprobando mejoras en los conocimientos del rol parental (SFP y prueba de conocimientos), aumentando la parentalidad positiva (SFP) y la práctica de la supervisión parental (SFP). Mejora el comportamiento de los hijos e hijas, comprobando cambios en las habilidades adaptativas a la escuela (BASC-prof), así como una disminución de la agresividad (SFP). También se observa una disminución de la hiperactividad, medida a partir de la reducción de los problemas de conducta (BASC-prof). Finalmente, se comprueban una disminución de la timidez y el retraimiento (BASC-p), así como una disminución de los síntomas de depresión (SFP), mejorando la autoestima (BASC-h) y reduciendo el sentido de incapacidad (BASC-h). También mejora de forma significativa la capacidad de concentración. Mejoran también las competencias sociales de los hijos e hijas. Se observa una mejora de las habilidades comunicativas, de las habilidades para disminuir la presión de los iguales, de las habilidades para reconocer sentimientos y de las habilidades de afrontamiento del enfado y las críticas. Las pruebas demuestran como mejoran las habilidades sociales (BASC-p), las habilidades adaptativas (BASC-prof) y los conocimientos de los hijos (SFP). Conclusiones: Una de las contribuciones más interesantes de la investigación experimental realizada está en el modelo de relación entre varios de los factores identificados en el SFP y también en el funcionamiento de las variables y de los instrumentos que la miden

realizados en España. Es la experiencia desarrollada entre 2004 y 2006, incluyendo el detalle de los resultados a corto plazo para cada uno de los objetivos principales del cambio, en la categoría de intrasujeto e intergrupos, así como la discusión de sus consecuencias.

PALABRAS CLAVE

Prevención de drogas-prevención selectiva-prevención familiar-programas de prevención multicomponente.

Análisis de los procesos de implementación y ejecución del programa de competencia familiar (Strengthening Family Program) en España

CARMEN ORTE*; LUIS BALLESTER; CARMEN TOUZA****

*Catedrática de Universidad. UIB

**Profesor Titular de Universidad UIB

***Profesora Titular de Escuela Universitaria. UIB. Institución: Universidad Illes Balears

Enviar correspondencia a:

Carretera de 07122 PALMA. Palma de Mallorca. carmen.orte@uib.es

INTRODUCCIÓN

El Programa de Competencia Familiar (PCF), es un programa multicomponente de prevención de drogas que combina un curriculum de habilidades sociales y de vida dirigido a los niños y jóvenes, un curriculum de entrenamiento parental conductual y un curriculum centrado en la familia, que integra las habilidades aprendidas por los hijos y las habilidades aprendidas por los padres. El objetivo del PCF es aumentar la competencia familiar y prevenir posibles conductas inadaptadas en los hijos de las personas en tratamiento por consumo de drogas. En esta comunicación presentamos la metodología y los resultados obtenidos del proceso de ejecución del Programa de Competencia Familiar en España para la optimización de sus componentes (contenidos, materiales, niveles de retención, etc.). Metodología: Los objetivos generales de la evaluación del proceso de ejecución a los que hacemos referencia son los siguientes: 1) detectar dificultades en los participantes, en el programa o en el proceso de ejecución; 2) vincular los resultados al proceso formativo; 3) obtener información que permita mejorar los contenidos, materiales y el proceso de ejecución. De acuerdo con ello, y en lo que se refiere a los objetivos específicos, estos han sido los siguientes: Objetivo 1: Analizar el grado de motivación y el nivel de interés de los participantes en los tres subprogramas (padres, hijos, familia). Objetivo 2: Analizar las dinámicas grupales creadas: la atención/participación, la cantidad de confidencias hechas al grupo y su adecuación, la cantidad de aportaciones hechas al grupo y su adecuación y el apoyo proporcionado a otros participantes. Objetivo 3: Analizar el logro de los objetivos de las sesiones: comprensión de los contenidos, realización de las tareas para casa y utilidad del tema para las necesidades de los participantes. Objetivo 4: Analizar los recursos materiales utilizados: adecuación de las salas y disponibilidad de materiales. Objetivo 5: Analizar la actuación de los formadores: dar amablemente la bienvenida, relacionarse durante la merienda, revisar tareas para casa, dar incentivos por tareas para casa, exposición de contenidos, utilización ejercicios de los manuales, conducir los debates de los temas de la sesión, asignar tareas para casa, eficacia, preparación, objetivos y contenidos cubiertos, calidad en la forma de impartir los contenidos, habilidades para manejar a los participantes, creatividad, flexibilidad, comprensión

contenido, amabilidad/cordialidad, habilidad para establecer relación con los participantes. Ello se ha llevado a cabo a partir del análisis de las evaluaciones de los formadores, en dos implementaciones del Programa con usuarios en tratamiento por adicción a cocaína de Proyecto Hombre Baleares, sus parejas y sus hijos entre 8 y 13 años. Resultados: El proceso de ejecución del programa ha sido muy positivo, tanto en el conjunto de las dos aplicaciones del programa llevadas a cabo, como en cada uno de los subprogramas. Desde nuestro punto de vista ello es debido a razones de diversa naturaleza que lo han posibilitado: la propia estructura multicomponente del programa, dirigida a la familia como totalidad y también a cada uno de los subgrupos que la forman, los padres y los hijos, introduce elementos de vinculación entre ellos desde el primer día; la formación de los formadores, tanto la previa, como la que se proporciona en relación a los contenidos del programa; la atención a las barreras al tratamiento como la adecuación de los horarios a las familias, la atención al cuidado de sus hijos más pequeños, los incentivos que se proporcionan durante la realización del programa, etc. Conclusiones: Los resultados muestran niveles de retención superiores a los de otros programas de similares características y permiten sacar conclusiones muy positivas sobre el funcionamiento del programa y sobre algunos aspectos del mismo que es posible optimizar.

PALABRAS CLAVE

Prevención de drogas-prevención selectiva-prevención familiar-programas de prevención multicomponente

Implementación del programa de competencia familiar (Strengthening Family Program) en España en el contexto de un programa terapéutico: condiciones para su eficacia

CARMEN ORTE, MARTI X. MARCH, JOSEP LLUIS OLIVER, CARMEN FERNÁNDEZ

(1) Univ. De Valencia. Estudi General.

(2) Univ. Jaume I de Castellón.

Enviar correspondencia a:

CARRETERA DE 07122 PALMA. Palma de Mallorca carmen.orte@uib.es

En este documento el objetivo es describir, analizar y valorar los indicadores de implementación que son clave en el Programa de Competencia Familiar. Una implementación que debe responder con rigor al proyecto planificado y ser flexible para adaptarse en la práctica, a la tipología de las familias. Los indicadores y condiciones de implementación hacen referencia a diversos aspectos: sintonía del programa con los objetivos generales del proyecto donde se inserta, formación específica de los formadores, motivación de las familias, tipología, problemática y características de las familias, incentivos y refuerzos, creación de un clima relacional adecuado, existencia de un equipo de profesionales sólido, creación de las condiciones necesarias para la evaluación del programa, etc.

PALABRAS CLAVE

Prevención de drogas-prevención selectiva-prevención familiar-programas de prevención multicomponente.

Análisis del grado de fidelidad en la ejecución de un programa de competencia familiar (Strengthening Family Program) en España en el contexto de un programa terapéutico: condiciones para su eficacia

CARMEN ORTE, CARMEN TOUZA, LUIS BALLESTER

Enviar correspondencia a:

CARRETERA DE 0712 PALMA. Palma de Mallorca. carmen.orte@uib.es

Desde el año 2003, el "Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social" [1] de la Universidad de las Islas Baleares ha estado trabajando en la adaptación y validación a la población española del "Strengthening Families Program" (Kumpfer y DeMarsh, 1985; Kumpfer, DeMarsh y Child, 1989) [2]. El resultado de este trabajo es el "Programa de Competencia Familiar" que hemos aplicado con dos muestras de familias de usuarios de Proyecto Hombre en Palma y sus respectivos grupos control. Tras estas dos aplicaciones es necesario analizar el proceso de ejecución para la optimización de sus componentes (contenidos, materiales, niveles de retención, etc.). En este artículo exponemos la metodología y los resultados que hemos obtenido en una de las dimensiones de esta evaluación: la fidelidad al programa.

PALABRAS CLAVE

Prevención de drogas-prevención selectiva-prevención familiar-programas de prevención multicomponente.

Evaluación de los tratamientos de drogodependencias en Galicia: 1994-2006

PEDREIRA V.; CARRERA I.; FRAGA J.; OSORIO J.; MORÁN J.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Consellería de Sanidade – SERGAS.

Enviar correspondencia a:
Edificio 15703 Santiago de victor.pedreira.cres

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 2006)

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 PTLD, 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 consumo de drogas en Galicia 1988-2006

PEDREIRA V.; CARRERA I.; FRAGA J.; OSORIO J.; MORÁN J.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Consellería de Sanidade – SERGAS.

Enviar correspondencia a:
Edificio 15703 Santiago de victor.pedreira.cres

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 1988-2006 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 (2006) y establecer un análisis comparativo con los de años anteriores.

MATERIAL Y METODO

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 diciembre 2006.

CONCLUSIONES Y DISCUSION (Los datos correspondientes a 2006 están pendientes de procesar):

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, sobre todo en jóvenes de 12 a 24 años.
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.

Seguimiento de pacientes drogodependientes en tratamiento con ziprasidona

M.C. PELLÍN^a, V. ESCUDERO^a, J. ESTEBAN^a, F. PASCUAL^b, C. GIMENO^c, J. BARRIL^a, E. MORA^c, M.P. PÉREZ^d, R. LLORENS^b, C. LINARES^e, J.A. GARCÍA^f

(a) Unidad de Toxicología, Instituto de Bioingeniería, Universidad Miguel Hernández de Elche

(b) Hospital de Elda

(c) Servicio Municipal de Alcoholismo y Drogodependencias, Villajoyosa (Alicante)

(d) Unidad de Conductas Adictivas del Departamento 17 de Atención Primaria de Salud.

(e) Hospital de Torrevieja.

(f) Unidad de Conductas Adictivas de Torrevieja.

Enviar correspondencia a:

Carretera Alicante- 03550 Sant Joan d'Alacant Alicante mc.pellin@umh.es

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y tolerabilidad del tratamiento con ziprasidona en pacientes drogodependientes que presentaron diagnóstico de trastorno en el uso de sustancias (DSM-IV).

PACIENTES Y MÉTODO

Se incorporaron al estudio treinta y tres pacientes drogodependientes en tratamiento con ziprasidona procedentes de las Unidades de Conductas Adictivas de la provincia de Alicante, a los que se les realizó seguimiento durante doce semanas desde enero de 2004 hasta diciembre de 2005. Se registraron al inicio y final de tratamiento las puntuaciones de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS), Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS), Escala de efectos secundarios de la medicación (UKU), así como la dosis diaria (mg/día) y la concentración sérica (ng/ml) de ziprasidona obtenida mediante cromatografía líquida de alta resolución acoplada a espectrometría de masas (HPLC-MS) que proporcionó información sobre la adhesión al tratamiento.

RESULTADOS

A lo largo del estudio se administraron dosis de 40 mg/día (n=22, 65%), 20 mg/día (n=8, 19%), 60 mg/día (n=1, 5%), 80 mg/día (n=1, 5%) y 120 mg/día (n=1, 5%). En la semana 0, los niveles séricos se encontraron entre 0 y 167 ng/ml, siendo la media (DT) igual a 25 (35) ng/ml, y en la semana 12 estuvieron comprendidos entre 1 y 95 ng/ml siendo la media igual a 26 (30) ng/ml. Se observó una alta variabilidad interindividual en los niveles de ziprasidona en suero. Respecto a la retención en tratamiento, un 36% de los pacientes incorporados al estudio completaron las doce semanas de seguimiento. En general, se observó una mejora en la psicopatología de los pacientes en tratamiento con ziprasidona durante 12 semanas, es decir, se redujo significativamente la puntuación de la escala BPRS en la semana 12 respecto a la de la semana 0 en la muestra general (18 [6] vs 25 [4]; $t=3.49$, $p=0.001$). Adicionalmente, se observó un descenso significativo en la puntuación para cada paciente que completó el periodo de seguimiento (25 [5] en la semana 0 vs 20 [6] semana 12; $n=10$; $t=3.6$, $p=0.006$). Por otro lado, el valor medio (DT) de la subescala general PANSS en la muestra general fue igual a 39 (10) en la semana 0 y 28 (10) en la semana 12, ($t=2.93$, $p=0.007$). Análogamente, la evolución de la puntuación de la escala PANSS para cada paciente que permaneció en tratamiento durante 12 semanas fue favorable (39 [10] vs 27 [9]; $n=10$; $t=2.48$, $p=0.035$). Cuando se estudiaron por separado los síntomas positivos y negativos también se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, la reducción en la puntuación de la subescala de los síntomas negativos para cada paciente a lo largo de las 12 semanas de seguimiento fue mayor (20 [8] en la semana 0 vs 14 [4] en la semana 12; $t=5.23$, $p=0.001$) que la de los síntomas positivos (9 [3]

en la semana 0 vs 8 [2] en la semana 12; $t=2.78$, $p=0.015$). En relación a la tolerabilidad, la puntuación antes y después del tratamiento de la escala UKU no difirió significativamente para los efectos psíquicos ($U = 101$, $p = 0,426$), neurológicos ($U = 121$, $p = 0,981$), autonómicos ($U = 94$, $p = 0,239$) y otros ($U = 85$, $p = 0,153$).

