

adicciones

**XXXV JORNADAS NACIONALES
DE SOCIDROGALCOHOL.
A CORUÑA**

Subvencionado por:

Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas



2008

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 Angel 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 Liácer.
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 encargar aparte separatas del mismo. Se enviará a los autores el artículo publicado en formato pdf.

Suscripciones y números sueltos. Suscripciones y números sueltos. Para suscribirse a la revista se debe rellenar el correspondiente boletín de suscripción, que aparece en la revista o en www.socidrogalcohol.org, y enviarlo a: Adicciones. Rambla, nº 15, 2º, 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



 MIÉRCOLES 9 DE ABRIL DE 2008		TALLER PRECONGRESO PARA PROFESIONALES EN FORMACIÓN
8:30 - 9 h	Entrega de documentación	
9 - 10 h	Las Adicciones en los Sistemas Internacionales de Clasificación de Enfermedades.	
10 - 11 h	Historia Clínica y Evaluación en Adicciones.	
11 - 11:30 h	Café	
11:30 - 12:30 h	Programas de Mantenimiento con Antagonistas Opiáceos, Interdictores del Alcohol y otros fármacos.	
12:30 - 13:30 h	Terapia Motivacional en Adicciones.	
13:30 - 16 h	Pausa	
16 - 17 h	Estrategias de Reducción de Daños en Adicciones. Consumo de Menor Riesgo y Prevención de Sobredosis.	
17 - 18 h	Programas de Mantenimiento con Sustitutivos Opiáceos: de la Teoría a la Práctica Clínica.	
18 - 18:30 h	Café	
18:30 - 19:30 h	Terapia Cognitivo-Conductual en Adicciones.	
19:30 - 20:30 h	Tratamiento Farmacológico del Tabaquismo.	

MIÉRCOLES 9 ABRIL 2008

TALLER PRECONGRESO PARA PROFESIONALES EN FORMACIÓN

9:00-10:00

Las Adicciones en los Sistemas Internacionales de Clasificación de Enfermedades.
Elisardo Becoña Iglesias. Catedrático de Psicología Clínica. Facultad de Psicología.
Universidad de Santiago de Compostela.

10:00-11:00

Historia Clínica y Evaluación en Adicciones.

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

11:00-11:30

Café

11:30-12:30

Programas de Mantenimiento con Antagonistas Opiáceos, Interdictores del Alcohol y otros fármacos.

Gerardo Flórez Menéndez. Psiquiatra. Director UAD. Ourense.

12:30-13:30

Terapia Motivacional en Adicciones.

Montse Contel Guillamón. Psicóloga. (SERPI) de San Juan de Dios. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

13:30-16:00

Pausa

16:00-17:00

Estrategias de Reducción de Daños en Adicciones. Consumo de Menor Riesgo y Prevención de Sobredosis.

César Pereiro Gómez. Psiquiatra. Director Médico Servicios Asistenciales ACLAD (PGsD). A Coruña.

17:00-18:00

Programas de Mantenimiento con Sustitutivos Opiáceos: de la Teoría a la Práctica Clínica.

Domingo de Miguel Arias. Psiquiatra. UHP. Servicio de Psiquiatría. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

18:00-18:30

Café

18:30-19:30

Terapia Cognitivo-Conductual en Adicciones.

Lorena Casete Fernández. Psicóloga Clínica. UAD A Coruña ACLAD (PGsD).

19:30-20:30

Tratamiento Farmacológico del Tabaquismo.

Cristina Pinet Ogué. Psiquiatra. Programa de Tabaquismo. Servicio Psiquiatría. Hospital Sant Pau. Barcelona.

JUEVES 10 DE ABRIL DE 2008	SALA ARAO	SALA 1	SALA 2
9 - 9:30 h	Entrega de documentaciones		
9:30 - 11 h	Trastornos de personalidad y adicciones.	Adaptación de los tratamientos psicofarmacológicos a los cambios neurobiológicos en patología dual.	Especificidad del trabajo social en adicciones.
11 - 11:30 h	Café		
11:30 - 13 h	Mesa debate: Políticas Sanitarias en Adicciones.	Nuevos avances en la genética de las adicciones.	
13 - 13:30 h	Conferencia de apertura: PNSD		
13:30 - 14 h	Inauguración Oficial		
14 - 16 h	Almuerzo de Trabajo		
16 - 17:30 h	Mesa Debate: ¿Cuál es el estado de la prevención de las drogodependencias en España?	Investigación en drogodependencias	Atención específica a menores con problemas de drogas.
17:30 - 19 h	Conductas adictivas y comorbilidad o tricorbilidad con TDAH y TLP.	Salas de consumo supervisado.	Simposium Satélite 2: Presentación de Guías de Apoyo a la Toma de Decisiones Clínicas

JUEVES 10 DE ABRIL DE 2008

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y ADICCIONES

Moderadora: Ana López Durán. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Evaluación psicológica

Vicente Caballo Manrique. Profesor Titular de Psicopatología. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

Tratamiento psicológico

Ricardo Bravo de Medina Hernández. Psicólogo clínico. Centro de Medicina Psico-Orgánica.

Actualización en el tratamiento farmacológico de pacientes con trastorno de personalidad

Jose Martinez-Raga MD, PhD. Departamento de Fisiología, Farmacología y toxicología. Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Unidad de Conductas Adictivas Departamento 12 de Salud. Centro de Salud de Corea. Gandia (Valencia).

ADAPTACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS A LOS CAMBIOS NEUROBIOLÓGICOS EN PATOLOGÍA DUAL

Moderador: José Eduardo Carreño Rendueles. Director Clínica Médico Psicológica Asturias. Gijón (Asturias).

Psicofármacos y dependencia de Psicoestimulantes

Enriqueta Ochoa Mangado. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Psicofármacos y Dependencia de Opiáceos

Luis Duarte Patricio. Centro Das Taipas. Lisboa.

Psicofármacos y Dependencia de Alcohol

Esther Casado. Asistente de psiquiatría. Equipo I - Consulta Externa da U. D. Centro das Taipas, IDT Portugal.

ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES

Moderadora: Nuria Davila Domínguez. Trabajadora Social. Unidad de tratamiento de alcoholismo y ludopatía ASVIDAL. Vigo (Pontevedra).

Diagnóstico Social en las periciales con drogodependientes

Pilar Ruiz Rodríguez. Trabajadora Social. Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Logroño.

Interdisciplinariedad y Drogodependencias

Sonia Ferro Mora. Trabajadora Social del CAID de Parla. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

La integración de los inmigrantes, acercamiento a un programa y directrices para la intervención

M^a Monserrat Carabelos Casalderrey. Trabajadora Social. Servicios Sociales. Ayuntamiento de Vilaboa (Pontevedra).

MESA DEBATE: POLÍTICAS SANITARIAS EN ADICCIONES: MODELOS DE INTERVENCIÓN

Moderador: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Pendiente de concretar)

La red madrileña de drogodependencias: identidad propia.

Manuel Molina Muñoz. Director Gerente de la Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Desde la Atención Primaria a la Especializada: un abordaje integrado de las Conductas Adictivas en Extremadura

Juan Carlos Martín Araujo. Secretario Técnico de Drogodependencias. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura

La red gallega de atención a las adicciones: hacia su integración en salud mental

Víctor Pedreira Crespo. Subdirector General de Salud Mental y Drogodependencias. Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia

NUEVOS AVANCES EN LA GENÉTICA DE LAS ADICCIONES

Moderadora: Pilar Alejandra Sáiz Martínez. Profesor Titular Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Facultad de Medicina. Oviedo (Asturias).

Papel de la dinorfina en la vulnerabilidad genética por el consumo de etanol en ratones

Jorge Manzanares Robles. Instituto de Neurociencias de Alicante. Universidad Miguel Hernández - CSIC.

Marcadores genéticos en la respuesta al tratamiento en pacientes con dependencia al alcohol

Gerardo Flórez Menéndez. Psiquiatra. Director UAD. Ourense.

Bases genéticas comunes de los trastornos antisociales y de las adicciones
Guillermo Ponce Alfaro. Servicio de Psiquiatría. Hospital Doce de Octubre.
Madrid.

CONFERENCIA DE APERTURA: PNSD

INAUGURACIÓN OFICIAL

MESA DEBATE: ¿CUÁL ES EL ESTADO DE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA?

Moderador: José Ramón Fernández Hermida. Profesor Titular. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo (Asturias).

El estado de la Prevención en España visto desde el Plan Nacional sobre Drogas

Sonia Moncada Bueno. Jefa del Área de Prevención. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Mejora continua de la intervención preventiva: la propuesta del Plan de Galicia sobre Drogas

Jesús Morán Iglesias. Jefe de Área de Prevención. Reinserción e Coordinación del Plan de Galicia sobre Drogas.

La prevención desde el Plan Estratégico de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana

Leonor Cano Pérez. Secretaria Técnica del Comisionado para la Atención y Prevención de Drogodependencias. Comunidad Valenciana.

INVESTIGACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Moderador: Mario Páramo. Psiquiatra. Hospital Provincial de Conxo. Santiago.

Tomás Palomo Álvarez. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Francisco Javier Laso Guzmán. Catedrático de Medicina. Universidad de Salamanca.

ATENCIÓN ESPECÍFICA A MENORES CON PROBLEMAS DE DROGAS

Moderador: Alfonso Tembrás López. Educador Social. Comunidad Terapéutica Fonte do Ouro. ACLAD. PGsD. Culleredo (A Coruña).

Trabajando el consumo de drogas con menores infractores

Francisco Aguelo Muñoz. Director del Centro de Reforma San Jorge. Zaragoza.

Tratamiento de menores consumidores de drogas en una Unidad de Hospitalización

L. Miguel Moreno Iñiguez. Psiquiatra Infanto-juvenil de la Unidad de Adolescentes del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Prevención escolar de drogodependencias. "De bo rollo" programa de habilidades para la vida

María Pilar Bermejo González. Psicóloga clínica. Directora de la UMAD. Santiago de Compostela

CONDUCTAS ADICTIVAS Y COMORBILIDAD O TRICOMORBILIDAD CON TDAH Y TLP

Moderador: Miguel Casas Brugué. Catedrático de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón. Barcelona.

Evaluación de la Comorbilidad en drogodependencias: la entrevista PRISM

Marta Torrens Melinch. Profesora Asociada de Psiquiatría. U Autónoma de Barcelona. Jefe de Sección de Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría Hospital del Mar. Barcelona.

Conductas adictivas y TDAH en el Adulto

Josep-A. Ramos-Quiroga: Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinador Programa de déficit de atención en el Adulto. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón.

Drogodependencias comorbilidad y trimorbilidad con Trastorno límite de la personalidad

Marc Ferrer Vinardell. Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinador del Programa del Trastorno Límite de Personalidad. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall de Hebron.

SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO

Moderador: Juan José Llopis Llacer. Psiquiatra. UCA de Castellón. Universidad de Jaume I. Castellón.

La luz de un reflejo al fondo del abismo

Christian Gallardo Mayta. Coordinador Sanitario del Las Barranquillas. Madrid.



Una Sala de Consumo Supervisado en Bilbao

Javier Río Navarro. Coordinador. Sala de Consumo Supervisado de Médicos del Mundo.

Descripción de los pacientes del programa de reducción de daños del ambulatorio de drogodependencias (CAS) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron (Barcelona).

Marco Antonio Rovira Isanda. Coordinador de Reducción de Daños. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron. Barcelona.

SIMPOSIUM SATÉLITE 2: PRESENTACIÓN DE GUÍAS DE APOYO A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS



	SALA ARAO	SALA 1	SALA 2
VIERNES 11 DE ABRIL DE 2008			
9 - 10:30 h	Tratamientos psicológicos basados en la evidencia.	Abuso de medicación y adicción.	Comunicaciones Orales
10:30 - 12 h	Estudios de seguimiento en adicciones.	Simposium Satélite 3: Janssen	Mesa debate. Encuentros con la historia
12 - 12:30 h	Café		
12:30 - 14 h	Redes sociales como factores de riesgo y protección.	Simposium Satélite 4 Schering Plough: Suboxone®: Avanzando en el tratamiento de la dependencia a opiáceos	Adicciones emergentes.
14 - 16 h	Almuerzo de Trabajo		
16 - 17:30 h	Avances en la evaluación de las adicciones.	Adicciones y centros penitenciarios.	Simposium Satélite 5
17:30 - 19 h	El laboratorio de toxicología y las drogodependencias.	Simposium Satélite 6 Boehringer Ingelheim: Comorbilidad entre depresión y conductas adictivas	El tratamiento de fumadores en la red de drogodependencias.
19:15 h	Asamblea sociodrogalcohol		
21:30 h	Cena de gala		

VIERNES 11 DE ABRIL DE 2008

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Moderador: José Luis Furió. Psicólogo. UCA de Villajoyosa (Alicante).

Tratamiento de la dependencia a Cocaína

Lorena Casete Fernández. Psicóloga Clínica. UAD A Coruña ACLAD (PGsD).

Tratamiento de la dependencia a Alcohol

Montse Contel Guillamón. Psicóloga. SERPI. San Juan de Dios- Servicios de Salud Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Tratamiento de las dependencias "Mixtas" en Centros de Tratamiento Residencial y Semi residencial

Juan Llorente del Pozo. Psicólogo Clínico. Centro de Tratamiento Foronda.

ABUSO DE MEDICACIÓN Y ADICCIÓN

Moderador: Miguel Gutiérrez Fraile. Universidad del País Vasco/Hospital Santiago Apóstol. Vitoria(Alava). Catedrático de Psiquiatría/Jefe de Servicio de Psiquiatría.

Abuso de medicamentos analgésicos y cefaleas

Patricia Pozo Rosich. Unidad de Cefaleas Servicio de Neurología. Hospital Universitario Vall Hebrón. Barcelona.

Caracterización psicopatológica de pacientes abusadores de analgésicos

Carlos Roncero Alonso, Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinador CAS drogodependencias. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón (Barcelona).

Abuso de benzodiacepinas en pacientes con trastornos mentales graves

Roberto Rodríguez Jiménez. Especialista en Psiquiatría / Profesor Asociado, Universidad Complutense de Madrid. Unidad de Alcoholismo y Patología Dual. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre.

COMUNICACIONES ORALES

Moderador: Francisco Pascual Pastor. Subdirector Médico. Hospital General de Elda (Alicante).

ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO EN ADICCIONES

Moderadora: Ángeles Lorenzo Lago. Profesora Titular de Medicina. CHUS. Santiago de Compostela (A Coruña).

Efectos del tratamiento del alcoholismo: Resultados a 20 años

Toni Gual Solé. Jefe de la Unidad de Alcoholología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Evaluación de la efectividad de los programas de tratamiento con derivados opiáceos en Galicia

Lorenzo Sánchez Pardo. Director Técnico. CEG. Madrid.

Estudio de seguimiento a 10 años de fumadores tratados

María del Carmen Míguez. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

SIMPOSIUM SATÉLITE 3: JANSSEN

MESA DEBATE. ENCUENTROS CON LA HISTORIA

Moderador: Adolfo Bobadilla Pardos. Psiquiatra. Ex-Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la USC.

Historia de Socidrogalcohol(3) ó historia del abordaje al alcoholismo y otras toxicomanias en España (1985-2005)

Joaquín Santodomingo Carrasco. Ex-presidente de Socidrogalcohol. Madrid.

Francesc Freixa Santfeliu. Ex-presidente de Socidrogalcohol. Barcelona.

Miguel Angel Torres Hernández. Ex-presidente de Socidrogalcohol. Valencia.

REDES SOCIALES COMO FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Moderadora: Carmen Guimaranans Freijeiro. Psicóloga Clínica. ASVIDAL. Vigo.

Normas sociales, creencias normativas y redes de pares.

Gregor Burkhart, MD, MPH. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Senior Analyst.

Conductas de riesgo y amistades.

Amador Calafat Far. Director de la Revista Adicciones. Palma de Mallorca.

La cuestión del género en las redes.

Fernando Mendes. Irefrea. Portugal.

SIMPOSIUM SATÉLITE 4 (SCHERING PLOUGH): SUBOXONE®: AVANZANDO EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A OPIÁCEOS

Moderador: José Pérez de los Cobos Peris. Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas (Servicio de Psiquiatría). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Aspectos farmacológicos de los programas de tratamiento con buprenorfina/naloxona

Francisco González Saiz. Psiquiatra. Asesor de Docencia/Investigación. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS). Junta de Andalucía. Sevilla.

Tratamiento de la dependencia a opiáceos con Suboxone®

Gregorio Martín Carmona. Coordinador UTED Dr. Santero. Cruz Roja Madrid/ Agencia Antidroga Comunidad de Madrid.

Suboxone® en Europa: La experiencia Portuguesa

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

ADICCIONES EMERGENTES

Moderador: Domingo Miguel Arias. Médico psiquiatra. CHU Juan Canalejo. A Coruña.

Drojnet: Aplicación de las Nuevas tecnologías de la Comunicación a la Prevención de Drogodependencias

Juan del Pozo Iribarria. Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública y Consumo. La Rioja.

Toxicidad de drogas emergentes

Benjamín Climent Díaz. Médico. Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Adicción a Internet

Marina Muñoz Rivas. Profesora de Psicología Universidad Autónoma. Madrid.

AVANCES EN LA EVALUACIÓN DE LAS ADICCIONES

Moderadora: M^a Paz García-Portilla González. Prof. Titular Psiquiatría. Facultad de Medicina. Oviedo (Asturias).

Índice de gravedad de la adicción, v 6.0 - ASI6

M^a Teresa Bobes Bascarán: Psicóloga. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Nuevas escalas en la evaluación del alcoholismo: La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) y la Escala de Deterioro en la Inhibición de Respuesta para el Alcoholismo (IRISA)

Josep Guardia Serecigni. Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.

Evaluación neuropsicológica en consumo de cocaína

Estrella Salvador Vadillo. DUE Toxicomanías Hospital Ramon y Cajal. Madrid.

ADICCIONES Y CENTROS PENITENCIARIOS

Moderador: Ventura Ferrer Castro. Médico. Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense).

Tratamiento de las adicciones en prisión

Andrés Martínez Cordero. Médico. Centro Penitenciario de Villabona. Asturias.

Motivación para el cambio

M^ª Angels Baldellou Bitria. Centro Penitenciario Vaad Raas. Barcelona.

Epidemiología del consumo de drogas en los centros penitenciarios

Santiago Rincón Moreno. Médico. Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Castellón.

SIMPOSIUM SATÉLITE 5 (Por concretar)

EL LABORATORIO DE TOXICOLOGÍA Y LAS DROGODEPENDENCIAS.

Moderador: Benito López-de Abajo Rodríguez. Director del Instituto de Medicina Legal de Galicia. Santiago de Compostela.

Mortalidad por reacción aguda a drogas. 15 años de seguimiento

Maria Jesús Tabernero Duque. Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade.

Consumo de sustancias estimulantes y drogas de abuso en el deporte

Sabina Strano Rossi. Laboratorio Antidoping de la Federación Médico Deportiva. Roma.

Detección precoz de consumo de drogas en gestantes

Ana Bermejo Barrera. Catedrática de Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago.

SIMPOSIUM SATÉLITE 6 (BOEHRINGER INGELHEIM): COMORBILIDAD ENTRE DEPRESION Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Moderador: Juan Carlos Díaz del Valle. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización. Servicio de Psiquiatría. C.H.Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Juan Ramírez López. Psiquiatra. Coordinador Asistencial del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Huelva.

Antonio Terán Prieto. Psiquiatra. Director de la Unidad de Alcoholismo y Drogodependencia. Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia.

EL TRATAMIENTO DE FUMADORES EN LA RED DE DROGODEPENDENCIAS

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

¿Dónde debemos tratar a los fumadores que quieren dejar de fumar?

Joan Ramón Vilalbí Hereter. Adjunto a la Gerencia. Agencia de Salud Pública. Barcelona.

El tratamiento de los fumadores en la red de drogodependencias y alcoholismo de Cataluña

M^a Cristina Pinet Ogué. Psiquiatra Adjunto, Consultor 2. Responsable del Programa de Tratamiento del Tabaquismo. Coordinador del Proyecto: Hospital Sense Fum. Unidad de Toxicomanias. Servicio de Psiquiatría. Hospital Sant Pau. Barcelona.

Una experiencia de deshabituación tabáquica grupal en atención primaria llevada a cabo por un equipo multidisciplinar

Cesareo Barreiro Sorribas. Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica. Centro de Especialidades de Coia. Saúde Mental. SERGAS. Vigo (Pontevedra).

ASAMBLEA SOCIDROGALCOHOL

	SALA ARAO	SALA 1	SALA 2
SÁBADO 12 DE ABRIL DE 2008			
9:30 - 11 h	Trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis.	El programa de reforzamiento comunitario (CRA) para el tratamiento de la adicción a drogas.	Los centros de encuentro y acogida como recursos de intervención en reducción de daños en adicciones.
11 - 11:30 h	Café		
11:30 - 13 h	Bases genéticas de los comportamientos adictivos.	Manejo de tratamiento de la hepatitis C en programas de metadona	Intervenciones breves oportunistas en atención primaria para la detección y el tratamiento del consumo excesivo de alcohol
13 - 13:45 h	Conferencia: Avances en investigación farmacoterapéutica de las adicciones		
14 h	Clausura		

SÁBADO 12 DE ABRIL DE 2008

TRASTORNOS SIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE CANNABIS

Moderador: José Antonio Ramos Atance. Catedrático de Universidad. Facultad de Odontología. Universidad Complutense. Madrid.

Trastornos psiquiátricos en consumidores de cannabis

Francisco Arias Horcajada. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

El consumo de cannabis como factor psicotizante

Dolores Baño Rodrigo. Directora. Médico-Psiquiatra Centro de Atención integral a drogodependientes. CAID Majadahonda (Madrid).

Tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas del cannabis

Josep Solé Puig. Coordinador de la Unidad de Patología Dual y del Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias. Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

EL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO (CRA) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A DROGAS

Moderador: Roberto Secades Villa. Profesor Titular. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo (Asturias).

Implementación del programa CRA en la asistencia sanitaria pública

Emilio Sánchez Hervás. Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Departamento 10 de la Consellería de Sanidad. Valencia.

El programa CRA + terapia de incentivos en el los Países Bajos

Laura de Fuentes Merillas. Novadic-Kentron, Network for Addiction Treatment Services, and The Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addictions (NISPA), at the Radboud University of Nijmegen.

Eficacia del uso de incentivos en el tratamiento de la adicción a la cocaína

Olaya García Rodríguez. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

LOS CENTROS DE ENCUENTRO Y ACOGIDA COMO RECURSOS DE INTERVENCIÓN EN REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ADICCIONES

Moderador: Indalecio Carrera Machado. Jefe de Servicio. Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Santiago de Compostela. (A Coruña).

Dispositivo móvil de emergencias socio-sanitarias

Elisa Alba Yagüe. Responsable P. Reducción de Daños. Servicio de Asistencia y Reinserción. Agencia Antidroga. Madrid.

El centro de encuentro y acogida de Granada

Gloria Fernández-Gaytan Angulo. Responsable CEA. Granada.

La experiencia del Centro de Encuentro y Acogida de Oviedo

Charo Reyes Pérez. Responsable del proyecto. CEA Caritas. Oviedo.

BASES GENÉTICAS DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS

Moderador: Francisco Otero Lamas. Director-médico de la Unidad Asistencial de Drogodependencias CEDRO. Vigo (Pontevedra).

Nuevas herramientas genómicas para estudios de asociación

Ángel Carracedo Álvarez. Catedrático de Medicina Lega. Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica-Consellería de Sanidade Centro Nacional de Genotipado-Universidad de Santiago de Compostela.

Polimorfismos genéticos en el alcoholismo

Francisco Javier Laso Guzmán. Catedrático de Medicina. Universidad de Salamanca Jefe de Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca.

Farmacogenética y tratamiento de mantenimiento con metadona

María Francina Fonseca Casals. Instituto de Psiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar. Barcelona.

MANEJO DE TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PROGRAMAS DE METADONA

Moderadora: M^a Ángeles Castro Iglesias. Facultativo Especialista Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna B. Hospital Juan Canalejo. Universidad de A Coruña.

Epidemiología del VHC y su impacto actual y futuro en usuarios a drogas

Juan Antonio Pineda. Hospital de Valme. Sevilla.

Screening y selección de pacientes candidatos a un tratamiento frente al VHC

Soledad López Calvo. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Tratamiento actual del VHC: indicaciones, eficacia y seguridad

Javier Garcia-Samaniego. Hospital Carlos III. Madrid.

INTERVENCIONES BREVES OPORTUNISTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Moderador: Luis Nogueiras Fernández. Psicólogo Clínico. Unidad de tratamiento de Alcoholismo. Ourense.

Desarrollo del programa "Beber Menos" en Cataluña. De la investigación a la clínica

Joan Colom Farran. Subdirección General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Desarrollo del programa "Beber Menos" en Portugal. Participación en un programa europeo

Cristina Ribeiro Gomes. Centro de salud Sete Rios. Lisboa.

Programas de intervención breve oportunista em Galicia: del PAPPS a "Beber menos"

Jacinto Mosquera Nogueira. Médico de Familia. Centro Asistencial ASVIDAL. Vigo.

CONFERENCIA: AVANCES EN INVESTIGACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LAS ADICCIONES

Iván Darío Montoya Bravo. Director Clínico. Pharmacotherapies and Medical Consequences of Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Bethesda (EEUU).

XXXV
JORNADAS NACIONALES
SOCIDROGALCOHOL

A Coruña
10, 11 y 12 de abril de 2008

Índice

XXXV JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

RESÚMENES PONENCIAS

TRABAJANDO EL CONSUMO DE SUSTANCIAS CON MENORES INFRACTORES <i>Aguelo Muñoz, F.</i>	37
DISPOSITIVO MÓVIL DE EMERGENCIAS SOCIO-SANITARIAS <i>Alba Yagüe, E.</i>	38
MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO <i>Baldellou Bitria, A.</i>	39
EL CONSUMO DE CANNABIS COMO FACTOR PSICOTIZANTE <i>Baño Rodrigo, M.D.</i>	40
UNA EXPERIENCIA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA GRUPAL EN ATENCIÓN PRIMARIA LLEVADA A CABO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR <i>Barreiro Sorrivas, C.</i>	41
PREVENCIÓN ESCOLAR DE DROGODEPENDENCIAS."DE BO ROLLO" PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA VIDA <i>Bermejo González, M.P.</i>	43
DETECCIÓN PRECOZ DE CONSUMO DE DROGAS EN GESTANTES <i>Bermejo, A.M.; López, P.</i>	44
ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN, V 6.0 - ASI6 <i>Bobes Bascarán, M. T.</i>	46
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO <i>Bravo de Medina Hernández, R.</i>	47
NORMAS SOCIALES, CREENCIAS NORMATIVAS Y REDES DE PARES <i>Burkhart, G.</i>	48
LA INFLUENCIA DEL GRUPO DE AMIGOS EN EL CONSUMO DE DROGAS CUANDO SE SALE DE MARCHA <i>Calafat, A.</i>	49
LA INTEGRACIÓN DE LOS INMIGRANTES, ACERCAMIENTO A UN PROGRAMA Y DIRECTRICES PARA LA INTERVENCIÓN <i>Carabelos Casalderrey, M.</i>	50
PSICOFÁRMACOS Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL <i>Casado, E.; Vilar, G.; Patrício, L.</i>	51
TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A COCAÍNA <i>Casete Fernández, L.</i>	51
TOXICIDAD DE DROGAS EMERGENTES <i>Climent Díaz, B.</i>	53
EL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO (CRA) + TERAPIA DE INCENTIVOS EN LOS PAÍSES BAJOS <i>De Fuentes-Merillas, L.; De Jong, C.A.J.</i>	54
DROJNET: APLICACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN A LA PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS <i>Del Pozo Iribarría, J.; Pérez Gómez, L.; Ferreras Oleffe, M.; Herrera, E.; Nuez Vicente, C.; García, A.</i>	55
¿CUÁL ES EL ESTADO DE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA? <i>Fernández Hermida, J.R.; Moncada Bueno, S.; Morán Iglesias, J.; Cano Pérez, L.</i>	56

EL CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA DE GRANADA	
<i>Fernandez-Gaytán Angulo, G.</i>	57
DROGODEPENDENCIAS COMORBILIDAD Y TRIMORBILIDAD CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD	
<i>Ferrer, M.; Andión, O; Casas, M.</i>	58
INTERDISCIPLINARIEDAD Y DROGODEPENDENCIAS	
<i>Ferro Mora, S.</i>	59
MARCADORES GENÉTICOS EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL	
<i>Flórez Menéndez, G.</i>	60
FARMACOGENÉTICA Y TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA	
<i>Fonseca, F.; Torrens, M.</i>	61
LA LUZ DE UN REFLEJO AL FONDO DEL ABISMO	
<i>Gallardo Mayta, C.</i>	62
EFICACIA DEL USO DE INCENTIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA	
<i>García Rodríguez, O.</i>	63
EFFECTOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO: RESULTADOS A 20 AÑOS	
<i>Gual, A.; Lligoña, A.; Bravo, F.</i>	64
NUEVAS ESCALAS EN LA EVALUACIÓN DEL ALCOHOLISMO: LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE CRAVING DE ALCOHOL (EMCA) Y LA ESCALA DE DETERIORO EN LA INHIBICIÓN DE RESPUESTA PARA EL ALCOHOLISMO (IRISA)	
<i>Guardia Serecigni, J.; Luquero Vived, E.; Trujols Albet, J.; Burguete Uriol, T.; Cardús Moya, M.</i>	65
POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN EL ALCOHOLISMO	
<i>Laso Guzmán, F.J.</i>	66
TRATAMIENTO DE LAS DEPENDENCIAS “MIXTAS” EN CENTROS DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL Y SEMI RESIDENCIAL	
<i>Llorente del Pozo, J.M.; Puente Pazos, V.</i>	67
SCREENING Y SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A UN TRATAMIENTO FRENTE AL VHC	
<i>López Calvo, S.</i>	68
PAPEL DE LA DINORFINA EN LA VULNERABILIDAD GENÉTICA POR EL CONSUMO DE ETANOL EN RATONES	
<i>Manzanares, J.; Femenía, T.</i>	69
ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD	
<i>Martínez Raga, J.</i>	70
TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PRISIÓN	
<i>Martínez-Cordero, A.</i>	71
LA CUESTIÓN DEL GÉNERO EN LAS REDES	
<i>Mendes, F.</i>	72
ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 10 AÑOS DE FUMADORES TRATADOS	
<i>Míguez Varela, M.C.</i>	72
AVANCES EN INVESTIGACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LAS ADICCIONES	
<i>Montoya, I.D.</i>	73
MEJORA CONTINUA DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA: LA PROPUESTA DEL PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS	
<i>Morán Iglesias, J.</i>	74
TRATAMIENTO DE MENORES CONSUMIDORES DE DROGAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	
<i>Moreno Iñiguez, L.M. ; Arango López, C.</i>	75
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BREVE OPORTUNISTA EN GALICIA: DEL PAPPS A “BEBER MENOS”	
<i>Mosquera Nogueira, J.</i>	76

ADICCIÓN A INTERNET	
<i>Muñoz Rivas, M.</i>	77
PSICOFÁRMACOS Y DEPENDENCIA DE PSICOESTIMULANTES	
<i>Ochoa Mangado, E.</i>	78
PSICOFÁRMACOS Y DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS	
<i>Patrício, L.; Casado, C.; Costa, A.; Mendes, L.; Vasconcelos, M.; Duran, D.</i>	78
EL TRATAMIENTO DE LOS FUMADORES EN LA RED DE DROGODEPENDENCIAS Y ALCOHOLISMO DE CATALUÑA	
<i>Pinet, M.C.</i>	79
ABUSO DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS Y CEFALÉAS	
<i>Pozo Rosich, P.</i>	80
CONDUCTAS ADICTIVAS Y TDAH EN EL ADULTO	
<i>Ramos-Quiroga, J.A.</i>	81
LA EXPERIENCIA DEL CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA DE OVIEDO	
<i>Reyes Pérez, C.</i>	82
DESARROLLO DEL PROGRAMA “BEBER MENOS” EN PORTUGAL. PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA EUROPEO	
<i>Ribeiro Gomes, C.</i>	84
EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS	
<i>Rincón Moreno, S.</i>	85
UNA SALA DE CONSUMO SUPERVISADO EN BILBAO	
<i>Rio Navarro, J.</i>	86
ABUSO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES	
<i>Rodríguez Jiménez, R.</i>	88
CARACTERIZACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE PACIENTES ABUSADORES DE ANALGÉSICOS	
<i>Roncero Alonso, C.</i>	89
DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DEL AMBULATORIO DE DROGODEPENDENCIAS (CAS) DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA VALL D’HEBRON (BARCELONA)	
<i>Rovira, M.; Ripoll, L.; Bassols, X.; Roncero, C.; Casas, M.</i>	90
DIAGNÓSTICO SOCIAL EN LAS PERICIALES CON DROGODEPENDIENTES	
<i>Ruiz Rodríguez, P.</i>	91
EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN CONSUMO DE COCAÍNA	
<i>Salvador Vadillo, E.; Madoz-Gúrpide, A.</i>	93
EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON DERIVADOS OPIÁCEOS EN GALICIA	
<i>Sánchez Pardo, L.</i>	94
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA CRA EN LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA	
<i>Sánchez-Hervás, E.</i>	96
HISTORIA DEL ABORDAJE AL ALCOHOLISMO Y OTRAS TOXICOMANIAS EN ESPAÑA (1985-2005)	
<i>Santo-Domingo, J.</i>	97
TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS DEL CONSUMO DEL CANNABIS	
<i>Solé Puig, J.</i>	98
CONSUMO DE SUSTANCIAS ESTIMULANTES Y DROGAS DE ABUSO EN EL DEPORTE	
<i>Strano Rossi, S.</i>	99
MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A DROGAS. 15 AÑOS DE SEGUIMIENTO	
<i>Tabernero Duque, M.J.; López de Abajo, B.</i>	100

EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN DROGODEPENDENCIAS: LA ENTREVISTA PRISM <i>Torrens, M; Díaz, L.</i>	101
HISTORIA DE SOCIDROGALCOHOL. PERÍODO DE 1985-2008 <i>Torres Hernández, M.A.</i>	102
¿DÓNDE DEBEMOS TRATAR A LOS FUMADORES QUE QUIEREN DEJAR DE FUMAR? <i>Villalbí, J.R.</i>	103

ÍNDICE COMUNICACIONES Y POSTERS

EL USO DE PEQUEÑOS INCENTIVOS PARA AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN Y REDUCIR EL ABANDONO EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR DEL CONSUMO DE DROGAS. <i>Al-Halabi, S.; Errasti, J.M.; Morís, J.; Carballo, J.L.; Fernández, J.R.; Secades, R.; García, O.</i>	107
EL CENTRO ESCOLAR Y LOS FACTORES DE RIESGO FAMILIAR EN LA ASISTENCIA A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR DEL CONSUMO DE DROGAS <i>Al-Halabi, S.; Errasti, J.M.; Morís, J.; Carballo, J.L.; Fernández, J.R.; Secades, R.; García, O.</i>	108
¿ESTÁ ASOCIADO EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CANNABIS AL DE MEDICAMENTOS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS? <i>Álvarez-Gil, R.; Caamaño, F.; Crego, A.; Parada, M.; Mota-Miranda, N.; Corral, M.; Rodríguez-Holguín, S.; Fernández-Eire, M.C.; Cadaveira, F.</i>	109
PATOLOGÍA DUAL Y SU RELACIÓN CON CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS <i>Antelo Lorenzo, M.A.; Mejías Verdú, D.; Lucas Martínez, G.; Camacho Morote, M.D.</i>	110
EL MALESTAR EN LA FAMILIA. DROGAS Y CONFLICTOS <i>Araujo Gallego, M.; Lamas Dopico, M.J.; García Rodríguez, J.M.; López Insua, S.; Arce González, A.</i>	111
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E INFLUENCIA SOBRE TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO <i>Bajo Lema, J.; Serrano Cartón, M.M.; Segade Rodríguez, S.; Serrano Cartón, M.C.; González Santos, M.; Miguel Arias, D.</i>	113
¿INICIAMOS UN NUEVO VIAJE? <i>Baldellou Bitria, A.; Rodríguez-Pastrana Parareda, C.</i>	114
ESTUDIO DE TDAH EN PACIENTES CON DEPENDENCIA A OPIÁCEOS <i>Barbadillo, L.; Zapirain, E.</i>	115
TDHA EN EL ADULTO Y CONSUMOS DE COCAÍNA <i>Barbadillo, L.; Zapirain, E.</i>	116
HACIA UN ENFOQUE DE GÉNERO EN CT <i>Bastón Martínez, E.; Gómez Gómez, S.</i>	117
IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR EN MEDIO UNIVERSITARIO <i>Becoña Iglesias, E.; Fernández González, E.; Piñeiro Neiro, B.; López Durán, A.</i>	118
PSICOPATOLOGÍA EN LAS MADRES Y CONSUMO DE DROGAS EN LOS HIJOS <i>Becoña Iglesias, E.; López Durán, A.; Míguez Varela, M.C.; Lorenzo Pontevedra, M.C.; Fernández del Río, E.</i>	119
RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS EN MADRES Y EL CONSUMO DE DROGAS EN SUS HIJOS <i>Becoña Iglesias, E.; López Durán, A.; Míguez Varela, M.C.; Lorenzo Pontevedra, M.C.; Fernández del Río, E.</i>	120
EXPLORACIÓN DE LA ADICCIÓN A INTERNET Y A MÓVIL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS <i>Beranuy, M.; Sánchez-Carbonell, X.; Chamarro, A.</i>	121

PERFIL DEL USUARIO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL	
<i>Blanco Presas, L.; Ríos Pasalamar, I. ; Gómez Pullés, C.</i>	122
CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS CON LA VIDA RECREATIVA NOCTURNA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS	
<i>Blay, N.; Juan, M.; Calafat, A.; Adrover, D.</i>	123
TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES JUDICIALES	
<i>Bobadilla Pérez, V.; Bobadilla Pérez, M.; Cerqueiro Costa, X.; García Rodríguez, J.M.; Guimaraens Bauluz, M.</i>	124
ABORDAJE DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A BENZODIACEPINAS	
<i>Bobes, J.; Cervera, G. ; Rubio, G.; Terán, A.</i>	126
EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE INCLUIDO EN UN PROCESO DE DESINTOXICACIÓN A BENZODIACEPINAS SEGÚN LA PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL	
<i>Bobes, J.; Cervera, G. ; Rubio, G.; Terán, A.</i>	127
CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIAS “DR. EMILIO BOGANI MIQUEL”	
<i>Braulio Sánchez, L.; Bueno Cañigral, F.J.; Gisbert Tío, A.</i>	128
ELEVACIÓN DE ÁCIDO GLUTÁMICO: CONTRIBUCIÓN EN EL ESTUDIO DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL	
<i>Bravo de Medina Hernández, R.; Aizpiri Díaz, J.; Marcos Frías, J.F.; Zabala Capetillo, I.; Seisdedos, Á.</i>	129
DEPLECIÓN DEL TRIPTÓFANO Y ELEVACIÓN DE ÁCIDO GLUTÁMICO, SIGNOS PATOGNOMÓNICOS DEL ALCOHOLISMO	
<i>Bravo de Medina Hernández, R.; Aizpiri Díaz, J.; Marcos Frías, J.F.; Zabala Capetillo, I.; Seisdedos, Á.</i>	130
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL	
<i>Bravo de Medina Hernández, R.; Echeburúa Odriozola, E.; Aizpiri Díaz, J.</i>	131
ESTUDIO DO CONSUMO DE DROGAS LEGASÍ NOS ADOLESCENTES NA PROVINCIA DE PONTEVEDRA	
<i>Bravo Pombo, M.A.; Fernández Rodríguez, A.; González Martínez, P.; Isorna Folgar, M. ; Reyes Cora, F.</i>	133
TRÍA: UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SELECTIVA”	
<i>Cano Pérez, L.; Castellano Gómez, M.; Laguarda Porter, A.; Oliver Castelló, M.; Palomar López, R.; Belda Torrent, V.J.; Verdú Asensi, F.; Delicado Torres, A.; Tomás Dols, S.</i>	134
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: COCAÍNA VS. HEROÍNA	
<i>Carou, M.; Luengo, M.A.; Romero, E.</i>	135
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR HEROÍNA Y COCAÍNA EN GALICIA	
<i>Carrera, I.; Fraga, J.; Osorio, J.; Pedreira, V.</i>	136
EVOLUCIÓN DE COSTES DE LOS TRATAMIENTOS EN LA RED ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE GALICIA: 1997-2006	
<i>Carrera, I.; Plaza, M.; Puig, M.; Fraga, J.; Osorio, J.; Pedreira, V.</i>	137
PERFILES DE PERSONALIDAD MILLON EN PACIENTES QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO EN UN CAD Y QUE PRESENTAN TDAH	
<i>Carriedo, F.; Póveda, R.; Álvarez, J.C.; Durantes, M.J.; Terán, A.</i>	138
PREVALENCIA DE TDAH EN CONSUMIDORES DE ALCOHOL ENTRATAMIENTO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES	
<i>Carriedo, F.; Póveda, R.; Álvarez, J.C.; Durantes, M.J.; Terán, A.</i>	139
DIFERENCIAS EN EL PERFIL DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN, MOTIVACIÓN Y TRASTORNOS COMÓRBIDOS EN SUJETOS TOXICÓMANOS ENCARCELADOS QUE DECIDEN INGRESAR EN UNA UNIDAD LIBRE DE DROGAS FRENTE A LOS QUE PERMANECEN EN UN MÓDULO NO LIBERADO	
<i>Casares, J.; González Menéndez, A.; Secades, R.; Fernández Hermida, J.R.</i>	140
ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO RECIBIDO EN PRISIÓN POR LOS INTERNOS: MÓDULO ORDINARIO FRENTE A UNIDAD LIBRE DE DROGAS	
<i>Casares, M.J.; González, A.; Secades, R.; Fernández Hermida, J.R.; Álvarez Fresno, E.</i>	142

PATOLOGÍA DUAL EN PACIENTES ADICTOS: COMPARACIÓN DE SUJETOS RECLUSOS EN UNA UNIDAD LIBRE DE DROGAS VS. PACIENTES INGRESADOS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	
<i>Casares, M.J.; González, A.; Torres, M.; Secades, R.; Fernández Hermida, J.R.; Álvarez, M.M.</i>	143
CONSUMOS DE DROGAS TÓXICAS Y ACTIVIDAD LABORAL	
<i>Celorrio Bustillo, M.L.; Santiago Cabrera, M.; Sánchez Gallardo, P.; Montañés Cuenca, M.V.</i>	144
SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) POR COCAÍNA	
<i>Climent Díaz, B.; García González, F.; Valle Muñoz, A.; Herrera de Pablo, P.; Echanove, I.; García Escrivá, D.</i>	146
HEMORRAGIA CEREBRAL POR COCAÍNA Y ANFETAMINAS	
<i>Climent, B.; Carcelén, M.E.; Cervelló, A.; Guillén, C.; Brocalero, A.; López, J.; Durá, R.</i>	147
COMPLICACIONES DERMATOLÓGICAS POR COCAÍNA	
<i>Climent, B.; Laguna, C.; Sánchez, J.; Oliver, J.; Hernández, P.; Esteve, A.; Alegre, V.</i>	148
CONSUMO DE ALCOHOL MEDIDO CON EL CUESTIONARIO AUDIT EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON METADONA (TSO), Y SU RELACIÓN CON LAS DOSIS DE METADONA, EL CONSUMO DE COCAÍNA Y DE BENZODIACEPINAS	
<i>Correa, M.; Abad, T.; Hernández, J.J.; Parra, A.; Radinova, T.; Molina, G.</i>	149
ACTIVIDAD ELECTROFISIOLÓGICA RELACIONADA CON MEMORIA DE TRABAJO VISUAL EN JÓVENES CONSUMIDORES INTENSIVOS DE ALCOHOL	
<i>Crego, A.; Rodríguez-Holguín, S.; Parada, M.; Mota-Miranda, N.; Corral, M.; Caamaño, F.; Fernández-Eire, M.C.; Cadaveira, F.</i>	150
PATOLOGÍA DUAL: UN TRATAMIENTO COORDINADO PARA UN MANEJO EFICAZ	
<i>De Paz, S.; Díez, M.; Fernández, R.; Novo, M.; Rivas, M.J.</i>	152
DROJNET: APLICACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN A LA PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS	
<i>Del Pozo Irribarría, J.; Pérez Gómez, L.; Ferreras Oleffe, M.; Esteban Herrera, A.; Nuez Vicente, C.; García, Á.</i>	153
SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE DROGODEPENDENCIAS DE LA AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT, SIGED	
<i>Delicado, A.; Tomás, S.; Cano, L.; Castellano, M.; Verdú, F.; Sánchez, M.; Ocón, A.; Ortiz, J.C.</i>	154
UTILIDAD DE LA ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL-GRAVEDAD EN LAS ADICIONES	
<i>Díaz Mesa, E.M.; Bobes, M.T.; Flórez, G.; Terán, A.; Guardia, J.; Carreño, E.; Rubin; Ochoa, E.; Pereiro, C.; Sáiz, P.; García-Portillo, P.</i>	155
PERFIL DE GRAVEDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO AMBULATORIO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	
<i>Díaz Mesa, E.M.; Bobes, M.T.; Flórez, G.; Terán, A.; Guardia, J.; Carreño, E.; Rubin; Ochoa, E.; Pereiro, C.; Sáiz, P.; García-Portillo, P.</i>	156
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA (TMM)	
<i>Domeque Valiente, N.; Nerín de la Puerta, I.; Prieto Andrés, P.</i>	157
LA PREVENCIÓN INESPECÍFICA DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE EL AYUNTAMIENTO DE VALENCIA: LA ESCUELA DE PADRES	
<i>Durán Gervilla, A.; Bueno Cañigral, F.J.</i>	158
PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL ALCOHOLISMO FEMENINO	
<i>Esparcia Moreno, M.; Celorrio Bustillo, M.L.</i>	160
¿EXISTE UN PUNTO DE VISTA CONVERGENTE ANTE EL BOTELLÓN?	
<i>Espejo Tort, B.; Navarro Latorre, C.; Marco Puche, C.; Cortés Tomás, M.T.; Mestre Escrivá, M.V.</i>	162
DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ABUSO DE ALCOHOL PARA POBLACIÓN PENITENCIARIA: PRUEBA PILOTO	
<i>Feliu, M.A.; Sánchez-Carbonell, X.</i>	163
NUEVAS ADICCIONES: LA VIGOREXIA	
<i>Félix Alcántara, M.P.; López Hernández-Ardieta, M.; Losada, E.; Azcárate, C.; Navarro, M.</i>	164