CONCLUSIÓN

Se encontró una alta variabilidad interindividual en los niveles séricos, por lo que la monitorización terapéutica de ziprasidona se ha de realizar de forma personalizada para cada paciente. El tratamiento a dosis bajas para tratar los trastornos psicopatológicos presentes en consumidores de sustancias adictivas como el alcohol o cocaína, se consideró eficaz en base a los resultados derivados de las escalas BPRS y PANSS. Los efectos adversos registrados mediante la escala UKU se consideraron de gravedad leve y de dudosa relación con el tratamiento de ziprasidona, por lo que la tolerabilidad del tratamiento fue aceptable. Por lo tanto, el tratamiento con ziprasidona a dosis bajas fue útil para reducir la patología psiquiátrica presente en pacientes drogodependientes.

PALABRAS CLAVE

Ziprasidona, BPRS, PANSS, UKU, drogodependientes.

Disminución de la concentración normalizada en suero de pacientes tratados con nevirapina o efavirenz

M. C. PELLÍN^a, J. ESTEBAN^a, C. GIMENO^b, J. BARRIL^a, V. ESCUDERO^a, J. GIMENEZ^a, R. LLINARES^c, E. POL^d, F. PASCUAL^e, R. LLORENS^f, E. MORA^b, A. GARCIA^a

(a) Unidad de Toxicología, Instituto de Bioingeniería, Universidad Miguel Hernández de Elche

(b) Servicio Municipal de Alcoholismo y Drogodependencias, Villajoyosa (Alicante)

(c) Unidad de Conductas Adictivas de Denia

(d) Centro Asistencial Doctor Esquero Diputación Provincial de Alicante, San Juan (Alicante)

(e) Hospital de Elda

(f) Unidad de Alcoholología del Departamento de salud de Alcoy

Enviar correspondencia a:

Carretera Alicante- 03550 Sant Joan d'Alacant Alicante mc.pellin@umh.es

Las isoformas del citocromo P450 CYP3A4 y CYP2B6 están implicadas en el metabolismo de metadona y en el de los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa. Estos antirretrovirales son sustratos e inductores de esas isoenzimas y están indicados en el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que presenta una elevada prevalencia en pacientes en tratamiento con metadona. La isoforma CYP2B6 metaboliza preferentemente S-methadone in vitro, mientras que la CYP3A4 no mostró preferencia por ningún enantiómero.

METODOLOGÍA

En un estudio con diseño de corte transversal, los participantes en tratamiento de mantenimiento con metadona fueron clasificados en el grupo tratado con nevirapina/efavirenz ($n=14$) y el grupo control ($n=52$). Se regis-

traron las variables sociodemográficas y farmacológicas. Se compararon entre grupos las siguientes variables: dosis de metadona, concentración sérica de R- y S- metadona, concentración normalizada respecto a dosis de metadona y masa corporal y la razón R-/S- metadona. Se evaluó si el abuso de drogas informado por los pacientes se comportó como una variable de confusión.

RESULTADOS

Once de los catorce pacientes tratados con nevirapina o efavirenz requirieron un incremento de la dosis de metadona para reducir el síndrome de abstinencia a opiáceos (mediana = 31%). Por lo tanto, la dosis diaria de metadona del grupo tratado con nevirapina o efavirenz estuvo incrementada en comparación con la dosis del grupo control (115 vs 60 mg / día; U = 156, p = 0.001). La mediana de la concentración de R- y S-metadona (percentiles 25%, 75%) de los 14 pacientes tratados con nevirapina o efavirenz fue 64 (55, 84) ng / mL y 53 (31, 65) ng / mL, respectivamente, mientras que la de los 52 controles fue 63 (36, 114) ng / mL y 67 (38, 120) ng / mL, respectivamente. Por lo tanto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la concentración de R- y S- metadona del grupo tratado con nevirapina o efavirenz y la del grupo control (UMW = 347, p = 0.79 y UMW = 258, p = 0.095; respectivamente). Por el contrario, la concentración normalizada respecto a dosis de metadona y masa corporal del grupo tratado con nevirapina o efavirenz fue 44 (28, 69) ng / mL y 33 (18, 50) ng / mL para los enantiómeros R- y S-metadona, respectivamente. Valores significativamente inferiores que los que se determinaron en el grupo control (62 [44, 111] ng / mL y 70 [46, 98] ng / mL para R- y S-metadona, respectivamente; UMW = 221, p = 0.025 y UMW = 121, p = 0.001, respectivamente).

En relación a la estereoselectividad del metabolismo de metadona, la razón R/S del grupo tratado con nevirapina o efavirenz (mediana 1.45 [percentiles 25% y 75%, 1.22 y 1.92]) fue significativamente mayor que la de los controles (0.96 [0.82 y 1.21]; UMW = 98, p < 0.001).

El consumo de drogas de abuso (alcohol, tabaco, cannabis, heroína y cocaína) no se asoció con las variables farmacológicas por lo que se consideró que no actuó como una variable de confusión.

CONCLUSIONES

La concentración de S-metadona fue más sensible al tratamiento con nevirapina y efavirenz que la del enantiómero R-metadona. La inducción de las isoformas CYP3A4 y CYP2B6 podrían explicar estos resultados. Estos resultados fueron coherentes con otro estudio longitudinal realizado en pacientes en tratamiento con antirretrovirales y metadona.

PALABRAS CLAVE

Metadona, nevirapina, efavirenz, CYP3A4, CYP2B6, estudio transversal.

Seguimiento de pacientes en tratamiento con metadona, nevirapina y efavirenz

**M. C. PELLÍN^a, J. ESTEBAN^a, C. GIMENO^b, J. BARRIL^a, J. GIMENEZ^a, A. GARCIA^a, E. POL^c, A. VALORIA^d,
M. P. PÉREZ^e, R. LLINARES^f, C. MOÑINO^c**

(a) Unidad de Toxicología, Instituto de Bioingeniería, Universidad Miguel Hernández de Elche

(b) Servicio Municipal de Alcoholismo y Drogodependencias, Villajoyosa (Alicante)

(c) Centro Asistencial Doctor Esquerdo Diputación Provincial de Alicante, San Juan (Alicante)

(d) Unidad de Conductas Adictivas de Orihuela

(e) Unidad de Conductas Adictivas del Departamento 17 de atención primaria de salud

(f) Unidad de Conductas Adictivas de Denia

Enviar correspondencia a:

Carretera Alicante- 03550 Sant Joan d'Alacant Alicante mc.pellin@umh.es

OBJETIVOS

En primer lugar, conocer la evolución temporal de la concentración de R-metadona en pacientes tratados con inductores conocidos de las isoformas CYP implicadas en el metabolismo de metadona (nevirapina y efavirenz) vs. sustancias no inductoras (isoniacida, heroína y cocaína). En segundo lugar, asociar positivamente la interacción farmacocinética a la presencia de la sustancia inductora (nevirapina y efavirenz).

METODOLOGÍA

Ámbito de estudio: Provincial. Unidades de Conductas Adictivas de la Provincia de Alicante. Participantes: Previo consentimiento informado se incluyeron en el estudio 18 pacientes. De ellos, 12 se consideraron pacientes estables en tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) y 6 pacientes en TMM recibieron tratamiento antirretroviral. Instrumentación: cromatografía líquida de alta resolución acoplada a espectrometría de masas para cuantificar R-metadona, S-metadona y antirretrovirales en suero. Durante el Seguimiento de pacientes, se estudió la evolución temporal de las variables cuantitativas representándolas frente al tiempo (R-metadona y S-metadona vs. tiempo; concentración de los enantiómeros R y S de metadona corregida por tanto dosis de metadona/enantiómero como masa corporal (R/D/M y S/D/M, respectivamente) vs. tiempo; y concentración de antirretrovirales vs. tiempo). Se relacionó la variación de R/D/M en suero con la concentración de nevirapina y efavirenz mediante un modelo de regresión lineal.

RESULTADOS

En aquellos pacientes estables en TMM (n = 12) tratados con fármacos que no alteraron el metabolismo de metadona, como por ejemplo isoniacida, inductor de CYP2E1, y heroína la concentración de R-metadona en suero, el enantiómero con relevancia clínica, a lo largo del periodo de seguimiento (109 ± 70 días) se consideró estable (t-student = - 0,34, p = 0,74; correlación = 0,97, p < 0,001). El estudio de los 6 casos tratados con metadona y antirretrovirales mostró una interacción farmacocinética entre fármacos. De hecho, los niveles séricos de R- y S-metadona corregidos por dosis y masa corporal se redujeron hasta un 26% y un 6%, respectivamente, en relación a los niveles originales antes de iniciar la terapia antirretroviral. Las dosis de metadona se incrementaron para reducir los síntomas de abstinencia a opiáceos (rango = 60 – 175 mg metadona/día). Los niveles de nevirapina estuvieron comprendidos entre 8 y 16 Pg/mL y los de efavirenz entre 0,4 y 1,7 Pg/mL. En relación al metabolismo estereoespecífico de metadona, la razón R/S de los enantiómeros de metadona tras el tratamiento con nevirapina o efavirenz se incrementó un 88% (rango = 22% - 314%), lo que implica una disminución importante del enantiómero S respecto al R a lo largo del periodo de seguimiento. Teniendo en cuenta que la isoforma CYP3A4 no presenta estereoselectividad y que la CYP2B6 metaboliza estereoselectivamente

S-metadona, este incremento en la razón R/S podría indicar que la inducción de la isoforma CYP2B6 tiene una influencia con relevancia clínica en el TMM. Por otro lado, los datos obtenidos en esos seis pacientes mostraron que las variaciones en la concentración de nevirapina ($R^2 = 0,50$; $p < 0,05$) y efavirenz ($R^2 = 0,48$; $p < 0,05$) explicaron significativamente las variaciones de R/D/M en suero mediante un modelo lineal. En consecuencia, la disminución de R/D/M se asoció positivamente a la presencia de interacciones farmacocinéticas mediadas por nevirapina o efavirenz, inductores conocidos de las isoformas CYP3A4 y CYP2B6. Adicionalmente, se pudo comprobar que de los 6 pacientes en tratamiento con nevirapina o efavirenz cuatro cumplieron con la terapia antirretroviral a los seis meses de seguimiento, mientras que los otros dos lo abandonaron antes de los tres meses de seguimiento.

CONCLUSIONES

La inducción de CYP3A4 y CYP2B6 por nevirapina y efavirenz podría presentar relevancia clínica en el TMM. La monitorización de niveles de los enantiómeros R y S de la metadona en suero permitió determinar interacciones farmacocinéticas entre nevirapina, efavirenz, rifampicina y metadona. La monitorización de nevirapina y efavirenz permitió asociar positivamente a estos fármacos con la presencia de interacciones farmacocinéticas. Estos resultados confirmaron otros obtenidos en un estudio con diseño transversal.

PALABRAS CLAVE

Metadona, nevirapina, efavirenz, CYP3A4, CYP2B6, seguimiento longitudinal.

Determinación simultánea de 10 antirretrovirales en suero mediante cromatografía líquida de alta resolución acoplada a espectrometría de masas

MC PELLÍN^a, J GIMENEZ^a, J ESTEBAN^a, C GIMENO^b, J BARRIL^a, V ESCUDERO^a, F PASCUAL^c, R LLORENS^d, A VALORIA^e, MP PÉREZ^f, R LLINARES^g, E MORA^b

(a) Unidad de Toxicología, Instituto de Bioingeniería, Universidad Miguel Hernández de Elche

(b) Servicio Municipal de Alcoholismo y Drogodependencias, Villajoyosa (Alicante)

(c) Hospital de Elda

(d) Unidad de Alcoholología del Departamento de salud de Alcoy

(e) Unidad de Conductas Adictivas de Orihuela

(f) Unidad de Conductas Adictivas del Departamento 17 de atención primaria de salud

(g) Unidad de Conductas Adictivas de Denia

Enviar correspondencia a:

Carretera Alicante- 03550 Sant Joan d'Alacant Alicante mc.pellin@umh.es

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica y compleja, en la que el tratamiento es fundamental, presenta un papel esencial tanto en el retraso de su evolución a Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como en la mejora de las manifestaciones clínicas de los pacientes. El número de fármacos disponibles para el tratamiento ha aumentado considerablemente en los últimos años como consecuencia del descubrimiento de los mecanismos de acción de los fármacos antirretrovirales, llegando a convertirse en una terapia cada vez más sofisticada y compleja. En la actualidad, el tratamiento con terapias combinadas que utilizan, al menos, tres fármacos es habitual. Estos tratamientos de combinación de fármacos pueden producir interacciones tanto farmacológicas como farmacocinéticas, lo que obliga a ajustar las dosis administradas para alcanzar concentraciones óptimas del fármaco en sangre, así como determinar los parámetros farmacocinéticos de un fármaco antirretroviral cuando se administra en combinación con otros fármacos.

Adicionalmente, la prevalencia de infección por VIH es elevada en población drogodependiente.

OBJETIVO

Poner a punto un método analítico adecuado para determinar antirretrovirales en suero libre de interferencias con otras sustancias, como fármacos y drogas de abuso, utilizadas habitualmente por pacientes tratados en Unidades de Conductas Adictivas.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un método sensible, rápido y específico mediante Cromatografía Líquida de Alta Resolución con detección por Espectrometría de Masas (HPLC - MS), que permitió determinar en suero de pacientes en tratamiento con antirretrovirales 10 fármacos diferentes en un sólo análisis cromatográfico de 7 minutos de duración, realizado en un sólo equipo de HPLC y un sistema de extracción líquido/líquido. Los fármacos antirretrovirales analizados fueron Abacavir, Efavirenz, Saquinavir, Nelfinavir, Ritonavir, Indinavir, Amprenavir, Lopinavir, Zidovudina y Nevirapina, que fueron extraídos del suero (200 µL) con metil-terbutil-éter en un medio con NH₃.

Los fármacos mencionados anteriormente fueron separados utilizando una columna de C18 (LiChroCART 125-4, MERCK). La fase móvil, basada en 2 eluyentes, fue bombeada a un flujo de 1,2 mL / min y un gradiente lineal de 0 a 100% en 5 minutos. El eluyente A fue acetato amónico 10 mM y acetonitrilo con una proporción 1:2, y el eluyente B se preparó con acetato amónico 10 mM y acetonitrilo a una proporción 1:1.

RESULTADOS

El límite de cuantificación obtenido fue del orden de 1 ng / mL excepto para Zidovudina que fue del orden de 50 ng / mL. La curva de calibrado de los antirretrovirales determinados presentaron una excelente linealidad entre los límites ensayados (20 y 5.000 ng / mL). El coeficiente de correlación fue superior a 0,99 en todos los casos. Los rendimientos de extracción fueron 96% para zidovudina, 101% para efavirenz, 81% para nevirapina, 101% para amprenavir, 105% para lopinavir, 49% para abacavir, 87% para indinavir, 107% para saquinavir, 102 para ritonavir y 83% para nelfinavir. En relación a la validez y reproducibilidad de la determinación de los 10 antirretrovirales mencionados, la exactitud y precisión para análisis realizados tanto en el mismo día como en días diferentes se consideraron aceptables. Respecto a la precisión, los coeficientes de variación fueron inferiores al 14%. En cuanto a la validez, la exactitud se encontró en un rango comprendido entre 86% y 110%.

CONCLUSIONES

La optimización del método de HPLC-MS descrito en el presente trabajo cuenta con varias ventajas en relación a otros métodos publicados previamente. Entre ellas se incluyen la utilización de un pequeño volumen de suero por análisis y la determinación en un sólo análisis de un amplio espectro de fármacos que nos permite identificar y cuantificar los niveles en suero de pacientes tratados con 10 fármacos antirretrovirales: 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos (zidovudina, abacavir), 2 inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleótidos (efavirenz, nevirapina) y 6 inhibidores de la proteasa (saquinavir, nelfinavir, ritonavir, indinavir, amprenavir y lopinavir).

PALABRAS CLAVE

Metadona, antirretrovirales, VIH, HPLCMS.

Consumo de alcohol en población trabajadora inmigrante

J. E. PEREÑÍGUEZ; M. D. PÉREZ-CÁRCELE; M. MEDINA; A. SAAVEDRA; M. FALCÓN; A. LUNA

Centro de Salud de Espinardo Gerencia de Atención Primaria. Murcia Área de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia

Enviar correspondencia a:
juanepereniguez@t

La relación entre el abuso de sustancias, su tratamiento y el proceso migratorio es compleja y no está suficientemente esclarecida. Parece tratarse de una relación multifactorial en la que entran en juego factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales. El resultado de esta interacción influye en mayor o menor medida, tanto en el consumo de drogas como en la diferente respuesta al tratamiento.

OBJETIVOS

Realizar un cribado de consumo de alcohol en trabajadores inmigrantes.

METODOLOGÍA

a) Entrevista clínica. Recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, puesto de trabajo, meses que viven en España, país de origen). En el caso de inmigrantes que tienen dificultades con el idioma

contamos con la colaboración de un traductor. La población de estudio son trabajadores inmigrantes en la Comunidad Autónoma de Murcia seleccionados aleatoriamente, que acuden a los reconocimientos de salud laboral en un servicio de vigilancia para la salud.

b) Test AUDIT.

RESULTADOS

La muestra total son 117 trabajadores (70,9% varones) de edad media 31,80 años (DS 9,7), el 46,2% solteros. Viven en España una media de 70,9 meses (DS 34,4). Mayoritariamente trabajan como peones agrícolas (39,3%) y el 14,6% en la construcción. El 62,4% proceden de Marruecos y 31% de países sudamericanos. El 8,6% de los trabajadores presentan una puntuación en el test Audit igual o superior a 8, indicando el consumo excesivo o de riesgo de alcohol. Al analizar este grupo de consumo de riesgo observamos que el 90% son varones y que el 50% proceden de Marruecos.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol de riesgo en población inmigrante es similar al encontrado en población nacional. Creemos fundamental conocer la situación de estos trabajadores en relación al consumo, para establecer posteriormente las medidas adecuadas de prevención, pensando no solo en estas primeras generaciones de inmigrantes, sino también en futuras generaciones.

REFERENCIAS

- Conde y Herranz. Procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia. Monografía. Crefat: Madrid, 2004.
- Dotinga et al. Alcohol y emigración: los problemas de medición en la investigación sobre el consumo de alcohol entre inmigrantes marroquíes y turcos. *Adicciones* 2002;14: 261-275.
- Hermansson U et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and CDT in a routine work place health examination. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 2000; 24: 180-187.
- Monras M, y cols. Alcoholismo e inmigración. Adherencia de los pacientes inmigrantes a la terapia grupal. *Palabras clave: Med Clin* 2006; 16: 250-252.
- Organización Mundial de la Salud. AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol.
- Saiz y cols. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones* 2002; 14:387-403

PALABRAS CLAVE

Consumo de alcohol, inmigración, Audit.

Estudio con 32 pacientes tratados con topiramato y su evolución a 12 meses

PINO SERRANO, CARLOS JOSÉ

Unidad Asistencial de Drogodependencias de Pontevedra (Servicio dependiente del SERGAS)

Enviar correspondencia a:

Carlos Pino Serrano. Pl. Valentín García Escudero, nº 1- bajo. 36002 Pontevedra. cpinoserrano@yahoo.es

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de topiramato en pacientes adictos tratados ambulatoriamente, y su valoración mediante la escala analógica visual de "craving", escala de impulsividad de Barrat y urinocontroles.

METODOLOGÍA

Se reclutaron 48 pacientes de los que 32 aceptaron tomar parte en el estudio. De éstos, 31 son toxicómanos y sólo 1 (mujer) estaba diagnosticada de bulimia nerviosa y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite. Los diagnósticos psiquiátricos se efectuaron siguiendo criterios CIE 10^a de la OMS.

Los pacientes fueron valorados al inicio del tratamiento y a los 2, 4 y 12 meses (fin del estudio), mediante la escala de impulsividad de Barrat, la escala analógica-visual de "craving" y mediante detección de tóxicos en orina. Adicionalmente, se valoró el peso, posología empleada de topiramato, evolución clínica y parámetros analíticos (leucocitos, transaminasas, VCM y K+), así como la medicación concomitante empleada y efectos adversos.

La escalada de dosis de topiramato se realizó en 6 días (de 100 a 400 mg/d), siendo los pacientes citados al 7º día para ajuste de dosis en los casos precisos.

RESULTADOS

De los 32 pacientes incluidos en estudio, llegaron 25 (78%) al 4º mes y 19 (59%) al final del estudio.

20 (62,5%) pacientes tenían un diagnóstico psiquiátrico adicional, siendo 8 (40%) los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad. El síntoma más llamativo en la muestra fue la impulsividad, presente en 23 pacientes (72%).

La droga más consumida fue la cocaína (22 pacientes), seguida del alcohol (19 pacientes) y cannabis (10 pacientes). 16 pacientes (51%) consumían 2 drogas simultáneamente y 7 (23%) más de 2 sustancias.

Bajo el tratamiento con topiramato se redujo drásticamente el "craving" ($p < 0,000...$ al 2º, 4º y 12º mes). La escala de Barrat se redujo también significativamente al 2º y 4º mes ($p < 0,000$) y al 12º mes ($p < 0,02$). Se apreció asimismo una reducción significativa del consumo de drogas ($p < 0,000...$) al 2º, 4º y 12º mes del tratamiento.

La evolución experimentada por los pacientes fue muy satisfactoria, pues de los 19 pacientes que llegaron al final del estudio, 14 experimentaron mucha mejoría.

No se observó ningún efecto adverso grave. Al 4º mes 10 pacientes de los 25 referían algún efecto adverso, mientras que al final del estudio sólo 2 pacientes de los 19 reconocían algún efecto adverso.

CONCLUSIONES

- 1) El tratamiento con topiramato ha resultado en nuestro estudio altamente efectivo en la reducción del "craving" y de la impulsividad y, como consecuencia de lo anterior, redujo significativamente el consumo de drogas.

- 2) El fármaco fue bien tolerado y no se observó efecto adverso grave alguno que obligase a su retirada. Los efectos adversos disminuyeron a lo largo del tiempo de tratamiento, por lo que los consideramos "fenómenos de entrada".
- 3) Si bien es cierto que no hubo alteración significativa en los leucocitos, K+, GOT y GPT, la GGT sí experimentó una reducción importante al 4º mes, aunque sin alcanzar nivel de significación estadístico ($p < 0,07$). Por otra parte, el VCM sí se redujo significativamente al 4º mes ($p < 0,03$), lo que indica abstinencia alcohólica. Deberíamos añadir que al 2º y 4º mes se observó una reducción ponderal estadísticamente significativa ($p < 0,01$ y $p < 0,006$, respectivamente).
- 4) El tratamiento condujo a una mejoría clínica global de los pacientes, a lo largo del estudio.
- 5) La retención al final del estudio la consideramos más que aceptable (59% de la muestra).
- 6) El presente estudio muestra 2 limitaciones fundamentales:
 - La falta de grupo control.
 - El tratamiento simultáneo con otros fármacos (si bien debemos señalar que éstos ya los estaban tomando los pacientes antes de su inclusión en el estudio).

PALABRAS CLAVE

Topiramato. Adicción sustancias. "Craving". Impulsividad.

Prevalencia de patología dual en una unidad de media y larga estancia

**S. POMBO CHORTO, O. GONZALEZ IRIZAR, S. ARRANZ GARCIA, E. ESPAÑA CHAMORRO,
C. MIRALLES IBIZA, O. GOMEZ TRICIO, I. GRAU JOAQUIM**

Unidad de Rehabilitación del Institut Pere Mata, Reus.

Enviar correspondencia a:
Carretera del 43206 Reus Tarragona

INTRODUCCIÓN

Desde hace años ha tenido lugar un aumento de los diagnósticos psiquiátricos asociados a trastornos por uso de sustancias (TUS), que es conocido como patología dual. Esta comorbilidad entre trastornos se asocia a una mayor cronicidad en ambos.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de diagnóstico psiquiátrico y de TUS en una Unidad de media y larga estancia.