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL V.I.H.	
<i>Félix Alcántara, M.P.; López Hernández-Ardieta, M.; Losada, E.; Azcárate, C.; Navarro, M.</i>	165
ESTUDO DO CONSUMO DE DROGAS ILEGAIS NOS ADOLESCENTES NA PROVINCIA DE PONTEVEDRA	
<i>Fernández Barrio, N.; Guerreiro Ferreira, P.; Rodríguez Czaplicki, Y.; Mariño Padín, M.C.</i>	166
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE EN TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UNA UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS	
<i>Fernández Rodríguez, V.; Fernández Sobrino, A.M.; López Castro, J.</i>	167
DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL: DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO A LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	
<i>Fernández, F.; Gutiérrez, J.; Bilbao, I.; Lozano, Ó.; González, F.</i>	168
DULOXETINA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN Y ALCOHOLISMO	
<i>Fernández, T.; Batlle, E.; Gironès, V.; Martínez, J.; Rivas, I.; Romero, C.</i>	169
¿YA TIENES PLAN?, EL NUEVO ENLACE DE LA PÁGINA WEB DEL PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS (PMD) DEL AYUNTAMIENTO DE VALENCIA	
<i>Ferrer Mora, L.; Bueno Cañigral, F.J.</i>	170
CARACTERÍSTICAS SOCIO BIOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN LA UNIDAD ASISTENCIAL DE ALCOHOL DEPENDENCIAS DE LA CORUÑA.	
<i>García Carballal, A.; González Valerio, N.</i>	171
PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE ADICTOS A LA COCAÍNA	
<i>García Fernández, G.; García Rodríguez, O.; Álvarez Carriles, J.A.; Secades Villa, R.; Carballo Crespo, J.L.; Fernández Hermida, J.R.; Al-Halabí Díaz, S.; Errasti Pérez, J.M.</i>	172
COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA DE ADICTOS A LA COCAÍNA EN UN TRATAMIENTO AMBULATORIO	
<i>García Rodríguez, O.; Secades Villa, R.; Sánchez Hervás, E.; Zacarés Romaguera, F.; Martín Yáñez, E.; Calatayud Francés, M.; García Fernández, G.; Fernández Hermida, J.R.</i>	173
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA DE A CORUÑA	
<i>Garrido Fariña, T.; García, R.; Rodríguez, B.</i>	174
CE.RE.DA: CENTRO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA PERSONAS USUARIAS DE DROGAS EN SITUACIÓN DE INCLUSIÓN SOCIAL: LA EXPERIENCIA DE MDM EN VIGO	
<i>Gil Rodríguez, E.; Lence Gestoso, M.J.; Torrado Silva, P.</i>	175
EDUCACIÓN DE PARES	
<i>Gil Rodríguez, E.; Lence Gestoso, M.J.; Torrado Silva, P.</i>	177
ABSTINENCIA DE ALCOHOL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VARONES EN TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD DE ALCOHOLISMO	
<i>Gómez Ben, B.</i>	178
ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL	
<i>González Irizar, O.; Pombo Chorto, S.; Arranz García, S.; Sánchez Martínez, N.; Torrente Gutiérrez, B.; Niubó de Castro, I.; Peña Roca, J.M.</i>	179
INFLUENCIA DEL CONSUMO DE TÓXICOS EN LOS DÉFICITS ATENCIONALES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS	
<i>González Irizar, O.; Valero Oyarzábal, J.; Arranz García, S.; Peña Roca, J.M.; Labad Alquézar, A.</i>	180
PROGRAMA DE PREVENCIÓN INDICADA PARA CONSUMIDORES DE CANNABIS	
<i>González Pérez, J.L.</i>	181
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL EJE I EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH)	
<i>González Santos, M.; Bajo Lema, J.; Serrano Cartón, M.M.; Segade Rodríguez, S.; Serrano Cartón, M.C.; Miguel Arias, D.</i>	182

INTERVENCIÓN BREVE EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA COMÓRBIDA: ¿DIFERENCIAS EN LA EFICACIA EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL CONSUMO?	
<i>Goti Elejalde, J.; Díaz Hurtado, R.; Serrano Pariente, L.; González Riesco, L.; Calvo Escalona, R.; Gual Solé, A.; Castro Fornieles, J.</i>	183
ESTUDIO CLÍNICO OBSERVACIONAL DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA DEPOT	
<i>Granada Toledo, M.; Galdón, A.; Fernández, J.; Campillo, J.; Ibáñez, C.; Bautista, S.</i>	184
ASPECTOS CLÍNICOS Y PSICOPATOLÓGICOS EN LA ADICCIÓN A COCAÍNA	
<i>Guajardo Sáinz, H.; Kushner Lanis, D.</i>	185
BASES TEÓRICAS DE UN MODELO INTEGRATIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES	
<i>Guajardo Sáinz, H.; Kushner Lanis, D.</i>	186
EVALUACIÓN DEL TALLER DE REDUCCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS	
<i>Hernández, S.; Sánchez, A.; Redondo, S.; de las Heras, D.</i>	187
TERAPIA DE LAS EMOCIONES EN TRASTORNOS ADICTIVOS	
<i>Kushner Lanis, D.; Guajardo Sáinz, H.</i>	188
PERSPECTIVAS DE FUTURO EN PACIENTES ADICTOS EN EDAD AVANZADA	
<i>Lagares Roibás, A.; Gallego Montes, M.J.; López Melendro, A.I.</i>	189
LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE DROGODEPENDENCIAS	
<i>Lagares Roibás, A.; Gallego Montes, M.J.; Mourín López, M.</i>	190
UTILIDAD DE RISPERIDONA DEPOT EN PACIENTES ALCOHÓLICOS CON DIFICULTADES EN EL LOGRO DE LA ABSTINENCIA ENÓLICA	
<i>Lara García, A.; Monreal Pérez, M.; Ventura Meneu, I.; Camacho Ferrer, I.; Beltrán Viciano, M.A.</i>	192
RELACIONES Y REACCIONES FAMILIARES Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES EN POBLACIÓN RURAL	
<i>Lloret, D.; Carratalá, E.; García del Castillo, J.A.; Pedro Espada, J.; Segura, M.; José Inglés, C.</i>	193
OCIO Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN POBLACIÓN RURAL	
<i>Lloret, D.; Carratalá, E.; Pedro Espada, J.; García del Castillo, J.A.; José Inglés, C.</i>	194
EFFECTOS DEL CONSUMO CRÓNICO DE CANNABIS EN EL RENDIMIENTO EN TAREAS DE RAZONAMIENTO	
<i>Lloret, D.; Segura, M.</i>	195
EVOLUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN EL SCL-90-R EN DEPENDIENTES DE LA COCAÍNA EN TRATAMIENTO: SEGUIMIENTO DE DOS AÑOS	
<i>López Durán, A.; Becoña Iglesias, E.; Casete Fernández, L.; Lage López, M.T.; Senra Comesaña, A.; García Janeiro, J.M.; Sobrado Lens, J.; Vieitez Fernández, I.; Cancelo Martínez, J.</i>	196
LA PUNTUACIÓN EN EL SCL-90-R AL INICIO DEL TRATAMIENTO: UNA COMPARACIÓN ENTRE PERSONAS DEPENDIENTES DE LA NICOTINA Y DEPENDIENTES DE LA COCAÍNA	
<i>López Durán, A.; Fernández del Río, E.; Becoña Iglesias, E.</i>	197
CONCEPTOS DE ENFERMEDAD Y SALUD EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA	
<i>López Escamilla, I.</i>	198
PERFIL DEL USUARIO ATENDIDO EN UN RECURSO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS DE NUEVA CREACIÓN	
<i>López Escamillas, I.; Espert Espert, A.; Valdés Torres, R.</i>	200
TIEMPO DE TRATAMIENTO NECESARIO HASTA EL ALTA TERAPÉUTICA	
<i>López Hernández-Ardieta, M.; Félix Alcántara, M.P.; Simón, J.M.; Navarro, M.; Gañán, C.</i>	201
DIFERENTES CIUDADES PERO UNA MISMA PRÁCTICA DE BOTELLÓN. UN PASO ADELANTE EN LA INVESTIGACIÓN	
<i>Marco Puche, C.; Cortés Tomás, M.T.; Giménez Costa, J.A.; Samper García, P.</i>	202

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES <i>Marín, C.; Roncero, C.; Muscas, E.; Cappai, R.; Egido, A.; Valero, S.; Coronado, M.; Casas, M.</i>	203
DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL PERFIL DE LOS PACIENTES FUMADORES QUE SOLICITAN TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA <i>Marqueta Baile, A.; Beamonte San Agustín, A.; Jiménez-Muro Franco, A.; Gargallo Valero, P.; Nerín de la Puerta, I.</i>	205
¿ES LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA UN OBSTÁCULO EN EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR? <i>Marqueta Baile, A.; Beamonte San Agustín, A.; Jiménez-Muro Franco, A.; Gargallo Valero, P.; Nerín de la Puerta, I.</i>	206
EL INGRESO HOSPITALARIO DE DESINTOXICACIÓN EN PACIENTES EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA: RESULTADOS A MEDIO-LARGO PLAZO <i>Martín Jurado, M.D.; Bleda, F.; Santiago, Á.; Cobo Gómez, J.; Ros, L.; García Parés, G.</i>	207
SUBPROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA PACIENTES EN PROCESO DE DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA <i>Martínez Belenguer, M.F.; Coll Fuentes, M.I.; Ouro Randulfe, I.B.; Vidal Urrea, M.; Torres Díaz, E.; Blanes Castañer, R.; Hidalgo de Francisco, J.L.</i>	208
10 AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA <i>Míguez, M.C.; Becoña, E.</i>	209
ESTUDIO SOBRE HIPERACTIVIDAD Y ADICCIONES; EVALUACION RETROSPECTIVA Y ACTUAL DE GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES <i>Mohamed, M.; Portillo, P.; Carretero, P.; Ponce, G.</i>	210
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMOS ALCOHÓLICOS EVALUADAS MEDIANTE EL COPE. DIFERENCIAS SEGÚN EL CONSUMO DE BZD, LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y EL DETERIORO COGNITIVO <i>Monras, M.; Mondon, S.; Jou, J.</i>	211
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEPENDIENTES A COCAÍNA EN UCA DE CIUDAD REAL <i>Montoya Crous, I.; Melero Cañadas, R.; Isabel García, L.; Vázquez Ramo, E.</i>	212
¿CÓMO ES EL CONSUMIDOR DE COCAÍNA DE LA U.C.A. DE CIUDAD REAL? <i>Montoya Crous, I.; Vázquez Ramo, E.; Isabel García, L.; Melero Cañadas, R.</i>	214
PRESENCIA DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO POR DEPENDENCIA A COCAÍNA/COMUNICACIÓN <i>Muscas, E.; Roncero, C.; Daigre, C.; Cappai, R.; Marín, C.; Álvarez, A.; Gonzalvo, B.; Rodríguez, A.; Resmella, R.; Quesada, M.; Egido, Á.; Casas, M.</i>	215
ÁMBITOS DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD VALENCIANA <i>Oliver Castelló, M.; Cano Pérez, L.; Palomar, R.; Verdú Asensi, F.; Castellano Gómez, M.; Tomás Dols, S.; Delicado Torres, A.</i>	216
LA UTILIZACIÓN DE INCENTIVOS COMO REFORZADORES DE LA MOTIVACIÓN FAMILIAR EN EL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL STRENGTHENING FAMILIAS PROGRAM DE K. KUMPFER) DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA <i>Oliver, J.L.; Orte, C.; Fernández, C.</i>	217
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR: ANÁLISIS DE CASOS <i>Orte Socías, M.C.; Pascual Barrio, B.; Fernández Coll, C.</i>	218
LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: ANÁLISIS DE CONTEXTOS Y PROPUESTA DE BUENAS PRÁCTICAS <i>Orte Socías, M.C.; Pascual Barrio, B.; Fernández Coll, C.</i>	219
ANÁLISIS DE CLUSTERS DE FAMILIAS EN RIESGO PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (STRENGTHENING FAMILY PROGRAM) EN ESPAÑA <i>Orte, C.; Ballester, L.; March, M.X.</i>	220
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (STRENGTHENING FAMILY PROGRAM) EN ESPAÑA <i>Orte, C.; Ballester, L.; March, M.X.</i>	221

VALIDACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (STRENGTHENING FAMILY PROGRAM) EN ESPAÑA	
<i>Orte, C.; Ballester, L.; Touza, C.</i>	222
CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL Y MEMORIA DE TRABAJO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS: RESULTADOS PRELIMINARES	
<i>Parada, M.; Mota-Miranda, N.; Corral, M.; Crego, A.; Fernández-Eire, M.C.; Rodríguez-Holguín, S.; Cadaveira</i>	223
PROGRAMA DE ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN UN DEPARTAMENTO DE SALUD	
<i>Pascual, F.; Lloret, J.; Fontoba, J.; Martínez, F.; Torrente, A.; Puche, F.</i>	224
TDAY Y VARIABLES NEUROCOGNITIVAS: RELACIÓN DEL ASRS CON EL DEX QUESTIONNAIRE, EL FRSBY EL DICKMAN IMPULSIVITY INVENTORY	
<i>Pedrero Pérez, E.J.; Puerta García, C.; Rojo Mota, G.</i>	225
PROYECTO EUROPEO DROJNET: PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS A TRAVÉS DE SMS Y WEB	
<i>Pérez Gómez, L.; Ferreras Oleffe, M.; del Pozo Iribarría, J.; Esteban Herrera, A. ; Nuez Vicente, C. ; García, Á.</i>	226
AVANCES EN LA INTERVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE EL MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD E.F.Q.M. Y NORMAS ISO 9001	
<i>Pérez Sanz, T.; Padrino Murillo, A.; Iriarte Moreno, I.</i>	228
TRATAMIENTO AL COCAINÓMANO CONTEMPORÁNEO EN UN CENTRO DE DÍA	
<i>Piñón Escura, I.; García Bartoll, G.; Agost Felip, J.</i>	229
ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR Y ESCOLAR EN LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL ABUSO DEL ALCOHOL DE LOS JÓVENES	
<i>Platas, L.; Eiros, F.</i>	231
PETRETER SIN HUMO, UN PASO MÁS	
<i>Ponce, F.; Pascual, F.; Botella, C.; Lloret, J.</i>	232
ESTRÉS Y ADICCIÓN: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y TRASTORNOS DEL EJE I EN ADICTOS A SUSTANCIAS	
<i>Puerta García, C.; Pedrero Pérez, E.J.</i>	233
DEPENDENCIA A CLOMETIAZOL. A PROPÓSITO DE UN CASO	
<i>Rodríguez, A.; Barral, C.; Muscas, E.; Gonzalvo, B.; Quesada, M.; Roncero, C.</i>	234
EL ALCOHOL Y TÚ, ¿LIMITAS O TE LIMITA? – AUTOEXPLORACIÓN Y CONSEJO A TRAVÉS DE INTERNET	
<i>Rodríguez-Martos, A.; Castellano, Y.</i>	235
EL PROGRAMA “HOSPITAL SENSE FUM”: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DURANTE EL 2007	
<i>Rofes i Ponce, L.; Roig Cutillas, P.; Sabater Puig, E.; Borràs Cabacés, T.; Beas Colodro, E.</i>	236
DISTINTAS UTILIDADES DE ARIPIPRAZOL EN PATOLOGÍA DUAL	
<i>Roig, J.; Romero, C.; Andrés, I.; Batlle, E.; Mola, M.; Fernández, T.</i>	238
VALORES SOCIALES Y ADICCIÓN: EL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA Y LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL	
<i>Rojo Mota, G.</i>	239
DESINTOXICACIÓN TABÁQUICA EN UNA SALA DE DESINTOXICACIÓN DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	
<i>Roncero, C.; López Pérez, C.; Caballero Díaz, R.; Castrillo Alonso, E.; Sánchez García, J.M.</i>	241
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES	
<i>Roncero, C.; Marín, C.; Cappai, R.; Guerrero, C.; Marín, R.; Valero, S.; Muscas, E.; Rodríguez, A.; Bruguera, E.; Casas, M.</i>	242
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES REMITIDOS DESDE URGENCIAS DE PSIQUIATRÍA A TRATAMIENTO AMBULATORIO (CAS)	
<i>Roncero, C.; Muscas, E.; Daigre, C.; Cappai, R.; Marín, C.; Barral, C.; Muñoz, C.; Davila, S.; Rodríguez, M.; Alvaros, J.; Rovira, M.; Ramos, J.A.; Casas, M.</i>	243

EVOLUCIÓN DE LA IMPULSIVIDAD EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES EN TRATAMIENTO CON TOPIRAMATO <i>Roncero, C.; Vázquez, J.M.; Soler, C.; Hurtado, P.; Valcarnera, M.; Jacas, C.</i>	244
LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LOS USUARIOS DE DROGAS EN COMUNIDADES DE OKUPAS DE BARCELONA <i>Rovira, M.; Ripoll, L.; Bassols, X.; Resmella, R.; Castells, X.; Roncero, C.; Casas, M.</i>	246
DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DEL AMBULATORIO DE DROGODEPENDENCIAS (CAS) DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARI DE LA VALL D'HEBRON <i>Rovira, M.; Ripoll, L.; Bassols, X.; Roncero, C.; Casas, M.</i>	247
ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS DE ABUSO MAS FRECUENTES EN LA ACTUALIDAD <i>Sacristán Vázquez, E.; Cunillera i Forn, C.; Gómez, M.; Tolaguera, X.; Serrat, R.; Mora i Buch, M.</i>	248
MUJERES QUE INICIAN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DE CIUDAD REAL EN EL AÑO 2007 <i>Sánchez de la Nieta Aragonés, P.; Sánchez Fernández, M.M.</i>	249
PATOLOGÍA INFECCIOSA E VÍA DE ADMINISTRACIÓN EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA A LO LARGO DE 10 AÑOS <i>Sánchez Delgado, A.M.; Martínez Pita, M.; Benito Núñez, M.T.; Mañana Varela, I.; Sabio Gómez, M.J.; Miguel Arias, D.</i>	250
ALCOHOLISMO EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS EN UNA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS <i>Sánchez Fernández, M.M.; Montoya Crous, I.; Parra Fernández, L.</i>	251
ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN A TRAVÉS DE LAS PUNTUACIONES COMPUESTAS DEL EUROPASI EN UNA MUESTRA DE ADICTOS A LA COCAÍNA <i>Sánchez Hervás, E.; Zacarés Romaguera, F.; Martín Yanez, E.; Calatayud Francés, M.; Secades Villa, R.; García Rodríguez, O.; Fernández Hermida, J.R.; García Fernández, G.; Santonja, F.C.</i>	252
TERAPIA DE GRUPO VS NO TERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES ALCOHÓLICOS <i>Sánchez Peña, J.F.; Rodríguez Solano, J.</i>	254
VARIABLES ASOCIADAS A LA RETENCIÓN EN UN TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA ADICTOS A LA COCAÍNA <i>Secades Villa, R.; García Rodríguez, O.; Sánchez Hervás, E.; Zacarés Romaguera, F.; García Fernández, G.; Carballo, J.L.; Fernández Hermida, J.R.; Al-Halabi Díaz, S.; Errasti Pérez, J.M.</i>	255
EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO Y SOCIOSANITARIO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA A LO LARGO DE 10 AÑOS (1998-2007) <i>Segade Rodríguez, S.; González Santos, M.; Serrano Cartón, M.; Serrano Cartón, C.; Miguel Arias, D.</i>	256
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS-TERAPÉUTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES CONSUMIDORES DE COCAÍNA VS HEROÍNA COMO DROGA PRINCIPAL EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH) <i>Serrano Cartón, M.C.; González Santos, M.; Bajo Lema, J.; Serrano Cartón, M.M.; Segade Rodríguez, S.; Miguel Arias, D.</i>	257
VARIABLES RELACIONADAS CON EL RESULTADO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH) <i>Serrano Cartón, M.M.; Segade Rodríguez, S.; Serrano Cartón, M.C.; González Santos, M.; Bajo Lema, J.; Miguel Arias, D.</i>	258
¿EXISTEN SOLO LOS ALCOHÓLICOS? <i>Short Magdalena, A.; Roca Bennisar, M.; Blanes Castañer, R.; Moranta Cladera, C.; Ortega Vila, F.</i>	259
COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DEBIDO A CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS Y TRASTORNO BIPOLAR: IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS Y PRONÓSTICAS <i>Tajes Alonso, M.; Pérez García, M.; Martínez Gómez, P.; Formoso Martínez, S.; Páramo Fernández, M.</i>	260

LOS CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS EN LA GENERALITAT VALENCIANA. UN MODELO DE FINANCIACIÓN	
<i>Tomás Dols, S.; Cano Pérez, L.; Castellano Gómez, M.; Verdú Asensi, F.; Delicado Torres, À.; Concepción Aramendia, B.; Álvarez Pascual, M.J.; Ramírez Queralt, P.</i>	261
UNIDAD DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL: LA EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA PARA COMBATIR LOS MITOS SOBRE EL ALCOHOL	
<i>Torres Díaz, E.; Ouro Randulfe, I.B.; Roig Orfila, M.A.; Coll Fuentes, M.I.; Martínez Belenguer, M.F.; Blanes Castañer, R.; Allegue López, M.S.</i>	262
UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA: LA EDUCACIÓN SANITARIA COMO HERRAMIENTA PARA COMBATIR LOS MITOS SOBRE EL ALCOHOL	
<i>Torres Díaz, E.; Ouro Randulfe, I.B.; Roig Orfila, M.A.; Coll Fuentes, M.I.; Martínez Belenguer, M.F.; Short Magdalena, A.; Allegue López, M.S.; Vidal Urrea, M.</i>	263
DISPOSITIVOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO DEL INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD EN EL ÁMBITO DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID	
<i>Varas Soler, P.; Ferreiro Figueroa, J.; Mesías Pérez, B.; Vega Astudillo, P.</i>	264
ESTUDIO SOBRE LOS HÁBITOS DE JUEGO EN LA COMUNITAT VALENCIANA: EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LOS JUGADORES PATOLÓGICOS DE 1999 HASTA 2006	
<i>Verdú i Asensi, F.J.; Tomás Dols, S.; Cano Pérez, L.; Castellano Gómez, M.; Calduch Álvarez, L.; Delicado Torres, À.</i>	265
ESTRATEGIAS Y DIFICULTADES PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS DE REGULACIÓN DEL ALCOHOL	
<i>Villalbí, J.R.; Brugal, M.T.; Rodríguez Martos, A.</i>	266
ANÁLISIS DE RIESGOS ASOCIADOS A LA INSEGURIDAD DE LAS ZONAS DE CONSUMO	
<i>Villanueva, V.; Canedo, M.; Brañas, M.T.; Rodríguez, E.; Varela, C.; Reguera, I.</i>	267

RESÚMENES PONENCIAS

Trabajando el consumo de sustancias con menores infractores

AGUELO MUÑOZ, F.

Director de la Residencia San Jorge (Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial) Instituto Aragonés de Servicios Sociales

Enviar correspondencia a:

Francisco Aguelo. Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial. Cnº El Castellar s/n 50191 Zaragoza. Fax 976 40 95 61. rsanjorge@aragon.es

El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) se encarga en Aragón de la ejecución de las medidas dictadas por los jueces de menores, además de desarrollar actuaciones encaminadas a la prevención del delito y de atención a las víctimas en coordinación con otras administraciones. Las líneas de intervención están encaminadas a la desjudicialización de las actuaciones con los menores y el trabajo comunitario. Así, el 50% de los expedientes se resuelven por mediación entre el menor y la víctima, algo más del 40% son medidas de carácter comunitario (prestación de servicios en beneficio de la comunidad, tareas educativas, medidas de libertad vigilada...) y aproximadamente el 10% son medidas que implican internamiento.

Los índices delincuenciales, son en Aragón inferiores a la media nacional, también el número de delitos que cometen los menores de edad. Por otra parte, aunque los indicadores de resultados respecto a la formación y escolarización de los jóvenes son mejores que la media, el consumo de sustancias supera de manera importante los datos generales del país. En este contexto y desde una perspectiva de un sistema de justicia juvenil, que no de un servicio sanitario o sociosanitario, nos planteamos intervenir con los menores que llegan al mismo desde una visión de la gestión de riesgos, en la que el consumo de sustancias psicoactivas es una más de las conductas arriesgadas que estos adolescentes llevan a cabo.

La mayor parte de los jóvenes a los que se les abre un expediente en las fiscalías de menores de Aragón comete un sólo delito y tras su resolución, generalmente en medio comunitario, no suele reincidir y se integra con normalidad en las redes sociales. Existe otro grupo de menores que ha circulado ya por diversos recursos sociales y sanitarios, con más dificultad para integrarse, que cometen delitos menores: robos, hurtos, fugas, con intermitencia en los aspectos formativos y en los que el consumo de sustancias, forma ya parte importante de sus vidas. Desde el Área del Menor en Conflicto Social del IASS se interviene coordinando programas de intervención individual que se desarrollaran en la red comunitaria: servicios sociales comunitarios, red de atención a las dependencias del plan autonómico, centros de tiempo libre municipales, centros sociolaborales...

Por último existe un pequeño grupo de menores (117 durante 2007) con importantes dificultades, que reinciden en la conducta delictiva, o cometen delitos de mayor gravedad, a los que las redes sociales tienen dificultad de contener y para los que los jueces determinan medidas de internamiento.

Con unos 17 años de edad media, estos adolescentes están o desconectados del entorno familiar y de las relaciones entre iguales o tremendamente fusionados a los mismos. Los consumos abusivos son utilizados como automedicación ante las sensaciones que invaden su cuerpo, para detener los pensamientos y el imaginario o para excitarse y relacionarse. Carecen de un proyecto o idea de futuro y eso les hace aparecer en un siempre presente habitado por la ansiedad. Hablan poco, pero pasan al acto con facilidad, sin reflexión previa ni posterior. El internamiento produce una parada en esa avidez por colmar y tapar la angustia, pero entonces aparecen miedos y la pobre idea de sí mismo, fragilidad y el desamparo. Trabajar en la gestión de los riesgos, preparar recorridos e itinerarios que incluyen servicios de salud mental y drogodependencias es uno de los objetivos que nos planteamos desde un marco de ausencia de voluntariedad.

Dispositivo móvil de emergencias socio-sanitarias

ALBA YAGÜE, E.

Responsable programas reducción de daños. Servicio de asistencia y reinserción. Agencia antidroga – Comunidad de Madrid

La finalidad principal de este recurso móvil es acceder a zonas frecuentadas por consumidores en activo para poder prestar servicios socio-sanitarios de carácter básico. Buscar, contactar, captar y ofrecer tratamiento a la población que llamamos “fuera de alcance”, para derivarles posteriormente a la “red normalizada”.

Actúa en escenarios y zonas de alta marginación, con falta de infraestructuras básicas (luz, agua corriente, alcantarillado etc.) y con una alta prevalencia de usuarios de drogas por vía parenteral, personas que ejercen la prostitución..., la mayoría con un grado de deterioro importante y que no reciben atención sanitaria alguna, ni acuden a revisiones por desconocimiento, dejadez, etc... La atención se realiza con cuatro vehículos, cada uno con una finalidad, de tal manera que están preparados para prestar servicios de atención sanitaria básica y de urgencia, dispensación de metadona, atención socioeducativa y acompañamiento. El servicio se presta los 365 del año con un horario de funcionamiento de 11:00 a 21:00. Se intenta que los lugares de estacionamiento, sean los “escenarios de consumo”, por lo que van variando según se van instalando los usuarios en un sitio u otro. Cuenta también con una parada más céntrica, para facilitar a los que comienzan tratamiento, la salida del poblado y la incorporación al centro de tratamiento.

El equipo que atiende este dispositivo está compuesto por profesionales de diferentes disciplinas socio-sanitarias: médicos, DUEs, trabajadores sociales y educadores. Desarrolla una serie de programas:

- Intervenciones en medio abierto.
- Atención sanitaria con programa de sustitutivos opiáceos
- Programa de colaboración institucional y comunitaria.
- Programa de alimentación básica.
- Programa de acompañamiento y derivación.

Los programas se caracterizan por su accesibilidad, con una filosofía de baja exigencia y dando prioridad de entrada a la población con mayor riesgo: PSH drogodependientes, embarazadas, enfermos en situación de alta hospitalaria, menores. Son básicos los objetivos de salud pública e integración social. El programa derivará a los sujetos a las redes “normalizadas”, conforme el usuario va adquiriendo niveles de control (disminución del consumo, ser capaz de recordar citas, ...) y autonomía suficientes para acudir y consolidar su permanencia en un centro de atención a las drogodependencias. De los usuarios que acuden a este recurso el 50,3% pertenece al grupo de edad de 31 a 40 años.

En los últimos tres años, han iniciado tratamiento en este dispositivo 2438 usuarios distintos, 849 han sido derivados posteriormente a centros de tratamiento. En estos años, el 60,82% del total de derivaciones realizadas por los recursos de reducción de daños, a recursos de la red de la Agencia Antidroga han sido realizadas por MAPI. También se han realizado 780 derivaciones a centros sanitarios, servicios sociales, albergues, ONGs, etc. En cuanto a la actividad sanitaria, destacar que en este mismo periodo de tiempo se han atendido 100 sobredosis y se han realizado 3297 curas.

Este dispositivo es una puerta de entrada importante a la red asistencial, resultando su papel fundamental como puente entre los drogodependientes “fuera de alcance” y otros recursos de la red general o especializada.

Motivación para el cambio

BALDELLOU BITRIA, A.

Psicóloga (funcionaria) de la prisión de Wad- Rass de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Angeles Baldellou Bitria. Casanova 58-60 4º 2º. 08011 Barcelona. Correo e.: mbaldellou@gencat.net

El objetivo central de este trabajo de investigación, es originar y mantener una adecuada motivación para mantenerse abstinentes, con la ayuda del terapeuta.

Parto de la premisa de que el toxicómano tiene una enfermedad crónica a la vez que compleja, en la que influyen muchos factores, por ello es imprescindible que el terapeuta sea capaz en cada una de las sesiones, originar o mantener, depende del estadio de cambio, en el que se encuentre según la clasificación de Prochaska y DiClemente. Teniendo siempre presente que la motivación no es una cualidad, que se tiene o no se tiene, sino un estado fluctuante que varía de un momento a otro.

Material, se ha utilizado un teléfono móvil, para que el sujeto pudiera contactar con el terapeuta, en situación de crisis o de consumo, de manera inmediata, todos los días de la semana de 8 a 24 horas, analíticas (laboratorio) tiras reactivas, anamnesis (exploración psicológica, diseñada para este trabajo, y el test de cox (inventario de preocupaciones personales).

Método, se realizó con 50 internos clasificados en 3 Grado penitenciario Art. 83 (S. Abierta, solo vienen al centro a dormir), se les informó a todos ellos, que se trataba de un trabajo de investigación, que no tendrían ningún tipo de beneficio a nivel penitenciario.

La elección de los sujetos, se hizo al azar, dentro del grupo, con los cuales trabajé como psicóloga del centro penitenciario.

Una vez el interno había aceptado el tratamiento después de una explicación minuciosa del mismo, se le pasaba la anamnesis y posteriormente el test de cox, a partir de conocer el perfil del sujeto, se le marcaban unos objetivos semanales, que eran revisados por el terapeuta, de haber un consumo, se analizaba los motivos del mismo, y las consecuencias.

Los resultados, fueron muy buenos, pues se consiguió que el sujeto acudiera a las entrevistas, casi siempre, fuera de su horario de permanencia en la prisión (el estudio se hizo en la misma prisión, fuera de mi horario laboral). Alto nivel de sinceridad, siendo capaces de verbalizar los consumos y la cantidad de sustancia (sin necesidad de analítica) y las posibles sustituciones de tomar otro tipo de sustancia. Y desde mi punto de vista lo más importante que tuviera conciencia de su enfermedad, y de este modo es posible que siga el tratamiento, aunque no esté en prisión.

El uso que hicieron de las llamadas al móvil, cuando no me podían localizar en la prisión, fue muy correcto, aunque al principio les costó un poco, pues lo vivían como una medida de control. Las demandas, eran reales y de acuerdo con sus necesidades.

La abstinencia, en el tiempo fue cada vez mayor.

También se llegó a la conclusión, que si padecen algún tipo de trastorno o patología, es decir están dentro de una patología dual, el tratamiento, debe de ser en paralelo, su enfermedad psíquica y su adicción, de lo contrario, no se obtienen resultados satisfactorios, a nivel de abstinencia, aunque mantenían una buena actitud para seguir el tratamiento. De ello se puede concluir diciendo que el estado emocional, es de suma importancia, para mantener la abstinencia.

El consumo de cannabis como factor psicotizante

BAÑO RODRIGO, M D

Médico-Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

M^º Dolores Baño Rodrigo. C/ Doctor Calero n^º 20. 3^º planta. Majadahonda 28220

INTRODUCCIÓN

El cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en España. En general las alteraciones neurobiológicas producidas por su consumo se basan en las modificaciones producidas por determinados componentes de la droga, fundamentalmente el Δ -9-tetrahidrocannabinol (Δ -9-THC). Estas modificaciones en la neurotransmisión suelen ser reversibles, pero a veces producen efectos sobre las funciones psíquicas en función de la dosis utilizada, y variaciones genéticas individuales que pueden influir sobre factores ambientales, incrementando el riesgo de aparición de síntomas psicóticos (Ramos JA. 2007). En el estudio del fenotipo de la psicosis, nos encontramos que partimos siempre del fenotipo observado en el paciente psiquiátrico y carecemos de información sobre las posibles manifestaciones cromosómicas fenotípicas relacionadas con la psicosis en la población general. Así, el fenotipo de la psicosis se caracteriza por ser prevalente, relacionarse con el desarrollo y ser la mayoría de las veces transitorio. La prevalencia del mismo, probablemente está relacionada con la extensa gama de interacciones genético-medioambientales que actúan como factores de riesgo, se relaciona con el desarrollo ya que la gran mayoría tanto de esquizofrenias como esquizotipias, aparecen entre los 15 a los 35 años y es transitorio ya que la gran mayoría de casos que presentaron síntomas psicóticos en la infancia no volvieron a presentarlos en la edad adulta.

A partir de estas tres características, se está desarrollando un modelo para la enfermedad psicótica caracterizado por un aumento de la expresión de psicosis coincidiendo con la edad de mayor desarrollo (especialmente la adolescencia y la juventud), debido al componente genético de la enfermedad y a la posible interacción con ciertos factores del entorno como causa posterior de la persistencia del trastorno.

Toda esta amplitud de interacciones provoca que la distribución de la psicosis se exprese como un camino continuo desde la expresión subclínica, a la de alto riesgo y finalmente la expresión clínica, sin unas fronteras bien definidas que impliquen un cambio estructural (Van Os J. 2005). En relación al uso de cannabis y su relación con la psicosis, un estudio realizado por Henquet y cols. (2006) puso de manifiesto por medio de un estudio experimental randomizado y doble ciego con placebo que existía una triple interacción entre el uso de cannabis, genotipo de la COMT y el nivel de vulnerabilidad para la psicosis. Los portadores del alelo Val/Val fueron mucho más susceptibles a sufrir experiencias psicóticas tras la exposición al cannabis (Henquet y cols. 2006). La hipótesis de esta comunicación sería comprobar si los tres factores expuestos del fenotipo psicótico: prevalencia, relación con el desarrollo y grado de persistencia en el tiempo, de psicosis subclínicas o clínicas donde el consumo de cannabis representa un factor psicotizante del entorno, predice la aparición y la gravedad de una enfermedad esquizofrénica posteriormente en la vida adulta. Se exponen varios casos clínicos de jóvenes con trastornos psicóticos donde el cannabis actuó como factor psicotizante analizando los factores prevalentes, enfermedades psíquicas o traumas durante el desarrollo evolutivo y su persistencia en el tiempo según la hipótesis del fenotipo psicótico.

Una experiencia de deshabituación tabáquica grupal en atención primaria llevada a cabo por un equipo multidisciplinar

BARREIRO SORRIVAS, C.

Psicólogo Clínico.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe una experiencia de tratamiento combinado para dejar de fumar, en el ámbito de atención primaria de Vigo (Pontevedra) mediante colaboración multidisciplinar. Se indica la importancia de actuar desde este ámbito, se explica como fué posible llevar a cabo esta experiencia, así como la propuesta que hizo el Grupo que lo llevó a cabo.

Se describe el programa de deshabituación en sus fases, elementos comunes de las sesiones, características de los grupos, condiciones para asistir y requisitos previos.

Se exponen resultados, basados en datos disponibles y reflexiones sobre la experiencia.

Ámbito de actuación de Atención Primaria

- Filtro, punto entrada en sistema de salud, más cercano a la población; conocimiento de los problemas de salud de la comunidad.
- Intervención global, de conjunto y continuada.
- La elevada morbilidad y mortalidad del tabaquismo lo convierten en prioridad en abordaje desde Atención Primaria.
- 100 % población visita Centro de Salud en 5 años. ¿Cómo se hizo posible?
- Existencia GruGAT (SEMFyC), propuesta Gerencia de A. P.
- Liberando parcialmente agenda médic@s.
- Desarrollo de materiales propios.
- Sin presupuesto.

Propuesta Unidades de Tabaquismo en A. P. (GruGAT)

Accesibles a la comunidad, en C.S., de 50.000-100.000 hab.

- Recoge derivación de médic@s de la zona.
- Profesionales: Médic@, Psicólog@ Clínic@, Enfermer@ y Auxiliar Administrativ@
- Actividad Preventiva, Asistencial, Docente/Formativa e Investigadora

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción programa de intervención:

Tratamiento combinado psicológico y farmacológico.

- Multi-componente cognitivo-conductual.
- Fármacos de primera línea adaptados a cada persona.
- Individual y grupal.

1. Fase preparación

- Motivación, compromiso, expectativas e información; Autoeficacia y habilidades cambio; Auto-registro conductual; Técnicas autocontrol

2. Fase abandono

- Control estímulos; REGINA: disminución número cigarrillos; Pautas primeros días sin fumar; Terapia farmacológica

3. Fase mantenimiento

- Externalización; Entrenamiento habilidades afrontamiento; Reestructuración pensamientos; Reequilibrio estilo de vida; Técnicas relajación; Prevención de recaídas

Elementos comunes sesiones

- Determinación de CO expirado; Valoración síntomas abstinencia; Tareas para casa y revisión; Revisión médica

Características de los grupos:

- Terapeuta y co-terapeuta; Pequeño grupo: 8-12 personas, heterogéneos; Adultos.

Condiciones para asistir:

- Fumador >10 años; Intentos previos abandono; comorbilidad; Deseo dejar de fumar 1 mes

Requisitos previos:

- Voluntariedad; Compromiso terapéutico; Entrevista médic@; Sesión inicial y cuestionarios: Biográfico, Fageström, Prime-D, Henri-Mondor, listado motivos, Russell y Richmond.

RESULTADOS

Enero 2006-octubre 2007

- 3 Centros área de Vigo.
- 17 grupos: 330 personas en total.
- 112 sesiones.
- Abstinencia 55% (6 meses).
- Patología salud mental:50% depresión. REFLEXIONES:
- Este tratamiento proporciona satisfacción a usuarios y profesionales.
- Realidad multifacética; cada aspecto de realidad se puede observar desde distintos enfoques complementarios.

Prevención escolar de drogodependencias."De bo rollo" programa de habilidades para la vida

BERMEJO GONZÁLEZ

Psicóloga clínica, directora de la UMAD de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

M^a Pilar Bermejo González. pbermejog@santiagodecompostela.org

INTRODUCCIÓN

La idea del programa DE BO ROLLO surge para atender la demanda de los centros educativos del Ayuntamiento de Santiago que, conociendo la labor que realiza la UMAD en el área de la prevención en los centros escolares, solicitaron una intervención para trabajar la prevención de situaciones conflictivas. Se pretende dar continuidad y reforzar las actuaciones que ya se estaban realizando, como por ejemplo, los cursos de formación del profesorado o los programas de habilidades sociales en 6º de Primaria, entre otras.

OBJETIVO

Dotar al alumnado de E.S.O. de las habilidades que les permitan enfrentarse adecuadamente a posibles situaciones de riesgo con respecto a las drogas y otras situaciones de la vida cotidiana. Metodología: El programa se desarrolla mediante la ejecución de tres proyectos:

- Educación en habilidades para la vida en el aula (1º, 2º e 3º de E.S.O.) durante 8 sesiones en cada curso
- Proyecto de convivencia y coeducación, 4 sesiones en 1º de E.S.O. de refuerzo de las habilidades aprendidas y fomentando valores de tolerancia y respeto.
- Proyecto de actividades para el recreo, dinamizando este tiempo con actividades lúdico-educativas como reforzadores de la práctica de las habilidades trabajadas en el aula y fomentando la convivencia democrática en los centros educativos.

RESULTADOS

- Ligero incremento de las respuestas asertivas en los cursos de 1º de ESO.
- En el alumnado de 2º de ESO se observa un nivel medio en asertividad y toma de decisiones.
- La colaboración de los tutores en el desarrollo del programa correlaciona con la implicación de los alumnos.
- El 80% de los encuestados de 1º de ESO afirman que el programa les sirvió bastante o mucho, aunque solo la mitad afirma poner las habilidades aprendidas en práctica.
- El 60% de los encuestados en 2º de ESO afirman que el programa les fue de bastante o mucha utilidad.
- La valoración media del programa por el alumnado es de notable.
- La relación interpersonal entre las educadoras y el alumnado e las actividades de los recreos favorece su implicación en las sesiones del aula.

CONCLUSIONES

- La incorporación de las habilidades al repertorio conductual del alumnado requiere de una práctica continuada en el tiempo, por lo que es necesario la continuidad en las actividades a lo largo de toda la educación secundaria, lo que favorece la adquisición y afianzamiento del comportamiento social y personalmente competente.
- Los profesionales de los centros escolares solicitan formación previa en las Habilidades, que les permita continuar trabajándolas en sus tutorías pues observan mejores resultados cuando se refuerza lo aprendido con la práctica en otras clases.
- La apertura de los centros escolares a agentes externos pero permanentes y de referencia para los alumnos, educadores sociales dinamizando los recreos, facilita la comunicación y convivencia dentro del centro escolar e incrementa la eficacia de las actuaciones preventivas así como refuerza el trabajo en red.

DetECCIÓN PRECOZ DE CONSUMO DE DROGAS EN GESTANTES

BERMEJO, A M.*; LÓPEZ, P.**

* Catedrático de Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

** Estudiante Tercer Ciclo. Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

El elevado consumo de drogas durante el período de la gestación ha sido objeto de numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas debido al significativo impacto que estas sustancias ejercen sobre la salud y el desarrollo neonatal¹⁻⁴.

Muchas veces existe dificultad para identificar estos recién nacidos que estuvieron expuestos a drogas durante el período de gestación con el riesgo de ser dados de alta hospitalaria y sufrir posteriormente problemas médicos y sociales mas o menos importantes, por lo que se hace necesaria la detección precoz de este problema.

Tanto la entrevista materna, como el análisis de orina de la madre y/o del neonato, han demostrado ser poco útiles para este fin, bien por la poca fiabilidad de las declaraciones de las mujeres gestantes o por la corta vida media de eliminación de la mayoría de las drogas de abuso. Por ello es necesario recurrir a otras muestras biológicas alternativas.

En este sentido cabe destacar los estudios realizados en los últimos años sobre la utilidad del pelo de la madre y/o el recién nacido y el meconio, como muestras biológicas idóneas para la detección del consumo de drogas durante el período de gestación⁵⁻¹⁰.

El principal objetivo de este trabajo es demostrar el consumo de drogas durante el embarazo a través del análisis del vello púbico materno y el cabello del recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis del vello púbico materno y del pelo del recién nacido en 158 muestras procedentes del servicio de tocología (120) y del servicio de neonatología (38), del Hospital Xeral Cies de Vigo, tras obtener el consentimiento informado de la madre y recoger datos de la historia clínica materna y del neonato.

En esta primera fase el estudio estuvo centrado en la detección del consumo de cocaína durante el periodo de gestación, a través del análisis del pelo de la madre y/o el recién nacido, utilizando para ello metodologías analíticas validadas ya por el equipo de investigación.¹¹

RESULTADOS

De las 120 muestras recogidas en el servicio de tocología, 60 correspondientes a vello púbico y 60 a neonatos, en ninguno de los casos existían antecedentes patológicos. De éstas, un 8% resultaron positivas a la detección de cocaína tanto en la madre como en el recién nacido, en un 5% de los casos el vello púbico materno dio un resultado positivo, mientras que el pelo del neonato fue negativo.

De las 38 muestras recogidas en el servicio de neonatología, un 26 % resultaron positivas tanto en la madre como en recién nacido y en un 16 % de los casos sólo el vello púbico materno fue positivo.

Los resultados obtenidos demostraron que el análisis del vello púbico materno consigue detectar mayor número de casos. El pelo del recién nacido solo refleja los tres últimos meses de la gestación, a diferencia del pelo materno que cubre los nueve meses de embarazo. Basándonos en los resultados obtenidos, y sabiendo que el meconio se forma a partir del primer trimestre de la gestación, hemos comenzado a utilizar esta muestra biológica para tal fin.

REFERENCIAS

1. Addis, A; Moretti, ME.; Ahmed SF; Einarson TR and Koren, G.(2001) Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. *Reprod Toxicol.* 15: 3341-369.
2. Goldschmidt L; Day NL and Richardson GA.(2000) "Effects of prenatal marihuana exposure on child behaviour problems at age 10". *Neurotoxicol Teratol.* 22: 325-336.
3. Konkol RJ; Murphey LJ; Ferreiro DM; Dempsey DA and Olsen GD(1994) "Cocaine metabolites in the neonate: potential for toxicity". *J. Child.Neurol.* 9: 242-248.
4. Plessinger MA.(1998) "Prenatal exposure to amphetamines Risks and adverse outcomes in pregnancy". *Obstet. Gynecol. Clin. North Am,* 25:119-138.
5. ElSohly MA; Kopycki W; Feng S. and Murphy TP.(1999) "Identification of the major metabolites of cocaine in meconium". *J. Anal.Toxicol.* 23:446-451.
6. Xia Y; Wang P; Barlett MG; Solomon HM and Busch KL(2000). " An LC-MS-MS method for the comprehensive analysis of cocaine and cocaine metabolites in meconium ". *Anal Chem.*72: 764-771.
7. Moore C; Negrusz A and Lewis D(1998). "Determination of drugs of abuse in meconium". *J. Chromatogr B Biomed Sci. Appl.* 713:137-146.
8. Ostrea Jr EM; Romero A; Knapp DK; Ostrea AR; Lucena JE and Utarnachitt RB. (1994) Postmortem drug analysis in meconium in early-gestation human fetuses exposed to cocaine: clinical implications". *J. Pediatr* 124: 477-479.
9. Chan D; Klein J and Koren G. (2004) "New methods for neonatal drugs screening.": *NeoReviews* 4:1-8.
10. Bar-Oz, B.; Klein, J.; Karaskov, T. and Koren, G (2003).; "Comparison of meconium and neonatal hair analysis for detection of gestational exposure to drugs of abuse". *Arch. Dis. Chil. Fetal and Neonatal edition.* 88(2):98-100.