MÉTODO

Se realiza una revisión de la historia clínica de 50 pacientes en la Unidad de Rehabilitación hospitalaria del Institut Pere Mata de Reus. Se recogen variables sociodemográficas (edad y sexo) y variables clínicas (diagnóstico, tratamiento y consumo de tóxicos). La valoración de los datos se obtiene mediante SPSS v.12.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

–En los resultados obtenidos se ha detectado una prevalencia elevada de esquizofrenia asociada a consumo de cannabis y alcohol.

–No se describen casos de consumo de heroína.

REFERENCIAS

L. San Molina. Monografías de psiquiatría. Patología Dual. Año XVI. Num. 4. Oct-dic 2004.

Tabaquismo y otras drogas en pacientes en programa de mantenimiento con metadona

**RAICH, A.; SIÑOL, N.; PINET, C.; FERNÁNDEZ, T.; GARRIGA, T.; LLURBA, J.; MARTINEZ, A.;
MONLLAO, J.; SERRANO, J.; LEONARDO C**

Enviar correspondencia a:

C/ Joan Soler s/n. 08243 Manresa. Barcelona. araich@althaia.cat

OBJETIVOS

Obtener información sobre las características del tabaquismo en pacientes en PMM.

Estudiar la concomitancia del tabaquismo con el consumo de otras drogas en este grupo de pacientes.

METODOLOGÍA

A partir de una muestra de 20 centros dispensadores de metadona en Cataluña escogidos en función de la representatividad territorial y del volumen de dispensación, se seleccionó de forma aleatoria una muestra de pacientes según el tamaño de cada centro. Se realizó una entrevista estructurada a cada paciente para la recogida de información sociodemográfica, historia de consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas, dosis y tiempo en metadona. La entrevista fue validada por 8 expertos de distintos centros. Los datos obtenidos se analizaron mediante SPSS 14 con estadísticos descriptivos, test χ^2 , test de t y análisis de la varianza (significación 5%).

RESULTADOS

La muestra se compone de 324 pacientes en PMM (79.4% hombres), con una media de edad de 37,5 años. La media de dosis de MTD fue de 62.8 mg/d y el tiempo en PMM de 50,9 meses.

El 95.4% de la muestra eran fumadores, el 3,1% no fumadores y el 1,5% exfumadores. No se encontraron diferencias significativas entre dosis de metadona y consumo de tabaco. Tampoco entre la dosis de metadona y nº cig/d, Test de Fag y nivel de CO en el grupo de fumadores.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la dosis de metadona y el consumo de THC ($p=0.037$) y el consumo de heroína ($p=0.005$). Concretamente, el 48,2% de los que tomaban dosis de MTD <60mg/d, el 54,4% de los que tomaban dosis entre 60-100mg/d y el 32% de los que tomaban MTD >100 mg/d habían consumido THC en los últimos 30 días. Y en relación con la heroína, el 17,4% de los que tomaban dosis

de MTD <60mg/d, el 19,1% de los que tomaban MTD 60-100mg/d y el 0% de los que tomaban MTD >100 mg/d la habían consumido en los últimos 30 días.

Con referencia a la relación entre tabaquismo y consumo de otras drogas, el 60% de los no fumadores y exfumadores y sólo el 18% de los fumadores, se habían mantenido abstinentes de otras drogas en los últimos 30 días ($p<0.001$).

El 39,2% de los fumadores había intentado dejar de fumar en alguna ocasión. Mostrándose diferencias significativas en la dosis de MTD, los que habían intentado dejar de fumar tomaban una dosis de metadona menor ($p=0.040$). Así mismo aquellos que habían intentado alguna vez dejar de fumar mostraban una mayor motivación para dejarlo en el futuro ($p=0.001$).

CONCLUSIONES

Se evidencia una alta incidencia de tabaquismo en pacientes que están en PMM. Una dosis de MTD <100 mgr./d se relaciona en nuestra muestra con un mayor consumo de THC y heroína. Es relevante el dato que los no fumadores y exfumadores estén en mayor porcentaje abstinentes de otras drogas, indicativo de la posible relación entre tabaquismo y consumo de otras drogas, a pesar que la muestra de no fumadores y exfumadores sea baja. También nos parece interesante resaltar el dato que aquellos fumadores que han intentado dejar de fumar en alguna ocasión y que su intento se ha visto frustrado, siguen estando motivados para dejarlo. También la antigüedad en el PMM parece tener relación con el tabaquismo, puesto que los que no fuman son los que llevan mas tiempo en el programa.

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo, Programa de mantenimiento con metadona.

Diferencias en el consumo de drogas entre inmigrantes y españoles al ingreso en prisión

RINCÓN MORENO S. VERA REMARTÍNEZ E. GARCIA-GUERRERO J. PLANELLES RAMOS M.V.

Centro Penitenciario de Castellón.

Enviar correspondencia a:
Carretera Alcora. 12071 Castellón. srinconmoreno@tel

INTRODUCCIÓN

Se esta produciendo un aumento importante de ingresos de inmigrantes en los centros penitenciarios. En septiembre de 2006, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (D.G. II.PP.) estimaba en un 31,5% la población extranjera en las prisiones dependientes de la misma(1). Por otro lado, la Generalitat Catalana en Junio de 2006 estimaba la presencia de extranjeros en las prisiones catalanas, no dependientes de la D.G. II.PP, en un 35%(2).

Conocemos muy poco sobre los hábitos tóxicos de estos pacientes, por lo que los objetivos de este estudio se centran en identificar las características diferenciales sobre el consumo de drogas, así como el perfil seroepidemiológico de patologías infecciosas, entre inmigrantes y españoles, que ingresan por primera vez en un centro penitenciario.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo. Realizado en el Centro Penitenciario de Castellón, entre el uno de enero y el 31 de diciembre de 2005, siendo la población diana, todas las personas que ingresaban por primera vez en una prisión.

Los datos se obtuvieron mediante entrevista estructurada en el momento del ingreso y recogiendo de la Historia Clínica los resultados de las analíticas y pruebas practicadas. Se realiza estudio descriptivo y se comparan variables cualitativas mediante el test de χ^2 , y cuantitativas mediante el test de la T de Student. Utilizamos modelos de regresión logística binaria para determinar Odds en aquellas comparaciones en las que existen diferencias estadísticamente significativas. Los datos se analizaron con SPSS v.12. Todos los pacientes incluidos firmaron su consentimiento informado para participar en el estudio.

RESULTADOS

Se registraron 264 ingresos primarios, de los que se excluyeron 18 (7%), uno por negativa y 17 por datos incompletos. De los 246 que participaron 230 (93,5%) fueron varones frente a 16 (6,5%) mujeres. Españoles 89 (36%), extranjeros 157 (64%), de los que el 61,6% tenían residencia ilegal en España. La edad media del conjunto fue de 31,9 años (IC95%: 30,6-33,1), mayor en los españoles (33,9 vs. 30,7 $p=0,023$). 24,7% de españoles referían consumo de algún psicótopo a su ingreso, por sólo 10% de extranjeros ($p=0,001$). Los españoles consumen en mayor porcentaje y con diferencias significativas más cocaína (OR=10,2; IC95%: 4,6 a 22,6), heroína (OR=8; IC 95%: 2,2 a 29,2), benzodiazepinas (OR=4,3; IC95%: 1,6 a 11,8), hachis (OR=2,9; IC95%: 1,4 a 6), tabaco (OR=2,9; IC 95%: 1,4 a 6,3), alcohol (OR=1,7; IC95%: 1,01 a 2,8).

El número de UDVP fue de 3 para consumo de heroína de un total de 15 consumidores (20%), y 2 UDVP para el consumo de cocaína de un total de 44 consumidores (5%). Los españoles presentan más seropositividad al VIH (OR=11,3; IC95%: 1,3 a 95,3) y al VHC (OR=5,8; IC95%: 1,5 a 21,9).

Los extranjeros presentan mayor porcentaje de tuberculinas superiores a 10 mm. (OR=2,5; IC95%: 1,25 a 5), más contacto con VHB (OR=2; IC95%: 1,1 a 5) y con la sífilis 4 casos y los 4 en extranjeros.

CONCLUSIONES

El aspecto novedoso de este estudio es que se ha realizado con ingresos primarios, es decir, que no se trata de personas reincidentes. Hemos podido objetivar que en nuestro centro ingresan prácticamente el doble de extranjeros que autóctonos. Los españoles consumen más psicótopos y más drogas de todo tipo, fundamentalmente el consumo de cocaína, dato este, bastante acorde, teniendo en cuenta, que somos el primer país consumidor de esta sustancia (3).

Los españoles presentan mayores porcentajes en cuanto a seropositividad al VIH y VHC, datos que pueden ser justificados en base a la prevalencia de usuarios de drogas por vía parenteral que es mayor en nuestro país que en otros países más pobres o con determinadas características religiosas o culturales(4). Debemos destacar que el uso de la vía parenteral como vía de administración de drogas, ha dejado de ser la primera como lo era para el consumo de la heroína, años atrás (5).

Los extranjeros presentan el doble en porcentaje de tuberculinas superiores a 10 mm., dato que puede justificarse con una mayor prevalencia de la infección tuberculosa en los países de procedencia, o por el posible efecto de la vacunación con BCG, más frecuente en muchos de los países de donde son originarios. También presentan un mayor contacto con la Hepatitis B, y con la sífilis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de Interior [Página en Internet]. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias; c 2006 [última actualización 2006 Sep; citada 2006 Dic 1]. Disponible en: http://www.mir.es/INSTPEN/INSTPENI/Gestion/Estadisticas_mensuales/2006/09/
- (2) Generalitat de Catalunya [Página en Internet]. Barcelona: Departament de Justícia; c 1995-2006 [última actualización 2006 Jul 28; citada 2006 Dic 1]. Disponible en: http://www.gencat.net/justicia/doc/doc_16876593_1.pdf

- (3) Brugal MT. Rodríguez-Martos A. Villalba JR. Nuevas y viejas adicciones: Implicaciones para la salud pública. Gac Sanit. 2006 Mar; 20 Suppl 1: 55-62
- (4) Moselhy F. Telfer I. Modelo de consumo de drogas entre minorías étnicas en un ambiente comunitario de drogadicción. Eur J Psychiat. 2002 Dic; 16(4):236-44
- (5) Iraurgi I. Vielva I. Cambio en la pauta de administración de drogas en la comunidad autónoma vasca. Evolución del periodo 1991-1996. Rev Esp Salud Pública. 2000 Abr;74(2):119-29

PALABRAS CLAVE

Inmigrante, prisión, drogas, enfermedades infecciosas.

Rasgos y trastornos de la personalidad de pacientes ludópatas en la provincia de Valencia (España)

CRISTINA SÁEZ ABAD* Y JOSÉ MANUEL BERTOLÍN GUILLÉN**

*Psiquiatra. Unidad de Salud Mental de Torrente (Valencia)

**Psiquiatra. Unidad Hospitalaria de Psiquiatría, Hospital Arnau de Vilanova (Valencia)

Enviar correspondencia a:
C/ San Clemente, 12. 46015 Valencia

OBJETIVOS

Establecer las características categoriales y dimensionales de la personalidad de los pacientes ludópatas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, de dos cohortes prospectivas: una muestra de 50 pacientes ludópatas frente a un grupo control de 50 voluntarios no-pacientes y no-ludópatas. Ambas cohortes se emparejan por las variables edad, sexo y grado de estudios. Todos los ludópatas seguían tratamiento ambulatorio en la provincia de Valencia. Periodo: enero-mayo de 2004. Instrumentos: cuestionario South Oaks Gambling Screen (SOGS), Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS), y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II). Se determina en ambas cohortes: a) la prevalencia de trastornos de la personalidad; b) la dimensión de los rasgos impulsividad y búsqueda de sensaciones; c) La relación de la gravedad de la ludopatía con respecto a la impulsividad y la búsqueda de sensaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los ludópatas varones consultan más con los dispositivos socio-sanitarios. El tipo de juego más practicado por los ludópatas son las máquinas recreativas con premio. Los ludópatas presentan mayor prevalencia de trastornos de la personalidad y éstos tienen mayor tendencia a ser del grupo B. Los ludópatas son más impulsivos y presentan el rasgo de búsqueda de sensaciones más pronunciado que los individuos sin ludopatía. No hemos

hallado en los pacientes ludópatas relaciones lineales entre los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones con respecto a la gravedad de la ludopatía.