Índice de gravedad de la adicción, V 6.0 - ASI6

BOBES BASCARÁN

Residente Psicología Clínica. Hospital Clínico Universitario. Valencia

Enviar correspondencia a:

Área de psiquiatría. Facultad de medicina. Universidad de Oviedo. C/ Julián Clavería, 6. 33007 Oviedo.

Los intentos de captar la gravedad clínica han sido parcialmente fructuosos debido a que, generalmente, se han diseñado para enfocar intensidad clínica y, en pocas ocasiones, impacto global de enfermedad u otras medidas pragmáticas¹.

Desde su introducción en 1979, el Addiction Severity Index –ASI– se ha convertido en uno de los instrumentos más universalmente utilizado y valorado en el ámbito clínico y de investigación de los trastornos por consumo de sustancias. Este instrumento tiene importancia conceptual y práctica dado su acercamiento multidimensional a la evaluación de la gravedad de la adicción, su utilidad práctica para diseñar y medir la efectividad del tratamiento y su dinamismo en cuanto a que se ha ido adaptando progresivamente a las modificaciones en las tendencias y patoplastia de los consumos que se han producido con el paso de los años.

Actualmente se está llevando a cabo el proceso de adaptación y validación en español de la última versión de este instrumento desarrollada por Alterman et al.² quienes revisan el ASI5 y lo modifican de tal forma que se adapte a los cambios en el perfil básico de la población que consume sustancias, a la naturaleza de los tratamientos y a los conocimientos científicos actuales sobre los comportamientos adictivos.

Los cambios estructurales del ASI6 se traducen en tres elementos de gran importancia de cara a la aplicabilidad del instrumento: el tiempo de administración, la fiabilidad interexaminador y el desarrollo de metodologías de seguimiento más eficaces. Los componentes del grupo GAVEASI³ esperamos que, al igual que en otros países, la versión española del ASI6 sea incorporada por los clínicos e investigadores en su quehacer diario para así posibilitar una gestión clínica adecuada y una monitorización estrecha de nuestras intervenciones terapéuticas y, en definitiva, mejorar la calidad de la asistencia a nuestros pacientes. Somos optimistas en este extremo ya que, al igual que los autores americanos, presuponemos que el ASI6 será un éxito en nuestro país fundamentalmente por las siguientes tres razones: caracteriza y cuantifica la gravedad de los problemas de salud y sociales asociados al consumo de sustancias, evaluando además la cantidad, la duración y la intensidad de la adicción, es un instrumento dinámico y de dominio público, lo que ha permitido que se adaptara a diferentes idiomas, proyectos concretos y dispositivos asistenciales, está en desarrollo un esfuerzo continuo y constante por mejorarlo, hacerlo más preciso y válido y adaptarlo a los nuevos descubrimientos científicos en el campo de las adicciones, y forma parte de una familia de instrumentos (ASI-6, ASI-FU, ASI-TEEN) adaptables a los distintos niveles y necesidades clínicas que facilitan los programas de investigación.

REFERENCIAS

1. Bobes J, Bascarán MT, Bobes-Bascarán MT, Carballo JL, Díaz Mesa EM, Flórez G, García-Portilla MP, Sáiz PA. Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. *Socidrogalcohol*. 2007.
2. Alterman AI. Development of the ASI -6. [cited; Available from: http://www.uphs.upenn.edu/trc/assessment_treatment/division%20studies/asi6.html].
3. Bobes J. Adaptación y Validación al español del Addiction Severity Index - versión 6.0 (ASI6). [cited; Available from: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/inifd/pdf/2005-AdaptacionValidacion.pdf>].

Tratamiento psicológico

BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ

Doctor en Psicología Clínica y de la Personalidad. Centro de Medicina Psico-orgánica, S.L. Bilbao

Enviar correspondencia a:

Ricardo Bravo de Medina Hernández. Ambulatorio Médico y Terapéutico. C/Licenciado Poza 14, 1º, 48011. Bilbao. Correo e. rbravo@neuro-psiquiatria.com

El tratamiento psicológico de los trastornos de personalidad y las adicciones suponen un doble reto para los profesionales. Por un lado los trastornos de personalidad se nos presentan como un grupo nosológico difuso y de difícil conceptualización, a pesar de ello, existe un acuerdo en definirlos como pautas de conducta inflexible y no adaptativas, estables temporalmente y que reflejan alteraciones globales de la persona. Los trastornos de personalidad presentan una alta prevalencia en torno al 6-18%, y hasta hace muy poco no han recibido mucha atención terapéutica quedando clínicamente infratratados.

Por otro lado existe una gran prevalencia de comorbilidad entre pacientes adictos y trastornos de personalidad que puede oscilar entre 34,8-73%, es decir, cuatro veces más que en la población general y más en concreto en pacientes con dependencia de alcohol la comorbilidad es de un 44,3% que presentan trastornos de personalidad. Este es un tema de gran interés y preocupación para la psicología clínica, de este modo, de su valoración adecuada se puede derivar un correcto diagnóstico y tratamiento.

Contrariamente a la gravedad clínica de lo planteado son escasos los estudios empíricos realizados sobre los tratamientos psicológicos de los trastornos de personalidad. Y a pesar de que existe una propuesta amplia de tratamientos, son muy pocos los que se han establecido con unos mínimos de eficacia demostrada, debido, entre otras dificultades, a que las investigaciones son escasas, ideológicamente diferentes, y con una metodología discreta. En la exposición revisaremos las principales aportaciones realizadas por los diferentes enfoques de tratamiento como las terapias psicodinámicas, la terapia cognitivo conductual, la terapia de esquemas o la terapia dialéctica conductual entre otras representativas. Veremos que tipo de herramientas nos ofrecen. Finalmente revisaremos los tratamientos psicológicos que se han reconocido como más eficaces desde una base empírica para el tratamiento de los trastornos de personalidad.

Normas sociales, creencias normativas y redes de pares

BURKHART, G.

Senior analyst. Observatorio europeo de drogas y toxicomanías (OEDT)

Enviar correspondencia a:

Gregor Burkhart. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Rua da Cruz de Santa Apolónia, n. 23-25; 1149-045 LISBOA.

Gregor.burkhart@emcdda.europa.eu

INTRODUCCIÓN

El OEDT recoge información sobre políticas e intervenciones preventivas en la Unión Europea, Noruega, Croacia y Turquía. Algunos datos recientes pueden ser comparados entre los estados.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de los informes nacionales y de cuestionarios estructurados de los estados miembro de la UE, de Noruega, Croacia y Turquía. Revisión de reciente evidencia de la literatura internacional, contenido en el portal de buenas prácticas del OEDT.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Investigaciones sólidas pero poco conocidas destacan la influencia fuerte de la percepción de normas descriptivas sobre el consumo de drogas legales e ilegales. Estas influencias explican (social norm theory) los efectos iatrogénicos negativos de campañas informativas sobre el consumo de drogas en EEUU y el Reino Unido. O han creado creencias normativas (“todos lo hacen”) o normas alternativas (“los rebeldes, los divertidos lo hacen”). De la misma forma, varias intervenciones de prevención selectiva o universal pueden crear una percepción equívoca de normas y de normalidad sobre el consumo de drogas, que efectivamente es crucial para las decisiones de jóvenes sobre su propio consumo. En este contexto, también entornos sociales proximales, las redes de pares, pueden tener efectos de contagio ambivalentes, dependiendo del enfoque y de la estrategia usada, especialmente en ámbitos recreativos y en prevención selectiva. También aquí creencias normativas son esenciales y pueden llevar en el peor caso a estabilizar conductas problemáticas como subculturalmente aceptables (norm narrowing). Por otro lado, la alta efectividad de medidas estructurales y reguladores en las meta-análisis sobre prevención reside en que las restricciones de publicidad, regulación del consumo en público y de la venta influyen normas sociales formales e informales sobre drogas legales y cannabis. En varios estados miembro ya existen pactos entre servicios de prevención, municipales y la industria del ocio que se preocupan en influenciar y definir normas y reglas sobre la vida nocturna. Esto es un importante campo de actuación en prevención comunitaria, que encuentra fuertes resistencias ideológicas en algunos estados miembro, no solo por razones económicas. En varios casos derivan de vivencias históricas o sus interpretaciones por las industrias y lobbies de alcohol, tabaco o cannabis. No obstante ha habido en los últimos dos años importantes cambios en las políticas normativas sobre tabaco y alcohol en la Unión Europea: las políticas son más globales y consideran en la implementación concreta cada vez más los entornos sistémicos de los jóvenes.

La influencia del grupo de amigos en el consumo de drogas cuando se sale de marcha

AMADOR CALAFAT

Irefrea

Enviar correspondencia a:
Amador Calafat. irefrea@irefrea.org

El uso de drogas es en general un acto grupal. La primera oferta suele ser en grupo o con los amigos, se aprende a consumir en grupo, se consiguen las drogas a través del grupo,...Hace años que sabemos que los consumidores suelen tener amigos consumidores. También sabemos que la posibilidad de acabar consumiendo aumenta cuando se tienen amigos consumidores. Ello es el resultado de un proceso complejo en el que pesan la influencia de los amigos (peer influence) y la propia selección (peer selection) que uno hace de los amigos. Muchos de los estudios han sido hechos hasta ahora a partir de lo que hace el mejor amigo o estudiando parejas. Diversas cuestiones han sido estudiadas hasta ahora: la popularidad, el aislamiento, el género, la influencia de los padres en la selección de los amigos, la posición en la red de amigos, la homogeneidad del grupo,... Pero en general, pocas veces se estudian las redes completas de amigos y muchos estudios van dirigidos a personas que ya tienen problemas importantes con el consumo.

El presente estudio hace referencia a una muestra de 1380 jóvenes de 9 ciudades europeas que acuden a divertirse a zonas de ocio nocturno. Entre otras cuestiones relacionadas con la forma de transporte, sexualidad de riesgo, violencia, etc., se estudia la relación de la composición de la red de amigos al salir de marcha con las tipologías de consumo. Tenemos información sobre 7460 amigos, o sea una media de 5.4 amigos por cada entrevistado. Se aportará diversa información sobre el funcionamiento en grupo cuando se sale a divertirse y se crearán perfiles sobre la composición del grupo en relación con las tipologías de consumo.

Por ejemplo los menos consumidores tienen grupos en los que hay menos amigos que sean populares o que sean líderes, menos amigos consumidores o que se metan en problemas, menos amigos que ayudan a conseguir ligues. Una imagen opuesta la tienen los que suelen emborracharse y consumir drogas ilegales con frecuencia. También se discutirán otros aspectos de la red de amigos como es la influencia de tener amigos dispuestos a prestar ayuda, la influencia de cambiar de grupo durante la noche, etc.

Todos estos conocimientos son útiles a efectos preventivos. ¿Quién y de que forma tiene influencia en el grupo? ¿Quién puede evitar los problemas? ¿A que se debe dirigir un programa basado en los pares?

La integración de los inmigrantes, acercamiento a un programa y directrices para la intervención

CARABELOS CASALDERREY, M.

Trabajadora social de los servicios sociales de atención primaria del Ayuntamiento de Vilaboa (Pontevedra).

Enviar correspondencia a:

M^ª Montserrat Carabelos Casalderrey. Ayuntamiento de Vilaboa. Toural 1, 36141 VILABOA. Correo e.: montsecarabelos@hotmail.com

INTRODUCCION

Mi intervención pretende invitar a la reflexión además de acercar como su propio título indica, a los profesionales del trabajo social y de otras disciplinas, a un programa de integración de inmigrantes, digo acercar puesto que este es un resumen de un artículo publicado en la revista Gallega de trabajo social nº 9 Fervenzas En dicho artículo se hace una amplia descripción socio demográfica del lugar en donde se desenvuelve, para que el lector se haga una idea de cómo desde un Ayuntamiento tan modesto y con tan pocos recursos, se puede poner en marcha un programa de integración de inmigrantes, referente en este momento en la comunidad autónoma gallega, quizás no por ser tan bueno sino por ser uno de los pocos que en este momento se están llevando a cabo en esta comunidad.

En él se define de un modo amplio, el concepto de integración (Giménez y Malgesini 1997. Pag. 204) que tomamos como referente, el cual dirigió de alguna manera nuestra intervención Para terminar me he atrevido a incluir unas modestas directrices, por si a alguien le sirve, pues a mi personalmente me supuso bastante tiempo llegar a esas conclusiones, y optar por una nueva forma de trabajar con este colectivo de población.

MATERIAL Y METODO

Para la elaboración del Programa de integración de inmigrantes en el Ayuntamiento de Vilaboa, se realizó un estudio previo de las características socio demográficas en particular de la población inmigrante, en el cual se detectó un claro y definido enclave de inmigrantes de origen Marroquí cuya presencia significa el 3,6 de la población total del Ayuntamiento y el 24% de los vecinos de una zona en concreto.

En cuanto a los objetivos del programa hemos contemplado todas las áreas: Educativa con intervenciones en los centros escolares, y ampliando la oferta de formación de adultos. El área socio sanitaria en donde se hace una distinción entre los derechos de los inmigrantes con permiso de residencia o sin el de cara al tratamiento de adicciones. En el área jurídica centrándonos sobre todo en las leyes de extranjería, los derechos y obligaciones de los inmigrantes. En el área laboral en donde se potencia la formación profesional de este colectivo entendiendo que la integración social comienza por la integración laboral. En el área de la sensibilización creando espacios para la convivencia e intercambio entre las diferentes culturas.

Para el logro de los objetivos se han ido realizando actividades desde el año 2000 en las cuales se ha fomentado la participación de la población inmigrante pero en las cuales tienen cabida la población en general, de las que cabe nombrar, cursos de cocina internacional, clases de costura para elaboración de vestimenta propia de cada país, cursos de encaje de bolillos, clases de alfabetización en lengua castellana, clases de árabe para profesionales, campamentos interculturales, comidas y festivales multiculturales, excursiones interculturales, cursos de formación laboral específicos para inmigrantes etc.

CONCLUSIONES

Termino mi exposición incluyendo unas directrices a tener en cuenta cuando vamos a trabajar con población inmigrante, animando a todos los profesionales que desarrollan su actividad en la admón. Pública y en organizaciones no gubernamentales a trabajar por la integración, facilitándole el camino a los que vienen de otros países buscando un sitio en el nuestro.

Psicofármacos y dependencia de alcohol

CASADO, E.; VILAR, G; PATRÍCIO, L.

Equipo I - Consulta Externa da U. D. Centro das Taipas, IDT Portugal

Enviar correspondencia a:

Esther Casado. Rua Manuel Marques, nº 12, 7º E, Lisboa 1750-171. ecasado@netcabo.pt

RESUMEN

En la práctica clínica encontramos cada vez más el policonsumo de sustancias de abuso y una variada y compleja psicopatología. El alcohol es una sustancia de abuso que es usada como primera sustancia o como sustancia alternativa. También encontramos pacientes que usan el alcohol como "tratamiento paliativo" de la patología de la ansiedad, del humor o de cuadros de privación de otras sustancias o del propio alcohol.

La farmacología contemporánea nos permite proponer el control terapéutico, prevenir el síndrome de abstinencia aguda y tratar la psicopatología previa al consumo o resultante del mal uso de bebidas con alcohol.

Con la exposición de algunos casos clínicos intentaremos clarificar como los tratamientos psicofarmacológicos se han adaptado en los dependientes de alcohol con patología dual a los cambios neurobiológicos.

Tratamiento de la dependencia a cocaína

CASETE FERNÁNDEZ, L.

Unidad Asistencial de Drogodependencias-ACLAD A Coruña, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. Psicóloga

Enviar correspondencia a:

Lorena Casete Fdez, UAD-ACLAD, r/ Ermita 2A, 15008 A Coruña; lorena.casete@asoc-aclad.es

INTRODUCCIÓN

El abordaje de la dependencia de cocaína se basa fundamentalmente en el tratamiento psicológico, en concreto conductual y cognitivo-conductual (TCC) que han demostrado ser estrategias eficaces para dependientes de la cocaína. Las principales agencias internacionales (NIDA, Asociación Psiquiátrica Americana y Asociación Psicológica Americana) recomiendan las intervenciones psicosociales y las conductuales y cognitivo-conductuales para este colectivo con un grado de recomendación B.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa bibliografía sobre tratamientos psicológicos en trastornos adictivos para la dependencia de la cocaína para elaborar una Guía clínica basada en la evidencia de Socidrogalcohol.

RESUMEN

Recomendaciones y evidencias

Nivel de evidencia: 1

- Cuando coexisten consumo de cocaína y alcohol, el tratamiento con disulfiram más tratamiento psicológico, especialmente TCC, supera en eficacia a otras intervenciones (terapia interpersonal y placebo).
- El programa de reforzamiento comunitario más incentivo ha sido validado como tratamiento psicológico bien establecido. Nivel de evidencia: 2
- Las intervenciones psicológicas de asesoramiento (“counseling”) mejoran los resultados del tratamiento. Además mejoran los resultados de pacientes en PMM.
- El entrenamiento en habilidades, como parte del tratamiento integral, es uno de los elementos más eficaces y con mayor influencia en la evolución y resultado.
- La prevención de recaídas es un tratamiento eficaz en formato individual y grupal y además es compatible con diversos enfoques de tratamiento.

Grado de recomendación: A

- Los programas multicomponentes que integran varias terapias, con equipo multiprofesional, ofrecen mejores resultados, en especial si combinan terapia grupal e individual.
- La terapia conductual y cognitivo-conductual es el tratamiento de elección para los dependientes de cocaína.

Grado de recomendación: B

- Los programas integrales ambulatorios intensivos poseen una confianza clínica moderada. - En sujetos no dependientes y como fase preliminar del tratamiento, la terapia motivacional colabora en el aumento de la retención y la cumplimentación de indicaciones.

Grado de recomendación C

- Se recomienda optar por el contexto menos restrictivo para un tratamiento seguro y eficaz para cada paciente.
- Las terapias psicoanalíticas deben iniciarse con pacientes en abstinencia.
- La aplicación de técnicas psicológicas en formato grupal tiene eficacia similar al formato individual y ahorra costes de tratamiento.
- La terapia familiar y de pareja mejora los resultados a largo plazo de la terapia. Con nivel de evidencia 4 está la terapia de apoyo expresiva, la terapia interpersonal y la terapia “Seeking Safety”, con buenos resultados con dependientes que presenta un trastorno límite o un trastorno por estrés post-traumático.

DISCUSIÓN

Las técnicas más eficaces y recomendadas con dependientes de cocaína son las conductuales y cognitivo-conductuales.

El trabajo directo con dependientes de cocaína exige:

- Revisar la práctica clínica con técnicas basadas en la evidencia.
- Aplicar técnicas validadas con atención a la individualidad de cada paciente.

Toxicidad de drogas emergentes

CLIMENT DÍAZ, B.

Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria. S. Medicina Interna. C. Hospital General Universitario de Valencia

El mundo de las drogas de abuso y sustancias psicoactivas se encuentra en continua evolución. El conocimiento de las tendencias actuales, sustancias utilizadas, patrones de uso y toxicidad es imprescindible para los profesionales implicados en su abordaje clínico-terapéutico y prevención. Junto a la presencia de las sustancias de abuso "legales" y de las clásicas ilegales se han ido introduciendo y expandiendo otras sustancias de características muy diversas. Esto no quiere decir que los problemas habituales estén cambiando, sino que, junto a la situación ya conocida del consumo de drogas en las sociedades occidentales, están apareciendo "nuevos problemas". ¿Cuál es el objetivo perseguido con el consumo de sustancias psicoactivas? Principalmente son recreativos: alucinógeno, euforizante, entactógeno, relajante, afrodisíaco, aumento rendimiento psicomotor, disminución del cansancio y sueño, combatir los efectos no deseados del consumo de otras drogas legales e ilegales. La difusión de estas tendencias emergentes se ha visto facilitada enormemente por Internet. Las nuevas pautas de consumo y su evolución escapan en gran medida a los mecanismos de control y seguimiento de los estados.

¿Cuáles son las sustancias emergentes? Entre ellas podemos encontrar plantas, hierbas, semillas, hongos, fármacos de uso legal o sus copias y sustancias químicas sintéticas no autorizadas. El fenómeno del policonsumo de diferentes sustancias psicoactivas es muy frecuente. Se han descrito múltiples casos de intoxicaciones agudas, algunas mortales, complicaciones orgánicas y psicológicas por el consumo de estas sustancias emergentes junto a las sustancias legales y a las drogas "clásicas". En los diferentes foros toxicológicos europeos y norteamericanos podemos apreciar indirectamente las tendencias actuales en el consumo de drogas y sustancias psicoactivas al constatar los efectos tóxicos producidos por su uso. El consumo de opiáceos continúa siendo el principal problema de drogas en el mundo y constituye la principal causa de muerte asociada al consumo de drogas. En Europa y EEUU disminuye el consumo de heroína pero aumenta el de opiáceos sintéticos (fentanilo, adolonta) en formatos cómodos de uso (parches, caramelos) produciéndose en algunos países un patrón de abuso de considerable toxicidad. Las triptaminas sintéticas están reemergiendo en el escenario de las drogas de abuso. Las principales son: AMT (alfametiltriptamina) o "spirals"; 5-MeO-DIPT (5metoxidiisopropiltriptamina) o "foxy" y "foxy methoxy".

Con respecto a las anfetaminas la 4-cloro-2,5-dimetoxi anfetamina (DOC) ha sido descrita su uso recientemente de forma casual tras una intoxicación con crisis convulsivas. La DOM(4-metil-2,5-dimetoxianfetamina) presenta efectos ambivalentes euforia-disforia, siendo el de mayor potencia alucinógena y el principal activo del preparado STP (serenity, tranquility, peace). La 2C-B (4-bromo-2,5-dimetoxifenil-anfetamina) es un análogo a la DOB conocido como "after turner", "toonies" y "nexus". Menos potente, produce "Relajación" del pensamiento, alucinaciones y agitación. La 2-C-T-7, "blue mystic" o "Tripstacy" con efectos prolongados, sensación de bienestar y empatía, alucinaciones, ataques de pánico, ideación paranoide. Las piperazinas y sus derivados son nuevas sustancias emergentes que se utilizan como alternativas al éxtasis. Entre ellas destacan la mCPP (metaclorofenilpiperazina) conocida como "XTC" que es un agonista serotoninérgico, más alucinógeno y menos estimulante y la benzilpiperacina BZP, menos potente que la dexanfetamina y disponible en algunos países y en internet como "alternativa legal" al éxtasis. La salvia divinorum es una planta de la familia de la menta que posee sustancias psicoactivas denominadas salvinorinas. Posee propiedades disociativas y alucinógenas. Sustancia de abuso emergente con amplia información y venta en internet. Otras sustancias más introducidas en los ámbitos de consumo recreativo como el GHB y sus precursores GBL y 1,4-BD y la ketamina están sometidas a una vigilancia por los observatorios europeos. Sin embargo, sustancias de origen natural como el khat, hongos y plantas alucinógenas en uso emergente y con amplia difusión y comercialización en internet, presentan una tendencia emergente a tenor de las incidencias toxicológicas producidas, aunque sin existir datos sobre su prevalencia.

El programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) + Terapia de Incentivos en los Países Bajos

DE FUENTES-MERILLAS, L. *,; DE JONG, C. A. J. *,****

* Investigadora y Psicóloga Clínica, Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg, Vught, Países Bajos

** Coordinadora Nacional del programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) + Terapia de Incentivos. Nijmegen Institute for Scientists- Practitioners in Addiction (NISPA), Radboud Universiteit Nijmegen, Países Bajos.

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias de la adicción a la cocaína son devastadoras no solo para el consumidor sino también para su entorno más cercano y la sociedad. Los datos epidemiológicos europeos indican que el consumo abusivo de cocaína ha incrementado de forma alarmante en los últimos años. Los indicadores asistenciales constatan también un fuerte incremento en la demanda de tratamiento. En los Países Bajos las admisiones a tratamiento por cocaína aumentaron en un 59% entre 1994 y 2000, aunque esta tendencia ascendente se ha suavizado en los últimos ocho años. Aún no se ha encontrado ninguna medicación eficaz para el tratamiento de la adicción a la cocaína (o politoxicomanía con adicción principal a la cocaína). La evidencia científica ha demostrado que los programas de manejo de contingencias, en especial, el Programa del Reforzamiento Comunitario combinado con Incentivos (CRA+Vouchers) ha demostrado ser eficaz en varios estudios experimentales controlados con pacientes cocainómanos en los Estados Unidos. Este tratamiento multicomponente ha sido protocolarizado por el grupo de investigadores que lo desarrollaron (Budney & Higgins, 1998) en colaboración con el NIDA (National Institute on Drug Abuse). El objetivo de este estudio es investigar de forma experimental el programa de Refuerzo Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína en politoxicómanos holandeses. El tratamiento aplicado sigue el protocolo del NIDA (Budney & Higgins, 1998).

MÉTODO

Se utilizó un diseño experimental de bloques al azar en 66 pacientes policonsumidores (en tratamiento de metadona con adicción principal a la cocaína) que solicitó tratamiento ambulatorio en una de las cinco clínicas holandesas que participaron en esta investigación. 35 pacientes fueron asignados al grupo tratado con CRA más incentivos y 31 pacientes fueron asignados al grupo control (tratamiento usual para cocaína aplicado en estas clínicas). Los grupos fueron comparados al final del tratamiento y tres meses después de la finalización del mismo en las siguientes variables: adhesión al tratamiento, consumo de cocaína, consumo de otras drogas, cambios en las áreas que mide el EuropASI (estado de salud, educación y empleo, situación legal, relaciones sociales/familiares y estado psiquiátrico), cambios en dimensiones psicopatológicas (SCL-90 & BDI) y calidad de vida (EuroQol).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los prometedores resultados de esta investigación serán presentados durante la ponencia y discutidos con los asistentes a la misma. Así como las posibilidades de implementación de estas técnicas de tratamiento en ámbitos de intervención comunitaria.

Drojnet: Aplicación de las Nuevas tecnologías de la Comunicación a la Prevención de Drogodependencias

DEL POZO IRRIBARRÍA, J.*; PÉREZ GÓMEZ, L.; FERRERAS OLEFFE, M.***; HERRERA, E.****;
NUEZ VICENTE, C.*****; GARCÍA, A.*******

* Jefe del Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

** Responsable del trabajo de campo del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

*** Coordinador del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

**** Psicóloga, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

***** Técnico superior de la Unidad de Atención al Fumador, Dirección de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

***** Administrativo del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

Enviar correspondencia a:

Juan del Pozo Iribarría. Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública Y Consumo. Consejería De Salud. Gobierno de La Rioja (España). C/ Gran Vía, 18, 8ª planta. 26071- Logroño. La Rioja (España). Teléfono: +34941291870. Fax: +34941291871. E-mail: juan.delpozo@larioja.org

INTRODUCCIÓN

El Proyecto europeo Drojnet tiene por objetivo el transmitir información preventiva a los adolescentes a través de mensajes cortos de texto a móviles (SMS) y de una página web. En él participan el Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra, Béarn Toxicomanies (Francia) y está liderado por el Gobierno de La Rioja a través del Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Salud.

Justificación: la penetración de la telefonía móvil supera el 92% entre los jóvenes de 14 y 15 años, según la encuesta del propio proyecto (datos recogidos en Logroño y Pamplona entre 2104 adolescentes, en febrero de 2007). Por otra parte, más del 75% de los adolescentes de 10 a 15 años han utilizado internet en los últimos 3 meses (Fuente: INE, Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, TIC-H 2007). Las cifras ponen en evidencia un uso masivo de las TIC, especialmente de la telefonía móvil.

MATERIAL Y MÉTODO

Sistema de información: Los usuarios del sistema reciben dos SMS cada fin de semana y son invitados a consultar la página web www.drojnet.eu

Ambos medios inciden en las sustancias de mayor consumo entre los adolescentes: el alcohol, el tabaco y el cannabis.

Además de la información sobre sustancias, se alude a los factores de protección y a los factores de riesgo asociados al consumo. Para ello se han introducido en la web secciones como "Decir no" o "Saca lo mejor de ti", por ejemplo. La web contiene igualmente una sección interactiva de consultas y sugerencias, actualizada a diario.

Todos estos materiales han sido elaborados con el asesoramiento de los propios jóvenes.

Población diana: los contenidos se dirigen principalmente a adolescentes que aún no han iniciado el consumo o se encuentran en una fase de consumos experimentales.

El diseño y el lenguaje se han adaptado a las características de este público, con imágenes atractivas y enunciados concisos.

Evaluación: además de la puesta en marcha del sistema de información, el proyecto cuenta actualmente con una rigurosa evaluación de sus efectos y de la satisfacción de los usuarios. Siguiendo la metodología del ensayo comunitario, se ha realizado una evaluación inicial (febrero de 2007) y se realizará la evaluación tras 12 meses de intervención (abril de 2008), a una muestra de 656 jóvenes de 14 a 16 años. Las variables observadas son:

sexo, edad, fuentes de información sobre drogas, percepción de riesgo, intención de consumo y consumo. Por otra parte, se realizarán grupos de discusión con el objetivo de aproximarse a la diversidad de opiniones de los usuarios. El diseño experimental justifica que, en el momento actual, se haya restringido el envío de SMS a una parte de la muestra.

RESULTADOS

Además de haber materializado un sistema de información sobre drogas a través de las tecnologías de comunicación más utilizadas por los adolescentes, Drojnet extraerá conclusiones precisas sobre sus potencialidades, con el resultado de poder ofrecer a la población un servicio evaluado.

¿Cuál es el estado de la prevención de las drogodependencias en España?

FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R.*; MONCADA BUENO, S.; MORÁN IGLESIAS, J.***; CANO PÉREZ, L.******

* Profesor Titular. Facultad de Psicología - Universidad de Oviedo.

** Jefa del Área de Prevención. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

*** Jefe de Área de Prevención. Reinserción e Coordinación del Plan de Galicia sobre Drogas.

**** Secretaria Técnica del Comisionado para la Atención y Prevención de Drogodependencias.

La Prevención es uno de los pilares fundamentales de los Planes sobre drogas. En esta mesa de debate se van a tratar algunas cuestiones fundamentales que le afectan, tales como la posible existencia o necesidad de que exista un plan integrado de prevención en España, la necesidad de que los programas de prevención que se apliquen estén apoyados en la investigación, la posible relación entre ideología y prevención, la cualificación de los profesionales, la posible exigencia de que exista coordinación entre los distintos ámbitos donde se aplican los programas preventivos, y la posible eficacia y efectividad de los mismos. Los intervinientes en la mesa abordarán cada una de estas cuestiones desde perspectivas ligeramente diferentes, nacional o autonómica, o desde administraciones de diferente signo político. Las conclusiones que se obtengan podrán mejorar el conocimiento que tenemos sobre la realidad de la Prevención en nuestro país, y las posibles vías de solución para mejorar sus deficiencias.

El centro de encuentro y acogida de Granada

FERNANDEZ-GAYTÁN ANGULO, G.

Dirección y Trabajo Social

Enviar correspondencia a:

G. Fernandez-Gaytán Angulo. Arandas 14 Bajo. 18001 Granada. Correo e.: ceagloria@hotmail.com

INTRODUCCION

En la actualidad se ha visto necesario y plenamente justificado la creación y el mantenimiento de centros de encuentro y acogida en todo el territorio español manifestando su eficacia en las intervenciones orientadas a minimizar los daños provocados por conductas adictivas, así como prestar información y orientación sobre consecuencias del consumo, formas menos perjudiciales y acceso a recursos sociosanitarios.

MATERIAL Y METODOS

En primer lugar justificar la necesidad del centro de encuentro en la ciudad de Granada, servicios que presta, principios generales de actuación, población destinataria: criterios de inclusión y exclusión, objetivos y actividades.

En segundo lugar se presentan los resultados del año 2007: perfil del usuario (vía de acceso, nacionalidad, edad de los usuarios, inicio de consumo en hombres y mujeres, sustancias de consumo, vía de administración, tratamientos anteriores, vivienda, estudios realizados, situación laboral, situación legal y datos sanitarios), servicios utilizados y actividades llevadas a cabo. Se han recogido los datos de las FIBAs y de todos los registros diarios y mensuales del centro.

Al final se señalan las dificultades, problemas con los que nos encontramos y alternativas o soluciones propuestas.

RESULTADOS

De un total de 888 personas que han pasado por el CEA desde que abrió sus puertas en el 2.004, 121 lo han hecho por primera vez en el 2.007, la vía de acceso más utilizada ha sido por conocidos, publicidad, folletos, seguidos de derivaciones del Centro Provincial de Drogodependencias. La nacionalidad es sobretodo española, con bastantes europeos. El promedio de edad de los varones está en la franja de 21 a 51 años y en mujeres de 21 a 41. Las sustancias más consumidas han sido el cánnabis, alcohol, cocaína, heroína, metadona y tranquilizantes. La mayoría ha pasado por varios tratamientos anteriores en diferentes recursos tanto públicos como privados.

En cuanto a la vivienda 53 viven en la calle y 37 de ocupas en casas abandonadas. En los estudios realizados destacar que 59 no superaron el Graduado Escolar y 19 no tienen ninguno.

En la situación laboral 93 no cobran ninguna prestación ni trabajan, en el tema legal 26 tienen causas pendientes y 8 se encuentran en tercer grado. En los datos sanitarios se observa que 22 personas tienen Hepatitis C, 11 VIH, TBC 3 y 8 Hepatitis A.

Destacar que de las 121 acogidas nuevas, 41 han encontrado trabajo, aunque la mayoría en precario o eventuales.

Hemos trabajado partiendo del problema de la adicción en problemas de salud, carencias afectivas, vivienda, habilidades sociales, incorporación sociolaboral para intentar aumentar su calidad de vida y que aprendan habilidades para enfrentarse al día a día con aptitud de futuro y esperanza.

Drogodependencias comorbilidad y trimorbilidad con Trastorno Límite de la Personalidad

FERRER, M.*; ANDIÓN, O; CASAS, M.*****

*Psiquiatra. Coordinador del Programa PAI –TLP “la Caixa” del Hospital Universitari Vall d’Hebron.

Profesor Asociado de Psiquiatría. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Psicólogo. Programa PAI –TLP “la Caixa” del Hospital Universitari Vall d’Hebron.

***Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d’Hebron.

Catedrático de Psiquiatría. Universitat Autònoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Marc Ferrer. Hospital Universitari Vall d’Hebron. Edifici de l’Antiga Escola d’Infermeria, 5ª planta. Pg. Vall d’Hebron 119-129. 08035 Barcelona
Tel. 93 4894294; Fax. 93 4894587. Correo-e: maferrer@vhebron.net

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno que generalmente se puede identificar en la adolescencia o inicio de la edad adulta, clínicamente heterogéneo y que se caracteriza por su elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, tanto del eje I como del eje II del DSM-IV-TR. Entre estos trastornos comórbidos, clásicamente se ha destacado el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), por sus aspectos comunes con el TLP, tanto clínicos como en la etiopatogénia y por ser considerado la principal variable de mal pronóstico en la evolución y respuesta al tratamiento. El TUS se considera un trastorno que mimetiza los principales síntomas del TLP, en especial la impulsividad y la inestabilidad emocional. Así, en el caso de que el TUS coexista con el TLP se planteará una situación grave de potenciación mutua de los síntomas más desadaptativos.

También se ha observado la presencia de la sintomatología más característica del TLP en otra patología: el Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad (TDAH) del adulto. En los últimos años se ha sugerido la posibilidad de que un número importante de pacientes TLP tengan antecedentes de TDAH en la infancia y que éste haya evolucionado hasta la adolescencia y edad adulta interaccionando con el TLP. A su vez, y como otro nexo de unión, el TDAH del adulto se caracteriza también por una elevada comorbilidad con el TUS.

En el Programa PAI –TLP “la Caixa” del Hospital Universitari Vall d’Hebron se reclutaron pacientes con sospecha diagnóstica de TLP con el objetivo inicial de ratificar dicho diagnóstico. Posteriormente se planteó estudiar las distintas comorbilidades del TLP, en especial en lo relativo al TUS. Como elemento diferencial respecto a otros programas de similares características, se pretendía determinar la presencia de criterios de TDAH en la muestra de pacientes TLP. Teniendo en cuenta la posibilidad de que el TUS o el TDAH mimeticen un falso TLP, también se pretendía realizar un diagnóstico diferencial. Existirían diferencias pronósticas en función de la comorbilidad y sus distintas opciones terapéuticas.

313 pacientes acudieron al programa con el diagnóstico de posible TLP en base a la presencia de los principales síntomas de dicho trastorno. Finalmente, 227 fueron diagnosticados como tal mediante el uso de criterios clínicos DSM-IV-TR y entrevistas semiestructuradas (DIB-R y SCID-II). De los pacientes no diagnosticados como TLP, 43% se orientaron como TUS y 36.7% como TDAH. Los pacientes orientados como TLP fueron explorados en relación a la presencia de un TUS o un TDAH comórbido. Un 48.5% de pacientes TLP presentaban un TUS comórbido, en especial abuso de cannabis y de cocaína. Un 37.2% de pacientes TLP presentaban un TDAH comórbido, sobretodo en su forma combinada.

Tanto el TDAH como el TUS son dos trastornos a tener en cuenta en el TLP, tanto por la posibilidad de incurrir en errores diagnósticos como para contemplar opciones terapéuticas que no se tendrían en cuenta normalmente. De este modo, se plantea la posibilidad de mejorar considerablemente el pronóstico de un número considerable de pacientes TLP con un adecuado diagnóstico diferencial y una optimización terapéutica.

Interdisciplinariedad y Drogodependencias

FERRO MORA, S.

Trabajadora Social del CAID de Parla. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

INTRODUCCION

Este artículo analiza el trabajo en equipo en drogodependencias, desde el punto de vista del Trabajador Social. Aborda aspectos teóricos a tener en cuenta a la hora de evaluar la intervención que se realiza. Por último estudia un caso práctico con el que se ha intervenido en red desde diferentes instituciones.

MATERIAL

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión.

METODO

El método ha consistido en analizar la literatura existente. La extracción de conclusiones se hecho a nivel cualitativo. Aportación de ideas propias basadas en la experiencia profesional y análisis de un caso clínico.

ESTRUCTURA DE LA PONENCIA.

A lo largo del artículo en cuestión se tratan los siguientes temas:

- Diferencias terminológicas: significado de los términos interdisciplinar, multidisciplinar, interprofesional y multiprofesional.
- Ventajas y desventajas del trabajo en equipo.
- La intervención en drogodependencias desde el marco interdisciplinar, donde se evalúan cuatro ámbitos:
 1. A nivel macro analizando la sociedad, las leyes, los estereotipos y las diferentes ideologías.
 2. La institución, sus normas, sus procesos organizativos, etc.
 3. El profesional como persona, el modelo teórico del que parte y su ideología.
 4. Los ciudadanos que reciben atención.
- Por último se analiza un caso práctico que orienta la intervención en red.

RESULTADOS

Los resultados quedan plasmados en el propio artículo y en los diferentes apartados que se han analizado.

DISCUSION

El artículo nos muestra claramente:

1. Las dificultades y beneficios del trabajo en equipo.
2. Las dificultades de entendimiento entre profesionales que poseen diferente formación e incluso utilizan diferente lenguaje técnico para describir el diagnóstico de una situación.
3. El ciclo vital de las organizaciones.
4. Los condicionantes que inciden sobre los sujetos que atendemos: a nivel social, familiar, individual, etc.
5. Las directrices que marca la propia institución para la que trabajamos.
6. Las características personales del profesional.

Marcadores genéticos en la respuesta al tratamiento en pacientes con dependencia al alcohol

FLÓREZ MENÉNDEZ, G.

Médico Psiquiatra. Centro Asistencial "As Burgas", Unidad Concertada del SERGAS para el tratamiento de problemas relacionados con el Alcohol y el Juego

Enviar correspondencia a:

Gerardo Flórez Menéndez. Centro Asistencial "As Burgas", Unidad Concertada del SERGAS para el tratamiento de problemas relacionados con el Alcohol y el Juego.
Curros Enríquez 7-1º local B 32004 Ourense.

INTRODUCCIÓN

La búsqueda de factores pronósticos relacionados con el tratamiento de la dependencia al alcohol ha sido, como en otros trastornos, un objetivo primordial durante los últimos años. Conocer esos factores predictores permite ajustar la intensidad del tratamiento de una forma individualizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio hemos estudiado la relación entre la evolución del tratamiento de la dependencia al alcohol y los siguientes factores: socioambientales (edad, sexo, estado civil, empleo, nivel educativo adquirido, clase social y alojamiento / apoyo familiar), clínicos y relacionados con el consumo de alcohol (trastornos de la personalidad, consumo de nicotina, historia familiar de alcoholismo, consumo de alcohol en el mes anterior, motivación para modificar el consumo de alcohol y deseo de consumir alcohol) y biológicos (polimorfismos serotoninérgicos y dopaminérgicos). Los pacientes recibieron un tratamiento de desintoxicación, y a continuación un tratamiento de deshabitación de 6 meses de duración, que incluía una intervención psicológica basada en el modelo de prevención de recaídas, y un tratamiento farmacológico, la mitad de los pacientes fueron tratados con el agente anti "craving" naltrexona, y la otra mitad con el agente anti impulsividad topiramato. La evolución fue evaluada a los 3 y a los 6 meses de tratamiento. La evolución fue evaluada utilizando los siguientes instrumentos: biomarcadores del consumo de alcohol, EuropASI, OCDS, WHO/DAS y EQ-5D.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Utilizando los resultados obtenidos con estos instrumentos se confeccionaron grupos de consumo para evaluar la evolución de una forma global. Al final del estudio llegamos a las siguientes conclusiones: los factores socioambientales, clínicos y relacionados con el consumo de alcohol no tuvieron un valor predictivo, los agentes psicofarmacológicos se asociaron con un buen pronóstico y los alelos Stin2.10 VNTR y -141C Del también se asociaron con un buen pronóstico.

Farmacogenética y tratamiento de mantenimiento con metadona

FONSECA, F.*; TORRENS, M.**

* Psiquiatra adjunta. Unidad de Toxicomanías. Institut d'Assistència Psiquiàtrica, Salut Mental i Toxicomanies (IAPs). Hospital del Mar
** Psiquiatra, directora de Línea de Toxicomanías. Unidad de Toxicomanías. Institut d'Assistència Psiquiàtrica, Salut Mental i Toxicomanies (IAPs). Hospital del Mar

Enviar correspondencia a:

Marta Torrens. Unidad de Toxicomanías. Institut d'Assistència Psiquiàtrica, Salut Mental i Toxicomanies (IAPs). Hospital del Mar. Passeig Marítim 25-29. 08003 Barcelona. Tel. 932 483 175 Fax. 932 483 445

INTRODUCCIÓN

El trastorno por dependencia de opiáceos es una enfermedad compleja. Tanto el desarrollo del trastorno adictivo como la probabilidad de recaídas están causados por una combinación de factores genéticos y ambientales. Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) son el tratamiento que han demostrado una mayor eficacia para el trastorno por dependencia de opiáceos. Durante los últimos años el análisis de las bases genéticas de la respuesta al PMM está despertando gran interés y se han publicado diversos estudios que evalúan tanto aspectos genéticos relacionados con la farmacodinámica como con la farmacocinética de la respuesta a metadona. Otros genes diana en la evaluación de la respuesta a PMM son la neurotrofinas, implicadas en el crecimiento y mantenimiento de diversos sistemas neuronales, la modulación de la neurotransmisión y la plasticidad neuronal. Como parte de la familia de las neurotrofinas, nuestro interés se ha centrado en el Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), del cual se ha descrito su asociación con diversas enfermedades mentales. En esta ponencia, presentamos los primeros resultado de un estudio diseñado para explorar el papel de la variabilidad genética de BDNF en la respuesta a PMM en una cohorte de pacientes con trastorno por dependencia de opiáceos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han analizado 21 polimorfismos de nucleótido único (SNPs) en el genoma del BDNF de 91 sujetos con trastorno por dependencia de opiáceos incluidos en un PMM durante al menos 6 meses. Se ha dividido la muestra en pacientes con Buena Respuesta y Mala Respuesta al tratamiento, en base al consumo de opiáceos ilegales según controles de orina regulares. Los pacientes han sido evaluados clínicamente mediante una entrevista diagnóstica estructurada: la versión española de la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-DSM-IV) y se han estudiado sus rasgos de personalidad mediante el Inventario de Carácter y Temperamento de Cloninger (TCI).

RESULTADOS

No hemos hallado diferencias a nivel de características clínicas, ambientales ni de tratamiento entre pacientes con Buena y Mala Respuesta, excepto en la escala Cooperación del TCI ($p < 0.001$). El análisis de bloques de haplotipos muestra un haplotipo de baja frecuencia (2.7%) formado por 13 SNPs en el bloque 1 más frecuente en el grupo de Mala Respuesta que en el grupo de Buena Respuesta (4/42 vs 1/135; p corregida = 0.023). Un análisis detallado del bloque 1 nos ha permitido identificar un haplotipo formado por 6 SNPs (rs7127507, rs1967554, rs11030118, rs988748, rs2030324, and rs11030119) asociado con diferencias en la respuesta al PMM ($p = 0.011$). Los portadores del haplotipo CCGCCG, presentaban un incremento del riesgo de Mala Respuesta, incluso después de ajustar los resultados por la puntuación en Cooperación (OR=20.25 95% CI [1.46 – 280.50], $p = 0.025$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren la implicación de BDNF en la respuesta a PMM, independientemente de los rasgos de personalidad, factores ambientales, la dosis de metadona y la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

La luz de un reflejo al fondo del abismo

GALLARDO MAYTA, C.

Coordinador médico del área sanitaria Centro asistencial de reducción del daño las barranquillas. Coordinador médico del área sanitaria Fundación salud y comunidad. Agencia antidroga – Comunidad de Madrid.

En las Barranquillas, en algún momento considerado el “mayor mercado de drogas del mundo”, hay un lugar para la esperanza, que indica que otra vida es posible y que ofrece a los drogodependientes una atención básica y un trato digno. Es el Centro Asistencial de Reducción del Daño, Servicio Público de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, que integra el Dispositivo Asistencia de Venopunción y que cuenta con la gestión actual de la Fundación Salud y Comunidad, ofreciendo diferentes servicios de Atención Integral dirigidos a esta población que pasa gran parte de su tiempo en esta zona, bajo un consumo activo, grave y de larga evolución, viviendo en condiciones precarias y con gran deterioro físico, psico-social, familiar y de conducta marginal, que no acceden a los servicios normalizados de salud ni a las redes específicas de tratamiento. El CARD, ubicado a 1500-2000 mts del poblado, está conformado por un edificio de material de obra, donde se centra la mayor actividad diaria con los servicios de alimentación, higiene, lavandería y pernocta, con otro módulo de 300 mts para la Atención Sanitaria con 10 cabinas de venopunción, asesoría social y jurídica, así como almacenes. El equipo, conformado por 78 profesionales entre supervisor técnico, director, coordinadores, médicos, DUEs, trabajadores sociales, educadores sociales, administrativos, abogado, servicios generales y vigilantes, abierto y en funcionamiento las 24 horas del día, los 365 días del año. El CARD tiene por finalidad un modelo de intervención global que incluye cambios ambientales, medidas preventivas individuales y grupales e intervenciones terapéuticas, dando especial relieve a los aspectos sociosanitarios relacionados con estados de vida poco saludables, por lo que se proporciona al colectivo más marginal de esta población, una atención básica en los aspectos fundamentales de subsistencia, higiene, alimentación, descanso, vestido y protección frente a las inclemencias del tiempo, además de un amplio servicio de asistencia sanitaria, que incluye la supervisión de la venopunción. Desde el CARD, trabajamos en aspectos de intervenciones que van más allá de la información, como la creencia sobre los riesgos, intenciones, motivaciones y capacidad de cambio, aclarando que muchos riesgos pueden ser eliminados sin dejar el consumo.

No se trata sólo de un lugar en el que el drogodependiente consuma su dosis con un mínimo de higiene. Después de su inauguración, la Agencia Antidroga decidió ofrecer un servicio más completo a todos aquellos que acuden al centro, tras dormir mucho tiempo en la calle y no tener donde lavarse, ahora pueden asearse, comer adecuadamente y dormir en condiciones decentes. Con el paso del tiempo, hemos ido logrando nuestros objetivos, modestos al empezar, siendo el principal lograr una paz social, sin gritos, sin violencia. Conseguir que se laven las manos antes de comer es un buen resultado de nuestro esfuerzo, que se duchen, una buena alimentación, dormir en un espacio adecuado, lavar sus ropas y presentar otro aspecto, tomar sus tratamientos, vacunarse, curarse las heridas, consumir en un espacio seguro, conseguir la derivación a otro recurso de la red, son pasos importantes en el inicio y el intento de la reinserción. Los profesionales de este centro “con los pequeños logros”, grandes para nosotros, podemos volver a trabajar al día siguiente.

Eficacia del uso de incentivos en el tratamiento de la adicción a la cocaína

GARCÍA RODRÍGUEZ, O.

Universidad de Barcelona. Profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica ha demostrado que el reforzamiento juega un papel importante, no solo en la génesis y el mantenimiento del uso de drogas, sino también en la recuperación de las conductas adictivas. Así, los programas de manejo de contingencias, en los que los pacientes reciben incentivos a cambio de mantener la abstinencia, han tenido un fuerte impulso en los últimos años, demostrando una alta eficacia en estudios bien controlados con pacientes adictos a diferentes sustancias (Lussier, Heil, Mongeon, Badger y Higgins, 2006). Estudios previos, realizados en nuestro país por el grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo, han demostrado que el uso de incentivos, dentro del modelo de intervención de Reforzamiento Comunitario (CRA) (Budney y Higgins, 1998), es una estrategia eficaz y eficiente para el tratamiento de adictos a la cocaína, en comparación con otro tipo de programas de tratamiento estándar (García Rodríguez et al., 2007; Secades Villa et al., 2007; Secades Villa, García Rodríguez, Higgins, Fernández Hermida y Carballo, 2008). No obstante, la comparación con programas que difieren tanto en la sistematización de los protocolos como en el uso de reforzamiento directo mediante incentivos, no permite conocer la eficacia diferencial de los incentivos frente a otro tipo de variables, inherentes a los propios protocolos de intervención. El objetivo de este trabajo ha sido analizar si el uso de incentivos mejora las tasas de retención y abstinencia en pacientes adictos a la cocaína en tratamiento, a los tres meses de intervención.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra del estudio fue extraída, de forma aleatoria, del total de pacientes que acudían a un centro de Proyecto Hombre en Asturias. Los 43 pacientes seleccionados se asignaron aleatoriamente a dos grupos de tratamiento: Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) más Terapia de Incentivos (N=29) y Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) (N=14). Los pacientes del primer grupo recibían incentivos contingentes a la ausencia de metabolitos de cocaína en su orina, mientras que los pacientes del segundo grupo no recibían ningún tipo de incentivo. Las variables dependientes fueron la retención en el tratamiento y el consumo de cocaína durante los tres primeros meses.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que el grupo de pacientes que recibía incentivos contingentes a la abstinencia (CRA + incentivos) obtenía mayores tasas de retención y menores tasas de consumo (medido en porcentaje de analíticas positivas y en tasas de abstinencia continuada) que el grupo que sólo recibía el programa CRA.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que el uso de incentivos es una estrategia eficaz para mejorar las tasas de retención y abstinencia en los programas de tratamiento para adictos a la cocaína. La eficacia del programa CRA más Terapia de Incentivo parece estar explicada por ambos componentes terapéuticos: CRA (programa cognitivo-conductual de entrenamiento en habilidades) y Terapia de Incentivos (manejo de contingencias). No obstante, estos resultados deberán ser confirmados con estudios a más largo plazo y con mayor número de sujetos.

REFERENCIAS

- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Ríos Rodríguez, A., Fernández Hermida, J. R., Carballo, J. L., Errasti Pérez, J. M. y Al-halabí Díaz, S. (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.

Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J. y Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203.

Secades Villa, R., García Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández Hermida, J. R. y Carballo Crespo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. *Adicciones*, 19, 51-57.

Secades Villa, R., Garcia Rodriguez, O., Higgins, S. T., Fernandez Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2008). Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: Six-Month Outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.

Efectos a largo plazo del tratamiento del alcoholismo: Resultados a 20 años

GUAL, A.; LLIGOÑA, A.; BRAVO, F.

Unitat d'Alcoholologia. Servicio de Psiquiatria. ICN. IDIBAPS. Hospital Clinic. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los estudios longitudinales prospectivos de pacientes alcohólicos son escasos por sus dificultades metodológicas, pero ofrecen datos importantes sobre el curso de la enfermedad así como sobre la morbimortalidad asociada. El Multi-20 se inició en 1987 en la Red de Drogodependencias Catalana, habiéndose publicado con anterioridad los resultados a los 1, 5 y 10 años. En este trabajo se presentan los datos preliminares de la evolución a 20 años de la muestra.

MÉTODO

850 pacientes alcohólicos según criterios DSM fueron reclutados en 1987 de 8 centros de la Red de Drogodependencias Catalana. En el curso del 2007 se procedió a su evaluación a largo plazo mediante entrevistas realizadas personalmente en el centro (26,5%), en el domicilio del afectado (3,3%) o por teléfono (70,2%). En dichas entrevistas se aplicó el protocolo de seguimiento ya utilizado y descrito para los años 5 y 10. Un protocolo específico se aplicó para los pacientes fallecidos. Se establecieron tres categorías en relación al consumo: abstinentes, bebedores controlados y bebedores continuos. El patrón de consumo se calculó para los últimos tres años.

RESULTADOS

83 (10%) no fueron localizados, alrededor de un 0,5% anual. 101 pacientes rechazaron ser entrevistados (12%) y 273 (32%) habían fallecido. Entre los pacientes entrevistados, 254 (30%) se mantenían abstinentes, 24 (3%) bebían continuamente y 112 (13%) fueron clasificados como bebedores controlados. La abstinencia fue el patrón de consumo más estable a lo largo del tiempo, y la mortalidad fue especialmente elevada entre los bebedores continuos, que también experimentaron peores resultados en cuanto a morbilidad, estrés psicosocial y niveles globales de adaptación. Las mujeres experimentaron una mejor evolución clínica que los hombres, tanto en consumos como en mortalidad.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a 20 años confirman y consolidan los ya publicados a los 5 y 10 años. Los pacientes que habían consolidado su abstinencia a los 5 años mantienen por regla general su buena evolución clínica, y la mortalidad se ceba en los bebedores continuos. Las mujeres por regla general responden mejor al tratamiento y el bebedor controlado aparece como un caso excepcional e inestable en el tiempo. Serán precisos ahora análisis estadísticos en profundidad para conocer con más detalle las implicaciones clínicas de los hallazgos realizados.

Nuevas escalas en la evaluación del alcoholismo: La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) y la Escala de Deterioro en la Inhibición de Respuesta para el Alcoholismo (IRISA)

GUARDIA SERECIGNI, J.; LUQUERO VIVED, E.; TRUJOLS ALBET, J.; BURGUETE URIOL, T.; CARDÚS MOYA, M.

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El *craving* es uno de los síntomas cardinales de los trastornos adictivos y puede jugar un importante papel en las recaídas. La evaluación del *craving* permite monitorizar la evolución del paciente durante el tratamiento y también la eficacia de las intervenciones tanto psicológicas como farmacológicas.

Otro síntoma de la dependencia del alcohol, que juega también un importante papel en las recaídas, es el deterioro de la capacidad de autocontrol, es decir, de la inhibición de respuestas de búsqueda y consumo de alcohol disparadas por estímulos condicionados.

La intensidad tanto del *craving* como del deterioro del autocontrol suelen estar relacionadas con la gravedad de la dependencia y la comorbilidad psiquiátrica y adictiva, asociadas al alcoholismo.

MATERIAL Y MÉTODO

La Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para la evaluación del *craving* y puede ser de gran utilidad para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes alcohólicos (Guardia Serecigni et al., 2004).

La Escala de Deterioro de la Inhibición de Respuestas para el Alcoholismo (IRISA) es un instrumento útil para evaluar la sensación subjetiva de descontrol con respecto a la conducta de beber alcohol (Guardia et al., 2007).

RESULTADOS

La escala EMCA permite discriminar entre los diversos niveles de gravedad del alcoholismo, es sensible a los cambios que presenta el paciente alcohólico a lo largo del tratamiento y es capaz de diferenciar entre pacientes que se mantienen si beber y los que están bebiendo o que harán algún consumo de alcohol a lo largo del seguimiento. Es, por tanto, predictora de la evolución futura del paciente, lo cual permite orientar la toma de decisiones terapéuticas y adaptar las estrategias de intervención, la intensidad y la duración del tratamiento, a las características del paciente (Guardia Serecigni et al., 2006).

La Escala de Deterioro de la Inhibición de Respuestas para el Alcoholismo (IRISA) ha demostrado tener una buena validez y fiabilidad para evaluar la capacidad de inhibición de respuestas de búsqueda y consumo de alcohol, que pueden llevar al paciente a la recaída, y permite discriminar entre los distintos niveles de gravedad de la dependencia del alcohol. Además su puntuación basal permite predecir también la evolución futura del paciente.

DISCUSIÓN

Al inicio del tratamiento la puntuación de ambas escalas suele ser elevada (en paralelo con la gravedad de su dependencia). Cuando la evolución del paciente es favorable, la puntuación de las escalas EMCA e IRISA disminuye progresivamente.

Ambas escalas son sencillas de comprender, rápidas de pasar y fáciles de corregir. Se pueden utilizar en cada una de las entrevistas que el paciente realiza y cuando las puntuaciones vuelven a aumentar, durante la recuperación, puede ser una señal anunciadora de un mayor riesgo de recaída. Es decir que, además de facilitar la toma

de decisiones, con respecto a la intervención terapéutica (fármacos anti-*craving*), permiten también monitorizar al paciente durante el tratamiento y evaluación los resultados de dicho tratamiento. Finalmente, cada vez que el paciente responde a las preguntas de ambas escalas recibe también retro-información sobre su estado actual, lo cual facilita su propia auto-monitorización.

Polimorfismos genéticos en el alcoholismo

LASO GUZMÁN, F. J.

Servicio de Medicina Interna II, Unidad de Alcoholismo. Hospital Universitario de Salamanca. Jefe de Servicio, Catedrático de Medicina.

Enviar correspondencia a:

Prof. F. Javier Laso, Servicio de Medicina Interna II, Hospital Universitario, Paseo de San Vicente 58-182, 37007 Salamanca. E-mail: laso@usal.es

En los últimos años se están aportando numerosas evidencias científicas indicadoras de que existe en los individuos consumidores de alcohol un componente genético subyacente implicado en la susceptibilidad a desarrollar tanto dependencia como patología hepática vinculadas al tóxico. El abordaje habitual para investigar tales factores genéticos es el estudio de polimorfismos en genes cuyo producto proteico intervenga en la fisiopatología de la enfermedad alcohólica (la denominada "estrategia del gen candidatos). En la actualidad, los genes cuya influencia está perfectamente establecida en cuanto al desarrollo de dependencia del alcohol son aquellos que codifican sistemas enzimáticos que actúan en el metabolismo hepático del etanol (alcohol deshidrogenasa y aldehído deshidrogenasa). Sin embargo, también van adquiriendo importancia otros genes considerados candidatos en cuanto que codifican productos que tienen que ver con las vías cerebrales que condicionan la adicción al alcohol o bien con el desarrollo de la enfermedad hepática por alcohol.

En la Unidad Alcoholismo de nuestro Servicio de Medicina Interna hemos analizado recientemente polimorfismos de diversos genes en sujetos con un consumo superior a 120 g de etanol/día durante más de 10 años, desglosados en dos grupos: pacientes sin enfermedad hepática por alcohol y portadores de cirrosis hepática; el grupo control estuvo constituido por individuos con un consumo diario de etanol menor de 10 g. Entre los que genes codificantes de productos involucrados en el metabolismo del etanol o en la adicción al alcohol, estudiamos polimorfismos genéticos del citocromo CYP2E1, receptor 2 de dopamina, receptor 2 de serotonina, receptor cannabinoide, transportador de la serotonina, de los receptores opioides mu, delta y kappa, receptores del ácido gamma-aminobutírico, y de la tirosinasa-fyn. Hallamos asociaciones significativas entre dependencia del alcohol y determinados polimorfismos de los genes del receptor opioide mu (OPRM) y de la tirosinasa-fyn (PTK-fyn).

Por otra parte, se estudió la distribución de genes que tienen relación con la fisiopatología de la enfermedad hepática por alcohol, como son los de las interleucinas 1 (IL-1), IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-12, el factor nuclear kappa B y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa). En los pacientes con cirrosis hepática se constató una incidencia significativamente más alta de un polimorfismo del gen de TNF-alfa (TNFA), citocina proinflamatoria que contribuye al desarrollo de fenómenos de necrosis/apoptosis e inflamación hepáticas. Como hallazgos novedosos, no descritos previamente, hallamos una mayor susceptibilidad para desarrollar alcoholismo, no hepatopatía, en presencia de polimorfismos de genes de la familia de la IL-1 (IL1B e IL1RN) o de la interleucina-10 (IL10), citocinas de acción pro y antiinflamatoria, respectivamente.

En conclusión, el conocimiento de los mecanismos moleculares del alcoholismo y de la enfermedad hepática por alcohol, así como la detección de nuevos polimorfismos genéticos relacionados con aquéllos, podrían conducir a nuevos planteamientos terapéuticos de este tipo de patología, adecuados al genotipo individual.

Tratamiento de las dependencias “Mixtas” en Centros de Tratamiento Residencial y Semi residencial

LLORENTE DEL POZO, J. M.*; PUENTE PAZOS, V.**

*Doctor en Psicología: Hospital de Día de Toxicomanías – Foronda (Servicio Vasco de Salud Osakidetza Vitoria-Alava)

** Psiquiatra: Responsable de los Servicios de Toxicomanías de Alava-Osakidetza.

Enviar correspondencia a:

Juan M. Llorente del Pozo. Hospital de Día de Toxicomanías de Foronda – Osakidetza. 01196 Foronda-Alava.

Correo e.: jllorente@cop.es; juanmiguel.llorentedelpozo@osakidetza.net

Hacer una visualización de los tratamientos y procesos de los adictos a lo largo de los últimos 25 años y más específicamente en la adicción a opiáceos, conlleva a la identificación de factores inherentes en la evolución de los propios pacientes: cronicidad, comorbilidad (orgánica y/o psicopatológica) y multiplicidad adictiva. Los tratamientos de desintoxicación y deshabituación de heroína de inicios de los años 80 y una década mas tarde, utilizaron una manta corta para cubrir la problemática amplia del adicto. En algunos casos no llegaron a percibir que en ese momento del tratamiento, el adicto, estaba encogido por su “alarmante” severidad adictiva a la heroína; solapando en muchos casos abusos episódicos de alcohol, consumo perjudicial de cannabis, abuso de benzodiazepinas y trastornos psicopatológicos antecedentes, concomitantes o consecuentes a la propia adicción. En otros casos los tratamientos que en ese momento cubrían ajustadamente al adicto permitieron cierto porcentaje de recuperaciones exitosas en programas diversos o eslabonados (Desintoxicaciones y Deshabituaciones ambulatorias con o sin medicación, Comunidades Terapéuticas Profesionales libres de drogas etc. Para un grupo numeroso de adictos a la heroína las alternativas terapéuticas tenían una eficacia temporal en el cese del consumo por vía endovenosa y las recaídas eran episódicas. A Principios y mediados de los años 90 se reajusta y controla el consumo de heroína inyectada con un agonista opiáceo: la metadona, permitiendo a un número significativo de pacientes estabilizar diferentes áreas de su vida. Para otros pacientes residuales y aún en tratamiento después de 10 o 15 años, todo el arsenal terapéutico utilizado ha resultado incorrecto o insuficiente. Durante estos años estos adictos a la par que los profesionales han ido ensayando estrategias no siempre acertadas para el ajuste de sus procesos adictivos. Las nuevas y veteranas estructuras terapéuticas del 2008: Semiresidenciales (Unidades u Hospitales de Día para Toxicomanías o Trastornos Duales) y Residenciales (Comunidades Terapéuticas Profesionales) son alternativas eficaces en el control y estabilización de la cronicidad y comorbilidad. Adicciones múltiples y mixtas que comparten pacientes crónicos de heroína (heroína, metadona, alcohol, benzodiazepinas, cánnabis, cocaína) con nuevos adictos consumidores de cocaína y alcohol con o sin patología dual y otros trastornos de alimentación o ludopatías asociadas. Estas estructuras permiten el desarrollo y puesta en práctica de una metodología clínica sustentada en la evidencia. Intervenciones basadas en la conjunción del conocimiento científico y la experiencia clínica; la importancia del diagnóstico psicopatológico y el desarrollo de los procesos adictivos; las pautas farmacológicas enmarcadas, individualizadas, controladas, supervisadas en tiempo y espacio.

Los profesionales diseñan y aplican su experiencia clínica en un marco terapéutico que facilita la mejora orgánica y psicológica del paciente, evitando objetivos o expectativas de cambio desajustadas a las capacidades del propio adicto, así como el riesgo de repetir yatrogenia en los nuevos perfiles de adictos.

Screening y selección de pacientes candidatos a un tratamiento frente al VHC

LÓPEZ CALVO,S.

Institución: Adjunta del Servicio de Medicina Interna B. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Enviar correspondencia a:

Soledad López Calvo. As Xubias de Arriba 84, 15006 La Coruña. Correo e.: slopcal@canalejo.org

La infección crónica del virus de la hepatitis C (VHC) constituye un problema de salud pública pues presenta una alta prevalencia y se asocia al desarrollo de una hepatitis crónica que en algunos casos podría evitarse con una adecuada prevención o con tratamiento. En este sentido, la labor del médico que trabaja en centros que atienden a drogodependientes, población de alto riesgo y cuyo cribado de hepatitis es altamente recomendable, consiste en la detección del mayor número posible de pacientes afectados con el fin de aconsejarles para que su enfermedad no empeore y para evitar la transmisión a otras personas, informarles de las posibilidades terapéuticas y servir de apoyo a aquellos que sigan un tratamiento antivírico. Para el diagnóstico de infección por VHC se dispone de dos tipos de pruebas, las serológicas y las virológicas. En el cribado de pacientes se emplean pruebas serológicas (ELISA y RIBA) que identifican la presencia de anticuerpos contra el VHC; son muy sensibles pero no nos permiten distinguir si estamos ante una infección activa o resuelta. La confirmación de la infección por VHC se hace con pruebas virológicas (PCR en tiempo real) que detectan la presencia del virus (ARN-VHC) en la sangre, lo cuantifican, y determinan el genotipo del mismo, lo cual es fundamental para estimar la duración del tratamiento antivírico y la probabilidad de curación de la infección. Es importante tener en cuenta que para hacer el cribado de una hepatitis crónica VHC nos debemos basar en los factores de riesgo que presente el paciente y no en la cifra de transaminasas pues hasta un 25% de pacientes con infección activa por VHC presenta niveles normales de manera persistente. Para determinar la cronicidad de la infección, los marcadores serológicos y virológicos deben permanecer positivos durante más de 6 meses.

Una vez diagnosticada una infección crónica VHC deben descartarse otras causas de hepatopatía o enfermedades intercurrentes que contraindiquen el tratamiento. También es indicado hacer una prueba de imagen, generalmente una ecografía, que es un procedimiento de uso habitual en el estudio de los pacientes con enfermedad hepática ya que permite identificar signos de cirrosis o descartar la presencia de lesiones sugestivas de carcinoma hepatocelular. El papel de la biopsia hepática es más discutible aunque es imprescindible cuando existen dudas diagnósticas, para conocer el estadio evolutivo de la hepatitis crónica y para realizar un pronóstico ya que permite detectar y cuantificar el grado de fibrosis y de actividad necroinflamatoria acompañante. En la actualidad se están investigando otros métodos no cruentos para determinar la intensidad de la fibrosis como el Fibroscan o elastografía de transición.

Entre los pacientes con hepatitis crónica VHC se pueden considerar para tratamiento antivírico a aquellos mayores de 18 años que no tengan contraindicaciones absolutas para recibir el mismo, a saber, hipersensibilidad al interferón ó ribavirina, enfermedad psiquiátrica actual o reciente, alcoholismo o drogadicción parenteral activos, crisis convulsivas no controladas, citopenias severas, hemoglobinopatías, cirrosis descompensadas, gestación, y enfermedades cardiológicas, neurológicas, endocrinológicas y respiratorias no controladas o evolucionadas.

Papel de la dinorfina en la vulnerabilidad genética por el consumo de etanol en ratones

MANZANARES, J.*; FEMENÍA, T.**

Instituto de Neurociencias de Alicante, Universidad Miguel Hernández-CSIC, 03550 San Juan de Alicante, Alicante.

Enviar correspondencia a:

Jorge Manzanares Robles. Instituto de Neurociencias de Alicante, Universidad Miguel Hernández-CSIC. 03550 San Juan de Alicante.
jmanzanares@umh.es. Tel.: 96 591 9248.

Los avances en investigación de los circuitos neuroquímicos implicados en el desarrollo de dependencia alcohólica han permitido identificar péptidos y receptores como dianas potenciales en el tratamiento de la dependencia por el alcohol. Se ha sugerido una implicación del sistema opioide en el desarrollo de la dependencia alcohólica pero la función concreta de los péptidos endógenos opioides no ha sido identificada.

El propósito de este estudio fue evaluar la vulnerabilidad por el consumo de alcohol y estudiar la expresión génica de diversos péptidos opioides en áreas del cerebro implicadas en el refuerzo y desarrollo de la dependencia alcohólica en ratones desprovistos del gen de la dinorfina (PDYN KO) y sus homólogos naturales (WT).

Los ratones PDYN KO y WT fueron evaluados en la preferencia condicionada de lugar por el alcohol (2 g/kg v.o). El ratón se colocó en el compartimento del test, formado por dos compartimentos con suelo y paredes diferentes. En uno de los compartimentos el ratón será condicionado para la administración de alcohol. El día del test se mide el tiempo que pasa el ratón en cada compartimento valorando así la preferencia condicionada para el alcohol.

Para evaluar el consumo de alcohol se siguió el siguiente modelo: los ratones fueron alojados en jaulas individuales equipadas con dos biberones uno con agua y otro con concentraciones crecientes de alcohol (3, 6, 9 y 12% / 4 días). Las medidas de consumo fueron expresadas en gr/kg/24h, también se determinó la preferencia por alcohol.

Se cortaron secciones coronales de cerebro de ambos grupos de ratones conteniendo las regiones de interés: caudado putamen (CPu), corteza cingulada (Cg) y núcleo accumbens (Acb) para estudiar la actividad funcional del receptor mu opioide mediante DAMGO-estimulado con [35S]GTP γ S y la expresión de proencefalina (PENK) y tirosina hidroxilasa (TH) en sustancia nigra (SN) y área tegmental ventral (VTA). Los resultados muestran que en el ratón PDYN KO aumentó un 49 % el tiempo en el lugar condicionado para el alcohol comparado con el WT. El consumo voluntario de alcohol es mayor para el ratón PDYN KO (5,24 g/kg) respecto al WT (1,97 gr/kg), así como también su preferencia por el consumo de alcohol (0,62 PDYN KO; 0,24 WT).

Los estudios neuroquímicos revelan que los niveles de la expresión de PENK son más bajos en CPu (12,2%) (P=0,001), AcbC (13,3%)(P=0,001) y AcbS (15,6%)(P=0,001) en el ratón PDYN KO respecto al ratón WT. Los niveles de la expresión de TH en SN (28,6%)(P=0,008) y VTA (22%)(P=0,029) fueron también menores en el ratón PDYN KO respecto al WT. La funcionalidad del receptor mu mostró una disminución en CPu (27%)(P=0,008), AcbC (20,7%)(P=0,067), AcbS (13,45%)(P=0,291) y Cg (43,7%)(P=0,006) en el ratón PDYN KO en comparación con el WT.

Los resultados sugieren la implicación del sistema dinorfinérgico en el consumo de alcohol señalando a la dinorfina como un importante componente de las dianas moleculares en el desarrollo de la dependencia alcohólica.

Actualización en el tratamiento farmacológico de pacientes con trastorno de personalidad

MARTÍNEZ RAGA, J.

Unidad de Conductas Adictivas Departamento 12 Agencia Valenciana de Salud, Gandía, y Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología, Universidad CEU Cardenal Herrera.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de personalidad son la comorbilidad más prevalente en pacientes con un trastorno por uso de sustancias y un reto evidente para el clínico que debe evaluar y tratar al paciente con esta compleja patología dual. El presente trabajo tiene como objetivo revisar de forma crítica las evidencias provenientes de estudios clínicos y de laboratorio sobre los abordajes farmacológicos para pacientes con trastornos de personalidad y un trastorno adictivo comórbido, incluyendo una discusión de los substratos neurobiológicos comunes para ambas patologías.

MATERIAL Y MÉTODO

Se procedió a realizar una búsqueda exhaustiva de la base de datos PubMed, junto con búsquedas secundarias de otras bases de datos electrónicas, como EMBASE o la librería Cochrane.

RESULTADOS

Tradicionalmente los sistemas dopaminérgicos, opioide y serotoninérgico han sido los más ampliamente implicados en la fisiopatología de la impulsividad y de otros rasgos comunes a ambos comunes a ambas patológicas. Sin embargo, hay un creciente número de evidencias que indicarían que el sistema GABA/glutamatérgico y en particular el subtipo receptorial glutamatérgico N-methyl-D-aspartate (NMDA) tendría un gran importancia. Por ello junto con los estudios que sugieren la utilidad de los antipsicóticos de segunda generación y de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, recientemente han surgido diversos estudios que sugieren la potencial utilidad de fármacos con una acción preponderantemente glutamatérgica y/o GABAérgica como es el caso del topiramato o la oxcarbacepina. Discusión. Junto con las evidencias que indican que determinados abordajes farmacológicos pueden ser de utilidad para pacientes con trastornos de personalidad y abuso de sustancias comórbidos, son cada más consistentes los datos que indican que el tratamiento combinado (es decir, aquel que incorpora que incorpora estrategias psicológicas y psicofarmacológicas) y en particularmente el tratamiento el tratamiento integrado es el que mejores resultados aporta en la evolución de estos pacientes particularmente complicados.

Tratamiento de las adicciones en prisión

MARTÍNEZ-CORDERO, A.

Medico. Centro Penitenciario de Villabona (Asturias).

INTRODUCCIÓN

Estos tratamientos se justifican por el elevado número de internos que a su entrada en prisión, son drogodependientes activos. Según la memoria de 2005 de la Dirección General de IIPP, el 43% de los internos a su ingreso consumen cannabis y alcohol, el 37% cocaína y el 31,4% heroína. Algunos, seguirán consumiendo, ya que estas sustancias logran entrar en las prisiones. Esto, se ha demostrado en requisas y cacheos, y a modo de ejemplo, observamos como entre los años 1993 a 1995 de lo requisado en la prisión de Villabona, el 53% correspondía a heroína, a hachis un 17% igual que a benzos y el resto otras sustancias. Se siguen atendiendo sobredosis, síndromes de abstinencia, efectos colaterales como abscesos en extremidades y se encuentran analíticas positivas para drogas en orina. Además, aquellos que entran en prisión incluidos en un programa de tratamiento, deben continuarlos para evitar una recaída. A partir de 1984, aumentan los ingresos de drogodependientes en prisión y se comienzan a tratar los SAO. En 1989 se crea el Servicio de Drogodependencias en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, se ensayan deshabituaciones con Naltrexona y Programas libres de drogas. En 1992, se inician los Programas de Mantenimiento con Metadona y el PIJ (programa de intercambio de jeringuillas) se incorpora en 1997 al arsenal terapéutico después del programa piloto en la prisión de Basauri.

MATERIAL Y MÉTODO

La asistencia a drogodependientes en prisión, la realiza el mismo equipo sanitario que se ocupa de la atención primaria. Pretenden dar la oportunidad a los drogodependientes presos de dejar sus adicciones, continuando con el programa iniciado a pesar del traslado a otra prisión, en los permisos penitenciarios o tras la libertad, gracias a la coordinación con los centros dispensadores de metadona autonómicos. Se exponen los diferentes programas ofertados para drogodependientes en las prisiones españolas haciendo referencia en algunos aspectos mismos al centro penitenciario de Villabona. Además se expone un estudio descriptivo transversal sobre calidad de vida, realizado en la prisión de Villabona en noviembre-diciembre de 2006, que compara un grupo de internos del modulo terapéutico con otro del resto del establecimiento. Esta prisión contaba con 1334 internos (92,3% varones y 7,8% mujeres). La muestra de 90 sujetos, se divide en 45 para cada grupo, a los que se les pasa el perfil de calidad de vida de enfermedades crónicas (PECVEC) y el cuestionario de salud SF-36.

RESULTADOS

- El arsenal terapéutico en II.PP, engloba programas de agonistas, de antagonistas, P.I.J., psicoterapias, programas libres de drogas y de reducción de riesgos; a los que se puede acceder de forma voluntaria.
- Mejora la adherencia a tratamientos de VIH y TBC en los que están en PMM.
- Se encuentran diferencias significativas en el cuestionario PECVEC en todas las escalas a favor del grupo estudio, si bien, el cuestionario SF-36 solo las confirma en algunas escalas. De esto, se deduce que una actuación terapéutica mejora los resultados frente a la simple dispensación de metadona u otro fármaco.

La cuestión del género en las redes

MENDES, F.

Irefrea. Portugal

Enviar correspondencia:
Fernando Mendes. irefrea@netcabo.pt

O IREFREA (Instituto Europeu para o Estudo dos Factores de Risco e Factores de Protecção em Crianças e Adolescentes), tem vindo a desenvolver vários trabalhos de pesquisa direccionados para o estudo dos contextos recreativos na Europa, em que se tem procurado verificar a associação deste tipo de diversão com a adopção de comportamentos de risco. O projecto de investigação "Recreational Culture as a Tool to Prevent Risk Behaviours", actualmente em desenvolvimento em 9 países europeus, tem entre outros, o objectivo de avaliar se a participação em actividades recreativas nocturnas, é por si só um factor de risco para o consumo de drogas e de outros comportamentos de risco associados, nomeadamente os comportamentos sexuais de risco, a violência e os acidentes de tráfego. O instrumento utilizado foi o "Questionário de Caracterização da População" que integra o ECRIP (Estudo da cultura recreativa como instrumento de prevenção), instrumento desenvolvido pela rede IREFREA em 2005 e integra quatro instrumentos: D1 - Caracterização da Cidade; D2 - Caracterização da Área de Espaços Recreativos ; D3 - Caracterização dos Espaços Recreativos e o Questionário de Caracterização da População.

No âmbito deste estudo procuramos perceber também, como a questão do género tem impacto, através da identificação das relações sociais e das diferentes redes (formais e informais), na prevenção ou promoção de comportamentos. Qual o papel que desempenham as mulheres nestes grupos, que tipo de consumos e comportamentos de risco assumem. Qualidade e quantidade de relacionamentos, nas redes de amigos. Prevention provider's or risk taker's?

Estudio de seguimiento a 10 años de fumadores tratados

MÍGUEZ VARELA, M.C.

Profesora de Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a:
M^a del Carmen Míguez Varela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. Campus universitario Sur. 15782 Santiago de Compostela. A Coruña. pcmcm@usc.es.

En la mayoría de los tratamientos utilizados en tabaquismo se realizan seguimientos de hasta un año de duración, puesto que un año es lo recomendado a nivel científico y los seguimientos a muy largo plazo entrañan enormes dificultades y conllevan una importante mortandad experimental. Se han realizado seguimientos a más largo plazo en intervenciones clínicas, sin embargo en intervenciones de autoayuda, en las que no se establece un contacto directo con el fumador, carecemos de tales experiencias. En esta ponencia se expondrán los resultados obtenidos en un seguimiento efectuado a 10 años a una muestra de 200 fumadores que habían realizado una intervención conductual de autoayuda para dejar de fumar. En el seguimiento se utilizó un cuestionario de

19 preguntas elaborado para este fin, que permitía obtener información acerca del tiempo de abstinencia de cada sujeto en el momento actual y desde que finalizó el tratamiento, además de datos en relación al consumo actual de los fumadores. El criterio de abstinencia puntual utilizado fue de 30 días de abstinencia autoinformada. Además, la abstinencia autoinformada se validó a través de monóxido de carbono en aire espirado en el domicilio del fumador. Se localizó a un total de 187 sujetos (el 93.5% de la muestra), para lo cual fue necesario realizar una media de 4.4 llamadas por persona, con un rango de 1 a 19, en un horario de 10 de la mañana a 11 de la noche. Hasta los 4 años de seguimiento se observa un descenso en la abstinencia y, a partir del quinto año, la abstinencia empieza a incrementarse paulatinamente fruto de nuevos intentos. El 62% de los fumadores informa que había intentado dejar de fumar en alguna ocasión. El 26% (sobre 200) se encontraba abstinentes. Este seguimiento nos ha permitido conocer la evolución de la abstinencia de un tratamiento de autoayuda a lo largo de 10 años y el estado de consumo actual de los fumadores. Además, se obtuvo que la variable que mejor predice la abstinencia a los 10 años fue el poseer en el pretratamiento un menor nivel de dependencia.

Avances en investigación farmacoterapéutica de las adicciones

MONTÓYA, I. D.

NIDA. Division of Pharmacotherapies and Medical Consequences of Drug Abuse

RESUMEN

El desarrollo de medicamentos para el tratamiento de las adicciones es una prioridad de salud pública. Los tratamientos psicosociales de las adicciones han demostrado eficacia limitada y existe una gran necesidad de medicamentos seguros y eficaces que mejoren los resultados de dicho tratamientos. Actualmente existen farmacoterapias aprobadas por entidades reguladoras para el tratamiento de la dependencia a los opioides y nicotina; pero no existe ninguna aprobada para el tratamiento de la dependencia a la cocaína, metamfetamina, y marihuana. Los avances en el conocimiento de la neurobiología de las adicciones y la farmacología de las drogas de abuso, así como la disponibilidad de nuevos medicamentos están permitiendo un avance muy importante en desarrollo de medicamentos seguros y eficaces para el tratamiento de las adicciones. Para la adicción a opioides, la aprobación reciente de la buprenorfina y en especial su uso en oficinas medicas (fuera de los centros de tratamiento de adicción a opiodes), esta ofreciendo no sólo una nueva alternativa farmacológica sino que además ha abierto las puertas a muchos adictos que no buscaban tratamiento por temor al estigma. Las opciones de tratamiento farmacológicos para la nicotina ha aumentado en los últimos años y están en evaluación varios tratamientos al parecer con resultados prometedores al igual que el desarrollo de inmunoterapias contra la nicotina y su metabolito, la cotenina. En cuanto al tratamiento de la adicción a estimulantes, se ha realizado un gran esfuerzo evaluando nuevos medicamentos o medicamentos que ya están en el mercado y que podrían ser útiles para el tratamiento de estas adicciones. Sin embargo, esta ha sido una diana muy elusiva y hasta el momento no existe ningún medicamento aprobado para el tratamiento de estos trastornos; aunque algunos ensayos clínicos recientes están ofreciendo resultados prometedores. En cuanto a la adición a marihuana, su mecanismo de acción esta siendo cada día mas elucidado y el descubrimiento del sistema de endocannabinoides y su íntima relación con otros sistemas de neurotransmisores están ofreciendo una gran oportunidad farmacológica para el desarrollo de medicamentos que actúen en forma agonista y/o antagonista sobre dicho sistema y a su vez sirvan de farmacoterapia para no sólo para la dependencia a la marihuana sino también otras adicciones y trastornos metabólicos. El propósito de esta presentación es hacer una revisión práctica los medicamentos que se han evaluado recientemente para el tratamiento de las adicciones, con énfasis en aquellos que han demostrado buena tolerancia y aceptable eficacia.

Mejora continúa de la intervención preventiva: la propuesta del Plan de Galicia sobre Drogas

MORÁN IGLESIAS, J.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Servizo Galego de Saúde.- Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia

No se debe culpabilizar sólo a la prevención de la actual situación del consumo de drogas en España en particular y en el mundo en general. En España y en casi todos los países europeos se han puesto en marcha políticas preventivas a lo largo de los últimos años que han impulsado planes, programas y actuaciones adecuadas. Sin embargo, hay que reconocer también cierta endeblez en esas políticas: la prevención no ha sido "realmente priorizada" tal como se postulaba. A esta situación, se añaden otras cuestiones como la del debate falaz entre políticas preventivas de carácter universal y las de reducción de riesgos y disminución de daños. Parece por tanto necesario un impulso a la mejora continúa de la práctica preventiva que, a nuestro modo de ver, debería considerar las siguientes cuestiones:

- Análisis previo de fortalezas y debilidades de las políticas ensayadas.
- Consolidar redes y coberturas.
- Promover políticas en función de modelos lógicos de planificación.
- Diseñar estrategias formativas de profesionales en planes de continuidad.
- Establecer normas de autorización/acreditación de programas.
- Explicitar carteras de servicios, instrumentos de apoyo y guías de buenas prácticas.
- Hacer valer la evaluación y que sea posible, con financiación ajustada.
- Incluir la política preventiva en los espacios generales y específicos de la investigación en este campo.
- Empezar a promover vías de acceso de la prevención en cultura de la calidad, evidentemente desde ópticas realistas.

Tratamiento de menores consumidores de drogas en una Unidad de Hospitalización

MORENO ÍÑIGUEZ, L. M.* ; ARANGO LÓPEZ, C.**

* Unidad de Adolescentes del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Psiquiatra Infanto-juvenil.

** Unidad de Adolescentes del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Psiquiatra, Jefe de Sección.

Enviar correspondencia a:

L. Miguel Moreno Íñiguez. Unidad de Adolescentes del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Ibiza 43, 28009. Madrid. E-mail: mmoreno@hggm.es; dr.miguel@morenoiniguez.es

INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia se alcanzan hitos del desarrollo como la independencia emocional, al tiempo que surgen obstáculos específicos como el consumo de drogas. Parece existir una relación entre este consumo y los trastornos mentales, a tener en cuenta al diseñar dispositivos de atención específica a adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo de esta presentación es describir el funcionamiento de la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid (UADO).

RESULTADOS

La mitad de los adolescentes ha probado alguna droga ilícita antes de finalizar sus estudios obligatorios, especialmente marihuana. Existe riesgo de aparición y agravamiento de síntomas psiquiátricos asociado al consumo de estas sustancias. La creación de unidades específicas para adolescentes debe incidir en el mejor manejo de factores de riesgo típicos de esta edad. La UADO fue inaugurada en 2000, con 20 camas para jóvenes de 13-18 años con necesidad de tratamiento intensivo. Su área de influencia incluye 2.800.000 habitantes. Presenta un índice de ocupación mayor del 70%, una estancia media de unos 13 días y más de 250 ingresos/año. Los trastornos relacionados con drogas suponen casi el 5% de los ingresos, a pesar de que el abuso sin otro diagnóstico constituye un criterio de exclusión y la heteroagresividad aproximadamente el 50%. Los diagnósticos más prevalentes son los trastornos de conducta (17,5%). Se han encontrado 4 tipos de asociación diagnóstica con consumo de tóxicos: síntomas psiquiátricos transitorios consecuencia de drogas, trastornos psiquiátricos precipitados por sustancias, uso de drogas por trastornos psiquiátricos y coexistencia de ambos diagnósticos. Durante su ingreso en la UADO, los pacientes quedan enmarcados en una estructura conductual caracterizada por el trabajo interdisciplinar de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares, terapeutas ocupacionales, profesores y personal de apoyo (limpieza y seguridad). Los pacientes son atendidos individualmente de lunes a viernes por un psiquiatra, un enfermero y un auxiliar; y eventualmente, por un psicólogo o un trabajador social. Las modalidades terapéuticas aplicadas se centran en la medicina basada en la evidencia, tanto farmacológica como psicoterapéuticamente. Los pacientes participan a diario en grupos terapéuticos y ocupacionales, asisten a clases y disfrutan de actividades de ocio. Los métodos de refuerzo se basan en privilegios de llamadas, visitas y salidas en horarios previstos para esos fines. Durante el ingreso de sus hijos, los padres pueden acudir semanalmente a un grupo específico de padres, de orientación psicoeducativa y de apoyo. Al alta, los pacientes son derivados a los dispositivos ambulatorios correspondientes. Los casos más graves son seguidos en consultas externas con frecuencia quincenal o mensual, y en el caso de pacientes con un primer episodio psicótico, pueden participar en un programa de grupos en paralelo para padres y adolescentes, con dos tipos de abordaje: psicoeducativo y de apoyo.

DISCUSIÓN

El uso de drogas constituye un factor de riesgo para los trastornos mentales. El tratamiento de estos trastornos, agravados por el uso de drogas en adolescentes, puede requerir ingresos para contener situaciones de emergencia y éstos precisan de un abordaje multidisciplinar y estructurado, que implique a la familia.

Programas de intervención breve oportunista en Galicia: del PAPPS a “Beber menos”

MOSQUERA NOGUEIRA, J.

Médico de familia. Unidad de Alcohol de Vigo (ASVIDAL)

Enviar correspondencia a:

Jacinto Mosquera Nogueira. C/ Escultor Gregorio Fernández, 8 bajo. 36204 Vigo. info@alcoholasvidal.com

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de Salud Pública a nivel mundial, y nuestro país pertenece al grupo de países que superan el 16% de años de vida perdidos o con discapacidad atribuible a este factor de riesgo de enfermar; después de la hipertensión arterial y el tabaco, es el 3º factor de riesgo de enfermar individual.

Ante la problemática generada por el consumo de bebidas alcohólicas, se establecen políticas que reduzcan su consumo desde un punto de vista poblacional y políticas selectivas dirigidas a sujetos concretos para detectar consumos e intervenir.

PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En el Sistema sanitario español, la Atención Primaria de Salud es la puerta de entrada principal y como tal tiene responsabilidad sobre la salud de la población asignada.

Se informa de que una cuarta parte de los pacientes atendidos en este nivel asistencial tiene un consumo de riesgo o problemas relacionados con el alcohol y que un 4% tiene dependencia alcohólica.

Esta alta prevalencia es la que “obliga” a este nivel asistencial a tareas que, de forma resumida, son:

- Detección del consumo de alcohol (detección oportunista de los sujetos asignados, teniendo en cuenta que, en 2 años, acude al menos una vez al médico de familia el 80% del cupo).
- Diagnóstico de consumidores de riesgo y una intervención para reducirlo: esta tarea solo puede realizarla este nivel asistencial.
- Descartar dependencia alcohólica y remitir los dependientes a tratamiento especializado.

ESTADO DE LA CUESTIÓN EN ESPAÑA

La toma a cargo por parte de Atención Primaria de estas tareas de una forma sistemática, tuvo una primera aproximación documental con el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (papps) al que se adscriben los Centros de Salud de forma voluntaria, pero que está extendido a la práctica totalidad de los mismos. Entre otras, se define la tarea de preguntar sobre el consumo de alcohol, cuantificar, descartar dependencia e intervenir en el bebedor de riesgo.

Se han definido algunas estrategias para formar a los profesionales de Atención Primaria, como es el Programa “Beber menos”, desarrollado en Cataluña y con extensión a otras áreas del territorio. Forma parte de la fase IV del Proyecto Colaborativo de la Organización Mundial de la Salud sobre la identificación y manejo de los problemas de alcohol en atención Primaria.

SITUACIÓN EN GALICIA

En Galicia existe una cartera de servicios con 2 servicios referidos al alcohol (uno de detección y otro de intervención). Existen evaluaciones parciales de esta cartera y una evaluación de la situación en el área de Vigo. En ésta se informa de un grado de conocimiento de estos servicios de alrededor de un 80%, un grado de cumplimiento subjetivo y objetivo (mediante monitorización de historias) similar, salvo en la cumplimentación de cuestionarios.

CONCLUSIONES

El binomio Atención Primaria/alcohol es una prioridad en el abordaje de los problemas de alcohol. Deben seguir realizándose esfuerzos para que las tareas de detección e intervención se realicen de forma sistemática.

Adicción a Internet

Muñoz Rivas, M.

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

A pesar de que Internet es una herramienta diseñada para facilitar el acceso a la información y el desarrollo de la comunicación sin fronteras, cuya utilidad ya no es cuestionada por nadie, la forma en la que los usuarios la utilizan sí ha sido desde hace algunos años un tema de interés de los profesionales de la salud mental. Desde la práctica clínica son muchas las voces que advierten que más allá de cuestiones de concepto y diagnóstico, son muchas las personas que acuden a tratamiento o a solicitar ayuda médica al sentirse incapaces de manejar este recurso ya prácticamente imprescindible en nuestras vidas. Por ello, el objetivo de la presentación es, además de actualizar los avances realizados hasta la fecha en cuanto a la caracterización clínica y diagnóstica de este nuevo fenómeno clínico, detallar los aspectos que parecen esenciales a la hora de entender su potencial adictivo y, desde aquí, exponer los principales recursos e intervenciones aplicadas con el fin de poder establecer líneas de tratamiento eficaces que den respuesta a una demanda cada vez mayor de personas “enganchadas a la red”.