BIBLIOGRAFÍA

- Bonnaire, C., Lejoyeux, M., & Dardennes, R. (2004). Sensation seeking in a French population of pathological gamblers: comparison with regular and nongamblers. *Psychological Reports*, 94 (3 Pt 2), 1361–1371.
- Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, Báez C. El juego patológico en España: aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990-2000). *Rev Psicol Gen Aplic* 2000; 53:641-59.
- El-Guebaly, N., Patten, S.B., Currie, S., Williams, J.V., Beck, C.A., Maxwell, C.J., et al. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use & mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22, 275–287.

PALABRAS CLAVE

Ludopatía, estudio descriptivo, personalidad, España.

Dependencia de sustancias y esquizofrenia

N. SÁEZ; C. LÓPEZ; C. RONCERO; D. BOZZINI; M.

Casas Servicio Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón. Universidad Autónoma de Barcelona

Enviar correspondencia a:

Pg de la Vall. 08035 Barcelona 932746087. nasaez@vhebron.net

OBJETIVO

Se evalúa la comorbilidad entre la esquizofrenia y el consumo de sustancias, la influencia de éstas en el inicio y pronóstico de la misma y la etiopatogenia de dicha asociación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se resumen los artículos del Pub Med desde el año 1990 hasta el 2006, en los que aparecen las palabras esquizofrenia o trastorno psicótico y dependencia o abuso de sustancias, trastorno adictivo, nicotina, estimulantes, alcohol, cannabis, opiáceos y cocaína.

RESULTADOS

El consumo de sustancias psicoactivas es muy prevalente en los pacientes esquizofrénicos. El consumo más frecuente es la nicotina y el alcohol. La comorbilidad es más probable si el paciente presenta unas determinadas características epidemiológicas. Existen varias hipótesis explicativas que van desde la asociación espúrea hasta la presencia de alteraciones neurobiológicas que lo facilitan. La comorbilidad afecta a la topoplastia de la esquizofrenia y empeora el pronóstico.

CONCLUSIONES

La comorbilidad empeora los síntomas de ambas patologías, disminuye el cumplimiento terapéutico y aumenta el número de recaídas. Es importante reconocer y tratar adecuadamente a estos pacientes para optimizar los resultados terapéuticos y mejorar el pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

Casas M, Roncero C, Sáez N. Esquizofrenia y consumo de sustancias. En Roca M (coord.) Trastornos Psicóticos. Fundación Española de Psiquiatría. Ars Médica. Barcelona 2006 .

Green AI. Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacologic approaches. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 7:31-5.

Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. Addiction.

Proyecto Icaro: confiando en el vuelo

SALAZAR CHANG, IVÁN*; NUEZ VICENTE, CRISTINA**

* Club Deportivo Gran Maluc de Castellón

**Dirección General de Salud Pública

Enviar correspondencia a:

Camino Peñarocha. 46023 Valencia. ivansalazar@hotmail

- Crear un programa por el que los jóvenes encuentren puntos de encuentro, de ocio y tiempo libre donde ellos se sientan protagonistas y encuentren satisfacciones sin perjuicios para su desarrollo vital.
- Dotar de libertad a los jóvenes para que organicen sus eventos y sean agentes mediadores con sus pares.
- Compartir con los jóvenes una información adecuada y veraz sobre las drogas y los riesgos asociados a su consumo, a fin de favorecer una toma de decisiones libre y efectiva ante la previsible oferta de drogas.
- Canalizar positivamente la curiosidad del joven hacia actividades saludables.
- Intentar que el no consumo o el consumo moderado sean una opción cultural aceptada en los ambientes recreativos.
- Promover una vivencia rica y diversa del tiempo libre que ayude al joven a encontrar satisfacciones sin perjuicios para su desarrollo vital.
- Ayudarle a construir modos positivos de disfrutar del ocio a partir de las posibilidades del lugar donde vive.

El punto de encuentro es una fiesta nocturna que hemos denominado "La movida". Un evento donde se aúna emoción y acción, y se aglutina a jóvenes de las comarcas del Camp de Morvedre de Valencia y La Plana Baixa de Castellón. "La movida" se realiza cada mes en un pueblo diferente y se repite el itinerario anualmente, un autobús lleva y trae a los jóvenes desde las otras poblaciones. Es un espectáculo liderado por los jóvenes donde el recurso humano, la tecnología y el decorado aspiran a ser competencia de la principal fuente de ocio joven de la zona, la discoteca. El centro de intercambio de ideas, de retroalimentación y de generación de pro-

puestas es un portal virtual. Este portal está construido bajo la arquitectura de comunidades, y busca, igual que en la fiesta nocturna, que el joven tenga su lugar privilegiado. La valoración de los líderes locales de estos eventos fue muy positiva, argumentando su interés en repetir con mayor entusiasmo.

La valoración de los participantes entrevistados fue positiva aunque sugirieron que les hubiera gustado conocer con más tiempo el estilo de fiesta para haber invitado a más gente y haber venido con otra disposición. La valoración por parte de los ayudantes de coordinación fue positiva, aunque sugirieron que en algunos momentos se habían sentido muy desbordados ya que el número de participantes fue mayor del esperado. La valoración de la coordinación fue positiva y se ha hecho una evaluación para tener en cuenta en la realización de las próximas fiestas.

El cambio se resuelve adaptándose al cambio. La observación cercana de las necesidades de la población y la valoración de las propuestas de los jóvenes, hacen de este proyecto algo dinámico y perpetuo.

Se consiguió aglutinar a jóvenes de la zona para que tanto como protagonistas o como espectadores se unieran respetando las normas fundamentales que eran no fumar ni beber alcohol dentro del pabellón. Se contó con la colaboración y el trabajo de personas especializadas en cada actividad, lo que contribuyó a una mayor agilidad en la evolución del evento y además en ningún momento las actividades quedaron sin participantes.

Para próximos eventos habría que mejorar la calidad del material de las instalaciones, la atención al entorno, es necesario prestar mayor atención a la iluminación, sonorización y decoración. Se debe mejorar la publicidad de La Movida, es necesario llegar a los jóvenes, a través de institutos y centro juveniles de la zona y otros mecanismos de publicidad y relaciones públicas en las calles.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández-Hermida, J.R y Secada Villa, R (2003). Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo. Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas.
2. García Carrión, C.; Nuez Vicente, C.; Carabantes; Alarcón, D.; del Pozo Iribarría, J.A. y Beneit Montesinos, J. V. (2004). Internet y Drogas. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja.
3. IREFREA (2000) Salir de Marcha y Consumo de Drogas. Ministerio del Interior, Delegación del gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
4. Quílez. Raquel (Octubre 2004) Estudio sobre el comportamiento del consumidor joven, BBDO. Peridistadigital.com
5. Salazar, I; Nuez, C y Falcó, C (2003) "La movida, una nueva experiencia de ocio". II Congreso Internacional de Ocio Joven. Elx.
6. Salazar, I; Nuez, C (2005) El joven orientado al consumo: Una propuesta de intervención. X Congreso de la sociedad Española de Toxicomanías
7. Sánchez, L; Megías, I; Rodríguez, E (2004) Jóvenes y Publicidad. Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes. Fundación de Ayuda a las Drogas y el Instituto Nacional de la Juventud. Prevención consumo de drogas, jóvenes protagonistas, Internet, ocio saludable, ámbito municipal Unidad de Atención al Fumador Hospital San Millán Avda. Autonomía de La Rioja, s/n 26071 – Logroño

PALABRAS CLAVE

Prevención consumo de drogas, jóvenes protagonistas, internet, ocio saludable, ámbito municipal.

Perfil de los reinicios por recaída en el consumo en un programa de mantenimiento con metadona

SÁNCHEZ DE LA NIETA ARAGONÉS, P.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M.

Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real

Enviar correspondencia a:

C/ Lentejuela 7. 13002 Ciudad Real. eadcreal@teleline.e

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real, el Programa de Mantenimiento con Metadona se inicia el 26 de febrero de 1.998. A lo largo de estos años observamos que un número no desdeñable de pacientes han reiniciado Programa, haciéndose esto más evidente en los dos últimos años.

OBJETIVO

Estudiar las causas por las que los pacientes de un Programa de Mantenimiento con Metadona reinician de nuevo el Programa, así como el perfil de los pacientes cuya causa de reinicio es la recaída en el consumo, para así poder orientar nuestras intervenciones a fin de mejorar el estado de salud de nuestros pacientes y evitar en lo posible las recaídas en el consumo.

METODO

Se revisan 83 historias de pacientes que han reiniciado el Programa de Mantenimiento con Metadona en la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2.005 y el 31 de diciembre de 2.006, estudiando cuáles son las causas de estos reinicios: derivaciones temporales, derivaciones definitivas y recaídas en el consumo. De estos pacientes que reinician el P. M. M. nos centramos en revisar las 18 historias de los pacientes en los que la causa del reinicio en el Programa fue la recaída en el consumo, analizando: edad y sexo de los pacientes, nivel de estudios, situación laboral al termino del P. M. M., causas de finalización del P. M. M., tiempo de permanencia en programa, tiempo transcurrido desde la terminación del P. M. M. hasta el reinicio y dosis media de metadona.

RESULTADOS

De los 83 pacientes que reinician tratamiento con metadona, el 45,78% lo hace por derivación temporal desde otros dispositivos de tratamiento, el 32,52% se debe a derivaciones definitivas y en el 21,68% la causa del reinicio fue la recaída en el consumo de opiáceos (incremento por esta causa, de un 8,33% en el año 2005 a un 31,91% en el año 2006).

El 88,88% de los reinicios por recaída son hombres. En cuanto a la edad, el 50% está comprendido entre 31- 35 años. El 55,55% tienen estudios primarios El 55,55% estaban activos laboralmente cuando finalizan el Programa. En el 55,55% de los casos, la causa de finalización del PMM fue el abandono. El 61,10% permanecieron mas de un año en PMM. El 66,66% tardaron entre cuatro meses y un año en reiniciar el Programa. El 72,21% tenían dosis de metadona superior a 60 mg/ día.

PALABRAS CLAVE

Reinicio, metadona, causas.

Evolución de la demanda de tratamiento por mujeres consumidoras en la unidad de conductas adictivas de Ciudad Real

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M. ; SÁNCHEZ DE LA NIETA ARAGONÉS, P.

Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real

Enviar correspondencia a:
C/ Lentejuela 7. 13002 Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

El número de mujeres consumidoras es bastante más bajo que el de hombres.

En los últimos años se está experimentando un cambio en el consumo de sustancias. Esto conlleva a un cambio en la demanda asistencial. Por otro lado las mujeres acuden menos que los hombres a los Centros Asistenciales debido al estigma social, la falta de apoyo de la pareja, el cuidado de los hijos y otro tipo de responsabilidades familiares.

OBJETIVO

Conocer los posibles cambios producidos a lo largo de 14 años en la demanda asistencial de la mujer consumidora en una Unidad de Conductas Adictivas, en cuanto a inicios de tratamiento y droga principal se refiere.

METODO

Se revisan 459 historias clínicas de pacientes mujeres que comenzaron tratamiento en nuestra Unidad en el periodo comprendido entre el 1 de Febrero de 1993 y el 31 de Diciembre de 2006. Como instrumentos se utilizan las historias clínicas de las pacientes, analizando como variable la droga principal que motivó su demanda asistencial.

RESULTADOS

Del total de los inicios de tratamiento producidos en el periodo comprendido desde el 1 de Febrero de 1993 al 31 de Diciembre de 2006, el 13,15% corresponde a los inicios de mujeres. De estos, el 45,96% son por consumo de opiáceos, el 31,80% por consumo de alcohol, el 8,99% por consumo de cocaína, el 5,44% por consumo de tabaco, el 4,57% por consumo de cannabis y el 3,26% por consumo de otras sustancias.

Analizando la evolución de la demanda de tratamiento en las mujeres por consumo de opiáceos, pasamos de un 73,80% en el año 1993 a un 18,91% en el año 2006. En cuanto al alcohol, de un 9,52% en 1993 a un 43,24% en el 2006. Referente a la cocaína, de un 2,3% en 1993 a un 27,01% en el año 2006. Con respecto a cannabis, tabaco y otras sustancias, no se observan prácticamente diferencias a lo largo de estos años.

PALABRAS CLAVE

Mujer, inicios, droga principal.

Perfil de la mujer adicta a cocaína en la unidad de conductas adictivas de Ciudad Real

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M., MONTOYA CROUS, I.

Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real

Enviar correspondencia a:

C/ Lentejuela 7. 13002 Ciudad Real. eadcreal@teletel.e

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real venimos observando, cuando analizamos la demanda de tratamiento en mujeres, un incremento en los inicios de tratamiento de cocaína (hemos pasado del 2.34% en 1993 a un 27.01% en 2006).

OBJETIVO

Conocer el perfil de la mujer dependiente de cocaína que inicia tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real durante el período comprendido entre el 1 de Febrero de 1993 y el 31 de Diciembre de 2006, para adaptar la intervención en pro de una mayor efectividad de las acciones.