Psicofármacos y dependencia de Psicoestimulantes

OCHOA MANGADO, E.

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

Enviar correspondencia a:

Enriqueta Ochoa. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

El uso de psicofármacos en la dependencia a psicoestimulantes es frecuente tanto por su uso en la dependencia como por la elevada prevalencia de dependientes de estas sustancias con patología psicótica, y la utilización de fármacos en el tratamiento de situaciones derivadas del consumo, en los trastornos de conducta secundarios a trastorno mental orgánico o a trastornos de personalidad. Los objetivos del tratamiento farmacológico para la propia dependencia de cocaína son reducir la recaída, reducir el *craving*, disminuir la disforia de la abstinencia y disminuir el efecto reforzante de la cocaína.

El tratamiento farmacológico de los trastornos asociados a la dependencia requiere considerar las posibles interacciones a nivel farmacocinético y farmacodinámico con las drogas de abuso o con otros fármacos que reciban estos pacientes. Considerar la escasa tolerancia que tienen estos pacientes a los efectos secundarios como los síntomas extrapiramidales y la menor adherencia a los tratamientos.

Psicofármacos y dependencia de opiáceos

PATRÍCIO, L.; CASADO, C.; COSTA, A.; MENDES, L.; VASCONCELOS, M. ; DURAN, D.

Unidade de Desabitação Centro das Taipas IDT,DRLVT Lisboa Portugal

Enviar correspondencia a:

Luís Patrício. Unidade de Desabitação Centro das Taipas. Parque de Saúde de Lisboa. Avenida do Brasil, nº 53, Pav. 21 B. 1749-002 Lisboa. dr.luispatricio@gmail.com

Constatamos evoluciones significativas desde los años 70 en el tratamiento de la desintoxicación opiácea, desde el uso de neurolépticos y antidepresivos hasta las desintoxicaciones rápidas contemporáneas. Igualmente es muy significativa la evolución en los tratamientos de sustitución opiácea desde la utilización de la metadona y sulfato de morfina, hasta la utilización contemporánea de buprenorfina + naloxona (Suboxone).

La evolución realizada responde con mucha calidad a las necesidades de los pacientes.

También en el ámbito del tratamiento de la psicopatología asociada, patología dual en dependientes de opiáceos se ha progresado significativamente, haciendo que el paciente se beneficie plenamente de los efectos psicofarmacológicos de los opiáceos.

A partir de la práctica clínica los autores reflexionan sobre esta evolución presentando dos síntesis de casos clínicos.

El tratamiento de los fumadores en la red de drogodependencias y alcoholismo de Cataluña

PINET, M. C.

Psiquiatra. Unidad de Toxicomanías, Servicio de psiquiatría, Hospital Sant Pau, Barcelona; Grup de Treball en Tabaquisme” de la Coordinadora de CAS de Catalunya.

Enviar correspondencia a:

M^a Cristina Pinet, Unidad de Toxicomanías, Hospital Sant Pau. c/ San Antonio M^a Claret 167, 08025 Barcelona. Correo e.: mpinet@santpau.es

INTRODUCCIÓN

A finales de los 90, desde la Coordinadora de Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias de Catalunya (CAS), se creó el “grup de treball en tabaquisme”, constituido por profesionales motivados en el abordaje del tabaquismo, que trabajaban en el tratamiento en sus centros respectivos. Dos de los trabajos de este grupo permiten conocer la situación epidemiológica del tabaquismo en los profesionales de los CAS, la regulación de las áreas sin humo en los centros y las intervenciones realizadas para dejar de fumar.

MATERIAL Y MÉTODO

Los dos estudios se llevaron a cabo mediante encuestas autoadministradas. En el primero de ellos, la encuesta fue adaptada de las utilizadas en estudios epidemiológicos y de regulación de espacios sin humo en España y en Europa, distribuyéndose a todos los profesionales de cada centro. En el segundo estudio, la encuesta fue diseñada por el equipo del Dr. Becoña y fue contestada por un profesional contactado de cada uno de los CAS.

RESULTADOS

En el primer estudio se recogieron 357 encuestas (más del 95% de las entregadas), correspondientes a 45 centros. El 72,8% eran mujeres, el 39,2% entre 35 y 44 años, médicos y psicólogos, seguidos de personal de enfermería. El 35,3% eran fumadores, predominando en la franja de edad de 18 a 35 años y en el personal de enfermería y trabajadores sociales. La dependencia era moderada-baja, y el 69% habían realizado intentos de dejar de fumar, mayoritariamente con “fuerza de voluntad”. En la mitad de los centros había una señalización de los espacios sin humo, estando el 89% de profesionales a favor de la regulación. El 65% de profesionales trabajaba en centros en los que se realizaba algún tipo de abordaje del tabaquismo, estando más del 80% a favor de que se realizaran tratamientos. En el segundo estudio se recogieron las encuestas del total de centros diferenciados (51). 27 centros abordaban la adicción al tabaco, con una historia de 2 a 20 años de intervención. La mayor parte tenían programas estructurados y seguimiento entre 3 y 12 meses, siendo los profesionales dedicados médicos o psicólogos, generalmente con formación específica. Los inicios de tratamiento en 2004 oscilaban de 5 a más de 600 casos. En la mayoría de centros se atendían fumadores de la población general, derivados de dispositivos de atención primaria, también fumadores con otras drogodependencias, fundamentalmente sujetos alcohólicos o en mantenimiento con metadona. El perfil atendido era de un fumador de alta morbilidad médica y psiquiátrica y alta dependencia. Algunos profesionales realizaban el tratamiento fuera del centro, en hospitales, áreas básicas y centros de salud mental.

CONCLUSIONES

En Catalunya se dispone en la red de drogodependencias de profesionales motivados y formados en intervención al tabaquismo. La opinión mayoritaria de estos profesionales es que es necesario dar tratamiento a los propios usuarios del CAS, reservándose la atención a fumadores de la población general en un segundo nivel especializado, tras las intervenciones en atención primaria.

Abuso de medicamentos analgésicos y cefaleas

Pozo Rosich, P.

Unidad de Cefaleas Servicio de Neurología. Hospital Universitario Vall Hebrón. Barcelona.

La cefalea por abuso de medicamentos (CAM) es una enfermedad prevalente y discapacitante que está relacionada con la transformación de una cefalea episódica a una crónica. Afecta a 1%-2% de la población general y de un 15% al 30% de los pacientes que acuden a una Unidad de Cefalea especializada. Todos los fármacos utilizados para el tratamiento de una cefalea primaria pueden causar una cefalea diaria o empeorar la cefalea inicial, si se toman durante un tiempo mínimo de 3 meses. Incluso, tras un tratamiento exitoso del paciente mediante la retirada del fármaco, el índice de recaídas es muy elevado.

La fisiopatología de este trastorno es desconocida, ¿porqué empeoran la cefalea fármacos teóricamente pensados para mejorar el dolor? ¿Qué fármacos generan más abuso? ¿Qué es la cefalea de rebote? ¿Cuál es el desencadenante que transforma una cefalea primaria episódica en un dolor cefálico crónico en estos pacientes que abusan de analgésicos? ¿Por qué no ocurre este fenómeno a todos los pacientes que sufren de migraña crónica? ¿Por qué hay ciertos pacientes que recaen? ¿Tienen estos pacientes una adicción o un comportamiento adictivo que les predispone a un abuso de medicamentos?

Se explicarán las características clínicas de la CAM, profundizando en los matices que establece la Clasificación Internacional de Cefaleas. Se realizará una revisión de las hipótesis fisiopatológicas, haciendo especial hincapié en los últimos estudios de neuroimagen. Finalmente, se detallarán las estrategias terapéuticas más eficaces que deberían incluir un abordaje multidisciplinar entre neurólogos, psiquiatras y psicólogos. Es importante considerar que aunque el índice de recaídas es elevado, sigue siendo la cefalea en la que se puede ayudar más al paciente mejorando, si el tratamiento es exitoso, espectacularmente la calidad de vida y dolor que sufre.

REFERENCIAS

Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby PJ. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? *Headache* 2003; 43:179-90.

Katsarava Z, Muessig M, Dzagnidze A, Fritsche G, Diener HC, Limmroth V. Medication overuse headache: rates and predictors of relapse in a 4-year prospective study. *Cephalalgia* 2005; 25:12-15.

Fumal A, Laureys S, DiClemente L, Boly M, Bohotin, Vandenhede M, Coppola G, Salmon E, Kupres R, Schoenen J. Orbitofrontal cortex involvement in chronic analgesic-overuse headache evolving from episodic migraine. *Brain* 2006; 129:543-50.

Conductas adictivas y TDAH en el Adulto

RAMOS-QUIROGA, J.A.

Adjunto de Psiquiatría. Programa Integral del Déficit d'Atenció a l'Adult. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitari Vall d'Hebron

Enviar correspondencia a:

J. A. Ramos-Quiroga. Pg. de la Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. Tlf. 93 489 42 94, fax 93 489 45 97. Correo e.: jaramos@vhebron.net

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) representa para las personas que lo padecen una dura carga a lo largo de su vida. Los estudios de seguimiento del TDAH muestran que en más del 50 % de los casos el trastorno persiste en la edad adulta (Barkley, 1998). A pesar de que en los adultos la sintomatología puede experimentar cambios, como una disminución de la hiperactividad, también se han descrito importantes alteraciones en el funcionamiento diario de las personas afectadas (Barkley, 2002; Biederman et al., 2000). En los adultos se mantienen los problemas de rendimiento académico, y las dificultades en las relaciones interpersonales, añadiéndose otras áreas de preocupación, como los problemas en el trabajo, los accidentes de tráfico y las dificultades en las relaciones sentimentales (Barkley, 2002). Todos estos problemas de adaptación social se ven agravados por la presencia de otras patologías comórbidas al propio TDAH. Se piensa que cerca de un 60 % de adultos con TDAH tienen un segundo trastorno añadido (Spencer et al., 1998). De todos ellos, destacan los trastornos por consumo de sustancias o drogodependencias. Estos trastornos, independientemente de la existencia o no de un TDAH, conllevan una importante alteración en la vida de los pacientes, asociándose en muchas ocasiones a problemas legales y otras enfermedades médicas.

El interés suscitado por el consumo de drogas en los pacientes con TDAH no solamente se limita a la edad adulta. En los niños y adolescentes con TDAH, el tratamiento de primera elección son los estimulantes como el metilfenidato. Entorno a estos fármacos se ha generado un intenso debate por su potencial capacidad adictiva. En algunos medios se ha llegado a afirmar que el metilfenidato es igual que la cocaína o que la utilización de los estimulantes podría generar en la edad adulta un mayor consumo de drogas. En la actualidad, fruto de los estudios de investigación podemos realizar una aproximación más rigurosa a estas cuestiones, aparcando ideas fundadas en creencias y no en evidencias. El artículo de Volkow et al. "Is methylphenidate like cocaine?" publicado en la prestigiosa Archives of General Psychiatry en 1995, demostró las diferencias farmacológicas existentes entre el metilfenidato y la cocaína (Volkow et al., 1995). Ambas sustancias incrementan los niveles cerebrales de un neurotransmisor implicado en la etiología del TDAH, la dopamina. Pero existen dos diferencias básicas entre la cocaína y el metilfenidato: la cocaína vía endovenosa eleva los niveles cerebrales de la dopamina en cuestión de segundos mientras que el metilfenidato vía oral tarda una hora, y su eliminación del cerebro es mucho más rápida que la del metilfenidato. Estos dos aspectos son extraordinariamente relevantes para explicar la alta capacidad adictiva de la cocaína en comparación con el metilfenidato, y muestran como ambas sustancias no son equiparables. Por otro lado, estudios recientes han aportado datos sólidos sobre el riesgo o no de generar problemas de consumo de drogas en niños tratados con estimulantes. Barkley et al. realizaron el seguimiento de 147 niños diagnosticados de TDAH durante un periodo 13 años, hallando que los niños tratados con estimulantes no presentaron un mayor riesgo de consumo de drogas en el futuro respecto a los niños no tratados con estimulantes (Barkley et al., 2003). En el meta-análisis de Wilens et al., se analizaron los resultados de 6 estudios, donde se evidenció que los niños con TDAH que no recibieron tratamiento con estimulantes presentaron un riesgo de abuso de drogas en la edad adulta casi dos veces superior al de los niños que habían sido tratados con estimulantes (Wilens et al., 2003).

A pesar de las diferencias metodológicas de los trabajos publicados, en población adolescente con TDAH se han encontrado porcentajes de abuso y dependencia de sustancias más elevados que en la población general (Sullivan et al., 2001). Los estudios muestran que las personas con un TDAH en la infancia inician el consumo de sustancias a una menor edad y la evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen un TDAH (Sullivan et al., 2001). En el trabajo de Biederman et al., el 52% de los pacientes con TDAH en la infancia presentaron un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida mientras que en la población sin TDAH este porcentaje fue del 27% (Biederman et al., 1995). La persistencia del diagnóstico más allá de la adolescencia también parece jugar un papel destacado, ya que el riesgo de desarrollar una drogodependencia es mayor en aquellos pacientes con TDAH en los cuales se mantiene el trastorno en la vida adulta (Sullivan et al. 2001). En pacientes adultos que consultan por un TDAH se ha hallado que entre el 17%-45% muestran un abuso o dependencia de alcohol y un abuso o dependencia de otras drogas entre el 9%-30% (Wilens et al., 2000).

La experiencia del Centro de Encuentro y Acogida de Oviedo

REYES PÉREZ, C.

Responsable del proyecto. CEA Caritas. Oviedo

La existencia del Centro de Encuentro y Acogida se inscribe en una lógica de intervención desde un modelo que da prioridad a la Reducción o Disminución de los Daños y Riesgos asociados al consumo de Drogas (PDDR).

Considerando estas líneas de actuación, y fundamentándose en su prioridad estratégica de un compromiso social con los colectivos más desfavorecidos, Cáritas Diocesana de Oviedo abre el Centro de Integración Social (CIS) para la atención de toxicómanos en Abril de 1993. El CIS queda insertado dentro del programa de drogodependencias, que trabajando en red con el resto de entidades y servicios de la comunidad, tanto sanitarios como sociales, ofrece una respuesta personalizada a las personas drogodependientes en situación de emergencia social.

El CIS nace con una doble ubicación. Su financiación corre a cargo de una subvención estatal del Ministerio de Asuntos Sociales, que ve necesaria la apertura del mismo como pionero en España, estando además sujeto al modelo europeo en el que se basa.

Finalizado el año, y tras una valoración de la necesidad del recurso, Cáritas decide mantener uno de los centros, el situado en Oviedo, haciéndose cargo de su financiación. Se amplía en uno el número de plazas para usuarios, y el equipo de trabajo queda reducido a 6, prescindiéndose del equipo de Gijón. En esta situación el CIS continuaría su actividad durante un año más. Los gastos de mantenimiento, de alquiler del local y del personal, hacen demasiado gravoso el proyecto para Caritas, que decide proceder al cierre en espera de nueva financiación, en Junio de 1995.

Tras un periodo de 8 meses, Cáritas pone de nuevo en funcionamiento, en Febrero de 1996, el recurso pero con distinta denominación, pasa de llamarse Centro de Integración social a llamarse Centro de Encuentro y Acogida (CEA), y surge con una serie de modificaciones con respecto al anterior:

- Se amplía el número de usuarios a 14.
- Se reduce el equipo de educadores a 4 personas.
- Se dejan de hacer tratamientos ambulatorios de desintoxicación para que los usuarios accedan a la red de servicios sanitarios de forma normalizada (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria).
- Como contrapunto, y de acuerdo a una coordinación con la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, se hacen en el CEA desintoxicaciones ultracortas bajo la supervisión médica de la unidad.
- Se comienza con los intercambios de sanikits, entrando a formar parte del Programa de Prevención y Atención a la personas afectadas por el VIH- SIDA, de la Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias, y colaborando de forma directa con el programa de reducción de riesgo del Plan Nacional sobre Drogas.
- Se dejan de hacer talleres ocupacionales por valorar que el Centro es de baja exigencia.

A raíz de un cambio de domicilio, se introducen algunas modificaciones:

- Se amplía el número de plazas para usuarios a 16, debido al espacio físico que nos proporciona la nueva ubicación.
- Se considera necesaria la atención a alcohólicos, reservando dos plazas para este colectivo en función siempre de que la demanda planteada por el usuario sea de desintoxicación e ingreso posterior en una comunidad terapéutica.
- Debido al aumento de usuarios y como consecuencia, de trabajo, y a la atención específica que requerían los tratamientos de desintoxicación ultracorta, se valora la necesidad de prescindir de la realización de los

mismos, si bien se mantiene abierta la posibilidad a todo aquel usuario que lo desee de pasar el síndrome de abstinencia en la casa con cuidados paliativos básicos.

–Se inicia de forma paralela al trabajo con los usuarios en régimen de acogida, una atención básica a los toxicómanos externos al centro, que incluye lavado de ropa, duchas, depósitos de metadona, administración de tratamientos médicos, recepción de correspondencia y citaciones judiciales, ropero, un espacio para estar, y comidas.

El colectivo de atención al que se dirige el CEA es el de personas con problemas de adicción a las drogas inmersos en la marginalidad cultural y social: transeúntes, grupos de minorías étnicas, inmigrantes ilegales, etc., personas que muchas veces no tienen una vivienda estable y se agrupan en las grandes ciudades, o en las zonas fronterizas de gran afluencia turística; sufren situaciones de desarraigo y en ocasiones presentan problemáticas legales (están indocumentados, carecen de permiso de residencia, etc.) y/o judiciales (juicios pendientes, estancias frecuentes en prisión, etc.); no reciben atención sanitaria alguna, ni acuden a revisiones sanitarias normalizadas por falta de cartilla de la Seguridad Social, o simplemente por carecer de costumbre, por desconocimiento o dejadez.

Sin embargo, son personas con graves problemas de deterioro físico por carencias de alimentación, escasos cuidados higiénicos, patologías infecciosas diversas, incluida la infección por VIH.

A este grupo de población descrita debemos añadir a aquellos que han acudido alguna vez a los centros de tratamientos de drogodependencias pero que han fracasado en los intentos iniciados y han abandonado la relación establecida.

Desarrollo del programa “Beber Menos” en Portugal. Participación en un programa europeo

RIBEIRO GOMES,C.

Médica de família do Centro de Salud Sete Rios, Lisboa. Docente da Faculdade de Medicina de Lisboa

Enviar correspondencia a:
Cristina.mpr@sapo.pt

INTRODUCCIÓN

Los Problemas Ligados al Alcohol (PLA) constituyen un importante problema de Salud Pública e interfieren en distintos aspectos de la vida del individuo, desde los problemas de salud individual y familiar, al nivel laboral y social, teniendo un impacto significativo a nivel del contexto económico. Los cuidados de salud primarios ocupan una posición privilegiada en términos de intervención en cuanto a los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, en lo que respecta a la detección y primera línea de intervención. El Plan de Acción contra el Alcoholismo de 2000 y el Plano Nacional de Salud 2004-2010 especifican el desarrollo de los proyectos de abordaje precoces de los consumidores excesivos a través del entrenamiento y preparación adecuados de los técnicos de salud, particularmente aquellos que trabajan en el área de los Cuidados de Salud Primarios (CSP). En este contexto se presenta el desarrollo de un proyecto de intervenciones breves en el consumo excesivo de alcohol coordinado por la Dirección-General de la Salud en un primero momento e actualmente pelo Instituto de Drogas e Toxicó dependencias en Portugal.

OBJETIVOS

1. Incrementar las aptitudes y habilidades de los profesionales de salud en la gestión de los consumos excesivos de bebidas alcohólicas de sus usuarios en el ámbito de los CSP.
2. Contribuir de este modo para la reducción del consumo de bebidas alcohólicas de los usuarios con consumos excesivos en los CSP y promocionando, así, estilos de vida más saludables.

METODOLOGÍA

- Realización de una encuesta nacional, para evaluar las habilidades de los Profesionales de salud, principalmente, clínicos generales en gestionar los PLA, cuyos resultados se presentan en estas Jornadas.
- Desarrollo de una rede de cuidados que do ponto de vista institucional permita dar respuesta a las necesidades identificadas a través de la encuesta realizada a los profesionales de salud de cuidados primarios de forma que facilite lo soporte entre las dos estructuras primarias et secundarias de salud y la definición de criterios de seguimiento y referenciación a los cuidados secundarios.
- Formación de los profesionales de salud, sobretodo de los CSP, con conocimiento en Alcohología, que les permita una mejor y más precoz detección de los usuarios con consumo excesivo de alcohol; implementación y diseminación del programa formativo.
- Desarrollo de un programa estructurado de entrenamiento de profesionales de salud en abordaje de consumidores excesivos de bebidas alcohólicas, del tipo intervenciones breves con monitorización continuada.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Son presentados los resultados de auscultación de los profesionales de salud y de formación que ha sido realizada. Estos datos corresponden a dos fases en desarrollo de este proyecto que se desarrolla a nivel nacional. Son presentados los resultados de la organización de la red de cuidados con protocolos de actuación entre las estructuras involucradas. Son dados ejemplos de boas prácticas de la aplicación do programa en diferentes zonas del país. Hay también que proceder posteriormente a la monitorización y evaluación de las habilidades desarrolladas en esta área.

Epidemiología del consumo de drogas en los centros penitenciarios

RINCÓN MORENO, S.

Médico. Servicios Médicos Centro Penitenciario de Castellón

Enviar correspondencia a:

S. Rincón Moreno. Carretera de Alcora Km.10, 12071, Castellón. Correo e.: srinconmoreno@telefonica.net

INTRODUCCIÓN

Actualmente la población penitenciaria española supera los 65.000 internos, 55.000 dependen de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y el resto son dependientes de la Secretaría de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justicia Juvenil, departamento de Justicia, Generalitat de Catalunya, única comunidad que tiene transferidas las competencias en materia Penitenciaria.

Las drogodependencias son uno de los problemas más importantes en prisión. Es necesario conocer las características de los drogodependientes que ingresan y permanecen en prisión. En los últimos años se han producido importantes cambios relacionados con la nacionalidad de origen y los patrones de consumo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo que se realiza en los Centros Penitenciarios dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Las fuentes de información: memorias anuales elaboradas por el Servicio de Drogodependencias de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, las encuestas realizadas en los años 2000, "Drogodependientes que ingresan en prisión: consumo y prácticas de riesgo" y la que se realizó en el año 2006, "Encuesta Estatal sobre Salud y drogas entre los internados en Prisión". Para la segunda parte de la ponencia se recogen variables sociodemográficas y clínicas de todos los ingresos primarios en el centro penitenciario de Castellón durante el año 2005. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas con los pacientes y consulta en la Historia Clínica, de los resultados de la analítica practicada al ingreso. Se realiza un estudio descriptivo y se comparan variables utilizando modelos de regresión logística binaria para determinar Odds en aquellas comparaciones en las que existen diferencias. Todos los pacientes incluidos firmaron su consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población penitenciaria española está constituida mayoritariamente por varones, estando sobrerrepresentados con respecto a la población general, jóvenes, extranjeros y personas con carencias socioeconómicas.

Una gran proporción tienen antecedentes de consumo problemático de drogas.

Comparando las encuestas de 2000 y 2006, se ha producido una disminución de consumidores de heroína, tranquilizantes y alucinógenos, y ha aumentado la proporción de alcohol en los últimos 30 días previos al ingreso y en prisión.

El 77.2 % consumían en el mes anterior al ingreso, con características de policonsumo.

El 46.2% heroína y/o cocaína como droga principal. secundariamente otras.

El 31% alcohol y cánnabis junto a psicofármacos.

Consumían en menor medida heroína y/o cocaína las mujeres (39.8% vs.46,9%) y los extranjeros (21% vs. 52.2%), siendo más numerosos los consumidores específicos de alcohol (24.3%) entre los extranjeros.

El 23.8% ha estado en PMM y al ingreso había un 16.6%, continuando en prisión.

Los reclusos fumaban tabaco en una proporción que dobla a la población general (73.8% vs. 36.7%). En prisión consumen menos y cambian su patrón respecto a antes de ingresar.

En el estudio de ingresos en nuestro centro, son mayoritariamente extranjeros (246 ingresos: 157 extranjeros (64%). 230 fueron varones (93,5%).

Los españoles consumen más drogas de todo tipo, además, son portadores en mayor número de VIH y VHC. La O.R. para el consumo de cocaína es de hasta 10 veces más, en los españoles. Los extranjeros consumen menos y en menor cantidad, han tenido más contacto previo con tuberculosis, VHB y con la sífilis. Ha disminuido el uso intravenoso como vía principal de consumo de heroína y cocaína. El número de UDVP fue de 3 para consumo de heroína de un total de 15 consumidores, y 2 UDVP para el consumo de cocaína de un total de 44 consumidores.

Una Sala de Consumo Supervisado en Bilbao

RIO NAVARRO, J.

Coordinador. Sala de Consumo Supervisado de Munduko Medikiak

INTRODUCCIÓN

La Sala de Consumo Supervisado de Médicos del Mundo País Vasco – Munduko Medikiak surge como respuesta a la situación socio-sanitaria de las personas usuarias de drogas en situación o en riesgo de exclusión social. Esta población presentaba altos índices de prevalencia de VIH-VHC, numerosos indicadores de vulnerabilidad socio-demográfica y comportamientos de riesgo asociados al consumo de drogas. El objetivo general de la SCS es mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de drogas; a diferencia de otros centros de la zona, es el único donde se permite el consumo supervisado de sustancias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población diana. La población beneficiaria del programa incluye a todas aquellas personas mayores de edad, usuarias de droga con antecedentes de consumo por vía parenteral, esnifada y/o fumada, en situación o en riesgo de exclusión social.

Descripción del programa. La SCS cuenta con:

- Programa de Intercambio de Jeringuillas, reparto de preservativos y material preventivo.
- Espacio de acogida.
- Espacios habilitados para el consumo supervisado por vía inyectada, inhalada y esnifada.
- Programa de Educación en Salud; intervención socio-educativa.
- Sala de Enfermería para cuidados y curas simples.
- Programa de Trabajo de Calle.
- Implementa diferentes diseños de investigación.
- Proyecto de atención psico-social en la planta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Basurto.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla 1 recoge la distribución de las personas diferentes que acudieron a la SCS según sustancia y vía de consumo, en 2007, contabilizando un total de 32.163 consumos y 3.706 servicios de intercambio de material de consumo y entrega de material para prácticas de sexo seguro. El número de intervenciones, desagregadas por sexo y categoría, realizadas en la SCS se presenta en la tabla 2, con un total de 9.446 intervenciones.

Tabla 1. Distribución de las personas diferentes que acuden a la SCS según sustancia y vía de consumo, 2007

Sustancia y vía de consumo	Edad				Procedencia								
	18-24	25-34	35-44	>45	CAPV	Resto del Estado	UE	Europa del Este	Magreb	Resto de África	América Latina	Otros	TOTAL
Heroína Inyectada	13	108	231	57	289	72	23	7	6	1	8	4	410
Cocaína Inyectada	9	150	269	73	363	91	27	6	6	2	5	2	502
Mezcla Inyectada	7	88	177	42	219	55	21	7	4	1	4	3	314
Heroína Fumada	39	204	293	81	436	109	37	2	21	4	9	2	620
Cocaína Fumada	8	112	156	48	228	57	16	0	13	5	4	1	324
Mezcla Fumada	11	99	120	34	176	44	23	2	11	4	4	0	264
Heroína Esnifada	4	21	45	18	66	17	2	0	1	1	1	0	88
Cocaína Esnifada	0	8	18	5	18	5	4	0	1	0	2	1	31
Mezcla Esnifada	0	5	4	2	5	1	0	0	0	0	0	0	6
TOTAL	91	795	1.313	360	1.800	451	153	24	63	18	37	13	2.559

Tabla 2. Distribución de las intervenciones realizadas en la SCS según sexo, 2007

Intervenciones	Hombre		Mujer		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Educativa	2.715	32,8	497	42	3.212	34	
Educativa en el proceso de Inyección	1.136	13,7	193	16,3	1.329	14,1	
Escucha Activa	3.422	41,4	323	27,3	3.745	39,6	
Derivaciones	39	0,5	12	1	51	0,5	
Información de Recursos	91	1,1	16	1,3	107	1,1	
Enfermería	780	9,4	116	9,8	896	9,5	
Actuación ante Sobredosis	39	0,5	7	0,6	46	0,5	
Actuación ante Reacciones Adversas	42	0,6	18	1,7	60	0,7	
	TOTAL	8.264	100	1.182	100	9.446	100

CONCLUSIONES

Transcurridos cuatro años de trabajo, los resultados obtenidos por la Sala de Consumo Supervisado prueban que se ha reducido la mortalidad por sobredosis, ha disminuido la presencia de material usado en la comunidad y, consecuentemente, los accidentes producidos por estos materiales. Igualmente se ha mejorado el acceso de la población consumidora de droga en situación de exclusión social y con mayor vulnerabilidad a los recursos socio-sanitarios existentes. En nuestra Comunidad Autónoma la sala es bien aceptada, existiendo la demanda de ampliar el horario de apertura.

Abuso de benzodiazepinas en pacientes con trastornos mentales graves

RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, R.

Especialista en Psiquiatría / Profesor Asociado, Universidad Complutense de Madrid. Unidad de Alcoholismo y Patología Dual. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario 12 de Octubre

Las benzodiazepinas son fármacos ampliamente prescritos dada su eficacia y su perfil de efectos secundarios. Sin embargo, su utilización en pacientes con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo) es controvertida, dado el riesgo de tolerancia y abuso/dependencia, especialmente en aquellos pacientes que presentan de manera comórbida un trastorno por uso de sustancias (patología dual). Se ha señalado que la prevalencia de trastorno por uso de sustancias en pacientes con trastorno mental grave podría estar entre el 40 y el 60%, lo cual supone una importante proporción a la hora de plantear la prescripción de benzodiazepinas.

Existen pocos estudios sobre el uso y abuso de benzodiazepinas en pacientes con trastorno mental grave y trastorno por uso de sustancias. Brunette y cols. (2003) en un estudio de pacientes con trastorno mental grave y trastorno por uso de sustancias comórbido, de 6 años de seguimiento, encontraron que el 43% tomaron benzodiazepinas prescritas en algún momento de su evolución. El 15% de estos pacientes, desarrollaron abuso de las mismas. Clark y cols. (2004) encontraron en una muestra de pacientes con trastorno mental grave, de 5 años de seguimiento, una mayor prevalencia de uso de benzodiazepinas en los pacientes con trastorno por uso de sustancias comórbido que en los pacientes sin dicha comorbilidad, llegando al 63% en el caso de diagnóstico de esquizofrenia y al 75% en el caso de trastorno bipolar.

Se expondrán los resultados respecto al uso y abuso de benzodiazepinas en los pacientes con trastorno mental grave remitidos a nuestro Programa de Patología Dual, así como las alternativas farmacológicas al uso de BDZ en estos pacientes, como algunos antipsicóticos de segunda generación y, de manera especial, los llamados nuevos anticonvulsivantes.

Caracterización psicopatológica de pacientes abusadores de analgésicos

RONCERO ALONSO, C.

Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. Coordinador CAS drogodependencias. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

El riesgo de abuso de medicamentos en pacientes con dolor (Manchikanti et al, 2007) o cefalea se incrementa si existe comorbilidad con trastornos psiquiátricos (Lake, 2001). La existencia de alteraciones psicopatológicas como depresión, ansiedad, y somatización se ha relacionado con el abuso de medicamentos o drogas ilegales en los pacientes afectados de dolor crónico (Manchikanti et al, 2007). El uso compulsivo de medicación puede transformar la cefalea ocasional en diaria y disminuir la eficacia de los fármacos preventivos. (Baskin, 2007).

Existen precedentes de descripciones de muestras de pacientes de dolor en tratamiento con analgésicos opiáceos, en las que se describe que el 59% presentaban depresión, 64% ansiedad y el 30% trastorno de somatización. El abuso de drogas es significativamente mayor en los pacientes con depresión (12%) vs los que no la presentaban 5%. Existe influencia del género siendo el uso de drogas mayor en mujeres con depresión. En mujeres varía el riesgo en función de que presenten depresión situándose en el 22%, o sin depresión que es del 14%, sin embargo en hombres el porcentaje es el mismo 12%. Por otra parte en hombres con trastorno de somatización el 22% presentaban abuso de medicamentos frente al 9% de los que no lo presentaban (Manchikanti et al, 2007).

Se ha sugerido que la presencia de psicopatología (rasgos depresivos o de somatización) puede ser un marcador de riesgo de abuso en pacientes con dolor crónico (Manchikanti et al, 2007). Aunque la relación entre migraña y depresión se ha considerado como bideireccional, los migrañosos tienen más probabilidad de padecer depresión y viceversa (torrelli et al, 2004). Los trastornos de personalidad pueden alterar la eficacia del tratamiento (Baskin, 2007), especialmente los relacionados con el Cluster B (Radat et al, 2002), además la persistencia de psicopatología dificulta la terapia conductual y la medicación preventiva (Lake, 2001).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza revisión bibliográfica y se describe una cohorte de 15 pacientes abusadores de medicamentos analgésicos (Triptanes, analgésicos simples, benzodiazepínicos, opiáceos...) que acuden al programa de Cefalea por abuso de medicamentos (CAM) del ambulatorio de drogodependencias del Hospital Vall Hebrón. Se estudia la presencia de trastornos psicopatológicos mediante las entrevistas SCID-I, SCID-II, los rasgos de personalidad mediante el ZKPO, la presencia de trastornos ansio- depresivos mediante el BDI, STAI-R, STAI-E. El estado adictivo se valora mediante el EuroASI y la calidad de vida mediante el SF-36.

DISCUSIÓN

No existen datos en población española. En nuestra muestra la mayor parte de los pacientes presenta puntuaciones elevadas cuando se evalúa los síntomas de ansiedad y ansiedad. Predomina los diagnósticos de distimia, aunque existen pacientes afectados trastornos bipolar. Es necesario proseguir el estudio de pacientes abusadores de medicamentos, los datos preliminares siguen mala evolución si los pacientes no son adecuadamente evaluados y tratados.

REFERENCIAS

- Baskin SM. Managing the "difficult" headache patient. *Neurol Sci.* 2007; 28 Suppl :S78-83.
- Lake AE 3rd. Behavioral and nonpharmacologic treatments of headache. *Med Clin North Am.* 2001;85(4):1055-75.
- Manchikanti L, Giordano J, Boswell MV, Fellows B, Manchukonda R, Pampati V. Psychological factors as predictors of opioid abuse and illicit drug use in chronic pain patients. *J Opioid Manag.* 2007;3(2):89-100.
- Radat F, Irachabal S, Swendsen J, Henry P. Analgesic abuse and psychiatric comorbidity in headache patients. *Encephale.* 2002;28(5 Pt 1):466-71.
- Torelli P, D'Amico D. An updated review of migraine and co-morbid psychiatric disorders. *Neurol Sci.* 2004 ;25 Suppl 3:S234-5.

Descripción de los pacientes del programa de reducción de daños del ambulatorio de drogodependencias (CAS) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron (Barcelona)

ROVIRA, M.*; RIPOLL, L. ; BASSOLS, X.***; RONCERO, C.****; CASAS, M*******

*Médico responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

**Educatora responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

***Enfermero responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

****Psiquiatra. Coordinador CAS drogodependencias Vall d'Hebron. Profesor Asociado Universitat Autònoma Barcelona

*****Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Catedrático Universitat Autònoma de Barcelona

Enviar correspondencia a:

Marco Rovira, Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron, Paseo Vall d'Hebron 119-129. 08035 Barcelona. marovira@vhebron.net

JUSTIFICACIÓN

El ambulatorio de atención a drogodependientes (CAS) Vall Hebron incluye un programa de reducción de daños (PRD) con una sala de venopunción supervisada, un espacio de interacción educativa "espacio calor y café", intercambio de jeringas, y un área de higiene. Sus objetivos son incluir en la red sanitaria convencional a drogodependientes en activo y facilitar el acceso al tratamiento médico-psiquiátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe la población los pacientes atendidos y la asistencia del PRD hasta diciembre de 2007. RESULTADOS De los 235 usuarios que utilizaron algún proyecto del programa, (media de edad de 33 años), el 80 % son españoles, 74% son hombres y 26% mujeres. 57% están en activo en un programa de mantenimiento de metadona. 48% se encuentran en una situación precaria en cuestión de vivienda (2% en albergue/ 28% okupas/ 11% sin techo/ 7% en pensión) y el 66% tienen escasos ingresos (11% sin ingresos, 1% PIRMI, 12% PNC, 50% economía sumergida). El 45 % de pacientes fueron incluidos en tratamiento convencional en el CAS Vall d'Hebron. Del total de usuarios el 16% accedió a tratamiento en el CAS y el PRD fue su primer contacto con el sistema sanitario. El perfil del consumo de sustancias en la sala de autoinyección ha cambiado inicialmente predominaba el uso de heroína y en la tendencia ha sido un aumento en el consumo de la cocaína

DISCUSIÓN

La presencia del PRD integrado en un CAS:

- 1) Facilita el proceso de vinculación y el inicio del tratamiento convencional.
- 2) Es la puerta de entrada al sistema sanitario convencional facilitando el acceso a grupos excluidos implementando programas de vacunación, screening serológico y psicopatológico.
- 3) Disminuye el riesgo de accidentes médico-psiquiátricos relacionados al consumo y permite una intervención más rápida en caso de intoxicación.

Diagnóstico Social en las periciales con drogodependientes

RUIZ RODRÍGUEZ, P.

Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Logroño (Decanato). Trabajadora Social de los Juzgados de Logroño

En materia civil los Trabajadores Sociales realizan periciales en procedimientos relativos a: Divorcios, menores (declaraciones de desamparo, de riesgo y de idoneidad), en incapacidades y tutelas.

En materia penal intervienen violencia familiar (género, menores, ancianos o de hijos a padres) y delitos cometidos por personas que pueden tener su responsabilidad criminal alterada.

Para realizar el diagnóstico social se debe tener en cuenta la petición que realiza el Tribunal ya que esa petición será el objeto de estudio. El primer paso será la lectura del procedimiento realizando después el plan de intervención con el objetivo de estudiar al individuo y si tiene afectadas sus necesidades básicas:

- Habilidades sociales.
- Autonomía física/psíquica.
- Relaciones familiares.
- Organización de la unidad convivencial.
- Recursos económicos suficientes.
- Trabajo.
- Formación.
- Vivienda.
- Participación y aceptación social.

Las técnicas de trabajo incluyen entre otras actuaciones:

- Entrevistas a las partes.
- Entrevista familiar.
- Visita al domicilio.
- Entrevistas colaterales con los servicios sociales (educativos, sanitarios, de mujer, menores...)

Se buscarán indicios que nos indiquen problemas en el individuo como consecuencia de su drogodependencia.

Con abuso de alcohol: bajas laborales o escolares, cambio de empresas, accidentes laborales y de conducción, sanciones de tráfico, discusiones violentas con su pareja, negligencia con los hijos.

En adicción a la cocaína/heroína: gasto excesivo de dinero, problemas económicos, robos, prostitución, tráfico, pedir anticipos, deudas, desatención familiar, del trabajo, agresividad.

Cuando el diagnóstico indique una posible drogodependencia y si se estima que esta afecta a su comportamiento en relación con el asunto que estamos estudiando se valorará el proponer al Tribunal el tratamiento de dicha adicción, siendo el Tribunal quien finalmente lo decida si lo estima conveniente.

En los asuntos relativos a guarda y custodia de menores se le propondrá al progenitor y este lo decidirá. Sin embargo el Tribunal puede supeditar las visitas con sus hijos, a que el padre realice el tratamiento.

Para elaborar el plan de tratamiento se trabaja con los recursos socio-sanitarios de la comunidad y en coordinación con los mismos:

- Médico de cabecera.
- Unidad de salud mental: Psiquiatra y Psicólogo.
- Asociaciones específicas provistas de técnicos.
- Equipo de drogodependencia.
- Unidades de alcoholismo.

El seguimiento del tratamiento en los casos de custodia se realiza a través del control de los informes periódicos sanitarios que serán entregados por el usuario al Punto de Encuentro Familiar donde se supervisará la relación del progenitor con sus hijos.

En el ámbito penal las periciales irán referidas a la responsabilidad penal del drogodependiente. Valorando el Tribunal si el individuo está exento de responsabilidad o la tiene atenuada. Si se estima la eximente completa se le impondrá una medida de seguridad y si es atenuada se rebajará la condena.

Evaluación neuropsicológica en consumo de cocaína

SALVADOR VADILLO,E.*; MADUZ-GÚRPIDE,A.**

* DUE Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

** Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de San Blas. Madrid.

Enviar correspondencia a:

Estrella Salvador. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La valoración de los posibles daños neuropsicológicos que provoca el consumo continuado de cocaína se presenta como una variable esencial tanto para comprender el funcionamiento neurofisiológico cerebral, como la evolución clínica y terapéutica de los pacientes. En investigaciones previas se apunta a que el consumo de cocaína de manera crónica provoca diferentes alteraciones de las funciones cognitivas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se propone un protocolo de valoración neuropsicológica que incluya la valoración de aquellas capacidades y funciones cognitivas que se presumen afectadas por el consumo crónico de cocaína. Dicha batería (compuesta por Series de dígitos directos e inversos, Trail Making A y B, Test de las Cartas y Test del Zoo, y Test de Wisconsin 64) se ensaya en un estudio de casos con grupo control.

RESULTADOS

Se objetivan de manera significativa alteraciones en las pruebas neuropsicológicas que miden tareas relacionadas con circuitos frontales y conexiones dopaminérgicas, entre los grupos caso (n=24) frente a grupo control (n=27), ajustados los resultados por variables como edad, años de escolarización y género.

Las series de la prueba de los dígitos, directo e inverso, ofrecen información sobre deterioro en atención, memoria de trabajo y span.

Los resultados de la prueba de Trail Making B señalan dificultades en la atención dividida, la velocidad motora y la capacidad de rastreo visual. Igualmente se puede concluir una cierta alteración de la capacidad de planificación.

En el Test de las Cartas se aprecia una mayor impulsividad en el grupo de consumidores, junto con una tendencia a la perseveración (fallos en la inhibición).

En el Test del Zoo, y en resumen, se aprecia que el grupo de consumidores tiene importantes dificultades, significativamente más que los controles, en la planificación de la prueba, y también en la ejecución de la misma.

Del análisis del test de Wisconsin se deduce que el grupo de consumidores de cocaína presentan un mayor deterioro en sus capacidades de conceptualización (incluida la inicial), así como una mayor tendencia a la perseveración y dificultad para cambiar el criterio de clasificación y encontrar soluciones a los problemas. Su meta-aprendizaje también está afectado si se compara con el grupo control. Según las baremaciones admitidas, estas puntuaciones reflejan un deterioro intermedio-leve.

CONCLUSIONES

Las diferencias estadísticas encontradas en las tareas propuestas entre los grupos confirman que el consumo continuado de cocaína provoca daños neuropsicológicos en funciones cognitivas dependientes del lóbulo frontal y sus conexiones dopaminérgicas.

Se confirman así algunos hallazgos de otros grupos de investigadores al tiempo que se ahonda específicamente en el estudio de algunas de las tareas. Dichos déficits deberían ser tenidos en cuenta a la hora de trabajar con estos pacientes.

Evaluación de la efectividad de los programas de tratamiento con derivados opiáceos en Galicia

SÁNCHEZ PARDO, L.

Director Técnico de CEG

INTRODUCCIÓN

El Plan de Galicia sobre Drogas decidió en 2004 realizar un estudio de evaluación de la efectividad de estos programas, cuyos objetivos eran: 1) Verificar el cumplimiento de los objetivos asignados a los PTDO, 2) Analizar los cambios introducidos por el tratamiento en el estado de salud de los pacientes y su calidad de vida, 3) Identificar las diferencias existentes en la evolución seguida por los pacientes en función de ciertas características personales y del tratamiento recibido e 4) Identificar las variables asociadas a la consecución de los objetivos previstos en los PTDO (con mayor capacidad explicativa del éxito/fracaso en estos programas).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, multicéntrico y longitudinal, con mediciones múltiples sobre una cohorte de 335 pacientes beneficiarios de PTDO de carácter extrapenitenciario, durante un período de 60 meses. Hasta la fecha se han realizado 6 cortes, el primero al inicio del tratamiento y los siguientes a los 6, 12, 18, 24 y 36 meses de esa fecha. La recogida de información se realiza sobre los sujetos en observación, con independencia de su evolución en el tratamiento.

Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario inicial de recogida de información, Cuestionario de recogida de información durante el tratamiento y Ficha de control de cambios, cumplimentada cuando no es posible el contacto directo con los pacientes. Junto al cuestionario inicial y de seguimiento se aplicó el SCL-90 R y el AUDIT.

RESULTADOS

Cuando se cumplían 36 meses del inicio del tratamiento:

- 1ª) Los PTDO demuestran ser una alternativa terapéutica eficaz para asegurar el control asistencial, de al menos el 63% de los pacientes atendidos.
- 2ª) El 74,1% de pacientes mantuvo una evolución positiva en el tratamiento, bien porque seguía vinculado al mismo (el 63,0%), porque fue incluido en un programa de mayor exigencia (5,7%) o dado de alta (5,4%).
- 3ª) Los PTDO facilitaron el logro de la abstinencia al 11,1% de los pacientes, que pasaron a un programa libre de drogas o lograron el alta terapéutica.
- 4ª) Los pacientes que continúan en tratamiento en PTDO después de tres años han registrado cambios, estadísticamente significativos, en las siguientes áreas:
 - a) Calidad de vida:
 - Mejora en los niveles de actividad laboral y reducción del desempleo.
 - Aumento del trabajo como fuente principal de ingresos.
 - Mejora de las relaciones con la familia de origen.

- Reducción de la residencia en alojamientos precarios.
- Reducción de los niveles de soledad.
- Incremento de las relaciones sociales con personas no consumidoras.
- Reducción de los contactos con colegas consumidores de drogas.

b) Salud:

- Reducción de las urgencias hospitalarias por enfermedad/accidente sin relación directa con las drogas y/o por sobredosis y de las hospitalizaciones por enfermedades/accidentes con o sin relación con las drogas y/o el SIDA.
- Reducción de la frecuentación de los Servicios de Atención Primaria de Salud.
- Mejora de la percepción del estado de salud.
- Reducción de pacientes con dificultades para trabajar, realizar actividades cotidianas o mantener sus actividades sociales, debido a su estado de salud.
- Reducción de las prácticas de riesgo relacionadas con los hábitos sexuales y de consumo de drogas.
- Aumento de los pacientes en tratamiento por trastornos mentales (la continuidad en PTDO facilita su tratamiento).
- Mejora de los niveles de bienestar psicológico.

c) Drogas:

- Reducción de los consumos de heroína y cocaína.
- Reducción de los consumos abusivos o de riesgo de alcohol.

5ª) A pesar de los progresos registrados a lo largo del tratamiento, persisten situaciones que deben ser objeto de intervenciones específicas para su mejora:

- El porcentaje de pacientes que consumieron heroína y cocaína en los últimos 6 meses era, respectivamente, del 52,7% y 48,9%, si bien los consumidos continuados (2 o más veces al mes) se reducían al 25,8% y 20,9%.
- El porcentaje de pacientes detenidos, procesados judicialmente o internados en prisión por delitos cometidos en los últimos 6 meses era del 9,3%, 7,9% y 2,7%, respectivamente.
- El 7,6% de los pacientes mantuvo contactos sexuales con parejas ocasionales sin protección en los últimos 6 meses.
- El 3,3% de pacientes compartió jeringuillas u otros materiales de consumo en los últimos 6 meses.
- Se registra un elevado nivel de mortalidad entre los pacientes incluidos en el estudio, habiéndose registrado 17 fallecidos (5,1%).

6ª) Buena parte de los cambios positivos atribuibles a los PTDO, perceptibles a los pocos meses del inicio del tratamiento, han entrado en fase de estancamiento.

DISCUSIÓN

Cuando se cumplen 36 meses del inicio del tratamiento, comienza a truncarse la evolución claramente positiva que mantenía la mayoría de pacientes incorporados a PTDO, proceso que estaría relacionado con:

- La existencia de un nuevo patrón dominante de consumo de drogas, donde el consumo de heroína sola resulta minoritario, habiendo sido desplazado por el consumo de la mezcla de heroína y cocaína, o bien por el uso alterno de ambas sustancias. La continuidad en niveles bastante elevados de los consumos de sustancias como la heroína o la cocaína durante el tratamiento, explicarían porqué no se avanza o profundiza en los progresos que la incorporación al tratamiento supuso inicialmente para muchos pacientes.
- El debilitamiento de las actividades asistenciales desplegadas con los pacientes a medida que avanza el tratamiento y la significativa ausencia de intervenciones, al margen de la dispensación del sustitutivo, con cerca de uno de cada cuatro pacientes. La reducción en el nivel de actividad asistencial estaría relacionada con la progresiva pérdida de motivación y desmovilización de los

Implementación del programa CRA en la asistencia sanitaria pública

SÁNCHEZ-HERVÁS, E.

Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Departamento 10. Consellería de Sanitat. Valencia

Enviar correspondencia a:

Emilio Sánchez Hervás. Unidad de Conductas Adictivas - Centro de Salud. Avd Rambleta, 63. 46470 Catarroja. Valencia. Correo e.: esh455k@gmail.com

La cocaína es tras el cannabis la droga de mayor tráfico en el mundo. Las tendencias temporales de consumo de cocaína han aumentado en los últimos años, tanto en la proporción de consumidores en los últimos doce meses, como en los consumidores actuales (PNSD, 2007). Por ello, en la actualidad el abuso y la dependencia de cocaína son trastornos frecuentes y graves, y se consideran como un importante problema de salud pública. Los enfoques psicosociales pueden ser tratamientos útiles para tratar los problemas derivados del uso de cocaína, en tanto puedan ayudar a mantener a los pacientes en tratamiento y en abstinencia. En una reciente revisión sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones psicosociales en la adicción a la cocaína (Knapp, 2007) se recomiendan algunas formas de tratamiento en particular (enfoque de refuerzo comunitario y enfoques basados en el manejo de contingencias), y se insta a realizar estudios que aporten más datos sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones. En la línea de aportar evidencias sobre la utilidad de los tratamientos para la adicción a la cocaína se enmarca este estudio, que pretende comprobar la aplicabilidad de uno de los programas de intervención más y mejor evaluados (el Enfoque de Refuerzo Comunitario), en un contexto de tratamiento cercano y real. La mayoría de estudios clínicos disponibles en la actualidad sobre este procedimiento de intervención proceden de Estados Unidos, y se han realizado en contextos de investigación muy controlados. El CRA fue desarrollado inicialmente par el tratamiento del alcoholismo (Hunt y Azrin, 1973). El objetivo era el de mejorar la calidad de vida en diferentes áreas, y por tanto mejorar la calidad de aquellos reforzadores perdidos a lo largo de la historia de consumo de individuo. En su aplicación a los problemas de cocaína, se trata de una terapia ambulatoria intensiva, con una duración de 24 semanas, que sirve para tratar la adicción a la cocaína. Las metas del tratamiento son dobles: a) lograr abstinencia de la cocaína por suficiente tiempo para que los pacientes aprendan nuevas técnicas de vivir que les ayuden a mantener dicha abstinencia y, b) reducir el consumo del alcohol para los pacientes que asocian la bebida con el uso de la cocaína. Se discute el funcionamiento de este programa en nuestro país, su aplicabilidad y viabilidad en un contexto comunitario de tratamiento, en concreto en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (UCA). Se trata de un dispositivo ambulatorio dependiente del Departamento 10 de la Consellería de Sanitat de Valencia, y por tanto, perteneciente a la red asistencial sanitaria pública.

REFERENCIAS

Hunt, G. Azrin, A, (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research Therapy*, 11: 91-104.

Knapp W, Soares B, Farrel M, Lima M. (2007). Intervenciones psicosociales para los trastornos relacionados con el consumo de cocaína y anfetaminas psicoestimulantes En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

PNSD, (2007). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Historia del abordaje al alcoholismo y otras toxicomanías en España (1985-2005)

SANTO-DOMINGO, J.

Profesor Emérito de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma (Madrid)

Enviar correspondencia a:

Joaquín Santo-Domingo. Correo e.: jsantodomingoc@sepsiquiatria.org

Este trabajo constituye, junto con los trabajos de los Drs Miguel Ángel Torres y Francesc Freixa, la tercera parte y final de una secuencia que tiene el objetivo de describir el desarrollo y abordaje del alcoholismo y las otras toxicomanías en España y su abordaje, que se pone en relación esencial con la historia de Socidrogalcohol. La partes primera y segundas de esta secuencia, fueron presentadas en las reuniones de Socidrogalcohol de Cáceres (2006) y de Valencia (2007).

En este trabajo, partiendo de las circunstancias existentes en el contexto internacional y español de los años 85, se realiza una descripción de las variaciones acaecidas tanto en las circunstancias epidemiológicas del uso de las drogas y el alcohol, como de los conceptos científicos, las actividades institucionales y normas administrativas y legales sobrevenidas, así como las posibilidades terapéuticas y asistenciales existentes hasta 2005 aproximadamente. En esta descripción se tratan de centrar en el curso de la exposición cuestiones y personas que han tenido influencia en ese periodo de tiempo en diversos aspectos prácticos y teóricos.

Tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas del consumo del cannabis

SOLÉ PUIG, J.

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

Enviar correspondencia a:

J. Solé Puig. pdual@hsc-bmennibcn.org

Hay consenso en que los principales riesgos médicos en consumo de cannabis son ansiedad y trastornos psicóticos, que incluyen precipitación y exacerbación de esquizofrenia. Se considera, en general, que en presencia de vulnerabilidad personal o familiar hay riesgo de que se precipiten o exacerben síntomas afectivos y psicóticos por uso de cánnabis.

El tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas del cánnabis debe realizarse mediante farmacoterapia y psicoterapia. Hasta ahora no se dispone de ningún tratamiento empíricamente validado. Se considera que el tratamiento psicosocial ha de incluir consejo y psicoeducación de apoyo. En caso necesario debe ofrecerse psicoterapia con elementos cognitivos, conductuales, motivacionales e interpersonales.

La distinción, desde hace tiempo consolidada, entre trastornos inducidos y trastornos por abuso / consumo perjudicial y dependencia / adicción-, corresponde a que en la práctica clínica existen dos objetivos terapéuticos: el tratamiento de trastornos inducidos, por ejemplo la intoxicación, la ansiedad y la psicosis inducidas por el consumo de cánnabis, y el tratamiento de los trastornos por uso propiamente dichos, el abuso y la dependencia. El tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas por cánnabis se halla especialmente indicado en pacientes con diagnóstico dual, en los que al mismo tiempo coexiste el abuso/dependencia de cannabis y trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de la personalidad.

En el tratamiento de episodios ansiosos por cánnabis se sigue considerando válida la propuesta clásica de Colin Smith en los '50: administrar una pequeña dosis de tranquilizante vía oral y simultáneamente seguir el método de la charla (*talk down*) relajada con el paciente, sin otro propósito que calmarle la angustia. Con el cánnabis no hay que ser terapéuticamente intervencionista de primera intención, pues los trastornos que induce tienden a autolimitarse. De primera intención no suelen emplearse antidepresivos, pero pueden ser útiles por su efecto ansiolítico en tratamiento de mantenimiento. Se recomienda prescribir de primera intención inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina -fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina, escitalopram- o de la serotonina y la noradrenalina, como venlafaxina y duloxetina.

En presencia de alucinaciones, delirio o comportamiento desorganizado deben prescribirse antipsicóticos. De primera intención hay que optar por los de segunda generación: olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona, amisulprida o aripiprazol. Los estudios que van apareciendo al compás de la respectiva salida al mercado avalan la eficacia de los neurolépticos de segunda generación en trastornos psicóticos inducidos por sustancias. Los criterios de indicación y dosificación son comunes a los de la psicofarmacología clínica. Pueden emplearse también haloperidol y benzodicepinas, y en cambio es preferible evitar las fenotiazinas por riesgo de crisis anticolinérgica.

El tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas y neuropsicológicas relacionadas con el uso de cánnabis debe incluir psicoeducación a fin de que el paciente adquiera o recupere la percepción de riesgo mediante información veraz, es decir, la emanada de la literatura científica.

Consumo de sustancias estimulantes y drogas de abuso en el deporte

STRANO ROSSI,S.

Laboratorio Antidoping Federazione Medico Sportiva Italiana. L.go G. Onesti 1, 00197 Roma

Enviar correspondencia a:

Sabina Strano Rossi. Correo e.: sabina.stranorossi@gmail.com

La elevada incidencia de consumo de sustancias de abuso en el deporte puede ser un indicador útil de la difusión del fenómeno en la población juvenil. Muchas drogas han sido incluidas en la lista de sustancias prohibidas de la WADA (World Antidoping Agency): entre los estimulantes están prohibidas las anfetaminas y los compuestos anfetaminosimiles, la cocaína, la efedrina, sustancias con potencial de abuso tales como los anorexizantes y potentes estimulantes centrales como el modafinil, carfedón, metilfenidato; y entre los narcóticos la heroína y metabolitos, la metadona, fentanilo y derivados, la mayor parte de los opiáceos morfino-similes, y también incluido el grupo de los cannabinoides. Tales sustancias están prohibidas solo en competición, porque desarrollan sus actividad solo si consumidas en proximidad de la prueba atlética.

Todas estas sustancias son investigadas de rutina sobre muestras analizadas junto a otras clásicas sustancias prohibidas como los agentes anabolizantes, las hormonas peptídicas, los beta-2 agonistas, los diuréticos y los glucocorticosteroides. La lista se revisa anualmente para incluir nuevas sustancias.

Este estudio muestra los datos obtenidos en los controles efectuados de rutina en el laboratorio antidoping de Roma durante el periodo 2003-2007. Los análisis se efectuaron sobre un total de 40500 muestras, con la metodología desarrollada por el laboratorio para la determinación de todas las sustancias incluidas en la *Prohibited List*.

El tanto por ciento de positivos encontrados en el periodo 2003-2007 en el laboratorio de Roma varía entre el 1,1 y el 2% con una elevada incidencia de uso de sustancias estimulantes y drogas de abuso. La sustancia mas frecuentemente encontrada es el metabolito del cannabis, representando el 20% respecto a las otras sustancias y de un 0,2-0,4% del total de las muestras analizadas. También se detecta frecuentemente la presencia de cocaína, con una incidencia de positividad alrededor de un 10% y del 0,1% respecto al total. Los casos positivos a efedrina han descendido e los últimos años, así mientras en el año 2003 eran cercanos al 20% en el 2007 no llegan a suponer ni un 3% de los casos, y menor incidencia se observa aún en el uso de anorexizantes (concretamente solo se encontraron dos casos de fendimetrazina y uno de norfenfluramina) y ningún caso de anfetaminas o compuestos anfetaminosimiles. Se detectaron dos casos positivos a carfedon, uno de ellos relativo a un atleta del este durante las Olimpiadas invernales de Turin de 2006. No se ha detectado ningún caso de narcóticos salvo dos casos positivos a morfina, pero que era debida a procesos metabólicos de la codeína.

Estos datos pueden ser un indicador útil de la elevada incidencia del uso de cannabinoides, ya predecible, y también de cocaína por la población juvenil italiana, considerando una infraestimación del fenómeno ya que, por una parte, estos datos se refieren solo a controles efectuados durante competición y por otra, a la propia población estudiada, atletas los cuales están sometidos a controles de costumbres salud y forma física, cosa que no ocurre con jóvenes de la misma edad que no practican deporte de competición.

La reflexión que se debe hacer es que estas sustancias, especialmente el cannabis, aunque no sean consumidas para mejorar la forma física, sino por una costumbre personal, son de todas maneras incluidas en la lista de las sustancias prohibidas y su uso no está justificado por dos motivos fundamentales: la tutela de la salud de los atletas y la necesidad de que la imagen de deportista, que son a menudo ídolos para los jóvenes sea un ejemplo positivo.

Mortalidad por reacción aguda a drogas. 15 años de seguimiento

TABERNEO DUQUE,MJ.*; LÓPEZ DE ABAJO,B.;CARRERA,I.***.**

*Universidad de Santiago de Compostela. (Investigadora)

** IMELGA Santiago. (Médico Forense, Director del Imelga)

***Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Enviar correspondencia a:

María Jesús Taberneo. Instituto de Medicina Legal. Facultad de Medicina. C/ San Francisco s/n. 15782 Santiago de Compostela. Correo e.:chusiml@usc.es

La monitorización de la mortalidad por reacción aguda a drogas de abuso es, indudablemente, uno de los parámetros más fiables para valorar la severidad de los problemas ocasionados por el consumo de drogas en cualquier área geográfica. Es un importante indicador indirecto para conocer el alcance del consumo y su distribución social y territorial. En Galicia fue implantado en 1992 y sus resultados se reflejan en un informe bianual del Observatorio de Galicia sobre Drogas. Con los datos obtenidos se intenta profundizar en el conocimiento de las características de estas muertes: circunstancias en que se produjeron, intervención de otros factores además del consumo de drogas ilegales, presencia de adulterantes tóxicos, pureza de las sustancias consumidas, etc. A diferencia de lo que ocurre en el resto del Estado, donde el indicador registra únicamente las muertes producidas en determinados partidos judiciales (que representan aproximadamente el 48.5% de la población española), en Galicia cubre la totalidad de su territorio. Otra diferencia radica en el hecho de que en Galicia se exige la confirmación toxicológica, mediante análisis, para la notificación de los casos).

En la Comunidad Autónoma Gallega la epidemiología de las muertes por RADA ha sufrido importantes variaciones en los últimos años debido a los cambios en los hábitos de consumo de drogas que han tenido lugar. Así, la tendencia en el consumo de Heroína es claramente descendente, mientras que hay un aumento tanto en el consumo de Cocaína como en los problemas que ésta conlleva. Se aprecia también un aumento de la presencia de Metadona, aunque el número de muertes en que sólo se encuentra Metadona sigue siendo escaso. Es importante, en cambio, la asociación de Metadona y Benzodiazepinas como causa principal de la muerte. Hay también un cambio en el tipo de Benzodiazepinas más consumido (de Flunitracepam (Rohipnol®) a una mayor frecuencia actualmente de Alprazolam (Trankimazin®)). Hay que destacar también el aumento del fenómeno del policonsumo, lo que complica cada vez más la atribución a una droga concreta en estas muertes. En la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias drogas, predominando la Cocaína. Del conjunto de fallecidos en los últimos 15 años, la mayoría fueron hombres (más del 85%). Su edad media aumentó de 27,5 años en 1994 a 37 en 2005. En cuanto a las vías de administración desciende el uso de la vía parenteral (que pasó de 82% en 1994 a 30,1 % en 2005), predominando actualmente la vía inhalatoria. Es importante señalar también el descenso de la seropositividad (73% en 1994 y 35% en 2005).

Evaluación de la Comorbilidad en drogodependencias: la entrevista PRISM

TORRENS, M; DÍAZ, L.

Instituto de Atención Psiquiátrica, Salud Mental y Toxicomanías (IAPS), IMIM-Hospital del Mar, Universidad Autónoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Marta Torrens. Institut d'Atenció Psiquiàtrica, Salut Mental i Toxicomanies (IAPS). Hospital del Mar. Passeig Marítim, 25-29. 08003-Barcelona.
Correo e.: Mtorrens@imas.imim.es

En los últimos años ha aumentado considerablemente la preocupación por la detección y el tratamiento de patología psiquiátrica concomitante en pacientes con abuso/dependencia de drogas, también denominada patología dual. Estos pacientes con comorbilidad psiquiátrica constituyen un grupo de riesgo elevado tanto desde el punto de vista sanitario (mayor gravedad clínica, con más ingresos y reingresos hospitalarios, frecuentación de los servicios de urgencias generales, suicidios, y riesgo de infecciones como VIH, VHC y tuberculosis), como social (más conductas antisociales, violencia y marginalidad), si no se diagnostican y tratan de forma correcta y conjunta las dos patologías (Torrens et al, 2006).

Sin embargo, uno de los principales problemas que presentan estos pacientes es la dificultad para evaluar y establecer el diagnóstico psiquiátrico que permita diseñar un plan terapéutico adecuado que contemple las dos patologías. La identificación fiable y válida de otro trastorno psiquiátrico concomitante en los sujetos con drogodependencias ha mejorado sustancialmente con la utilización de los criterios DSM-IV y la utilización de la entrevista diagnóstica "Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders" (PRISM), especialmente diseñada para ello (Hasin et al, 2001, 2006). La disponibilidad de la versión española de la entrevista PRISM (Torrens et al, 2004) permite realizar estudios de comorbilidad en distintas poblaciones de sujetos consumidores de drogas y avanzar en el conocimiento de las características de la patología dual en nuestro país. En esta ponencia se describe la versión española de la entrevista PRISM y sus principales características psicométricas.

REFERENCIAS

Hasin D, Trautman K, Miele G, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM). New York: New York State Psychiatric.

Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matseoane K, Waxman R. Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:689-96.

Torrens M, Serrano D, Astals M, Perez-Dominguez G, Martin-Santos R. Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1231-7.

Torrens M, Martín-Santos R, Samet S. Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotoxicity Research Neurotox Res*. 2006;10: 253-261.

Historia de soci drog alcoh ol. Período de 1985-2008

TORRES HERNÁNDEZ, M. A.

Ex-presidente de Soci drog alcoh ol.

Este período se estableció como inicio, por un momento histórico en las políticas de drogodependencias, fue la creación del Plan Nacional sobre Drogas, en las que la preocupación social, por el problema de las drogas ilegales, especialmente la heroína. Todo ello requirió una serie de reuniones de consenso con diversos profesionales, representantes de organizaciones entre ellas Soci drog alcoh ol, etc., que dio lugar a una serie de medidas y coordinación de esfuerzos especialmente dedicados a los problemas de drogas ilegales.

Soci drog alcoh ol, empezó en esos años a organizar una estructura más administrativa y de proximidad a los socios, con una serie de actividades y trabajos hacia los socios y montando una serie de responsabilidades.

Las Jornadas de esos años, fueron las que se desarrollaron en Palma de Mallorca, Cáceres, Zaragoza, Valladolid. En dichas Jornadas hubo un relevo en la presidencia de la Junta, y que supuso un nuevo planteamiento en cuanto al esfuerzo de aproximación a coordinar los esfuerzos con el Plan Nacional sobre Drogas, Cruz Roja, fundación CREFAT, Comunidades Autónomas y los Planes Regionales de Drogas, las diferentes comisiones organizadas para la prevención, asistencia, coordinación de actividades y estudios, contribuyendo con nuestros profesionales en dichos grupos, foros, etc. Empezando con una mayor representatividad de lo que ha supuesto a lo largo de la historia de Soci drog alcoh ol, de la riqueza de sus profesionales. Y de las ideas que se habían ido fraguando a lo largo de los años, con Jornadas, estudios, acuerdos, etc.

En 1989, tras las Jornadas Nacionales de Soci drog alcoh ol, celebradas en Valencia, se llegó al acuerdo por parte de la Junta Directiva, el crear la Revista propia de Soci drog alcoh ol, previas otras conversaciones con otro medio que ya estaba publicándose y que prefirió navegar solo. Por lo que Soci drog alcoh ol decidió con el esfuerzo titánico de su director, el publicar nuestra revista, que actualmente sigue funcionando y con un mayor nivel y su máximo nivel técnico-científico, es decir el haber sido incluida en multitud de índices, ente ellos, el último Medline.

Se han incrementado las publicaciones, los instrumentos científicos, la creación de la Escuela de otoño, que este año realizará su 8ª edición, además de toda una serie de instrumentos de tipo científico de gran utilidad, así como seminarios con apoyo tanto de Plan Nacional, como de otras instituciones. Que han sido punto de referencia para muchos científicos.

A posteriori de todo ello, se empezó a estructurar, quizás más, la estructura funcional y administrativa que desde una modesta oficina anexa a la presidencia, se pasó a tener una infraestructura administrativa con mayor poder y penetración y penetración a los socios.

Posteriormente vinieron las Jornadas de Valencia, Barcelona, Bilbao, y una sucesión de más Jornadas, sin solución de continuidad, y que cada vez suponían un incremento de socios, de apoyos, etc. Es decir la Sociedad empezó a plantear que frente a las drogas, el alcohol había que ofrecer todo una serie de instrumentos científicos cumpliendo con la obligación que nos mandan los estatutos. En 1996, hubo una nueva elección de Presidente, que duró también 8 años, y que en el momento actual, con el Dr. Bobes como Presidente, cada vez se augura un futuro mejor para nuestra Sociedad, implicada al máximo en la mejora de los aspectos de salud relacionados con las drogas.

También se está recuperando, poco a poco toda la bibliografía que se ha ido publicando en medios relacionados con Soci drog alcoh ol.

¿Dónde debemos tratar a los fumadores que quieren dejar de fumar?

VILLALBÍ, J.R.

Agencia de Salut Pública de Barcelona

Enviar correspondencia a:

Joan R Villalbí, Agència de Salut Pública de Barcelona, Pl Lesseps 1, 08023 Barcelona. jrvillal@aspb.cat

Con la emergencia de tratamientos farmacológicos hay un renovado interés por el tratamiento especializado del tabaquismo. Aunque los centros de atención a las adicciones fueron pioneros en este campo, en los últimos años han emergido unidades especializadas en los hospitales de agudos y otros centros (vinculados a los servicios de neumología, de medicina preventiva, u otras especialidades). Por otra parte, la generalización del consejo mínimo en la atención primaria ha llevado también al desarrollo de opciones de intervención para fumadores en la red de asistencia primaria, como los grupos de terapia donde la enfermería asume un nuevo papel. Finalmente, la disponibilidad del tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN) como fármaco de venta libre y susceptible de publicidad ha llevado a la emergencia de intervenciones desde las farmacias con una orientación más comunitaria. Con todo, la mayoría de los fumadores que dejan de fumar lo siguen haciendo por su cuenta y sin tratamiento formal. Por otra parte, siendo fumadora un 25% de la población mayor de 15 años, sería ilusorio pensar en proveer desde las instituciones sanitarias de tratamiento universal intensivo de estas dimensiones. En esta ponencia se discuten estos hechos, revisando las opciones existentes y sus consecuencias. Se aboga por una visión equilibrada que lleve a suscitar más abandonos, y proporcione apoyo profesional a quienes lo necesitan más.

RESÚMENES COMUNICACIONES Y POSTERS

El uso de pequeños incentivos para aumentar la participación y reducir el abandono en un programa de prevención familiar del consumo de drogas

AL-HALABI, S.*; ERRASTI, J.M.; MORIS, J.***; CARBALLO, J.L.*; FERNÁNDEZ, J.R.**; SECADES, R.**; GARCÍA,**

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

**Profesor Titular del Departamento de Psicología. Grupo de Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo.

*** Investigador. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Málaga.

Enviar correspondencia a:

Susana Al-Halabi. Facultad de Psicología. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. Asturias. Correo e.: alsusana@uniovi.es

INTRODUCCIÓN

La baja tasa de participación es un problema al que se enfrentan los programas de prevención familiar del consumo de drogas. La provisión de incentivos se ha utilizado para aumentar la captación y la retención de la población objetivo de tales intervenciones. En España este tipo de estrategia para modificar comportamientos relacionados con la salud no es habitual. Objetivo: Estudiar el uso de pequeños incentivos económicos como estrategia para aumentar la asistencia y reducir el abandono en un programa de prevención familiar aplicado en el contexto escolar. Muestra: 211 familias procedentes de tres I.E.S. públicos de Asturias situados en tres localidades diferentes. Se trabajó con los cursos de 1º de ESO (12-13 años), por comprender alumnos con un rango de edad recomendado para la aplicación del programa utilizado en este estudio. Programa: El programa aplicado fue "Familias que Funcionan", adaptación del "Strengthening Families Program 10-14", uno de los programas mejor valorados del mundo en varias revisiones Cochrane. Consta de 7 Sesiones Principales y 4 Sesiones de Mantenimiento. Diseño de los incentivos: Se seleccionó aleatoriamente el I.E.S. 3 para la condición experimental de recepción de incentivos. El incentivo consistió en un vale de 10 € para gastar en un conocido centro comercial situado en la población. Tales incentivos se entregaban tras finalizar cada una de las 7 sesiones principales del programa. Durante las sesiones de mantenimiento, aplicadas 2 meses después, estos incentivos no se entregaron. Resultados y Discusión: los pequeños Incentivos son útiles para aumentar tanto las tasas de Asistencia generales a un Programa de Prevención Familiar como la frecuencia de Asistencia de aquellas familias que, de hecho, ya participan. El uso de pequeños Incentivos económicos también redujo el Abandono de la intervención (asistencia inferior a 5 sesiones principales). Uno de los aspectos más interesantes de los resultados encontrados en este estudio es que la presencia de los Incentivos tuvo un efecto significativo sobre la Asistencia a las Sesiones de Mantenimiento a pesar de que no se entregaron durante las citadas sesiones, lo cual permite suponer que su efecto se mantiene más allá de su mera presencia. En España no es habitual utilizar este tipo de estrategia como parte de la rutina de la aplicación de los programas de prevención familiar. Sin embargo, en otros países –como Estados Unidos– sí se lleva a cabo este tipo de acciones de forma sistematizada, logrando así tasas de participación más halagüeñas. Parece, por lo tanto, que sería conveniente introducir este tipo de práctica en España para empezar a solventar uno de los principales problemas que sufre la prevención familiar del consumo de drogas.

El centro escolar y los factores de riesgo familiar en la asistencia a los programas de prevención familiar del consumo de drogas

AL-HALABI, S.*; ERRASTI, J.M.; MORÍS, J.***; CARBALLO, J.L.*; FERNÁNDEZ, J.R.**;
SECADES, R.**; GARCÍA**

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

**Profesor Titular del Departamento de Psicología. Grupo de Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo.

*** Investigador. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Málaga

Enviar correspondencia a:

Susana Al-Halabi. Facultad de Psicología. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. Asturias. Correo e.: alsusana@uniovi.es

INTRODUCCIÓN

Varios estudios señalan que ciertos aspectos de los centros escolares pueden influir en la decisión de los padres de participar en intervenciones preventivas relacionadas con la salud de sus hijos. Objetivo: 1. Estudiar la relación entre la valoración parental de las convocatorias remitidas desde el centro escolar y los factores de riesgo familiar más citados en la literatura, –conflicto familiar, estilo educativo parental, actitudes parentales hacia el consumo de drogas, lazos entre padres e hijos, comunicación familiar y consumo de drogas de los adolescentes–. 2. Estudiar la existencia de diferencias en la asistencia y abandono de los padres de un programa de prevención familiar del consumo de drogas en función de su valoración de las convocatorias remitidas desde el centro escolar. Muestra: Se contó con 339 familias de alumnos de 1º y 2º de ESO procedentes de 3 Institutos de Educación Secundaria de Asturias. Resultados y Discusión: Respecto del estudio de la relación entre las convocatorias del centro escolar y los factores de riesgo familiar cabe destacar que los padres con mayor formación académica tienen mejores prácticas parentales y, por lo tanto, menores factores de riesgo para el consumo de drogas de sus hijos. Así mismo, la presencia de menos factores de riesgo correlaciona con los ítems relacionados con la asistencia a las convocatorias del centro escolar y el interés de tales convocatorias, lo que indica que los chicos menos consumidores son aquéllos cuyos padres están más involucrados en su educación escolar. Además, coincide que la falta de familiaridad con la escuela es uno de los factores implicados en la baja participación de los padres en estos programas que se realizan en el contexto escolar. Respecto del efecto de las convocatorias sobre la asistencia y abandono del programa, encontramos que los padres que acudieron a varias sesiones han tenido experiencias previas y satisfactorias con algún tipo de intervenciones preventivas y reciben con gran interés las convocatorias provenientes del centro escolar. Parece coherente que sean este tipo de padres los que acuden al programa de prevención ya que las experiencias beneficiosas en otro tipo de actividades preventivas y el interés en las actividades del centro escolar parecen aspectos motivantes para participar en el programa. Es necesario ensayar distintas estrategias que motiven a las familias con factores de riesgo a participar en estas intervenciones.

¿Está asociado el consumo de alcohol, tabaco y cannabis al de medicamentos en estudiantes universitarios?

ÁLVAREZ-GIL, R.*; CAAMAÑO, F.; CREGO, A.***; PARADA, M.***; MOTA-MIRANDA, N.***; CORRAL, M.****; RODRÍGUEZ-HOLGUÍN, S.****; FERNÁNDEZ-EIRE, M.C.*****; CADAVEIRA, F.******

* Residente Medicina Preventiva, Servicio de Medicina preventiva y salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Santiago

** Profesor universitario, Área de Salud Pública, USC CIBERESP

*** Becario de investigación, Área de Psicobiología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela (USC).

**** Profesora universitaria, Área de Psicobiología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, USC.

***** Psicóloga Clínica, Unidad de tratamiento del alcoholismo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a:

Alberto Crego Barreiro Facultad de Psicología. Campus Sur s/n, 15782, Santiago de Compostela Tel. 981 563 100, ext. 13915 Fax. 981 527 081

INTRODUCCIÓN

Estudios realizados en otros entornos han encontrado asociación entre el consumo de medicamentos y el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes universitarios. Además, variables sociodemográficas como el sexo, la edad o lugar de residencia del estudiante se han encontrado asociadas también al consumo de fármacos. En España, hasta la fecha, son escasos los estudios que hayan abordado la asociación entre consumo de drogas y de medicamentos en el entorno universitario. El objetivo de este estudio es valorar la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis y el consumo de fármacos en estudiantes universitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo un análisis transversal (n=2700) dentro del marco de un estudio de cohortes diseñado para evaluar las consecuencias neuropsicológicas y psicofisiológicas del consumo intensivo de alcohol en jóvenes universitarios. El consumo de alcohol se midió con el AUDIT. Se preguntó también por el consumo de tabaco y cannabis. Mediante un cuestionario autocumplimentado por el alumno en el aula se valoró el consumo de medicamentos por grupos de indicaciones. Se utilizó regresión logística para modelizar las variables asociadas al consumo de medicamentos tanto prescritos como no prescritos.

RESULTADOS

La participación de los alumnos presentes en clase fue del 99%. La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol se situó en el 37.1% (IC95%: 34.5-39.7), la de tabaco en el 30.1% (IC95%: 27.6-32.6), mientras que la de cannabis fue del 20.8% (IC95%: 18.6-23.0). La prevalencia del consumo de medicamentos en los últimos 15 días fue del 60.9% (IC95%: 58.3-63.5). En relación al consumo de fármacos, el modelo multivariante muestra que ser mujer (OR=2.1), vivir fuera de la vivienda familiar, ser fumador, y consumir cannabis (OR=1.4), son factores de riesgo. En relación al consumo de medicamentos sin prescripción médica, el modelo multivariante muestra que las mujeres (OR=2.4), vivir fuera del hogar familiar (OR=1.4), y el consumo de cannabis (OR=1.7), son también factores de riesgo.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran un elevado consumo de alcohol, tabaco y cannabis, aunque similares a los de la población general. En cuanto al consumo de fármacos las prevalencias observadas son superiores a las encontradas en población general de igual edad. El consumo de medicamentos muestra una significativa asociación con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis; y presenta mayores prevalencias en mujeres y estudiantes que viven fuera del hogar familiar. Sería a este grupo al que debieran ir dirigidos los esfuerzos de una prevención selectiva, en cuanto a grupos de riesgo. Así mismo, los datos sugieren que esta prevención debiera ser global, en cuanto al consumo de sustancias.

Patología dual y su relación con consumo de sustancias adictivas

ANTELO LORENZO, M.A.*; MEJÍAS VERDÚ, D.; LUCAS MARTÍNEZ, G.***; CAMACHO MOROTE, M.D.******

* Psicólogo

** Psiquiatra y coordinador del centro

*** Enfermero

**** Administrativo

Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza.

Enviar correspondencia a:

M^º Angeles Antelo Lorenzo. Centro de Salud Mental y Drogodependencias Avenida de Italia s/n. Cieza. Murcia. Correo e.: mangelos.antelo@carm.es

INTRODUCCIÓN

El trabajo que describimos es nuestra experiencia con 50 pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza.

Nuestro Centro, dependiente del Servicio Murciano de Salud, abarca la población de varios municipios y pedanías, Cieza, Abarán y Blanca, alcanzando un volumen total superior a los 55.000 habitantes.

OBJETIVOS

El primer objetivo de este trabajo realizado a lo largo del año 2007, ha sido el estudio de la Patología dual presentada por estos pacientes: la relación entre Trastornos de personalidad y TUS (alcohol, cocaína, opiáceos, cannabis, drogas de síntesis, etc.).

El segundo objetivo fue conocer el índice de siniestralidad laboral, teniendo en cuenta que algunos de los sujetos de la muestra consumen dichas sustancias durante su jornada de trabajo.

MÉTODO

La muestra está formada por 50 pacientes que siguen tratamiento Psiquiátrico y Psicológico en la actualidad, y que han sido elegidos al azar entre la población atendida en el centro. El rango de edad oscila entre los 18 y los 45 años y la mayoría del grupo trabaja en el sector de la construcción y en la agricultura.

INSTRUMENTOS

A todos ellos se les han aplicado las siguientes pruebas:

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III: (T. Millon, 1997).

Instrumento de detección: CAGE. Cribado de la dependencia de alcohol. (Swing y Rouse, 1970).

E.I.D.A.: Escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (Rubio G. et al.1998).

Evaluación de la abstinencia. (SAA). (Soler P. A., Insa P. y cols. 1981).

CIWA-ar. Escala del Instituto Clínico para la valoración del Síndrome de abstinencia alcohólica. (Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale). (Sullivan J. T., Sykora K. et als. 1989).

Escala de Impulsividad de Barrat (E.S. Barrat, 1995).

RESULTADOS

Con respecto al primer objetivo, los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que el 76% de la muestra, presenta Patología dual: Trastornos de personalidad, y TUS (alcohol, cocaína, opiáceos, cannabis y drogas de síntesis como cristal, éxtasis) etc. En cuanto al segundo objetivo la siniestralidad laboral de los pacientes

estudiados, demuestra que la mayoría han sufrido accidentes en su trabajo, (cortes, caídas, fracturas menores o esguinces), que podrían estar en relación con el consumo de sustancias.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestra investigación apoyan la hipótesis de la que partíamos, la relación entre la Patología dual y TUS, así como la posible relación entre dicho consumo y el grado de siniestralidad laboral.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos queda patente la clara relación entre la Patología dual y el TUS.

Nos parece importante señalar, el riesgo que implica el consumo de sustancias durante la jornada laboral y la repercusión que este hecho puede tener sobre la siniestralidad laboral, vía de investigación que estamos realizando en la actualidad.

El malestar en la familia. Drogas y conflictos

ARAUJO GALLEGO, M.*; LAMAS DOPICO, M. J.; GARCÍA RODRÍGUEZ, J. M.***; LÓPEZ INSUA, S.**; ARCE GONZÁLEZ, A.******

* Psicólogo clínico Asociación de Ayuda a Familias de Drogodependientes, ADAFAD

** Psicóloga.

*** Trabajadora Social.

**** Psicoanalista, Psicóloga clínica.

Enviar correspondencia:
adafad@adafad.org

INTRODUCCIÓN

Desde los textos científicos más clásicos se reconoce la importancia de la familia; constituye la primera realidad que el ser humano habita y es, de este modo, la primera transmisora de significados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado el Sistema de Evaluación de Programas SEP©, propio de la entidad, que sigue los criterios y los estándares del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, OEDT, y cuenta con instrumentos específicos para la evaluación de proceso. A lo largo del año 2007 se ha prestado atención psicosocial por primera vez ha supuesto una atención directa a 73 personas, que corresponde a 54 familias.

RESULTADOS

La edad media de las personas atendidas es de 46,16 años, acudiendo mayoritariamente mujeres (75,34%).

El estado civil predominante es casado/a (69,86%), seguido de soltero/a (8,22%), viudo/a (6,85%), divorciado/a y como pareja de hecho (ambos con 5,48%), y finalmente separado/a (4,11%).

Conviven principalmente con hijos/as y con la pareja, suponiendo un 6,85% las personas que viven solas.

Residen principalmente en el ayuntamiento de A Coruña (49,32%), seguido de Oleiros (20,55%), Culleredo y Cambre (ambos con 5,48%). Son inmigrantes el 9,59% y emigrantes retornados el 8,22%.

Solicitan atención principalmente por los hijos/as (78,08%) y por la pareja (15,07%); la edad media de la persona por la que acuden es de 22,34 años.

Los motivos principales de demanda de atención son: problemas relacionados con sustancias (75,34%) y problemas de convivencia (15,07%). El motivo secundario primero y segundo de la demanda es por problemas de convivencia

La atención a las familias se realiza de forma individual (53,42%) y familiar (46,58%).

La demanda de atención la realizan por primera vez en esta entidad o consultaron a otro profesional por este motivo (87,68%).

DISCUSIÓN

Mayoritariamente las personas que demandan atención psicosocial para su familia están casadas, si bien cerca de la cuarta parte tienen un estado civil que les describe como familias monoparentales. Es de destacar una presencia importante del fenómeno migratorio: cerca de una quinta parte. Aunque la demanda principal de atención ha sido por problemas relacionados con drogas, los problemas de convivencia suponen el segundo motivo más importante y constituyen el más numeroso de los motivos secundarios.

La diferencia en las medias de edad de las personas que acuden y de las personas por las que éstas demandan atención supone algo más del doble, siendo los hijos/as el familiar principal por el que consultan.

Desde los textos científicos más clásicos se reconoce la importancia de la familia; constituye la primera realidad que el ser humano habita y es, de este modo, la primera transmisora de significados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado el Sistema de Evaluación de Programas SEP©, propio de la entidad, que sigue los criterios y los estándares del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, OEDT, y cuenta con instrumentos específicos para la evaluación de proceso. A lo largo del año 2007 se ha prestado atención psicosocial por primera vez ha supuesto una atención directa a 73 personas, que corresponde a 54 familias.

RESULTADOS

La edad media de las personas atendidas es de 46,16 años, acudiendo mayoritariamente mujeres (75,34%).

El estado civil predominante es casado/a (69,86%), seguido de soltero/a (8,22%), viudo/a (6,85%), divorciado/a y como pareja de hecho (ambos con 5,48%), y finalmente separado/a (4,11%).

Conviven principalmente con hijos/as y con la pareja, suponiendo un 6,85% las personas que viven solas.

Residen principalmente en el ayuntamiento de A Coruña (49,32%), seguido de Oleiros (20,55%), Culleredo y Cambre (ambos con 5,48%). Son inmigrantes el 9,59% y emigrantes retornados el 8,22%.

Solicitan atención principalmente por los hijos/as (78,08%) y por la pareja (15,07%); la edad media de la persona por la que acuden es de 22,34 años.

Los motivos principales de demanda de atención son: problemas relacionados con sustancias (75,34%) y problemas de convivencia (15,07%). El motivo secundario primero y segundo de la demanda es por problemas de convivencia.

La atención a las familias se realiza de forma individual (53,42%) y familiar (46,58%).

La demanda de atención la realizan por primera vez en esta entidad o consultaron a otro profesional por este motivo (87,68%).

DISCUSIÓN

Mayoritariamente las personas que demandan atención psicosocial para su familia están casadas, si bien cerca de la cuarta parte tienen un estado civil que les describe como familias monoparentales. Es de destacar una presencia importante del fenómeno migratorio: cerca de una quinta parte. Aunque la demanda principal de atención ha sido por problemas relacionados con drogas, los problemas de convivencia suponen el segundo motivo más importante y constituyen el más numeroso de los motivos secundarios. La diferencia en las medias de edad de las personas que acuden y de las personas por las que éstas demandan atención supone algo más del doble, siendo los hijos/as el familiar principal por el que consultan.

Trastornos de personalidad en pacientes ingresados en una unidad de desintoxicación hospitalaria: Perfil sociodemográfico e influencia sobre tratamiento y pronóstico

BAJO LEMA, J.*; SERRANO CARTÓN, M.M.; SEGADE RODRÍGUEZ, S.**; SERRANO CARTÓN, M.C.**;
GONZÁLEZ SANTOS, M.**; MIGUEL ARIAS, D.****

*PIR

**MIR

***FEA del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Marítimo de Oza.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Dentro de los trastornos psiquiátricos asociados a la drogodependencia, uno de los más prevalentes es el trastorno de personalidad. El consumo de sustancias en pacientes con estos trastornos suele aparejarse a deterioros notables en muchos aspectos de la vida.

Además, la presencia de esta comorbilidad en pacientes en desintoxicación está asociado a dificultades terapéuticas, así como a peor evolución y pronóstico.

Queremos analizar en qué características difiere el perfil del paciente con trastorno de personalidad frente al resto de drogodependientes que no presentan esta comorbilidad ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), así como su influencia en el tratamiento y pronóstico.

METODOLOGÍA

Se consideran todos los pacientes (n=497) ingresados en una UDH desde su puesta en funcionamiento (sep-97) hasta la actualidad (ene-08). La información es recogida mediante cuestionario que incluye datos socio-demográficos, toxicológicos, clínicos y terapéuticos. El diagnóstico de trastorno de personalidad se realizó según criterios DSM-IV.

El análisis de los datos se ha realizado con paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

Los trastornos de personalidad presentan una prevalencia del 38% (n=189) entre los pacientes ingresados en la UDH. La edad media en el grupo con trastorno de personalidad (TP) es de 31,05, muy similar al de los pacientes sin esa comorbilidad (NoTP): 31,61. Trabajan un 29,4% de pacientes del grupo NoTP, frente al 12,2% del grupo TP.

El tiempo consumiendo es similar en ambos grupos (10,41 años en NoTP, 10,66 en TP), y la edad de inicio (20,49 años en NoTP, 19,51 en TP). No es así en patologías somáticas asociadas (VIH+, 23,8% en TP y 7,8% en NoTP; VHB, 45% y 27,1%; VHC, 69,3% y 59,5%, respectivamente). Tampoco en complicaciones legales (han sufrido detenciones el 79,9% de pacientes TP, el 63,4% de los NoTP; han estado en prisión el 52,9% del grupo TP, frente al 26,8% de los NoTP).

En cuanto al tratamiento, las benzodiacepinas se asocian en mayor medida al grupo NoTP (10,5% frente a 2,5%), mientras que los neurolépticos se utilizan de manera más acusada en el grupo TP (81,5% frente a 55,9%).

El alta es terapéutica en ambos grupos con frecuencia similar (84,0% en NoTP, 83,1% en TP) y con finalización de tratamiento (88,6% y 86,8%, respectivamente).

CONCLUSIONES

Los trastornos de personalidad presentan una prevalencia elevada en pacientes drogodependientes. El grupo con trastorno de personalidad presenta mayor deterioro en el perfil sociodemográfico, con mayor patología somática asociada, peor situación laboral y más complicaciones legales.

El diagnóstico de trastorno de personalidad no parece influir de forma significativa en los resultados del tratamiento en la UDH, aunque sí en el tratamiento psicofarmacológico asociado.

¿Iniciamos un nuevo viaje?

BALDELLOU BITRIA, A.; RODRÍGUEZ-PASTRANA PARAREDA, C.

Hemos realizado esta metáfora porque la población de internos de la prisión Wad-Ras donde se realizó el trabajo es de gran utilidad y un elemento más de motivación para los sujetos a quienes va dirigido.

Después de nuestra experiencia en la Prisión de Wad- Ras, cada día es más difícil que se “enganche” en un tratamiento , por ello y una vez realizado la Entrevista Motivacional, trabajo que ya presento en la ponencia, creemos oportuno, para que sea más aclaratorio y fácil de recordar, hacer un símil con un “ coche”.

El coche = persona; el motor = cerebro ; el habitáculo mecánico = personalidad; las ruedas del coche = habilidades personales, recursos, hobbies, preocupaciones etc.; las marchas 1-2.3-4- los distintos estadios de motivación, por los que va pasando; el freno de mano = el control que el sujeto tiene.; el G.P.S. = terapeuta ; la gasolina = la motivación positiva para mantenerse abstinente.; el gasoil = la motivación negativa que le conduce hacia el consumo.; la carretera = el camino que va haciendo para dirigirse o bien hacia el consumo, o la abstinencia, dependiendo del sentido ; el paisaje = todo lo que le rodea como persona que vive en sociedad, y por ello tiene una familia, un trabajo, unos amigos, vecinos, etc ; la climatología = problemas inesperados que pueden surgir fuera de su control, una muerte, enfermedad, despido.

El coche se dirige hacia el poblado de la droga con una motivación negativa (gasoil). El G.P.S intentará mediante la Entrevista Motivacional que el coche en la misma dirección pero en sentido contrario se dirija hacia el poblado de la abstinencia.

Para conocer mejor la mecánica del coche tendrá que pasar la I.T.V (anamnesis) y de esta manera será más fácil ayudarle al cambio de giro que tiene que dar pero sin olvidarnos que solo orientaremos.

La adicción es una enfermedad que al principio no se ve solución porque no se cree estar enfermo y piensa que puede controlar sin ningún tipo de tratamiento.

El G.P.S estará ayudándolo en todas sus etapas desde el reconocimiento de la misma hasta el paso a la acción. No olvidemos que al igual que un coche, por más potente que parezca y por más protección de parachoques que tenga, delante de una causa externa o interna se queda averiado, en el toxicómano como persona que es y por muy motivado que esté en un momento dado, delante de la enfermedad de la droga, puede recaer y el terapeuta tendrá que ser capaz de conseguir que se vuelva a poner en acción.