METODO

Revisión de 41 historias clínicas correspondientes a mujeres que han iniciado tratamiento de cocaína en la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real a lo largo de 14 años. Como instrumentos se utilizan las Historias Clínicas de las pacientes, analizando como variable edad de inicio del tratamiento, estado civil, procedencia, nivel de estudios, situación laboral, tipo de convivencia, situación judicial, primera droga que consumió, edad de inicio en el consumo de cocaína, motivo del primer consumo, vía de administración, cantidad de consumo, ambiente social, consumo concomitante de otras sustancias, tratamiento previo y motivo para realizar tratamiento.

RESULTADOS

El 63,41% de las mujeres que inician tratamiento por cocaína están comprendidas en el intervalo de edad de 18-29 años; el 75,60% están solteras; el 51,21% proceden del medio rural; el 63,41% poseen estudios primarios; el 53,65% están trabajando o estudiando; el 60,97% conviven con su familia de origen y el 73,17% no tienen antecedentes judiciales. En el 80,48% de las pacientes, la primera droga de contacto es el tabaco, el alcohol o ambas. El intervalo de edad más frecuente en el inicio del consumo de cocaína es de 15 a 20 años (68,29%); el motivo del primer consumo en el 48,78% fue la curiosidad seguido de la presión por pareja consumidora (19,51%); en cuanto a la vía de administración el 68,29% usa la vía esnifada; el 46,34% refiere consumir entre medio y un gramo/ día y el 19,51% más de dos gramos/ día. En cuanto al ambiente social el 46,34% refieren que casi todas sus relaciones consumen y el 29,26% dicen relacionarse sólo con algunos consumidores. El 53,65% refieren consumir además de la cocaína, alcohol y tabaco. El 73,17% no había realizado tratamiento previo. Sólo el 21,95% acuden por iniciativa propia.

PALABRAS CLAVE

Mujer, cocaína, perfil.

Evolución de pacientes con alcoholismo durante dos años de tratamiento

JORGE F. SÁNCHEZ PEÑA; JOSÉ JUAN RODRÍGUEZ SOLANO

Servicio de Salud Mental "Puente de Vallecas" Madrid.

Enviar correspondencia a:
CALLE PEÑA. 28053 MADRID. jorgefs@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El seguimiento del enfermo alcohólico permite saber si éste se halla en abstinencia, recaída o abandono del tratamiento. Se considera que la dependencia del alcohol es una enfermedad crónica en la que los períodos de remisión pueden ser interrumpidos por recaídas (1). Por tanto, el objetivo primordial del tratamiento es que el paciente consiga la abstinencia y que la mantenga. La conservación de la abstinencia en la fase de deshabitación, motiva una sensible mejora de sus problemas físicos, psíquicos, familiares, laborales y sociales (2). Para lograr esto, es recomendable que el paciente esté incluido en un Programa de Alcoholismo apropiado donde pueda conseguir la ayuda precisa para solucionar los problemas que surjan durante su tratamiento.

El objetivo de este estudio es investigar la evolución del paciente alcohólico durante los dos años de su seguimiento en el Programa de Alcoholismo de este Servicio de Salud Mental (SSM).

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se realizó en el SSM de "Puente de Vallecas", Madrid. Se registraron las 300 primeras historias con los diagnósticos de "Síndrome de Dependencia Eólica" y "Abuso de Alcohol" desde el año 1994, con los siguientes criterios de selección: a) pacientes incluidos en el Programa de Alcoholismo del SSM, b) con Entrevista de Valoración de Alcoholismo (3) realizada.

Se considera recaída una vuelta al consumo continuado de alcohol y no a un consumo ocasional sin repercusiones biopsicosociales. Para el presente estudio se utilizó el programa estadístico G-Stat.

RESULTADOS

El perfil del paciente alcohólico tratado en este SSM es el siguiente: varón de 40 años de edad, casado, con estudios primarios realizados y que se encuentra activo en su vida laboral. Al término de los dos años en el Programa de Alcoholismo se obtiene que el 39,67% de los pacientes se hallan en abstinencia, el 9,33% en recaída y el 51% ha abandonado el tratamiento. En otros estudios realizados las tasas de abstinencia a medio y largo plazo varían de un 20 a un 30% (4, 5). La evolución de estos estados en los diferentes períodos del seguimiento se puede observar cómo a partir del mes 6 la abstinencia se estabiliza. También se observa que los mayores porcentajes de recaídas se producen hasta el sexto mes y de abandonos hasta el noveno. Los pacientes que continúan en tratamiento en el programa, consuman alcohol o se mantengan en abstinencia, es decir, la adherencia al tratamiento es de un 49%. Este dato en la bibliografía de otros autores es muy variable y puede alcanzar el 66,7% (6).

CONCLUSIONES

- La abstinencia en la muestra estudiada es de 39,67%.
- Las recaídas aumentan hasta el sexto mes, a partir del cual la abstinencia se estabiliza.
- Los mayores porcentajes de abandono se producen hasta el noveno mes. -La adherencia al tratamiento es de 49%.

REFERENCIAS

- (1) O'Brien Ch, McLellan T. Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 1996; 347 (Jan. 27): 237- 240.
- (2) Ventura I. Psicoterapia del Alcoholismo. En: *Tratado de Alcoholología*. Cuevas J, Sanchos M. Lab. Dupont-Pharma. 2000; 239.
- (3) Sánchez JF, Olmeda MS. Entrevista de Valoración de Alcoholismo en Salud Mental. *Anales de Psiquiatría*. 2003; 19 (9); 355-360.
- (4) Finney JW et al. Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholics patients six months and two years after hospitalización. *J. Of Consulting and Clinical Psychology*. 1980; 48,1: 17-19.
- (5) Soyka M. *DieAlkoholkrankheit*. Weinheim, London: Chapman & Hall, 1.995.
- (6) Cuadrado P, García R, Alonso M^a. Manejo de la Dependencia Alcohólica. Lab. Janssen-Cilag, 1999; 67-71.

El uso de incentivos en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína: efecto de la magnitud del reforzador

ROBERTO SECADES-VILLA, OLAYA GARCÍA-RODRÍGUEZ, HELÍ ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, ARCADIO RÍO RODRÍGUEZ, JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ-HERMIDA Y JOSÉ LUÍS CARBALLO

Enviar correspondencia a:

Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo. secades@uniovi.es

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar el efecto del uso de incentivos sobre la retención y el consumo de cocaína en un programa ambulatorio para adictos a esta sustancia.

METODOLOGÍA

La muestra del estudio fue extraída de forma aleatoria, del total de pacientes que acudían a dos centros de Proyecto Hombre (Asturias y Madrid) por sus problemas con la cocaína, según criterios DSM-IV. El total de pacientes seleccionados fue de 66 (91% hombres y 9% mujeres). La edad media de los participantes fue de 29 años (rango 19-43). Los pacientes se asignaron aleatoriamente a tres grupos de tratamiento: tratamiento estándar (N=37), tratamiento con incentivos I (N=15) y tratamiento con incentivos II (N=14). Los pacientes de estos dos grupos recibían incentivos contingentes a la abstinencia de cocaína con dos magnitudes diferentes. En el grupo de incentivo I, cada punto ganado por los pacientes equivalía al doble del valor del grupo de incentivos II.

Las variables dependientes fueron la retención (permanencia o abandono de los pacientes a los seis meses de tratamiento y número de semanas promedio de permanencia en el programa, y consumo de cocaína (semanas de abstinencia continuada y porcentaje de analíticas positivas).

RESULTADOS

La tasa de retención a los seis meses de tratamiento fue del 35% en el tratamiento estándar, del 78,6% en el tratamiento con incentivos I y del 53,3% en el tratamiento con incentivos II. La media de semanas en tratamiento fue de 12 semanas en el grupo de tratamiento estándar, 20 en el grupo de incentivos I y 15 semanas

en el grupo de incentivos II. La abstinencia continuada fue de 11 semanas en el grupo estándar, 17 en el grupo de incentivos de mayor magnitud y 14 en el grupo de incentivos de menor magnitud. El porcentaje de analíticas positivas fue de 13%, 1% y 3% respectivamente.

CONCLUSIONES

Estos resultados sugieren que el uso de incentivos puede ser una estrategia eficaz para mejorar la retención y reducir el consumo en los tratamientos ambulatorios para la adicción a la cocaína.

REFERENCIAS

- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). A Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction. Disponible en <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA1.html> [22 Enero 2006].
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R. Carballo, J.L., Errasti Pérez, J.M. y Al-Halabi Díaz, S. (2006). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Higgins, S. T., Alessi, S. M. y Dantona, R. L. (2002). Voucher-based incentives. A substance abuse treatment innovation. *Addictive Behaviors*, 27, 887-910.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R. y Badger, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 568-576.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (en prensa). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. *Adicciones*

PALABRAS CLAVE

Cocaína, incentivos, programa ambulatorio.

Identificación de elementos bloqueadores de la acción preventiva escolar desde el discurso social del alumnado y profesorado

TOMÁS, S.; TORRIJO MJ.; AGUILAR M.; AGUILAR, J.

Enviar correspondencia a:
GUARDIA CIVIL 46020 VALENCIA. pepa.torrijo@fepad.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente estudio fue identificar los elementos que actúan como bloqueadores de la acción preventiva escolar desarrollada a través de los programas de prevención de drogodependencias en la Comunidad Valenciana: Prevenir para Vivir y Órdago.

MÉTODO

La población objeto de estudio la integran el profesorado de Educación Infantil, Primaria y Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O) así como el alumnado de este último nivel educativo del curso académico 2005-2006 en centros educativos de la Comunidad Valenciana del área de actuación de la Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD).

La muestra final objeto de estudio han sido de 856 profesores y 2889 alumnos. El estudio se ha sustentado en la realización de 101 Mesas de Debate realizadas con personal docente y 67 Actividades de Aprendizaje Interactivo ejecutadas con el alumnado de la E.S.O (16 Exposiciones Itinerantes y 51 Video Forum), mediante un análisis cualitativo del discurso que profesorado y alumnado mantienen en relación a los elementos que dificultan las actividades preventivas.

RESULTADOS

Pese a la identificación de elementos bloqueadores de la acción preventiva, ambos grupos objeto de estudio valoran positivamente los programas de prevención calificándolos como buenos instrumentos educativos. Fundamentalmente se percibe como barreras por parte del profesorado para la aplicación óptima de la prevención en el aula la inseguridad sobre sus capacidades, conocimientos y habilidades para desarrollar conceptos preventivos, elevada percepción de desacreditación de su labor docente por parte del alumnado y delegación excesiva de la familia. Dicha situación provoca un grado de desmotivación hacia la aplicación del programa y la creencia de estar realizando actuaciones contrapreventivas e incluso incitadoras al consumo.

Asimismo, por parte del alumnado se percibe un alto interés por recabar mayor información sobre drogas pero a través de un discurso más directo, claro y veraz y con una metodología más dinámica y participativa que permita exponer sus necesidades informativas y dudas. Así mismo demandan un trabajo específico de aprendizaje de habilidades sociales para la resolución de conflictos y técnicas de resistencia a la presión grupal a la que se ven sometidos.

CONCLUSIONES

Identificado el discurso y valorada la percepción de profesor-alumno respecto a la prevención del consumo de drogas, a nivel técnico se aconseja; a) con el alumnado adolescente, trabajo directo con el alumno en credibilidad, capacitación y consolidación de actitudes y aptitudes; b) con el profesorado, formación práctica a través del manejo de técnicas grupales para aumentar la sinergia con los objetivos marcados para el grupo de alumnos; y c) con la familia, fomento del encuentro entre padres e hijos con el fin de explicitar y contrastar los discursos y opiniones de ambos grupos.

PALABRAS CLAVE

Acción preventiva, ámbito escolar, implantación, elementos bloqueadores, docentes, alumnado.

El consumo de drogas en mujeres de la Comunidad Valenciana

TOMÁS, S¹; TORRIJO, MJ²; AGUILAR R²; CHORÉN S²; AGUILAR J²; JABAZÍN M²; HERNÁNDEZ MC²; LUQUE Y²; ESCRIBANO M²; VIDAL A²

Enviar correspondencia a:
GUARDIA CIVIL. 46020 VALENCIA. pepa.torrijo@fepad.es

El objetivo del presente estudio fue analizar la realidad del consumo de drogas en mujeres de la Comunidad Valenciana.