Estudio de TDAH en pacientes con dependencia a opiáceos

BARBADILLO, L.*; ZAPIRAIN, E.*

*Psiquiatra POI Bitarte: Salud Mental Extrahospitalaria Guipuzkoa

INTRODUCCIÓN

En la últimas dos décadas se ha ampliado el concepto de TDAH, dejándose de ver exclusivamente como una patología ligada a la infancia y viéndose como un trastorno de duración indefinida. Aunque es una cifra discutida, algunos autores sitúan la prevalencia del TDAH en adultos entorno al 4%, lo controvertido de esta cifra puede deberse a la dificultad para realizar el diagnóstico de TDAH, ya que no es infrecuente que este trastorno presente comorbilidad psicopatológica como ansiedad, depresión y fundamentalmente abuso de sustancias. Dada esta mayor frecuencia de abuso de tóxicos de estos pacientes se plantea este estudio.

OBJETIVOS

Determinar la existencia o no de antecedentes en la infancia de TDAH en pacientes con dependencia a opiáceos. Determinar la frecuencia con la que aparece sintomatología de TDAH en el adulto en pacientes con dependencia a opiáceos.

MÉTODO

Se estudiaron todos los pacientes que iniciaron durante el mes de Enero de 2008 el Programa de Objetivos Intermedios Bitarte, con diagnóstico de Dependencia a Opiáceos. Se realizó un documento "ad hoc" con variables sociodemográficas y clínicas incluyendo: Antecedentes en la infancia de déficit de atención e hiperactividad/impulsividad, historia toxicológica y comorbilidad psiquiátrica. Se empleó la versión española de la Conners Adult ADHD Rating Scale para evaluar clínica de TDAH.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 16 pacientes, mayoritariamente varones, solteros que vivían con su familia de origen y desempleados. Con una historia de larga evolución de consumo de tóxicos fundamentalmente opiáceos y cocaína con una media de 17,13 y 12,69 años de consumo respectivamente. Únicamente un 18,8% presentaba patología dual aunque la mitad de los pacientes tenían tratamiento psicofarmacológico.

Respecto a los consumidores de cocaína, lo más frecuente era que tomaran la sustancia al menos una vez al mes, con una media de 3,56 consumos mensuales. Sólo se encontró un paciente que utilizaba la cocaína como relajante, en el resto, el efecto era activador. Lo que se encontró al evaluar retrospectivamente los criterios de TDAH en la infancia es que un 50% si cumplían criterios de déficit de atención, pero al analizar los criterios de hiperactividad/impulsividad el porcentaje de positivos era más bajo (31,3%).

Las puntuaciones en la escala Conners fueron bajas tanto en la subescala de déficit de atención con una media de 3,69 puntos y en la subescala de hiperactividad/impulsividad 2,88 puntos. Cumpliendo solamente un paciente criterios para diagnóstico de TDAH (16%).

CONCLUSIONES

No podemos afirmar que la mayoría de los pacientes con dependencia a opiáceos han presentado en la infancia criterios diagnósticos de TDAH, aunque si en un porcentaje considerable, han podido tener síntomas de déficit de atención.

Pacientes con dependencia a opiáceos pueden presentar sintomatología de TDAH en la edad adulta en un porcentaje considerable aunque estos cumplen en un número muy bajo criterios diagnósticos para este trastorno.

TDAH en el adulto y consumos de cocaína

BARBADILLO, L.*; ZAPIRAIN, E.*

*Psiquiatra POI Bitarte: Salud Mental Extrahospitalaria Guipúzcoa

Enviar correspondencia a:

Laura Barbadillo Izquierdo. POI Bitarte Av de Navarra 4. Donostia. laura.barbadilloizquierdo@osakidetza.net

INTRODUCCIÓN

En numerosos estudios se ha observado la elevada frecuencia con la que pacientes que padecen Trastorno por Uso de Sustancias, cumplen criterios de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia. Este Trastorno, puede dar lugar en la edad adulta a ciertas conductas y/o síntomas como: estilo de vida caótico, inatención, inquietud, labilidad, dificultad de concentración... que se suelen confundir con otras patologías psiquiátricas. En algún caso estos pacientes utilizan como automedicación sustancias activadoras como cocaína, cafeína y nicotina.

OBJETIVOS

- Determinar la frecuencia con la que pacientes consumidores de cocaína, presentan clínica compatible con TDAH del adulto.
- Determinar si existe correlación entre efectos de la cocaína y clínica de TDAH.

MÉTODO

Estudio de corte o transversal donde se han incluido todos aquellos pacientes que se encuentran dentro del POI Bitarte en tratamiento sustitutivo con metadona y abstinentes a opiáceos, pero que han realizando consumos de cocaína en el mes previo al estudio (un mínimo de dos consumos).

Se realizó un documento "ad hoc" con variables clínicas y sociodemográficas que se recogieron de la historia clínica y en entrevista con el paciente. Se valoró la clínica de TDAH mediante la versión española de la Conners Adult ADHD Rating Scale. Y se objetivó el consumo de sustancias mediante analítica de orina.

Se hizo un análisis descriptivo y univariante de las variables.

RESULTADOS

Únicamente 10 pacientes consumían cocaína estando abstinentes a opiáceos; mayoritariamente varones, solteros que vivían con sus familias de origen y con igual porcentaje estaban parados o trabajando (40%).

Respecto a los consumos de cocaína la media fue de 7,6 consumos mensuales, aunque el patrón más repetido era de al menos un consumo a la semana y el efecto producido era en un 80% activador y 20% relajante.

Al estudiar la clínica de TDAH se observó que las puntuaciones en la escala Conners eran bajas, tanto la puntuación total media (7,4 puntos) como en las subescalas de déficit de atención (2,90 puntos) e hiperactividad (4,5 puntos). Solamente dos pacientes cumplían criterios de hiperactividad.

En el análisis univariante se encontró correlación estadísticamente significativa entre tener mayor puntuación total ($p=0,002$) y en las subescalas de déficit de atención ($p=0,028$) e hiperactividad/impulsividad ($p=0,003$) con que el efecto de la cocaína fuese relajante. Así como, la mayor frecuencia de que se diese efecto relajante de la sustancia si el paciente cumplía criterios clínicos de hiperactividad. ($p=0,022$)

CONCLUSIONES

Son una minoría de pacientes que consumen cocaína los que presentan síntomas de TDAH del adulto, cuando aparecen estos síntomas es más frecuente que sean de hiperactividad/impulsividad que de inatención.

Hay correlación entre la existencia de sintomatología de TDAH del adulto, fundamentalmente hiperactividad, y que el efecto que produzca la cocaína sea relajante.

Hacia un enfoque de género en CT

BASTÓN MARTÍNEZ, E.*; GÓMEZ GÓMEZ, S.**

* Comunidad Terapéutica Alborada, Educadora social

** Comunidad Terapéutica Alborada, Educadora Social

Enviar correspondencia a:

Eva Bastón Martínez, CT Alborada Piñeiro-Rias 10 36739 Tomiño Pontevedra, eva.baston.martinez@ceesg.org

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se pretende realizar una reflexión sobre la aplicación de la perspectiva de género en los tratamientos en CT teniendo como elementos de referencia las directrices de Naciones Unidas, de la Unión Europea, la política de igualdad promovida por el Gobierno de España, la de la comunidad autónoma de Galicia y trabajos anteriores sobre este tema: "Estudio de género dentro de los talleres de afectividad en la Comunidad Terapéutica Alborada" y "Relaciones afectivas vinculadas ó tratamiento en Comunidades Terapéuticas". El tratamiento en una comunidad mixta, históricamente, era considerado desde un enfoque masculinizado por ser hombres en su mayoría los integrantes de CT. Pero la necesidad de ofertar un servicio que mejorase la adherencia al tratamiento de las mujeres y sus expectativas de finalización del mismo hizo, hace algunos años, que nos planteásemos trabajar el objetivo de hacer visibles a las mujeres en CT. Para lograrlo se prestó especial atención a la necesidad de tener siempre presente: individualización/personalización del tratamiento, servicios e infraestructuras adaptadas a las necesidades de mujeres (la de hombres se daba como punto de partida), creación de grupos sólo de mujeres, formación de los profesionales en perspectiva de género y áreas específicas,...

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos utilizado la información referida a las personas que realizaron o están realizando tratamiento en CT desde marzo de 2006 hasta febrero de 2008. Estudiamos, por tanto, una población de 200 sujetos: 170 hombres y 30 mujeres. Se ha realizado un tratamiento estadístico de los datos que acompañan los distintos puntos de este trabajo..

RESULTADOS

La edad media de los integrantes de esta muestra de estudio es muy similar en ambos sexos: 35.43 en mujeres y 32.91 en hombres. El 15% de la población que ha usado, en este periodo de tiempo, el recurso han sido mujeres. La ratio ha sido: 3 mujeres por cada 20 hombres.

Si nos referimos a la media de hijos/as: 1.03 hijo/a por mujer frente a 0.35 hija/o por hombre. Las mujeres que realizaron o realizan tratamiento en CT casi triplica la media de hijas/os de los hombres. Los reingresos en ambos sexos: 23.33% mujeres y 22.35% hombres. Por lo que no percibimos desigualdad en la demanda del recurso. Resulta difícil valorar los reingresos femeninos por el escaso número y la gran variabilidad de sus integrantes.

DISCUSIÓN

Existen, según nuestra experiencia, varios puntos que nos permiten reflexionar sobre las políticas de igualdad aplicadas en el ámbito de una comunidad terapéutica mixta:

- Es necesario evaluar si la adherencia al tratamiento de las mujeres mejora aplicando políticas de igualdad.
- Se precisa formación de los profesionales y planificación y evaluación de programas de igualdad para trabajar desde una perspectiva de género en CT.
- Por último, será imprescindible la planificación e intervención en función de las necesidades de las Mujeres.

Implantación y seguimiento de un programa para dejar de fumar en medio universitario

BECOÑA IGLESIAS, E.*; FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, E.*; PIÑEIRO NEIRO, B.*; LÓPEZ DURÁN, A.*

* Unidad de Tabaquismo. Dpto. de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela. Unidad de Tabaquismo. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología
Campus Universitario Sur. 15782. Santiago de Compostela. E-mail: pcelisar@usc.

En las últimas décadas numerosos estudios han confirmado las consecuencias negativas sobre la salud que tiene el consumo de tabaco, lo que está concienciando a la sociedad de la necesidad de abandonar dicho consumo. Además, desde Enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo que prohíbe el consumo de tabaco en los lugares de trabajo y lo limita en los locales de hostelería. Todos estos cambios han conllevado un incremento del interés por dejar de fumar. Desde la Universidad de Santiago de Compostela se ha pretendido facilitar este proceso a todas las personas que forman parte de la comunidad universitaria. Desde Enero de 2006 hasta la actualidad, la Universidad de Santiago de Compostela ha puesto en marcha una campaña para abandonar el consumo de tabaco denominada "Deixa o fume fóra" que engloba un amplio número de actividades. Dentro de éstas, se sitúa la asistencia a los fumadores desde la Unidad de Tabaquismo del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Es un programa de tratamiento psicológico conductual dirigido a los alumnos, personal docente y personal de administración de esta Universidad que se lleva a cabo en los campus de Santiago y Lugo. El procedimiento que se sigue con los alumnos es el siguiente: solicitan información, se realiza la evaluación, se acuerda una fecha y hora de inicio y se realiza el tratamiento de forma individual o grupal. En el caso del personal de la universidad, realizan ellos mismos la demanda o son derivados desde el servicio médico de empresa de la propia universidad.

Hasta el momento actual, y tras dos años de funcionamiento, el interés que ha suscitado el programa y su funcionamiento ha resultado muy positivo, habiendo participado en el mismo en los años 2006 y 2007 un total de 259 personas fumadoras que solicitaron información, 188 fueron evaluadas y 167 tratadas. Se presentan las características de los fumadores y resultados obtenidos con el tratamiento y seguimientos.

AGRADECIMIENTOS

Estudio financiado por la Universidad de Santiago de Compostela (Vicerreorado de Calidade e Planificación)

Psicopatología en las madres y consumo de drogas en los hijos

**BECOÑA IGLESIAS, E.*; LÓPEZ DURÁN, A.*; MÍGUEZ VARELA, M.C.*; LORENZO PONTEVEDRA, M.C.*;
FERNÁNDEZ DEL**

*Dpto. de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas está relacionado con la existencia de desestructuración en el ámbito familiar. La presencia de psicopatología en los progenitores es uno de los elementos clave para la existencia de esos problemas en la familia. El objetivo del presente estudio es determinar en una muestra representativa de la población general, si hay relación entre la presencia de psicopatología en las madres y el consumo de sustancias psicoactivas en los hijos.

MÉTODO

La muestra está formada por 594 sujetos, 297 madres de 32 a 66 años y 297 hijos de 14 a 25 años. Fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado proporcional, en la comarca del Salnés (Pontevedra). Se analizó la existencia de problemas psicopatológicos en la madre alguna vez en la vida, y el consumo de drogas (tabaco, alcohol, cannabis y cocaína) en los hijos, alguna vez en la vida.

RESULTADOS

La existencia de psicopatología en la madre (ansiedad, depresión, esquizofrenia, trastorno de personalidad, hiperactividad, anorexia, bulimia u obesidad, alcoholismo, dependencia de la cocaína, dependencia de la heroína, problemas con el juego o problemas sexuales) alguna vez en la vida, está relacionada con la presencia de consumos de cocaína y cannabis en los hijos. No encontramos relación entre la presencia de psicopatología en las madres y el consumo de alcohol (en concreto copas) y tabaco en los hijos.

DISCUSIÓN

El consumo de alcohol y tabaco sigue estando normalizado entre los jóvenes, por lo que independientemente del clima familiar estos consumos se producen. Por el contrario, sí que se ha encontrado una relación significativa entre el consumo de cocaína y cannabis entre los jóvenes y la existencia de psicopatología en las madres. Una posible explicación es que dicha asociación se produzca por el clima familiar que esto genera o por el estilo educativo que estas madres, que han tenido/tienen algún tipo de psicopatología, mantienen con sus hijos.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se ha realizado mediante una ayuda para proyectos de investigación concedida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Relación entre el consumo de drogas en madres y el consumo de drogas en sus hijos

**BECOÑA IGLESIAS, E.*; LÓPEZ DURÁN, A.*; MÍGUEZ VARELA, M.C.*; LORENZO PONTEVEDRA, M.C.*;
FERNÁNDEZ DEL**

*Dpto. de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur.
15782. Santiago de Compostela. E-mail: pcelisar@usc.

INTRODUCCIÓN

La existencia de consumos de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar, se viene considerando desde hace años como un factor de riesgo para el consumo de estas sustancias en los más jóvenes. El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre el consumo – no consumo de sustancias psicoactivas por parte de las madres, y el consumo – no consumo de sustancias psicoactivas de los hijos.

MÉTODO

La muestra está formada por 594 sujetos, 297 madres de 32 a 66 años y 297 hijos de 14 a 25 años. Fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado proporcional, en la comarca del Salnés (Pontevedra). Se analizó la existencia de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína, LSD o éxtasis alguna vez en la vida en la madre, y el consumo de tabaco, alcohol (copas), cannabis y cocaína en los hijos, alguna vez en la vida.

RESULTADOS

Hemos encontrado una relación significativa entre el consumo de cannabis alguna vez en la vida en las madres, y el consumo de alcohol (concretamente de copas) en los hijos. En el caso del consumo de tabaco y alcohol en los hijos y consumo de tabaco de la madre alguna vez en la vida, también hemos encontrado una relación significativa pero en la dirección inversa a la esperada: es más probable que fumen y beban alcohol los hijos cuyas madres nunca han fumado.

DISCUSIÓN

Una posible explicación de los resultados obtenidos es por la edad de las madres evaluadas y por el lugar de residencia. A mayor edad de las madres, mayor probabilidad de no haber consumido nunca tabaco y mayor edad de los hijos, y por lo tanto mayor probabilidad de que hayan consumido en alguna ocasión tabaco y alcohol. En el caso del lugar de residencia, la zona en donde se realizó el estudio abarca áreas rurales en donde el consumo de tabaco en las mujeres de más edad es poco frecuente. En el caso del consumo de cannabis por parte de las madres, sí que se confirma que está relacionado con una mayor probabilidad de consumo de copas en los hijos.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se ha realizado mediante una ayuda para proyectos de investigación concedida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Exploración de la adicción a internet y a móvil en jóvenes universitarios

BERANUY, M.*; SÁNCHEZ-CARBONELL, X.*; CHAMARRO, A.**

* Facultat de Psicologia Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon LLull.

** Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación abren nuevos estilos de relación y nuevos interrogantes que acompañan su uso. En este sentido, varios autores defienden la existencia de las adicciones conductuales, entre las cuales se encuentran la adicción a Internet y al teléfono móvil, siendo uno de los grupos de riesgo más destacados los jóvenes universitarios y los adolescentes. Por tanto, este estudio pretende describir el uso de Internet y de móvil en la población universitaria para valorar si es adictivo.

MÉTODO

Instrumentos:

- Cuestionario sobre frecuencia de uso y aplicaciones de Internet y móvil
- Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) y con el móvil (CERM) Muestra: 398 estudiantes universitarios de Humanidades, Ciencias de la Salud y de la Comunicación. La media de edad fue 21,48 años; 75% mujeres.

Análisis de datos: análisis de fiabilidad, estadísticos descriptivos, comparaciones de medias y análisis de conglomerados.

RESULTADOS

Características generales

Internet: los estudiantes se conectaban mayoritariamente desde casa (86,6%) y los motivos de conexión se repartían entre académicos (44,2%) y lúdicos (51,2%). La mayoría de ellos se conectaba diariamente (75,9%) entre 1 y 3 horas (48%). Las aplicaciones más utilizadas eran búsqueda de información, correo electrónico, messenger y servicios peer to peer.

Móvil: los usuarios gastaban menos de 70 euros mensuales (82,2%) y las aplicaciones más usadas eran sms y llamadas; los hombres destacaban en uso de juegos.

Uso problemático

La fiabilidad interna fue buena para ambos cuestionarios (α Cronbach >0,8). La muestra de universitarios se dividió en tres grupos según el análisis de conglomerados: grupo uso frecuentemente problemático (FP), grupo uso ligeramente problemático (LP) y grupo uso no problemático (NP):

Internet: FP 6,28%; LP 26,63%; NP 67,09% Móvil: FP 3,77%; LP 27,89%; NP 68,34%

Características diferenciales

Conectarse a Internet por motivos de ocio; usar aplicaciones lúdicas, sociales y simultáneas; y conectarse más frecuentemente y más prolongadamente, producían más puntuación en el CERI. Los estudiantes de Ciencias de la Actividad Física y de la Comunicación tenían más probabilidad de resultar usuarios problemáticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El uso que hacen los estudiantes universitarios de Internet y de móvil coincide con el de otras muestras españolas. Al revisar los síntomas los dos usos problemáticos y compararlos con los resultados obtenidos, apuntamos que el uso problemático de Internet podría desembocar en adicción mientras que el del móvil no pasaría de considerarse un abuso. Futuras líneas de investigación deberían acercarnos a la descripción clínica de la adicción a Internet para diagnosticar e intervenir adecuadamente.

Perfil del usuario ingresado en una unidad de patología dual

BLANCO PRESAS, L.*; RÍOS PASALAMAR, I.; GÓMEZ PULLÉS, C.*****

*Psicóloga clínica. Unidad Patología Dual, Benito Menni CASM Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

**D.U.E. Unidad Patología Dual, Benito Menni CASM Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

***Psiquiatra. Unidad Patología Dual, Benito Menni CASM Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Enviar correspondencia a:

Laura Blanco. Benito Menni CASM. C/ Dr. Antoni Pujadas nº 38, Sant Boi de Llobregat (08830), Barcelona. E-mail: lblanco@hospitalbenitomenni.org

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un incremento en la prevalencia de la comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por uso de sustancias. La Unidad de Patología Dual ofrece un tratamiento integrado y específico para abordar conjuntamente el trastorno mental y el trastorno asociado al uso de sustancias. El objetivo del estudio es determinar el perfil del usuario con patología dual que ingresa en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se lleva a cabo un estudio analítico descriptivo de los usuarios ingresados en la Unidad de Patología Dual del CASM Benito Menni a lo largo del año 2006, obteniendo una muestra total de 200 usuarios pertenecientes a la comunidad autónoma de Cataluña. Se les realizó una entrevista estructurada recogiendo una serie de variables sociodemográficas, psiquiátricas, somáticas y relacionadas con el consumo. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 13.0, realizando un análisis descriptivo univariante de todos los datos. Como pruebas estadísticas se han utilizado medianas y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas.

RESULTADOS

La muestra está compuesta mayoritariamente por varones (el 67% frente al 33% de mujeres), con una edad media de 42 años. Con respecto a las variables psiquiátricas el 38'3% de los usuarios presentan un trastorno del estado de ánimo, el 17'3% un trastorno psicóticos, el 17'3% un trastornos inducido y el 14'8% corresponde a trastornos de la personalidad. En cuanto a las variables somáticas, el 47'3% presenta una alteración en el estado nutricional, el 19'2% padece alguna enfermedad infecciosa y de estas, la Hepatitis C está aparece en el 71'1% de las ocasiones. En relación al consumo de sustancias destacar que la edad media en la que se inicia el consumo de alcohol es de 17'62 años, con un consumo medio diario de 20 unidades de bebida estándar (UBE). El 65'6% presenta antecedentes familiares con abuso de alcohol. El 47'5% de los usuarios consume otra sustancia psicoactiva, sin tener en cuenta el tabaco. Las sustancias más frecuentes son el cannabis (26'2%), cocaína (25'6%) y benzodiacepinas (15'4%). Discusión: Como podemos observar en los resultados, existe una gran diversidad en el perfil del usuario que ingresa en la Unidad de Patología Dual, lo que requiere diseñar un programa de intervención específico a la patología dual que presenta cada usuario, atendiendo a la drogodependencia así como al trastorno comórbido.

Conductas de riesgo relacionadas con la vida recreativa nocturna y el consumo de alcohol y drogas

NICOLE BLAY*; MONTSE JUAN*; AMADOR CALAFAT* ; DANIEL ADROVER**

*Irefrea.

** Universitat Illes Balears.

Enviar correspondencia a:
Nicole Blay. irefrea@irefrea.org

Los accidentes de tráfico relacionados con la actividad recreativa debido al consumo de alcohol y otras drogas se ha convertido en un problema de salud pública importante.

OBJETIVOS

Explorar los hábitos de transporte durante la vida recreativa nocturna y las motivaciones que los sustentan, así como las conductas de riesgo en conducción y su relación con borracheras y consumo de drogas ilegales.

MÉTODO

Se entrevistaron en el 2006 a 1363 jóvenes (media de edad:21.75; DS: 4.27; entre: 14-45; 51.9% mujeres) usuarios habituales de contextos recreativas de 9 ciudades europeas, que fueron encuestados a través de un cuestionario anónimo. Este cuestionario exploró junto a otras conductas de riesgo (sexualidad de riesgo, violencia,...) cuestiones relacionadas con el transporte y las conductas de riesgo típicas en conducción, así como la frecuencia de borracheras y el consumo de drogas.

RESULTADOS

La forma de transporte más frecuente es el coche privado, sobre todo en los países del sur de Europa, entre los varones y entre las personas de más de 22 años. El uso de transporte público se asocia a una menor exposición a conductas de riesgo asociadas con el transporte, mientras que una relación positiva significativa se encontró entre el uso de drogas y borracheras y adoptar conductas de riesgo relacionadas con el transporte. En líneas generales los varones mostraban mayor consumo de drogas y borracheras, mayores conductas de riesgo en transporte y más accidentes. Pero en algunas conductas de riesgo como subirse en un coche a sabiendas de que el conductor está afectado por el alcohol o las drogas las mujeres muestran proporciones similares a los hombres. También es interesante ver como a veces las mujeres que se emborrachan con menos frecuencia en ocasiones pueden tener más accidentes que las que lo hacen con mayor frecuencia. Otro dato importante es que la frecuencia de borracheras no está relacionada con los accidentes, siendo la posible explicación que este sector de la población utiliza menos el coche.

CONCLUSIONES

Todos estos datos nos ratifican sobre un problema ya conocido, aunque hay aspectos que no se conocen bien o que los jóvenes no valoran suficientemente como puede ser la influencia de las drogas ilegales sobre la conducción –el alcohol es algo más conocido y aceptado-, y el peligro ligado a subirse a un vehículo en que el conductor está bajo la influencia de alcohol y otras drogas. Es importante también conocer la influencia sobre la salud pública que puede tener la adopción de una u otra forma de transporte. Todos estos datos deberían permitir abordar con base empírica las medidas preventivas que se quieran implementar.

Trabajo social con pacientes judiciales

BOBADILLA PÉREZ, V.*; BOBADILLA PÉREZ, M.; CERQUEIRO COSTA, X.***; GARCÍA RODRÍGUEZ, J.M.****;
GUIMARAENS BAULUZ, M.*******

*Educatriz Social Comunidad Terapéutica "Fonte de Ouro"

**Trabajadora Social U.A.D.

***Trabajadora Social U.A.D. y U.D.A

****Trabajadora Social U.A.D. Coordinadora de Trabajo Social.

*****Trabajadora Social de la Comunidad Terapéutica "Fonte de Ouro"

Enviar correspondencia a:

julia.garcia@asoc-aclad.es

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social con pacientes con problemática judicial se ha visto incrementado en estos últimos años por el número de usuarios que se beneficiaron de la libertad condicional (artículos 192-206 del reglamento penitenciario y 90-93 del código penal) y de suspensiones de la pena privativa de libertad, (artículos 80-89 del código penal). Tras un diagnóstico social previo, se programan intervenciones de seguimiento y valoración continua del individuo para favorecer la retención al tratamiento, mejorar sus relaciones familiares y con la comunidad, su cuidado personal, aumentar su autoestima, optimizar la utilización que se hace de los recursos sociales, favorecer la no reincidencia en conductas delictivas y dotarle de mayor número de habilidades sociales que favorezcan su inserción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han utilizado las historias clínicas y las fichas de admisión a tratamiento registradas en el GECEAS (Gestión de Centros Asistenciales) del 2007, además de una base de datos propia para la recogida de información judicial de Trabajo Social de ACLAD, estudiándose las características generales de las suspensiones de las penas privativas de libertad y de las libertades condicionales, así como una serie de variables descriptivas para obtener un perfil del usuario.

RESULTADOS

Se analizan 159 usuarios: 108 con suspensiones de la pena privativa de libertad y 51 liberados condicionales.

Sexo: mayoría varones, 91,71% Edad media: 31,81

Estado civil: mayoría solteros, 71,33% Nivel de estudios: primarios: 44,58%, graduado escolar: 42,67%, BUP: 10,82%, universitarios: 1,88%. Ingresos: 65% de los liberados condicionales reciben distintas prestaciones sociales y únicamente el 29% por actividad laboral. Suspensiones de condena, 31% prestaciones sociales y 52% por actividad laboral.

Modo de convivencia: familiar: liberados condicionales 86%; suspensiones el 75%.

Pareja no drogodependiente: 64,96%; pareja consumidora 15,92%.

Hijos: el 63,05% no tienen, el 26,11% un hijo y el 10,18% dos o más.

Droga principal: heroína 71,33%, cocaína 16,56%. Sustancia secundaria de consumo: cannabis 29,29%, seguida de cocaína 22,92% y alcohol 16,56%. Media de años consumiendo: 13.75. Edad de inicio: 18,22 años.

Programa de tratamiento: metadona 52%, 35% libre de drogas, 10% psicoestimulantes y 3% en UDA

Tiempo de duración de las suspensiones, 3 años (42%) seguidas de las de 5 años (32%). La mayoría cumplen una (89%). Frecuencia en informar al juzgado: en el 43% de los casos la frecuencia es mensual, en el 37% semestral, 19% trimestral y el 2% restante bimensual, debiendo informar urgentemente del abandono del tratamiento.

DISCUSIÓN

No se encuentran diferencias significativas excepto en la variable ingresos; los liberados condicionales cobran la mayoría subsidio por excarcelación. En cuanto al programa de tratamiento casi hay el mismo porcentaje de PMM que en Programas Libres de Drogas.

Los resultados en el cumplimiento son alentadores: Elevada adherencia al tratamiento; finalizaron la medida satisfactoriamente el 20% de los pacientes, obtuvieron alta terapéutica antes de espirar el tiempo de cumplimiento un 3% y únicamente al 5% se ha revocado (por incumplimiento del tratamiento, abandono o comisión de nuevo delito). El 72% de los casos restantes continúan cumpliendo la medida.

Abordaje del síndrome de abstinencia a benzodiazepinas

BOBES, J.*; CERVERA, G.; RUBIO, G.***; TERÁN, A.******

* Servicio de Psiquiatría. Área Sanitaria de Oviedo.

** Unidad de Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico de Valencia.

*** Servicio de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre de Madrid.

**** Centro Ambulatorio de Atención Drogodependientes CAD San Juan de Dios de Palencia.

Las benzodiazepinas son unos de los fármacos más consumidos a nivel mundial. Está demostrada su capacidad adictiva y la supresión súbita de su administración puede producir un síndrome de abstinencia con aparición de nuevos síntomas sin relación con la patología inicial. La frecuencia y gravedad de este síndrome se ha relacionado con diferentes factores: dosis altas, frecuencia de consumo elevado, tratamientos mantenidos en el tiempo, benzodiazepinas de semivida corta, supresión brusca o reducción rápida de dosis. Existen diferentes posibilidades de abordaje del síndrome de abstinencia que incluyen medidas farmacológicas, psicológicas e higiénico dietéticas.

OBJETIVOS

Estudiar evolución del consumo de benzodiazepinas a lo largo del proceso de desintoxicación, tolerabilidad de los tratamientos utilizados en la pauta de desintoxicación y síntomas más frecuentes del síndrome de abstinencia en pacientes en proceso de deshabituación de benzodiazepinas tratados según la práctica clínica habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional y no intervencionista en 480 pacientes. Se realizó evaluación basal al inicio del estudio y controles periódicos en las semanas 1, 2, 4, 8 y 12, valorando la tolerabilidad de los tratamientos en la pauta de desintoxicación y los síntomas de retirada de las benzodiazepinas de abuso en cada visita según cuestionario BWSQ.

RESULTADOS

67,6% de los pacientes tomaban benzodiazepinas por prescripción facultativa (sobre todo por ansiedad e insomnio) y 41,1% por autoconsumo. Estaban diagnosticados de adicción a benzodiazepinas con una media de 2,4 ($\pm 3,7$) años y habían sido tratados previamente con gabapentina, diazepam, clonazepam y topiramato. Las benzodiazepinas de abuso, que con mayor frecuencia tomaban fueron alprazolam, lorazepam, ácido clorazépico y diazepam. Para realizar la pauta de supresión del tratamiento con BZD se siguieron las recomendaciones del Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría reduciendo de forma lenta y gradual las benzodiazepinas. Para la desintoxicación de benzodiazepinas y tratar los síntomas relacionados con la abstinencia, los tratamientos farmacológicos administrados en un mayor porcentaje de pacientes durante el estudio fueron: pregabalina (86%), diazepam (6.6%) y mirtazapina (5%). El consumo de benzodiazepinas y las dosis medias fueron disminuyendo de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio. La tolerabilidad del tratamiento según el investigador fue entre buena en visita basal (2,1 ($\pm 0,6$)) y excelente-buena en semana 12 (1,8 ($\pm 0,7$)) y fue buena a lo largo del estudio, según opinión del paciente. La puntuación media obtenida en el BWSQ disminuyó pasando de 10,9 ($\pm 7,6$) en visita basal a 4,8 ($\pm 6,0$) en visita final.

CONCLUSIONES

El tratamiento más utilizado para el proceso de desintoxicación a BZD durante todo el estudio fue pregabalina. El porcentaje de pacientes que consumían BZD, las dosis medias de las mismas y los síntomas de retirada de benzodiazepinas, disminuyeron progresivamente durante el estudio. La tolerabilidad al tratamiento, se mantuvo entre buena y excelente-buena.

Evolución clínica del paciente incluido en un proceso de desintoxicación a benzodiazepinas según la práctica médica habitual

BOBES, J.*; CERVERA, G.; RUBIO, G.***; TERÁN, A.******

* Servicio de Psiquiatría. Área Sanitaria de Oviedo.

** Unidad de Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico de Valencia.

*** Servicio de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre de Madrid.

**** Centro ambulatorio de Atención Drogodependientes CAD San Juan de Dios de Palencia.

Las benzodiazepinas son uno de los fármacos más consumidos a nivel mundial y se han convertido en un problema de abuso o dependencia. La supresión súbita de la toma de benzodiazepinas puede producir un síndrome de abstinencia. La frecuencia y gravedad del mismo se relaciona con factores farmacológicos (dosis altas, frecuencia de consumo elevado, tratamientos mantenidos en el tiempo, benzodiazepinas de semivida corta, supresión brusca o reducción rápida de la dosis), clínicos (presencia de comorbilidad psiquiátrica, antecedentes de abuso-dependencia de alcohol y/u otras drogas, nivel basal de ansiedad) y psicológicos (relacionados con la expectativa del paciente a cerca del malestar o sufrimiento tanto en el proceso de abstinencia como en el periodo posterior sin benzodiazepinas).

OBJETIVOS

Establecer porcentaje de éxitos terapéuticos de los pacientes incluidos en un proceso de desintoxicación a benzodiazepinas; Valorar evolución de niveles de ansiedad, alteraciones del sueño y grado de funcionalidad-retorno a la actividad diaria del individuo; Determinar la Impresión clínica global de la enfermedad por parte del paciente y por el médico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, prospectivo y no intervencionista de 12 semanas en 480 pacientes. Se realizó evaluación basal y controles en semanas 1, 2, 4, 8 y 12.

RESULTADOS

67,6% pacientes tomaban benzodiazepinas por prescripción facultativa (sobre todo por ansiedad e insomnio) y 41,1% por autoconsumo. Las benzodiazepinas de abuso, que con mayor frecuencia tomaban antes del estudio fueron alprazolam, lorazepam, ácido clorazépico y diazepam. Para desintoxicación de benzodiazepinas y tratar los síntomas relacionados con la abstinencia, los tratamientos administrados en un mayor porcentaje de pacientes durante el estudio fueron: pregabalina (86%), diazepam (6.6%) y mirtazapina (5%). El consumo de benzodiazepinas y las dosis medias fueron disminuyendo de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio. Se consideró éxito terapéutico si los pacientes presentaban ausencia de benzodiazepinas en el análisis de orina, consiguiendo que el porcentaje de pacientes con éxito terapéutico pasara del 3,2% en la visita basal al 53,18% en la semana 12. Se observó una mejoría de la ansiedad a lo largo del estudio (Puntuación global media de 24,0 ($\pm 10,2$) en visita basal a 8,4 ($\pm 8,9$) en semana 12; de 14,0 ($\pm 5,2$) a 5,3 ($\pm 5,1$) en ansiedad psíquica y de 9,9 ($\pm 5,8$) a 3,1 ($\pm 4,3$) en ansiedad somática; $p < 0,0001$). También mejoró el índice global de problemas del sueño pasando de puntuación media de 55,6 ($\pm 19,3$) basal a 27,7 ($\pm 19,8$) en semana 12 y la subescala de problemas del sueño pasando de 54,5 ($\pm 19,8$) a 27,8 ($\pm 20,4$), $p < 0,0001$. El paciente aumentó su capacidad en el trabajo, vida social y/o familiar, disminuyó su estrés percibido e vio incrementado el apoyo social. Se observó una mejora de la enfermedad por parte del paciente y el investigador.

CONCLUSIONES

Se alcanzó éxito terapéutico en más de la mitad de los pacientes (53.18%) en proceso de desintoxicación a benzodiazepinas, observándose una mejoría de síntomas de ansiedad, de las alteraciones del sueño, y de su discapacidad laboral, social y familiar.

Centro de documentación e información sobre drogodependencias “Dr. Emilio Bogani Miquel”

BRAULIO SÁNCHEZ, L.*; BUENO CAÑIGRAL, F.J.; GISBERT TÍO, A.*****

* Pedagoga. Médico

** Jefe de Servicio de Drogodependencias

*** Documentalista

Enviar correspondencia a:

Laura Braulio Sánchez. Avda. Navarro Sangrán, 4 bajo. 46004 – Valencia. pmdsanidad@valencia.es

INTRODUCCIÓN

Fruto del Convenio de Colaboración suscrito entre la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, el Instituto de Historia de la Ciencia y la Documentación López Piñero de la Universidad de Valencia y la Generalitat Valenciana, en 2004 surge el Centro de Documentación e Información sobre Drogodependencias “Dr. Emilio Bogani Miquel” con la intención de acercar, tanto a los profesionales como al ciudadano en general, información y documentación sobre drogodependencias.

METODOLOGÍA

Para facilitar esta tarea, en ese mismo año se crea el espacio www.cendocbogani.org correspondiente al Centro de Documentación e Información con siete apartados:

- ¿Quiénes somos? Permite al usuario conocer los objetivos, condiciones de acceso, destinatarios, fondos, servicios, ubicación del Centro, etc.
- Bases de datos. Acceso a todas las bases de datos creadas con los fondos del propio Centro. Se constituye como una valiosa herramienta que acerca a los profesionales y ciudadanos los materiales necesarios para su trabajo diario:
 - Bibliografía científica, con publicaciones periódicas (vacías por artículos), monografías, informes y memorias de naturaleza científica.
 - Materiales preventivos, más de 500 documentos para desarrollar actuaciones de información y prevención de las drogodependencias.
 - Recursos Web relacionados con las drogodependencias.
 - Cartelería, colección gráfica de más de 200 carteles conservados en el Centro.
 - Trípticos, incluye más de 500 referencias sobre folletos o desplegados recogidos en el Centro de Documentación para la prevención de los trastornos adictivos y el SIDA.
- Publicaciones. Permite el acceso a los dos tipos de publicaciones:
 - “Papers Municipals”: Boletín de carácter divulgativo cuya finalidad es difundir los programas y ofrecer opiniones sobre diferentes temas de interés en drogodependencias.
 - Publicaciones del Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Valencia.
- Noticias. Se pueden localizar las noticias que han ido apareciendo en la página web del Centro de Documentación.
- Agenda. Listado de eventos relacionados con las drogodependencias de actualización diaria, permitiendo la búsqueda, a través del calendario, de los eventos a realizar en un determinado mes y la localización visual del mismo.
- Difusión selectiva. Servicio que permite el envío de las últimas novedades de la Base de Datos del Centro a los profesionales suscritos.
- Sugerencias. Permite a los usuarios una mayor interactividad con el Centro de Documentación a través de sugerencias, preguntas o cuestiones que puedan ser de su interés.

Nº de visitas a www.cendocbogani.org registradas durante el año 2007: 3.028.

Elevación de ácido glutámico: contribución en el estudio de la dependencia de alcohol

BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ, R.*; AIZPIRI DÍAZ, J.; MARCOS FRÍAS, J.F.***; ZABALA CAPETILLO, I.****; SEISDEDOS, Á.*******

*Doctor en Psicología Clínica y de la Personalidad.
** Neuropsiquiatra. Director del Servicio de Medicina Psico-orgánica
*** Psiquiatra
**** Psicóloga Clínica
*****Médico vv. Centro de Medicina Psico- orgánica, S.L. Bilbao

Enviar correspondencia a:

Ricardo Bravo de Medina Hernández. Ambulatorio Médico y Terapéutico. C/Licenciado Poza 14, 1º, 48011. Bilbao. rbravo@neuro-psiquiatria.com

INTRODUCCIÓN

Los nuevos avances en investigación y mas concretamente en la psiquiatría ortomolecular nos ofrece nuevas vías de conocimiento e interpretación de las enfermedades mentales y en este caso en la dependencia de alcohol. El objetivo de esta investigación es determinar la existencia de alteraciones significativas en la regulación de los aminoácidos en pacientes dependientes de alcohol por medio del estudio de los valores de los aminoácidos fisiológicos en sangre.

MATERIAL Y MÉTODO

Grupo experimental de pacientes dependientes de alcohol; (N=155), 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=92) los pacientes con diagnóstico clínico en eje I del DSM-IV-TR diferente de dependencia de sustancias.

Grupo control normativo, para este grupo se tomarán los valores medios de referencia. 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.

Material: Cromatografía líquida de alta resolución (HPLC). Entrevista en profundidad; Los datos han sido analizados mediante el SPSS v. 13.0.

RESULTADOS

De entre los resultados obtenidos cabe destacar principalmente la existencia de diferencias estadísticamente significativas para el aminoácido glutámico (F=7908; p< ,005)

DISCUSIÓN

El ácido glutámico es un aminoácido no esencial que aparece significativamente elevado en los pacientes dependientes de alcohol, al compararlo estadísticamente con los otros grupos de control. Este aminoácido es uno de los más activos metabólicamente. Valores elevados del ácido glutámico ocasiona deterioro de la vida neuronal, es señal de destrucción y sufrimiento neuronal sobre todo en el área frontal y temporal profundo, así como de daño cerebral irreversible.

La detección de elevación del ácido glutámico, gracias a la cromatografía líquida de alta resolución, se nos revela como un signo de deterioro neuronal asociado a la dependencia de alcohol.

PALABRAS CLAVE

Dependencia de alcohol, ácido glutámico.

Depleción del triptófano y elevación de ácido glutámico, signos patognomónicos del alcoholismo

BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ, R.*; AIZPIRI DÍAZ, J.; MARCOS FRÍAS, J.F.***; ZABALA CAPETILLO, I.****; SEISDEDOS, Á.*******

* Doctor en Psicología Clínica y de la Personalidad.

** Neuropsiquiatra. Director del Servicio de Medicina Psico-orgánica

*** Psiquiatra

**** Psicóloga Clínica

*****Médico vv. Centro de Medicina Psico- orgánica, S.L. Bilbao

Enviar correspondencia a:

Ricardo Bravo de Medina Hernández. Ambulatorio Médico y Terapéutico. C/Licenciado Poza 14, 1º, 48011. Bilbao. rbravo@neuro-psiQUIATRIA.com

INTRODUCCIÓN

Los más recientes avances en investigación psiquiátrica nos ofrecen nuevas vías de conocimiento e interpretación de las patologías cerebrales por medio del estudio de los valores de los aminoácidos fisiológicos en sangre o aminoacidograma, la técnica empleada es la cromatografía líquida de alta resolución. El objetivo de esta investigación es conocer si existen alteraciones significativas y propias del alcoholismo en la regulación de los aminoácidos cerebrales.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación utilizará 3 grupos de control, además del grupo experimental de pacientes dependientes de alcohol y un cuarto grupo que serán los valores promediados pertenecientes a la propia técnica de laboratorio.

- Grupo experimental; (N=92), pacientes con dependencia de alcohol que cumplen los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y con una puntuación > 10 en el MALT.
- Grupo control clínico 1; (N=79), pacientes con dependencia de alcohol y dependencia de cocaína que cumplan los criterios diagnósticos DSM-IV-TR.
- Grupo control clínico 2: (N=77) los pacientes con diagnóstico clínico en eje I del DSM-IV-TR diferente de dependencia de sustancias.
- Grupo control clínico 3: (N=30) pacientes con dependencia de cannabis que cumplen los criterios diagnósticos DSM-IV-TR.
- Grupo control normativo, se tomarán los valores medios de referencia.

Material: Cromatografía líquida de alta resolución (HPLC). Los datos son analizados mediante el SPSS v.13.0.

RESULTADOS

Se realiza un análisis de la varianza y la prueba post-hoc de Sheffe obteniendo una significación en el grupo de dependientes de alcohol para el aminoácido triptófano (X=42,23; DT=9534) frente al grupo control clínico 2 (X=46,51; DT=11,049), (F=4,280; p<,05) y frente al grupo de control clínico 3 (X=50,70; DT=9,220), (F=8,465; p<,001). Y para el glutámico (X=82,23; DT=100,826) frente al grupo de control 1 (X=54,05; DT=42,681), (F=28,181; p<,05) frente al grupo de control 2 (X=45,12; DT=23,992), (F=37,112; p<,005) y frente al grupo de control 3 (X=44,46; DT=17,334), (F=37,775; p<,05).

DISCUSIÓN

Los valores de los aminoácidos triptófano y glutámico sufren importantes variaciones en los pacientes dependientes de alcohol presentando el triptófano y el glutámico valores de referencia inferiores y superiores

respectivamente al rango medio de normalidad. Asimismo estas alteraciones son significativas estadísticamente y propias para el grupo de pacientes dependientes de alcohol

Estos son signos de patología cerebral asociada al alcoholismo.

PALABRAS CLAVE

Dependencia de alcohol, ácido glutámico, triptófano.

Trastornos de personalidad y dependencia de alcohol

BRAVO DE MEDINA HERNÁNDEZ, R.*; ECHEBURÚA ODRIÓZOLA, E.; AIZPURI DÍAZ, J.*****

*Doctor en Psicología Clínica y de la Personalidad

** Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad del País Vasco.

*** Neuropsiquiatra. Director del Servicio de Medicina Psico-orgánica. Centro de Medicina Psico-orgánica, S.L. Bilbao

Enviar correspondencia a:

Ricardo Bravo de Medina Hernández. Ambulatorio Médico y Terapéutico. C/Licenciado Poza 14, 1º, 48011. Bilbao. rbravo@neuro-psiQuiatria.com

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia y perfiles de trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol y compararlos con un grupo de pacientes psiquiátricos sin consumo de sustancias y con un grupo de población normal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utiliza para el estudio de los trastornos de personalidad el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (PT > 84). Se exige respuesta positiva y coincidente en ambos instrumentos para aceptar el diagnóstico.

La muestra está compuesta por 381 sujetos distribuidos en 3 grupos. Grupo experimental; pacientes con dependencia de alcohol (N=158) que cumplen con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR. Grupo clínico de control; pacientes (N=120) 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.

La muestra de estos grupos está apareada en edad, sexo, nivel socio-económico y estado civil.

Los datos fueron analizados mediante el SPSSv.13.0.

RESULTADOS

El 44,3% de los pacientes dependientes de alcohol presentan trastorno de personalidad, frente al 16,6% del grupo clínico de control, y el 6,8% del grupo normativo, lo que es estadísticamente significativo ($X^2 = 46.904$, $df = 2$; $p < 0.001$).

Los más frecuentes entre los dependientes de alcohol son el Compulsivo (12%) seguido del Antisocial (8,9%), Paranoide y Dependiente (7% cada uno), Narcisista (6,3%) y finalmente el Borderline y el Histriónico (5,1%).

Los trastornos de personalidad Antisocial ($X^2 = 10.790$, $df = 2$; $p < 0.01$), Borderline, ($X^2 = 6.884$, $df = 2$; $p < 0.05$), Histriónico ($X^2 = 7.099$, $df = 2$; $p < 0.05$) y Narcisista ($X^2 = 7.051$, $df = 2$; $p < 0.05$), están más asociados al grupo dependientes de alcohol que a cualquier otro grupo.

DISCUSIÓN

La firmeza del estudio se basa en la inclusión, por un lado, de dos grupos de control, uno clínico y otro normativo y por otro lado, por la suma de dos instrumentos específicos de evaluación (MCMI-II e IPDE) para el diagnóstico de los trastornos de personalidad.

La contribución principal consiste en mostrar que las tasas de comorbilidad en los pacientes dependientes de alcohol son muy elevadas, casi uno de cada dos pacientes con alcoholismo podría presentar trastornos de personalidad y además suponen casi tres veces más que las encontradas en el grupo clínico de control, lo que acarrea claras implicaciones y replanteamientos tanto teóricos como de tratamientos en el alcoholismo.

PALABRAS CLAVE

Dependencia de alcohol, trastornos de personalidad.

Estudo do consumo de drogas legais nos adolescentes na provincia de Pontevedra

BRAVO POMBO, M.A.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, A.; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, P.*; ISORNA FOLGAR, M.****; REYES CORA, F.*******

* EPI do SPAD Vilagarcía de Arousa
** EPI do Concello de Sanxenxo
*** EPI do Concello de Pontevedra
**** EPI Baixo Ulla-Sar
***** EPI do Concello da Estrada.

Enviar correspondencia a:

Alejandra Fernández Rodríguez. R/ Rafael Pico nº 4 Portonovo- 36970

OBXECTIVOS

Analizar os niveis de consumo de substancias psicoactivas e diversas variables asociadas o seu consumo nunha mostra de adolescentes que cursan estudos en centros educativos dun grupo de concellos da provincia de Pontevedra (A Estrada, Caldas de Reis, Cambados, Catoira, Illa de Arousa, Meis, O Grove, Pontecesures, Pontevedra, Portas, Ribadumia, Sansenxo, Tui, Valga e Vilagarcía de Arousa).

METODOLOXÍA

O estudo realizouse cunha mostra de 3.117 estudantes (curso 2005-06) entre 13 e 18 anos que cursaron 3º e 4º da ESO dos 15 Concellos. Na enquisa avalíanse as seguintes variables: o consumo de tabaco e alcohol en distintos períodos temporais, a existencia doutras persoas no seu contorno que consumen esas substancias e asemade, outras variables como: satisfacción, clima familiar, accesibilidade á substancia, información sobre os efectos das drogas, percepción do consumo de drogas e competencia.

RESULTADOS

Tabaco: O 47,7% algunha vez fumou tabaco; o 80,2% non fumou ningún cigarro no último mes, e o 59,3% non o fixo no último ano.

No consumo de tabaco non hai diferenzas en función do xénero pero sí en función da idade: a menor idade menor probabilidade de que fumaran tabaco no último mes.

Os que non fumaron teñen unha percepción máis negativa no consumo de tabaco e unha maior competencia na resolución de problemas.

Alcohol: Os homes beben alcohol con máis frecuencia que as mulleres, aínda que a porcentaxe de non consumo de alcohol é moi similar. Respecto a idade, a maior idade maior probabilidade de que consumiran alcohol no último mes.

Os que consumiron alcohol no último mes teñen unha actitude menos positiva cara o consumo de alcohol e unha maior competencia na resolución de problemas.

CONCLUSIÓNS

A importancia de realizar este tipo de estudos coordinadamente entre EPIS ten unha repercusión fundamental na planificación e deseño de futuras intervencións preventivas máis eficaces.

PALABRAS CLAVE

Prevención, adolescentes, drogas.

TRÍA: un programa de prevención selectiva

CANO PÉREZ, L.; CASTELLANO GÓMEZ, M.; LAGUARDA PORTER, A.; OLIVER CASTELLÓ, M.; PALOMAR LÓPEZ, R.; BELDA TORRENT, V.J.; VERDÚ ASENSI, F.; DELICADO TORRES, A.; TOMÁS DOLS, S.

Direcció General de Drogodependències. Agència Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Enviar correspondència:

Direcció General de Drogodependències. Agència Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Drogodependencias (Agencia Valenciana de Salud), en colaboración con la Delegación del Gobierno en la Comunidad Valenciana, inició en la provincia de Valencia un programa singular de prevención dirigido a jóvenes sancionados o advertidos por primera vez por consumo o tenencia de sustancias psicoactivas ilegales en lugares públicos. Dicho programa ofrece la posibilidad de sustituir la multa económica por la realización de un curso de información/formación-reflexión, específico para la sustancia objeto de la denuncia. La intervención se articula en base a una acción preventiva correspondiente a lo que, siguiendo una conceptualización actual, denominaríamos prevención selectiva, que es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo (Becoña, 2002).

OBJETIVOS

Se pretende actuar sobre los jóvenes que ya han tenido contacto con sustancias psicoactivas para ofrecerles los recursos necesarios que le permitan eliminar o disminuir su consumo.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta iniciativa va dirigida a jóvenes menores de 25 años, denunciados por primera vez y sin criterios clínicos de abuso o dependencia de sustancias a los que se les ofrece la posibilidad de participar en una acción formativa como alternativa al pago de la denuncia. Se trata de un curso, para el cual se han desarrollado materiales específicos, que ofrecen estrategias positivas de aprendizaje que pretenden ayudar al joven a tomar las decisiones y actuaciones necesarias para abandonar el consumo de sustancias. También se ofrece esta posibilidad a los menores de edad que son advertidos por el mismo hecho. En el caso de que se detecten mayores problemas derivados con el consumo se realiza una derivación, tanto del joven como de sus familiares, al centro preventivo o asistencial de referencia. A todos los jóvenes participantes se les pasa, previamente a la realización del curso, un cuestionario para profundizar en sus hábitos de consumo y que nos permita disponer de una línea base de comparación para el seguimiento de los mismos.

RESULTADOS

De todas las denuncias realizadas entre mayo de 2003 y diciembre de 2007, en la provincia de Valencia, 4.608 (4.160 entre 18 y 25 años y 448 menores de edad) cumplen los criterios para participar en el programa, de los cuales el 86,8% han confirmado su participación. Hasta la fecha 3.628 jóvenes han participado en alguno de los 288 cursos realizados. Las sustancias objeto de la denuncia, o advertencia en el caso de menores, ha sido el cannabis y sus derivados (78,4%) seguida de la cocaína (16,8%) y otros psicoestimulantes (anfetaminas y drogas de síntesis). Según refieren los propios jóvenes, en el 77,1% les han sido incautados menos de 5 gramos de la sustancia adictiva. Se analizan otras características sociodemográficas relacionadas con los jóvenes objeto del estudio tales como sexo, edad, estudios, situación laboral u otras relacionadas con zona de residencia. Se confirma que durante los más de cuatro años de desarrollo del programa ha habido una buena acogida para esta iniciativa, no sólo entre los jóvenes denunciados sino también entre sus padres, a la espera de resultados más concluyentes secundarios al seguimiento de los mismos.

PALABRAS CLAVE

Prevención selectiva, sustancias adictivas, jóvenes de riesgo, sanción administrativa.

Trastornos de personalidad: cocaína vs. heroína

CAROU, M.*; LUENGO, M.A.; ROMERO, E.*****

* Psicóloga Clínica, Coordinadora Unidad de Día. Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes (UMAD) Santiago de Compostela, Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, Sergas, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia

** Catedrática, Departamento Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad Psicología, Universidad Santiago de Compostela

*** Profesora Titular, Departamento Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad Psicología, Universidad Santiago de Compostela

Enviar correspondencia:
mcaroul@santiagodecompostela.org

INTRODUCCIÓN

Distintos estudios relacionan características y trastornos de personalidad con consumo de sustancias, señalándose implicaciones en resultados y abandono de tratamiento. El presente trabajo es parte de una investigación más amplia sobre personalidad realizada en una muestra de consumidores a tratamiento en una Unidad Asistencial de Drogodependencias.

OBJETIVO

Estudiar la prevalencia de Trastornos de Personalidad (TP) en sujetos dependientes a cocaína y en dependientes a heroína, y realizar un análisis diferencial entre los dos grupos de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio Transversal de pacientes a tratamiento en UAD. Se utiliza recogida de datos extraídos de base de datos GECEAS (Gestión de Centros Asistenciales), e IPDE para ICD-10, y paquete estadístico SPSS-11.5. Los criterios de inclusión en el estudio son: Sexo Varón y Edad mayor de 18 años. La Muestra está compuesta por un N total de 62 pacientes, siendo 33 sujetos dependientes a cocaína (53,22%) y 29 sujetos dependientes a heroína (46,77%). La edad media total es de 27,68 años (DT=5,78), con edades comprendidas entre 19 y 46 años.

RESULTADOS

- La muestra presenta las siguientes características: estado civil soltero, sin hijos, conviviendo con familia de origen, nivel de estudios de secundaria, y fuente de ingresos principal en los últimos 6 meses la actividad laboral. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la situación laboral: 65,6% grupo de cocaína trabaja, frente a 41,4% del grupo de heroína ($p \leq 0,05$)
- Variables de consumo: La droga co-principal en heroínómanos es la cocaína en un 55,17%, seguida de cannabis 17,24%, alcohol 13,79%, tabaco 10,34% y benzodiazepinas 3,4%, mientras en cocainómanos el alcohol en un 54,45%, cannabis en 27,27%, tabaco 15,15% y drogas de síntesis 3,03% ($p < 0,001$) -Los TP que más aparecen son el Ansioso (62,9%), Impulsivo (58,1%), Paranoide (54,8%), Disocial y Límite (53,2%), y Esquizoide (51,6%). En menor medida el Anancástico (40,3%), Histriónico y Dependiente (29%).

Entre los dos grupos de consumidores aparece:

- En cocainómanos el Paranoide (63,6%), Esquizoide (48,5%), Disocial (45,5%), Anancástico (39,4%), Ansioso (63,6%), Dependiente (33,3%), Impulsivo (63,6%), Límite (57,6%).
- En heroínómanos el Paranoide (44,8%), Esquizoide (55,2%), Disocial (62,1%), Anancástico (41,4%), Ansioso (62,1%), Dependiente (24,1%), Impulsivo (51,7%), Límite (48,3%).

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el TP Histriónico, que aparece en el 45,5% de cocainómanos, y tan sólo en 10,3% de heroínómanos ($p < 0,002$)

DISCUSIÓN

Se han publicado estudios y revisiones que reflejan la ocurrencia de trastorno por uso de sustancias y TP, con distintos métodos diagnósticos, muestras y resultados. En el presente estudio, el 95,2% presenta algún TP (97% en cocaína, y 93,1% en heroína). Destacamos que si bien el grupo de cocaína parece diferir del de heroína en el TP Disocial (mayor en heroína) y en el TP Paranoide (mayor en cocaína), sólo aparece el TP Histriónico con una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de pacientes, siendo mínimo en el grupo de heroína. No podemos dejar de atender a la presencia de cocaína como sustancia co-principal en la mayor parte del grupo de heroínómanos, y que podría estar reduciendo las diferencias entre los dos grupos.

Características diferenciales de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína y cocaína en Galicia

CARRERA, I.; FRAGA, J.; OSORIO, J.; PEDREIRA, V.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Consellería de Sanidade – Servicio Galego de Saúde.

Enviar correspondencia a:

Indalecio Carrera Machado. Edificio Administrativo San Lázaro. San Lázaro, S/N. 15703 Santiago de Compostela.
Teléfono: 881 541859/60/63. E-mail: indalecio.carrera.machado@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Como se ha mencionado en numerosas ocasiones, el problema de las drogodependencias es un fenómeno cambiante. Uno de estos cambios es el que se ha observado en Galicia en relación a la droga principal que motiva las admisiones a tratamiento. En 2003, la cocaína pasa a ser la droga que motiva la mayoría de las nuevas admisiones a tratamiento, ocupando el lugar que hasta ese momento tenía la heroína. Esto lleva consigo un importante cambio en las características de los pacientes atendidos. El objetivo de este póster es analizar en profundidad las características principales de los pacientes atendidos en la red del Plan de Galicia sobre Drogas, así como los tratamientos en que participaron a la luz de los últimos datos disponibles.

MATERIAL Y METODOS

Se utiliza el Sistema de Evaluación Asistencial (SEA), implantado el 1 de enero de 1994 para evaluar la eficacia y eficiencia de las distintas unidades y programas de tratamiento de la red asistencial.

Los instrumentos a través de los cuales se articula este sistema son: a) Ficha de Admisión a Tratamiento, basada en el concepto de historia clínica, que permite establecer la línea base poblacional y b) Ficha Mensual, donde se recogen las actividades realizadas con los pacientes en cada programa durante el tratamiento en el centro. Actualmente existen 22 centros notificadores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Las admisiones a tratamiento por dependencia de cocaína de pacientes que acuden por primera vez a un centro de drogas superan a la admisiones por dependencia de heroína a partir del año 2003.
2. Las principales características diferenciales del perfil de los pacientes de heroína con respecto a los de cocaína son: trabajan en menor medida, realizan mas actividades marginales, la media de anos de uso de la droga es mayor sufren mayor cantidad de infecciones (VIH, VHB e VHC), y tienen un mayor numero de detenciones e ingresos en prisión.
3. El motivo de salida de programa más frecuente en pacientes de heroína es la derivación a otro recurso asistencial (el 51,3 de las salidas del PTDO son por derivación) mientras que en los pacientes de cocaína es el abandono (el 55% de las salidas de PTDP son por abandono).
4. Con respecto a las intervenciones, se observa que los pacientes de cocaína necesitan aproximadamente la mitad de intervenciones de tipo médico que los pacientes de heroína, dato que esta relacionado con las altas tasas de infecciones que manifiestan estos últimos.

Evolución de costes de los tratamientos en la red asistencial de drogodependencias de Galicia: 1997-2006

CARRERA, I.*; PLAZA, M.; PUIG, M.*; FRAGA, J.*; OSORIO, J.*; PEDREIRA, V.***

*Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Consellería de Sanidade – Servicio Galego de Saúde.

**Unidade Asistencial de Drogodependencias A Coruña

Enviar correspondencia a:

Indalecio Carrera Machado. Edificio Administrativo San Lázaro. San Lázaro, S/N. 15703 Santiago de Compostela.

Teléfono: 881 541859/60/63. E-mail: indalecio.carrera.machado@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Entre los dilemas de la situación sanitaria actual, se encuentra la necesidad de aumento de la financiación sanitaria y la de ajuste en materia presupuestaria de la Administración Pública. Así, desde la óptica de racionalización y optimización de los recursos sanitarios, se hace necesario disponer de un sistema de monitorización del gasto que permita una mejora de la eficiencia de los recursos sanitarios.

En Galicia, se viene evaluando este aspecto de la asistencia al drogodependiente, mediante la aplicación de la metodología de gestión analítica de costes, siendo el objetivo del presente póster exponer los resultados obtenidos en los últimos diez años de evolución.

MATERIAL Y METODO

Para la estimación del gasto que comporta la atención sanitaria en la red asistencial del Plan de Galicia sobre Drogas (PGD), mediante del método de gestión analítica de costes, se utilizaron las siguientes fuentes de datos:

1. Modelos estándar de "Memorias económicas anuales" de centros asistenciales.
2. Sistema de Evaluación Asistencial: sistema de información que realiza una recogida sistemática de datos sobre la actividad asistencial desarrollada en las Unidades Asistencial de Drogodependencias de Galicia.
3. Gasto derivado de las prescripciones farmacéuticas efectuadas por los facultativos de la red del PGD y del funcionamiento de la Unidad Central de Elaboración y Distribución de Derivados Opiáceos.
4. Gasto derivado de la realización de pruebas analíticas y de las exploraciones complementarias realizadas a los pacientes de la red gallega.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. En 2006, el gasto que comportó la atención sanitaria al colectivo drogodependiente en Galicia, ascendió a 13.980.532€, lo que representa un gasto por paciente/año de 1.221,65€. La evolución 1997-06, evidencia un incremento de 125%, más acusado en el periodo 2001-06 (72'4%).

2. El capítulo de gasto con mayor peso es el de personal y se trata de una tendencia que se mantiene, sea cual sea la modalidad asistencial que se analice.

Esto parece indicar que la práctica asistencial en esta red, se fundamenta en el manejo del paciente en su medio familiar, con el apoyo médico que se considere necesario, según la situación del paciente.

3. En el análisis comparativo con otros estudios similares, se evidencia que, en general, los parámetros económicos referidos a la red gallega se sitúan en valores inferiores de gasto/paciente/año de otras redes. En todo caso, todos los estudios analizados resaltan que, sea cual sea la dimensión del coste económico de un tratamiento, es mucho más gravoso tener a este colectivo sin tratar.

Actualmente, se considera que un tratamiento eficaz no es aquel que sólo pretende lograr la abstinencia, sino el que, además, permite abordar otras problemáticas sanitarias y sociales relacionadas con las drogodependencias, por lo que todas estas dimensiones deberían considerarse al realizar la evaluación económica de la asistencia a este colectivo, si no se corre el riesgo de que en nombre de una eficiencia mal entendida, se formulen políticas discriminatorias e no equitativas hacia un colectivo ya bastante estigmatizado socialmente.

Perfiles de personalidad Millon en pacientes que están en tratamiento en un CAD y que presentan TDAH

CARRIEDO, F.; PÓVEDA, R.; ÁLVAREZ, J.C.; DURANTES, M.J.; TERÁN, A.

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

Se estudia el perfil de personalidad de una población de 67 pacientes diagnosticados de un trastorno de dependencia a sustancias que demandaron tratamiento en el CAD "San Juan de Dios" de Palencia en el año 2006/2007, y que en el transcurso de la evaluación se comprobó que, además, presentan criterios DSM-IV-TR compatibles con la presencia de un TDAH en la edad adulta. Este grupo de pacientes se distribuía en los diferentes subtipos de acuerdo a los siguientes porcentajes: desatento (4,4%), hiperactivo/impulsivo (22,3%) y combinado (73,1%).

El 86,5% son varones frente a un 13,5% de mujeres, con una media de edad de 35,67 años, bajo nivel educativo y con un tiempo medio de consumo de la droga principal por la que demandan tratamiento de 12,81 años.

Los perfiles de personalidad se evaluaron mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), cuestionario autoadministrado de 175 ítems con respuesta dicotómica de tipo verdadero-falso, que permite la evaluación de 22 trastornos de la personalidad y de diferentes síndromes clínicos.

Entre los resultados obtenidos, llama la atención que el 80% de los sujetos estudiados presentan puntuaciones que sugieren la presencia de, al menos, un trastorno de personalidad, que pueden ser considerados intensos según el corte en la puntuación de TB 85. La distribución por droga principal en la demanda de tratamiento fue: 74% presentan dependencia de heroína, 81% dependencia de cocaína y 83% dependencia de alcohol. Así mismo, destaca la alta prevalencia del trastorno antisocial de la personalidad (40,60%), seguido del trastorno histriónico (28,10%), el trastorno dependiente (25%), el trastorno esquizoide (23,40%), el trastorno esquizotípico (23,40%) y el trastorno límite (21,90%).

Estos datos son coincidentes con los descritos por otros autores de la literatura que estudian la relación entre el TDAH, el TUS y los trastornos de la personalidad en la edad adulta.

Prevalencia de TDAH en consumidores de alcohol en tratamiento en un centro de atención a drogodependientes

CARRIEDO, F.; PÓVEDA, R.; ÁLVAREZ, J.C.; DURANTES, M.J.; TERÁN, A.

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

Se estudia la prevalencia de TDAH en la población de consumidores de alcohol (abuso/dependencia) atendidos en el CAD "San Juan de Dios" de Palencia al lo largo del año 2006/2007.

Para ello se utilizó la siguiente metodología:

- Anamnesis retrospectiva del paciente.
- Criterios diagnósticos TDAH (DSM-IV-TR).
- Cuestionarios específicos de TDAH: ADHD
- Escala de impulsividad: Barrat.

-Pruebas neuropsicológicas para evaluar el deterioro de la memoria de trabajo y de las funciones ejecutivas superiores.

De los 95 pacientes consumidores de alcohol atendidos en el CAD a lo largo del año 2006/2007, el 20% presenta criterios DSM-IV-TR compatibles con un TDAH, distribuidos en los diferentes subtipos: desatento (0%), hiperactivo/impulsivo (23.50%) y combinado (76.50%).

La población consumidora de alcohol con TDAH se caracteriza por distribuirse en 62,5% de varones frente a un 37,5% de mujeres. La media de edad es de 41.56 años, y con un tiempo medio de consumo de 17 años. A estas características se suman un grupo de elementos diferenciales con respecto al grupo de consumidores de alcohol sin TDAH, entre los que destacan: menor cualificación académica; peor adaptación escolar; presencia de problemas de aprendizaje; mayor inestabilidad laboral; más estancias en prisión; mayores antecedentes psicopatológicos personales y familiares, y mayor comorbilidad psiquiátrica en el momento de la demanda de tratamiento.

Entre los datos más llamativos obtenidos en los cuestionarios y pruebas neuropsicológicas, destacan las puntuaciones obtenidas en el ADHD ≥ 30 y en el Barrat ≥ 70 . Así mismo, cuando se comparan los datos obtenidos entre el grupo de consumidores de alcohol con TDAH con el grupo control (alcohol sin TDAH), se obtienen diferencias claras entre ambos grupos, a favor de la población de consumidores de alcohol con TDAH, los cuales presentan un mayor deterioro en su memoria de trabajo y en sus funciones ejecutivas superiores.

Diferencias en el perfil de gravedad de la adicción, motivación y trastornos comórbidos en sujetos toxicómanos encarcelados que deciden ingresar en una unidad libre de drogas frente a los que permanecen en un módulo no liberado

CASARES, J.*; GONZÁLEZ MENÉNDEZ, A.; SECADES, R.**; FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R.****

*Investigadora Grupo de Investigación en Conductas Adictivas. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

**Profesor Titular Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia a:

Dña. Ana González Menéndez a Facultad de Psicología, Plaza Feijoo, s/n, 33003, Oviedo, España. Correo electrónico: anagon@uniovi.es

OBJETIVOS

La alta tasa de abandonos en los programas de tratamiento es un problema grave en el ámbito de las drogodependencias. En este estudio se realiza un análisis en tres aspectos fundamentales para el éxito del tratamiento en pacientes adictos, como son el perfil de severidad de la adicción, la motivación para el cambio y la existencia de trastornos comórbidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se lleva a cabo un estudio prospectivo comparando dos muestras de reclusos ingresados en el centro penitenciario de Villabona, 87 de ellos aceptaron ingresar voluntariamente en la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE), y otros 21 sujetos permanecieron en un módulo ordinario. Para ello, nos servimos de la evaluación de las áreas del EuropASI: (Kokkevi y Hartgers, 1995): salud, empleo; situación legal, historia de consumo de drogas/alcohol, salud mental y relaciones sociales/familiares; así como en la valoración psicopatológica a través del MCMI II (Millon, 1987), y la motivación mediante el Sócrates 8-D (Miller y Tonigan, 1996).

RESULTADOS

La mayoría de los participantes son hombres, solteros, con un nivel educativo bajo, sumado a algún problema médico crónico, con una estancia en prisión larga (más de 4 años de prisión) y casi seis condenas de media. Como datos a resaltar, un 72,2% del total de la muestra consumen habitualmente tres sustancias o más, por lo que se consideran poliadictos. La droga más consumida es la cocaína (88,8%), seguida de cannabis (79,4%) y de la heroína (62,6%).

Ambos grupos presentan un perfil parecido, excepto en el área alcohol/drogas, en el que los sujetos del subgrupo que no desea iniciar una intervención presentan un perfil de gravedad significativamente mayor. A nivel inicial, utilizando los composite scores aparecen diferencias estadísticamente significativas en el Área Familiar, que aparece más desestructurada en los sujetos de la UTE, asimismo en el Abuso de alcohol siendo significativamente peores en las personas ingresadas en la misma.

Como era de esperar, el grado de motivación para el cambio en la línea base es superior en el grupo que decide iniciar un tratamiento que en grupo usado de control, no olvidemos que son sujetos que han ingresado voluntariamente en una unidad libre de drogas para recibir un tratamiento para su adicción. Todas las puntuaciones en el Sócrates son altamente significativas ($P < ,05$) a favor del grupo en tratamiento., que puntúa más alto en el reconocimiento del problema, en los primeros pasos para el cambio y ambivalencia.

Se observan mayor número de psicopatologías concomitantes en el módulo terapéutico, tanto patrones de personalidad patológica, como síndromes clínicos de gravedad moderada (del G.E. el 22,1% sufre Ansiedad, y

un 14,3% Hipomanía, siendo mucho menor la prevalencia en el G.C.). Por último, los síndromes clínicos graves, aparecen en los porcentajes más altos: Abuso del alcohol, Abuso de drogas, Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante.

DISCUSIÓN

Se discuten las implicaciones prácticas de las variables estudiadas en cuanto a la retención en un tratamiento y la eficacia de los módulos terapéuticos intrapenitenciarios.

REFERENCIAS

Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European Adaptation of a multidimensional Assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Miller, P. M. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.

Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis. National Computer Systems.

Análisis del tratamiento recibido en prisión por los internos: módulo ordinario frente a unidad libre de drogas

CASARES, M. J.*; GONZÁLEZ, A.**; SECADES, R.**; FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R.**; ÁLVAREZ FRESNO, E.***

*Investigadora Grupo de conductas Adictivas. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

** Profesor Titular Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

*** Psicólogo de la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias

OBJETIVOS

La función rehabilitadora de las prisiones es muchas veces puesta en duda, dada la alta tasa de reincidencia. Por ello, parece importante conocer la calidad de la intervención percibida por los propios reclusos, y en este estudio comparamos dos modelos de cárcel existentes en el centro penitenciario de Villabona (Asturias): los módulos comunes y la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos obtenidos provienen de 200 sujetos, la mayoría varones, encarcelados en el CP de Villabona, provenientes de dos grupos: 150 habían ingresado voluntariamente en una Unidad libre de drogas para iniciar un tratamiento de deshabituación, y los 50 restantes provenían de otros módulos comunes sin esta intervención. Contamos con información de las características sociodemográficas (nivel educativo, estado de salud física y psicológica, empleo, tipología de delitos, sustancia de consumo principal, etc.) utilizando las bases de Instituciones Penitenciarias junto con una entrevista semiestructurada creada ad hoc. Esta última se compone de dos partes: la primera referida a información personal, familiar e historia de consumo, y la segunda a la percepción del tratamiento ofertado en el centro penitenciario.

RESULTADOS

Los internos de la UTE opinan que poseen mayor calidad de vida que en el resto de la prisión, aunque un 90,5% no cree que sea suficiente para abandonar el consumo de drogas de forma duradera, pudiendo mejorar estos resultados con un programa en una comunidad terapéutica al salir en libertad (83%). Para el resto de reclusos que no participan en este programa, el tratamiento en prisión está mucho peor valorado, el 87,8% de los encuestados no creen que la estancia en prisión ayude a la reinserción social, y en cuanto a la rehabilitación el 95,1 de los internos opinan que los programas intrapenitenciarios ordinarios del tipo programas de metadona o intercambio de jeringuillas no son eficaces para abandonar el consumo de drogas.

DISCUSIÓN

Se discute la posibilidad de realizar una intervención en prisiones siguiendo un modelo de comunidad terapéutica.

Patología dual en pacientes adictos: comparación de sujetos reclusos en una unidad libre de drogas vs. pacientes ingresados en una comunidad terapéutica

CASARES, M. J.*; GONZÁLEZ, A.*; TORRES, M.**; SECADES, R.*; FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R.*;
ÁLVAREZ, M. M.**

* Grupo de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

** Comunidad Terapéutica APTAS-El Valle. Asturias. España.

OBJETIVOS

Si bien en los últimos años se ha observado la elevada prevalencia de psicopatología concomitante en sujetos adictos (Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999); se desconocen estos datos en el entorno penitenciario. El principal objetivo de este trabajo es comparar el perfil de gravedad de la adicción y la prevalencia de patología dual en pacientes tanto de una comunidad terapéutica exterior, como de un módulo libre de drogas en un centro penitenciario.

MATERIAL Y MÉTODO

Contamos con una población de 174 sujetos: 85 reclusos con problemas adictivos que cumplen condena en una unidad terapéutica intrapenitenciaria (UTE) y 89 pacientes ingresados en una comunidad terapéutica exterior (CT). Se analizaron las características sociodemográficas evaluadas a través del EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995) junto con la presencia de trastornos psicopatológicos, especialmente trastornos de personalidad medidos a través del MCMI-II (Millon, 1987), puesto que es un factor de mal pronóstico para la realización del tratamiento (Hunter et al., 2000; Wölver, Burtscheid, Redner, Schwartz y Gaebel, 2001).

RESULTADOS

El perfil de usuario de la CT no difiere mucho del de la UTE en cuanto a las características sociodemográficas: es un varón de unos 33 años, soltero, con un nivel educativo bajo y con algún problema médico crónico. Aparecen diferencias altamente significativas en otras dimensiones, hay un porcentaje mayor de personas que reciben medicación prescrita para algún problema físico en la CT, mientras que si hablamos de medicación psiquiátrica es mayor en la UTE. Los antecedentes familiares de abuso de alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos muestran mayor deterioro en las familias de la muestra penitenciaria.

Existen altos porcentajes en ambos grupos referidos a la historia propia de trastornos psicológicos: depresión mayor, ansiedad, problemas para controlar conductas violentas; incluso también con síntomas positivos de psicosis e ideación e intentos suicidas.

Existe un alto porcentaje de policonsumo en ambos grupos, siendo la sustancia más consumida la cocaína, seguida del alcohol. Las personas privadas de libertad, han estado anteriormente en mayor número de servicios de tratamiento para el abuso de sustancias.

El porcentaje de sujetos de la muestra intrapenitenciaria considerado "caso", es bastante mayor en todas y cada una de las escalas del MCMI-II sin excepción, y estas diferencias alcanzan significación estadística en 17 de las 22 escalas: 5 de las 10 escalas básicas de personalidad (dependiente, narcisista, antisocial, compulsiva y autodestructiva), las 3 escalas de personalidad patológica, los 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y los 3 síndromes clínicos de gravedad severa.

DISCUSIÓN

Se investigan la alta tasa de prevalencia de trastornos psicopatológicos simultáneamente a un trastorno por abuso de sustancias y las diferencias en el perfil de gravedad, así como su influencia en el tiempo de retención en el tratamiento.

REFERENCIAS

Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European Adaptation of a multidimensional Assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1(208-210).

Miller, P. M. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.

Cervera, G., Bolinches, F. y Valderrama, J. C. (1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 1, 91-99.

Hunter, E., Powell, B., Penick, E., Nickel, J., Liskow, B., Centrell, P. y Landon, J. (2000). Comorbid Psychiatric Diagnosis and Long-Term Drinking Outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 334-338.

Wölver, W., Burtscheid, W., Redner, C., Schwartz, R. y Gaebel, W. (2001). Out-patient behaviour therapy in alcoholism: Impact of personality disorders and cognitive impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 30-37.

Consumos de drogas tóxicas y actividad laboral

CELORRIO BUSTILLO, M.L.; SANTIAGO CABRERA, M.; SÁNCHEZ GALLARDO, P.; MONTAÑÉS CUENCA, M.V.

Unidad de Conductas Adictivas de Albacete

Enviar correspondencia:
EADALB@terra.es

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Conductas Adictivas, atiende desde 1994 la población del área de salud de la provincia de Albacete, con problemas relacionados con el consumo de drogas.

Tras 14 años de trabajo con esta población percibimos que se repiten una relación entre determinadas profesiones y las drogas de consumo en nuestros pacientes, hecho que nos hace plantear un estudio para determinar con exactitud si esta percepción la podemos cuantificar y de esta forma poder mejorar la eficacia de nuestro trabajo diario, mejorando la calidad asistencial.

Consideramos importante realizar este estudio para poder ofrecer datos a los diferentes profesionales que trabajan en el medio laboral así como sindicatos y empresarios aunando esfuerzos para mejorar las condiciones de riesgo de consumo de drogas relativos al medio de trabajo.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es conocer el perfil del paciente que acude a la UCA de Albacete, relacionando la sustancia consumida con la actividad laboral que desarrolla y reflejando la situación actual laboral de los pacientes adquiriendo una herramienta más para posteriormente desarrollar actuaciones terapéuticas específicas, así como programas de prevención para minimizar los factores de riesgo laborales.

METODO

Es un estudio observacional retrospectivo realizado en la UCA de Albacete. La muestra escogida es el total de paciente que acuden a tratamiento durante el año 2007 a nuestro dispositivo tanto pacientes nuevos como reinicios, siendo un total de 460.

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

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Se estudia un total de 460 pacientes, 85 mujeres (18%) y 375 varones (82%).

Con respecto a las drogas que consumen (siendo a veces más de 1 tipo) por lo que acuden a tratamiento:

207 pacientes alcohol

192 pacientes cocaína

59 pacientes heroína

56 pacientes cannabis

16 pacientes tabaco

12 pacientes D. Síntesis

17 pacientes Adicciones sin sustancias

El nivel de estudios es 8% sin estudios; 51% EGB; 13% ESO; 9% BUP y COU; 7% F.P; 6% no sabe no contesta.

La edad de los pacientes las dividimos en bloques:

- 18 años: 48
- 19-25 años; 81
- 26-35 años: 130
- 36-45 años: 134
- 46-55 años:48
- 56-65 años:13
- 66 años: 6

La convivencia, 46% con familia de origen; 35% con familia propia; 12% solos; 5% en recursos sociales (tipo centros de menores, pisos tutelados, albergue); 2% con amigos.

Con respecto a las profesiones o área laboral desempeñada por los paciente 21% se dedicaba a la construcción y a sus diferentes oficios, 16% estaba en el paro (en el momento de iniciar el tratamiento), el 12% trabajaba en hostelería, 6% eran empresarios autónomos; el 6% estudiaba; 5% comercial; 4% pensionista; 4% transportista; 4% ama de casa; 3% funcionarios; 3% trabajaban en la agricultura y un 2% en planes de empleo de integración, el resto 14% (se repartía en diferentes profesiones en mínimos porcentajes).

La evolución de los 460 pacientes se reparte en un 56% como favorable, 30% de abandonos y 14% evolución desfavorable.

Diferenciamos las 2 sustancias más consumidas relacionándolas con la profesión:

- Los pacientes consumidores de alcohol: 19% hostelería; 17% construcción; 12% paro y 7% amas de casa.
- Los pacientes consumidores de cocaína: 28% trabajan en la construcción; 17% esta en el paro; 9% en hostelería; 8% autónomos y 6% comerciales.

CONCLUSIONES

Se confirma nuestra percepción de profesiones que pueden tener un más alto riesgo de consumo de drogas como son la construcción, la hostelería, estar en el paro, autónomos y comerciales, ya que se repiten con más frecuencia que otras profesiones que están en menor proporción. Coincidiendo nuestras conclusiones con diversas publicaciones de Prevención de Riesgos Laborales, donde especifican la importancia de los factores de Riesgo relativos al medio ambiente de trabajo como la climatología, cambios de temperatura, ruidos, estrés, largas jornadas, turnicidad, precariedad, disponibilidad y accesibilidad al alcohol, etc. Esperamos que los datos obtenidos sean de utilidad para posteriores actuaciones terapéuticas y programas de prevención.

Síndrome coronario agudo (SCA) por cocaína

CLIMENT DÍAZ, B.*; GARCÍA GONZÁLEZ, F.; VALLE MUÑOZ, A.***; HERRERA DE PABLO, P.**;
ECHANOVE, I.***; GARCÍA ESCRIVÁ, D.***

*Unidad de Toxicología y Desintoxicación Hospitalaria. Servicio de Medicina Interna.

** Servicio de Urgencias.

*** Servicio de Cardiología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Enviar correspondencia a:

Benjamín Climent Díaz. Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria. C. Hospital General Universitario de Valencia. Avda Tres cruces 2, 46014 Valencia.

INTRODUCCIÓN

La toxicidad cardiovascular de la cocaína es bien conocida, y es independiente de la dosis consumida, frecuencia y vía de administración de la droga. El mecanismo patogénico consiste en un espasmo coronario, que causa estasis sanguíneo y formación de trombo, favorecido por el incremento de la agregabilidad plaquetaria causada por la droga. La cocaína, además, incrementa las demandas de oxígeno al aumentar la frecuencia cardíaca y presión arterial. La aparición de SCA asociada al consumo de tóxicos, especialmente cocaína es cada vez más prevalente, con amplia bibliografía de casos con alteración electrocardiográfica compatible con lesión aguda miocárdica relacionada directamente con el consumo de cocaína, asociado a unas características clínicas. Presentamos una revisión de estos casos para definir el perfil del paciente, evolución y diferencias con el SCA no relacionado con cocaína.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un estudio retrospectivo de 22 pacientes atendidos en los últimos 6 años en urgencias diagnosticados de SCA y con consumo de cocaína.

RESULTADOS

El 90,9% de los casos son varones, con una edad media de 41,18 años. Todos los pacientes consultaron por dolor torácico y en el ECG registrado la alteración más frecuente fue la lesión subepicárdica, con ascenso del ST (72,72%). La determinación analítica de biomarcadores resultó positiva para CK/MB en un 86,36% y para troponina en un 36,36%. El estudio vascular coronario resultó normal en un 54,54% y se halló enfermedad de un vaso en 31,81%, encontrándose enfermedad multivaso únicamente en 3 pacientes. Del total de pacientes sólo un 36,36% presentaban previamente algún factor de riesgo cardiovascular como HTA, diabetes o dislipemia. El 100% de los casos consumía la cocaína por vía inhalada.

DISCUSIÓN

El consumo de cocaína es una práctica cada vez más frecuente entre la población, por lo que van apareciendo complicaciones derivadas de su consumo. Es una patología que fundamentalmente se produce en pacientes jóvenes y, generalmente, sin otros factores de riesgo coronario asociados salvo el tabaquismo y el consumo de otros tóxicos.

En la mayoría de los casos el árbol coronario fue normal por lo que la lesión fue consecuencia directa de la droga por los mecanismos ya conocidos.

Se trata de una patología con baja mortalidad, relacionada claramente con la etiopatogenia de la lesión y con la edad de los pacientes. Hasta hace unos años, hemos estudiado siempre la lesión coronaria relacionada con unos factores de riesgo, un modo de vida y factores hereditarios. A partir de ahora deberemos considerar, una vez más, el abuso voluntario de unos tóxicos entre las posibles etiologías de un evento coronario agudo.

Hemorragia cerebral por cocaína y anfetaminas

CLIMENT, B.**; CARCELÉN, M.E.*; CERVELLÓ, A.*; GUILLÉN, C.*; BROCALERO, A.*; LÓPEZ, J.*; DURÁ, R.***

**Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria, Servicio de Medicina Interna. Servicio de Neurología

***Servicio de Reanimación. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Servicio de Neurología

MOTIVO DE INGRESO Y ENFERMEDAD ACTUAL

Presentamos el caso de una mujer de 33 años, sin antecedentes personales de interés, ni consumo de tóxicos conocido, traída Servicio de Urgencias inconsciente tras consumo de alcohol, cannabis, anfetaminas y cocaína la noche previa "en su despedida de soltera," acostándose por la mañana aparentemente bien. Ante la imposibilidad para despertarla por la tarde la traen al hospital. A su llegada a PU se objetiva Glasgow 6 (O1, V1, M4), pupilas mióticas arreactivas y posturas de descerebración, decidiéndose IOT e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. A las 12h: lenguaje ausente, pupilas mióticas arreactivas, oculocefálicos abolidos, reflejos cutáneo plantares flexores, a estímulos dolorosos movimientos sin localización de extremidad superior izquierda y de retirada en miembro inferior izquierdo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análítica: H, BQ, COG normal salvo CK 677. Gases: pH 7'30, pO2 44, pCO2 50, Sat O2 76%. Tóxicos en orina: cocaína +++, anfetaminas +, resto negativos. ECG: normal. TC Cerebral: hemorragia intraparenquimatosa que afecta principalmente a la mitad izquierda del mesencéfalo, unión mesencéfalo-protuberancial y hemisferio cerebeloso izquierdo. No se observa sangre intraventricular y existe una moderada compresión sobre la vertiente anterior del IV ventrículo. Angio-TC Cerebral: Estudio vascular dentro de la normalidad, sin objetivar imágenes de malformaciones o aneurismas.

DIAGNÓSTICO

Hemorragia mesencéfalo-protuberancial y cerebelosa secundaria a consumo de cocaína y anfetaminas.

EVOLUCIÓN

Deterioro neurológico y complicaciones infecciosas nosocomiales con éxitus a las 2 semanas por fallo multiorgánico.

DISCUSIÓN

Estamos ante un aumento de eventos neurológicos a edades tempranas por consumo de cocaína. Los órganos diana son el sistema cardiovascular y nervioso predominantemente y entre los mecanismos implicados destacan el vasoespasmo, aumento de presión arterial y alteración de neurotransmisores.

REFERENCIAS

1. Torres MA, Climent B. Complicaciones neurológicas por cocaína. Adicciones 2006; Vol 18, supl 1: 179-191.
2. Blanco M, Díez-Tejedor, Vivancos F et al. Cocaína y enfermedad cerebrovascular en adultos jóvenes. Rev Neurol 1999;29:796-800.
3. Balcells M. Complicaciones orgánicas de la cocaína. Adicciones 2001; Vol 13, supl 2:167-175.
4. Conway JE, Tamargo RJ. Cocaine use is an independent risk factor for cerebral vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Stroke 2001; 32:2338-2343.
5. Conway JE, Tamargo RJ. Vascular complications of cocaine use. Stroke.

Complicaciones dermatológicas por cocaína

CLIMENT, B.*; LAGUNA, C.**; SÁNCHEZ, J.**; OLIVER, J.**; HERNÁNDEZ, P.**; ESTEVE, A.**; ALEGRE, V.**

*Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria
**Servicio de Dermatología Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Enviar correspondencia:
climent_ben@gva.es

INTRODUCCIÓN

La extensión del consumo de la cocaína está provocando el incremento de patología orgánica secundaria al mismo. Presentamos tres casos de pacientes con dependencia de cocaína que presentaron pioderma gangrenoso y pénfigo secundario al consumo.

CASOS CLÍNICOS

Dos pacientes varones de 30 y 37 años presentan múltiples lesiones dolorosas ubicadas en el tronco, cara y piernas, al principio como una papulopustula con induración eritematosa periférica y ulceración central. Presentaban criterios de dependencia a cocaína. El estudio anatomopatológico informa como pioderma gangrenoso. Se administran diferentes tratamientos (corticoides, tacrolimus, ciclosporina, metrotexato) sin respuesta clínica, decidiéndose utilizar infliximab por vía intravenosa de 5 mg / kg en las semanas 0,2,6 y después con intervalos de seis semanas. Las lesiones no desaparecen hasta alcanzar la abstinencia completa a cocaína, presentando nuevas lesiones con las recaídas en el consumo. El estudio de otras patologías internas fue negativo. El tercer caso clínico es el de un varón de 37 años con criterios de dependencia a cocaína que es diagnosticado de pénfigo vulgar y tratado con corticoides junto a tratamiento tópico sin mejoría clínica. Se realiza estudio para descartar otras patologías concomitantes sin resultado. Se administra tratamiento con rituximab con respuesta parcial. Se alcanza mejoría de las lesiones con la abstinencia de cocaína, apareciendo empeoramiento con las recaídas en el consumo. El paciente presenta complicaciones infecciosas oportunistas que le conducen a la muerte por shock séptico de foco cutáneo.

DISCUSIÓN

El Pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica no infecciosa que se asocia en un 17 a 74% de los casos a una enfermedad subyacente, en la mayoría de la enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades reumatológicas o hematológicas o malignidad. Informes de diversas lesiones cutáneas asociadas con el uso de la cocaína han sido numerosos. Aunque en la literatura médica se han descrito lesiones cutáneas relacionadas con el uso de la cocaína, estos dos casos son los primeros de pioderma gangrenoso. El mecanismo por el que la cocaína puede interactuar con el epitelio vascular causar una vasculitis no se conoce. Estos efectos pueden ser debidos a los fenómenos trombóticos y acción vasoconstrictora de la droga. El pénfigo vulgar no ha sido descrito en relación con el consumo de cocaína pero sí de numerosos fármacos. En su fisiopatología se encuentran fenómenos trombóticos, vasoespasmo y vasculitis asociados al consumo de cocaína. Las complicaciones dermatológicas producidas por la cocaína son poco prevalentes pero deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial de algunas lesiones cutáneas.

Consumo de alcohol medido con el cuestionario AUDIT en una población de pacientes en tratamiento sustitutivo con metadona (TSO), y su relación con las dosis de metadona, el consumo de cocaína y de benzodiazepinas

CORREA, M.*; ABAD, T.; HERNÁNDEZ, J.J.***; PARRA, A.*; RADINOVA, T.*; MOLINA, G.***

* Médico del CTD de Moratalaz. Centro de Tratamiento a Drogodependientes (CTD) de Moratalaz; Cruz Roja Española de Madrid. Agencia Antidroga.

** Psicóloga del CTD de Moratalaz. Centro de Tratamiento a Drogodependientes (CTD) de Moratalaz; Cruz Roja Española de Madrid. Agencia Antidroga.

*** Director médico del CTD de Moratalaz. Centro de Tratamiento a Drogodependientes (CTD) de Moratalaz; Cruz Roja Española de Madrid. Agencia Antidroga.

Enviar correspondencia a:

Juan Jesús Hernández. Avda. Moratalaz 50-52. 28030-Madrid. Correo e.: jjhernandezcruzroja@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia de consumo de alcohol en pacientes en TSO, nos ha hecho estudiar la relación de éste con otros factores presentes frecuentemente en esta población.

OBJETIVOS

- (1) Investigar la asociación entre las dosis administradas de metadona y el consumo de alcohol.
- (2) Relacionar el consumo de alcohol con el consumo de benzodiazepinas (BZD) y cocaína.

MÉTODO

Muestra aleatoria de 80 pacientes adscritos al TSO del CTD de Moratalaz, a quienes se administró el cuestionario AUDIT, entre enero y junio de 2005. Se obtuvo de las historias clínicas la dosis de metadona, la administración de BZD y el consumo de cocaína. Instrumentos: cuestionario AUDIT, que ha sido desarrollado por la OMS para identificar consumo de riesgo y abuso de alcohol en la población general, donde un puntaje mayor a 8 significa consumo de riesgo y aquél que supera los 20 se interpreta como dependencia de alcohol. Análisis estadístico: test chi cuadrado para asociación de variables cualitativas y test de dos muestras de Mann-Whitney/Wilcoxon para comparación de medias de 2 grupos. Se fijó como valor estadísticamente significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las dosis de metadona variaban de 10 a 350 mg diarios, con una media de 83,