MÉTODO

Se seleccionó una muestra de 2.400 mujeres residentes en la Comunidad Valenciana, a partir de 16 años de edad. Se diseñó un cuestionario de 128 ítems compuesto por variables como datos sociodemográficos, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, motivaciones y problemas relacionados con el consumo, factores de riesgo y relaciones de pareja. Posteriormente se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Las prevalencias de consumo de las diferentes sustancias fueron: tabaco (35,8%, consumo diario), alcohol (50,4%, consumo en el último mes), cannabis (8,8%, consumo en el último mes), cocaína (1,4%, consumo en el último mes), drogas de síntesis (0,3%, consumo en el último mes), heroína (0,2%, consumo alguna vez en la vida), alucinógenos (0,1%, consumo en el último mes), anfetaminas (0,3%, consumo en el último mes), tranquilizantes (2,6%, consumo en el último mes), hipnóticos (1,2%, consumo en el último mes).

CONCLUSIONES

Las drogas legales y los psicofármacos presentan prevalencias elevadas, por lo que es necesario dedicar esfuerzos preventivos específicos a estos tipos de sustancias entre las mujeres de la Comunidad Valenciana.

PALABRAS CLAVE

Mujeres, drogas, consumo.

Factores protectores frente al consumo de alcohol en la adolescencia

TORREGROSA, M.S.; INGLÉS, C.J.; ESPADA, J.P.; DELGADO, B.; GARCÍA-FERNÁNDEZ, J.M.; REDONDO

Enviar correspondencia a:

Dep. Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Avda. de la Universidad s/n. 03202 Elche. Alicante. marisold@gmail.com

OBJETIVOS

Elaborar un modelo explicativo identificando las variables psicoeducativas (metas académicas, autoconcepto y rendimiento académico) que actúan como factores protectores del consumo de alcohol.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra estaba formada por 352 estudiantes de 2º, 3º y 4º de E.S.O. de cuatro centros de la ciudad de Elche (Alicante). De los estudiantes seleccionados 179 eran varones y 173 mujeres, con un rango de edad de 12 a 18 años ($M = 14.66$; $DT = 1.08$).

Instrumentos

- Cuestionario de Evaluación de Metas Académicas (CEMA, Achievement Goal Tendencies Questionnaire; Hayamizu y Weiner, 1991). El CEMA evalúa tres tipos de metas académicas: metas de aprendizaje, metas de rendimiento orientadas a la valoración social y metas de rendimiento orientadas al logro.

- Cuestionario de Autoconcepto (SDQ-II, Self-Description Questionnaire II; Marsh, 1992). El SDQ-II evalúa 11 subescalas: Habilidades físicas, Apariencia física, Relaciones con el sexo opuesto, Relaciones con personas del mismo sexo, Relación con los padres, Sinceridad- veracidad, Estabilidad emocional, Matemáticas, Verbal, Académica general y Autoestima.

- Cuestionario de Consumo de Alcohol y Tabaco (Questionnaire about Consume of Alcohol and Tobacco TNT; Sussman, Dent, Burton, Stacy y Flay, 1995). El instrumento utilizado está formado por 12 ítems, traducidos al castellano, extraídos del cuestionario de evaluación del programa TNT. En este estudio se ha tenido únicamente en cuenta el consumo actual de alcohol.

- Rendimiento académico. Evaluado a partir de la calificación en las áreas de matemáticas y lengua.

RESULTADOS

Se propusieron modelos de regresión logística en función del género y el curso. El modelo propuesto para varones permite estimar correctamente el 79.5% de los casos, entrando a formar parte como predictoras: relaciones con el sexo opuesto ($Wald = 4.60$; $p = 0.03$) y metas académicas orientadas al logro ($Wald = 8.37$; $p = 0.00$). Para las mujeres, se realiza una estimación correcta del 67.8% de los casos a partir del modelo planteado, que incluye como predictoras: relaciones con los padres ($Wald = 4.23$; $p = 0.04$) y metas académicas orientadas al logro ($Wald = 9.10$; $p = 0.00$). Los modelos proponen, en el caso de los varones, que la probabilidad de no ser consumidor de alcohol es 1.14 veces superior para aquellos que tengan altas puntuaciones en metas orientadas al logro, mientras que es 0.94 veces menor para aquellos que presenten altas puntuaciones en relaciones con el sexo opuesto. Para las mujeres observamos, que la probabilidad de no ser consumidora es 1.05 veces mayor entre las mujeres que presenten altas puntuaciones en relaciones con los padres y 0.81 veces menor para las chicas que presenten altas puntuaciones en metas académicas orientadas al logro. En lo que respecta al curso académico, únicamente fue posible elaborar un modelo predictivo para los estudiantes de 4º de E.S.O., siendo las variables que entraban a formar parte del modelo: relaciones con los padres ($Wald = 5.93$; $p = 0.01$) y relaciones con el sexo opuesto ($Wald = 5.52$; $p = 0.01$), realizándose una estimación correcta del 62.5% de los casos. En 4º de E.S.O. se observa que la probabilidad de no ser consumidor de alcohol es 1.07 veces mayor

en los estudiantes que puntúan alto en la escala de relaciones con los padres y es 0.94 veces menor en los estudiantes que puntúan alto en la escala de relaciones con el sexo opuesto.

CONCLUSIONES

A partir de los modelos planteados, se constata que las variables psicoeducativas pueden actuar como factores protectores en la conducta de consumo de alcohol, si bien es cierto que sería necesario tener en consideración otras variables implicadas en el consumo. Asimismo, cabe señalar, que las mismas variables pueden presentar un efecto diferente en función del sexo y el curso académico, por tanto es conveniente que se tengan en cuenta estos aspectos a la hora de plantear modelos más potentes.

REFERENCIAS

- Bryant, A.L., Schulenberg, J.E., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. y Johnston, L.D. (2003). How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6-Year, Multiwave National Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 361-397.
- Carrasco, A.M., Barriga, S. y León-Rubio, J.M. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9, 205-226.
- García, M.V., Alvarado, J.M. y Jiménez, A. (2000). La predicción del rendimiento académico: regresión lineal versus regresión logística. *Psicothema*, 12, 248-252.
- Hayamizu, T. y Weiner, B. (1991). A test of Dweck's model of achievement goals as related to perceptions of ability. *Journal of Experimental Education*, 59, 904-915.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (2006). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes españoles. *International Journal of Health Psychology* (aceptado).
- Kirkcaldy, B.D., Siefen, G., Surall, D. y Bischoff, R.F. (2004) Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 247-265.
- Marsh, H.W. (1992). *The Self Description Questionnaire II: SDQ-II manual*. Sydney: University of Western Sydney.
- Martínez, J.M. y Robles, L. (2001) Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13 (2), 222-228.
- Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D., Stacy, A.W. y Flay, B.R. (1995). *Developing schoolbased tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

PALABRAS CLAVE

Alcohol, adolescencia, metas académicas, autoconcepto, rendimiento académico.

Relaciones entre consumo de alcohol, motivación académica, autoconcepto y rendimiento escolar

TORREGROSA, M.S., INGLÉS, C.J., ESPADA, J.P., DELGADO, B., GARCÍA-FERNÁNDEZ, J.M. Y REDONDO, J.

Enviar correspondencia a:
Dr. Cándido J. 03202 Elche. Alicante. marisoltd@gmail.com

OBJETIVOS

Examinar si existen diferencias estadísticamente significativas en metas académicas, autoconcepto y rendimiento académico en función de si los estudiantes son consumidores de alcohol.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra estaba formada por 352 estudiantes de 2º, 3º y 4º de E.S.O. de cuatro centros de la ciudad de Elche (Alicante). De los estudiantes seleccionados 179 eran varones y 173 mujeres, con un rango de edad de 12 a 18 años ($M = 14.66$; $DT = 1.08$).

Instrumentos

- Cuestionario de Evaluación de Metas Académicas (CEMA, Achievement Goal Tendencies Questionnaire; Hayamizu y Weiner, 1991). El CEMA evalúa tres tipos de metas académicas: metas de aprendizaje, metas de rendimiento orientadas a la valoración social y metas de rendimiento orientadas al logro.
- Cuestionario de Autoconcepto (SDQ-II, Self-Description Questionnaire II; Marsh, 1992). El SDQ-II evalúa 11 subescalas: Habilidades físicas, Apariencia física, Relaciones con el sexo opuesto, Relaciones con personas del mismo sexo, Relación con los padres, Sinceridad-veracidad, Estabilidad emocional, Matemáticas, Verbal, Académica general y Autoestima.
- Cuestionario de Consumo de Alcohol y Tabaco (Questionnaire about Consume of Alcohol and Tobacco TNT; Sussman, Dent, Burton, Stacy y Flay, 1995). El instrumento utilizado está formado por 12 ítems, traducidos al castellano, extraídos del cuestionario de evaluación del programa TNT (Toward No Tobacco Use). En este estudio se ha tenido en cuenta únicamente el consumo actual.
- Rendimiento académico. Para evaluar el rendimiento académico se solicitó la calificación de los estudiantes en las áreas de matemáticas y lengua.

RESULTADOS

Al examinar las diferencias entre consumidores y no consumidores en las variables psicoeducativas en función del género, se observa que los varones no consumidores presentaron puntuaciones significativamente superiores ($t = -2.91$; $p = 0.004$) a las de sus compañeros consumidores en metas de rendimiento orientadas al logro. Por el contrario, las mujeres consumidoras de alcohol, presentan puntuaciones significativamente superiores a las mujeres no consumidoras ($t = 2.62$; $p = 0.009$) en este tipo de metas. En lo que respecta al curso académico no se observaron diferencias estadísticamente significativas para 2º y 3º de E.S.O., sin embargo, en 4º de E.S.O. se observó que, mientras los estudiantes no consumidores presentaban puntuaciones significativamente más altas que los consumidores en relaciones con los padres ($t = -2.02$; $p = 0.045$) presentaban puntuaciones significativamente más bajas en relaciones con el sexo opuesto ($t = 2.09$; $p = 0.038$).

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio apuntan a que los varones que no consumen alcohol están más orientados a conseguir un elevado rendimiento escolar que sus compañeros consumidores, sin embargo, las mujeres presen-

tan el patrón contrario, siendo las consumidoras de alcohol las que se muestran más orientadas a conseguir un elevado rendimiento. En lo que respecta al curso académico, se observa como al aumentar aparecen diferencias significativas entre consumidores y no consumidores. Los consumidores puntúan mas alto en relaciones con el sexo opuesto y los no consumidores puntúan más alto en relación con los padres. Estos resultados podrían relacionarse con los obtenidos en investigaciones previas en las que se considera el consumo de alcohol como una conducta influenciada por factores sociales y que se practica con fines lúdicos (Del Barrio y Alonso, 1996; Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003).

REFERENCIAS

- Bryant, A.L., Schulenberg, J.E., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. y Johnston, L.D. (2003). How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6- Year, Multiwave National Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 361-397.
- Carrasco, A.M., Barriga, S. y León-Rubio, J.M. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9, 205-226.
- Del Barrio, V. y Alonso, C. (1996). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clínica y salud*, 5, 69-81.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003) Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84.
- Hayamizu, T. y Weiner, B. (1991). A test of Dweck's model of achievement goals as related to perceptions of ability. *Journal of Experimental Education*, 59, 904-915.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (2006). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes españoles. *International Journal of Health Psychology* (aceptado).
- Marsh, H.W. (1992). *The Self Description Questionnaire II: SDQ-II manual*. Sydney: University of Western Sydney.
- Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D., Stacy, A.W. y Flay, B.R. (1995). *Developing schoolbased tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.
- Zimmerman, M.A. y Schmeelk-Cone, K.H. (2003). A longitudinal analysis of adolescent substance use and school motivation among african american youth. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 185-210.

PALABRAS CLAVE

Alcohol, adolescencia, metas académicas, autoconcepto, rendimiento académico.

Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes españoles

TORREGROSA, M.S., INGLÉS, C.J., ESPADA, J.P., DELGADO, B., GARCÍA-FERNÁNDEZ, J.M. Y REDONDO, J.

Enviar correspondencia a:
Avda. de la 03202 Elche. Alicante marisoldt@gmail.com

OBJETIVOS

Analizar las tasas de consumo de alcohol en estudiantes de E.S.O.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra estaba formada por 352 estudiantes de 2º, 3º y 4º de E.S.O. de cuatro centros de la ciudad de Elche (Alicante). De los estudiantes seleccionados 179 eran varones y 173 mujeres, con un rango de edad de 12 a 18 años (M = 14.66; DT = 1.08).

Instrumentos

Cuestionario de Consumo de Alcohol y Tabaco (Questionnaire about Consume of Alcohol and Tobacco TNT; Sussman, Dent, Burton, Stacy y Flay, 1995). El instrumento utilizado está formado por 12 ítems, traducidos al castellano, extraídos del cuestionario de evaluación del programa TNT (Toward No Tobacco Use). En este estudio se han tenido únicamente en cuenta los seis ítems de la escala adaptada que hacen referencia al consumo de alcohol.

RESULTADOS

El 82.4% de los adolescentes entrevistados señalan haber consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión, existiendo diferencias significativas ($p = 0.00$) entre los estudiantes que afirman haber bebido en alguna ocasión y aquellos que nunca han bebido. De los adolescentes que manifiestan haber consumido alcohol, el 27.6% afirma haber consumido en más de diez ocasiones. Asimismo, el 25.6% de los encuestados manifiesta consumir actualmente esta sustancia, siendo el 15.1% los que afirman haberse emborrachado en alguna ocasión durante el último mes.

CONCLUSIONES

Las tasas de consumo de alcohol en la adolescencia obtenidas a partir del estudio coinciden con los datos encontrados en investigaciones recientes (PND, 2005), señalando que un elevado porcentaje de estudiantes ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión. Estos datos podrían respaldar el patrón de consumo actual en la adolescencia, caracterizado por un consumo de grandes dosis de alcohol durante el fin de semana (Muñoz-Rivas, Andreu y Gutiérrez., 2005; Observatorio Español sobre Drogas, 2004; Sánchez-Pardo, 2002). A la vista de estos datos, parece necesario redefinir los programas de prevención de consumo de drogas en la adolescencia, identificando las variables de riesgo y protección e interviniendo sobre ellas para disminuir las tasas de consumo de alcohol.

REFERENCIAS

Alonso, C. y Del Barrio, V. (1996) Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. *Psicología Educativa: Revista de los Psicólogos de la Educación*, 2, 91-112.

- Becoña, E. (2000) Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77. Del Barrio, V. y Alonso, C. (1996). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clínica y salud*, 5, 69-81.
- Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C., Espada, J.P., Torregrosa, M.S. y García-Fernández, J.M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y drogas*, 5, 55-66.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003) Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84.
- González, F., García-Señorán, M.M. y González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8 (2), 257-267.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (2006). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes españoles. *International Journal of Health Psychology* (aceptado).
- Muñoz-Rivas, M., Andreu, J.M. y Gutiérrez, P. (2005). Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes. *Salud y Drogas*, 5, 67-79.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. 58ª Asamblea Mundial de la Salud.
- Plan Nacional sobre Drogas (2004) Observatorio español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). Observatorio español sobre drogas. Informe nº8. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Sánchez-Pardo, L. (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*, 14, 79-98. Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D., Stacy, A.W. y Flay, B.R. (1995). *Developing schoolbased tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications

PALABRAS CLAVE

Alcohol, adolescencia, consumo.

Cambios en las características y demandas de los adictos a la heroína por la incorporación de un programa de mantenimiento con metadona en la oferta de tratamiento en el Alto Maresme (Barcelona) 14 años después de su implantación

TREMOLEDA J, AFUERA O, GIRALDO M, MARTÍNEZ J, SANROMA M.

Enviar correspondencia a:
Sant Jaume de 08370 Barcelona. jtremoleda@salut.m

OBJETIVO

Describir el impacto en las características y demandas de los adictos a la heroína que acuden por primera vez a pedir atención, por la incorporación como tratamiento de un Programa de Mantenimiento con Metadona, implantado según los principios de la reducción de daños en una zona geográfica concreta y desde una unidad especializada de tratamiento con dispensación descentralizada.

METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo de las características de los usuarios que hacen demanda de atención por primera vez (vía de inicio del consumo, vía de consumo y antigüedad del consumo en el momento de realizar la primera demanda, incidencia de la infección por el VIH en la primera demanda de los usuarios por vía parenteral), y de la evolución del programa entre 1992 i 2006 (814 inicios: nº de pacientes diferentes en tratamiento; proporción de pacientes adictos a la heroína conocidos que hacen o han hecho PTM, evolución de las altas y reingresos; motivos del alta; acceso a otras modalidades o recursos de tratamiento, evolución de la mortalidad).

RESULTADOS

Se confirma la gran retención de los pacientes con dependencia a heroína en el PTM, y se observa: un aumento del acceso a otros recursos de tratamiento; un aumento de demandas de pacientes adictos a heroína que no estaban en tratamiento y especialmente de consumidores de heroína por vía no parenteral; una disminución muy importante de la tendencia en la incidencia de la infección por el VIH en los UDVP que acuden por primera vez, y una disminución de la mortalidad de los incluidos en PTM.

CONCLUSIONES

Además de que la utilidad de los PMM en reducir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida de los PMM ha sido demostrada en numerosos estudios, el utilizar criterios relacionados con la reducción de daños (individualización del tratamiento, flexibilidad en las dosis y en la relación con los profesionales, acercamiento al medio, facilitación de take-home, evitación de las listas de espera,) probablemente ha facilitado el acceso al PMM de una parte de la población adicta a la heroína con criterios de dependencia que no accedían a otros tipos de tratamiento, evitando posiblemente su deterioro y el paso a consumos más problemáticos (como la vía parenteral). Pensamos que la descripción de "la realidad de los consumidores y de sus necesidades" desde los centros de tratamiento esta probablemente muy condicionada a factores ligados a aspectos funcionales de los programas que se ofrecen y que son muy variables según el contexto donde se desarrollan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1998;93:515-32.

2. Fernández Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los estudios de evaluación. *Med Clin (Barc)* 2001;116:150-4.
4. Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services, and outcome. New York:Springer-Verlag; 1991.
5. NIDA. Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones. NIH Publicación No. 01-4180(S), 2001.
6. Colom J, Duro P. Tractament de manteniment amb metadona: manual de pràctica clínica. Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública de Catalunya..2005.
7. Parrino MW, State Methadone Maintenance Treatment Guidelines. US. Department of Health and Human Services. Rockville:SAMSHA;1992.
8. Puigdollers E, Cots F, Brugal MT, Torralba L, Domingo-Salvany A. Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. *Gac Sanit* 2003;17(2):123-30.

PALABRAS CLAVE

Programas de mantenimiento con metadona, impacto en adictos a heroína, reducción de daños, acceso a tratamiento, heroína.

SOCIDROGALCOHOL

■ SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO ■

Nombre y dos apellidos

Edad Año de nacimiento DNI/NIF Tel./Fax

Domicilio

C.P. Ciudad y Provincia

Profesión Cargo

Centro de trabajo y dirección

Socios que avalan su inscripción (dos).

Nombre Firma:

Nombre Firma:

En, a de de El solicitante, (Firma)

Sr. Director de,
BANCO o CAJA DE AHORROS Sucursal

Dirección

C.P. Ciudad Teléfono

Ruego a Uds. que hasta nuevo aviso se sirvan atender con cargo a mi Cuenta Corriente/libreta de ahorro
nº Entidad

Oficina D.C. los recibos que a mi nombre le sean presentados por,

SOCIDROGALCOHOL

Les saluda atentamente,
(Firma)

En, a de de

Nombre NIF

A. SOCIDROGALCOHOL. Sírvanse tomar nota que doy orden a

BANCO o CAJA DE AHORROS

Sucursal Dirección

C.P. Ciudad, para que sean atendidos con cargo a
mi, C/C o Libreta nº Entidad Oficina D.C.

los recibos que por Cuota de Asociados a SOCIDROGALCOHOL (C.I.F. G58333420), me sean presentados por esa Asociación.

En, a de de
(Firma)

Nombre

Domicilio

C.P. Ciudad

NOTA: Enviar este impreso íntegro a la Presidencia de SOCIDROGALCOHOL, quien tras tomar los datos oportunos remitirán al Banco o Caja de Ahorros que proceda, la parte superior del mismo. ¡GRACIAS!

SOCIDROGALCOHOL. Avda. Hospital Militar, 180. 08023 BARCELONA. Tel./fax: 932103854 • E-mail: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

boletín de suscripción:

■ DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos

NIFProfesión

Dirección N° Piso

Tel. Población D.P. Provincia

E-mail

■ SUSCRIBANME A: «Adicciones». Año 2007

España	4 ejemplares y suplementos	40,00 €		suscripción particular
	4 ejemplares	100,00 €		suscripción instituciones
	1 ejemplar	10,00 €		
	1 monográfico	13 €		
Extranjero	4 ejemplares y suplementos	55 €	55 \$	suscripción particular
	4 ejemplares	125 €	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, 3º. 07003 Palma de Mallorca. Baleares (España).

Tel.: 971 72 74 34. Fax.: 971 21 33 06 • E-mail: secretaria@adicciones.es

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, 2º, 3º
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. Enfátice 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

Enfátice 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

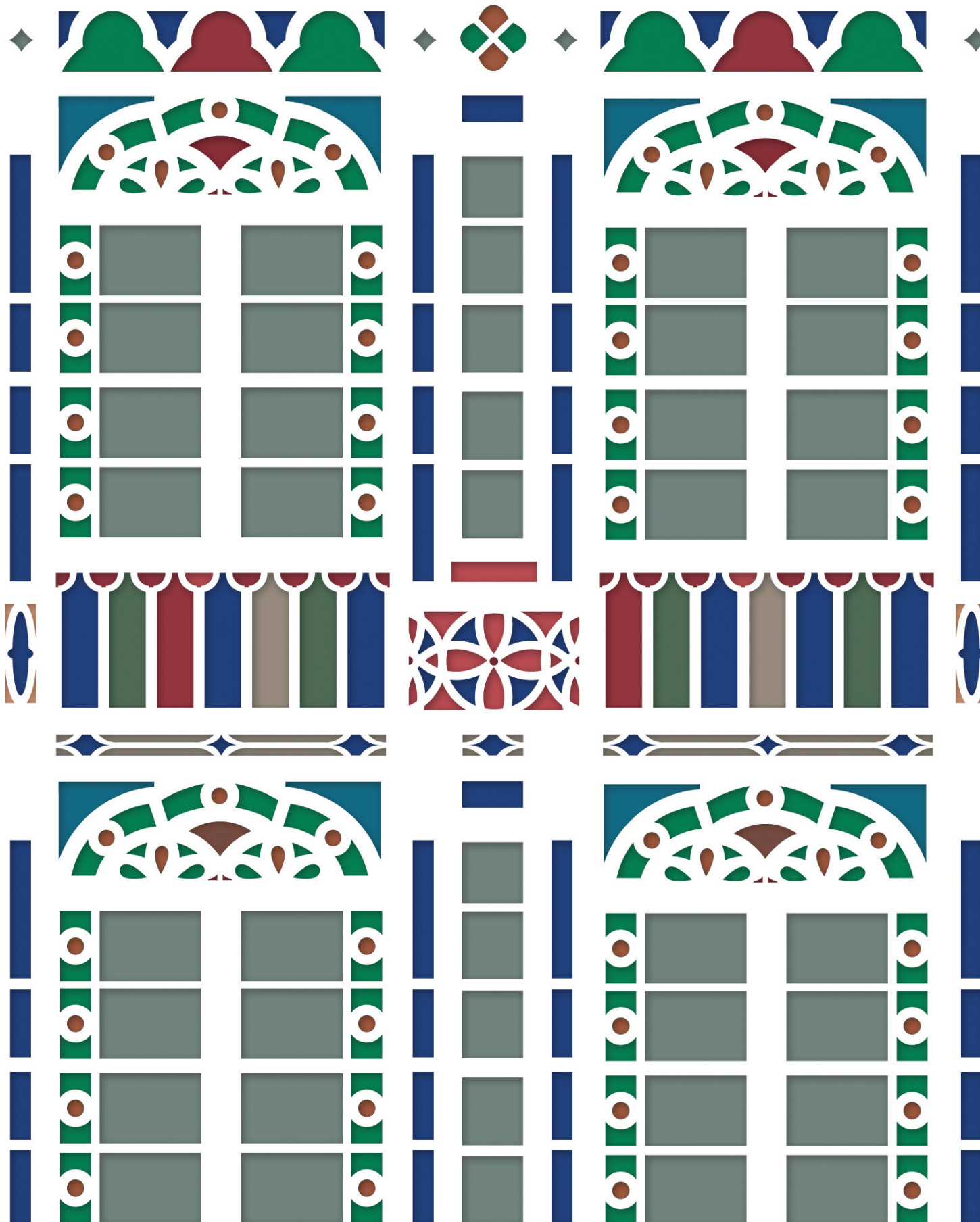
En caso de producirse alguna errata en el material publicado, achacable al autor o al proceso de edición, la revista en un siguiente número indicará en un apartado de "Erratas" la corrección.

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.



XXXV JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL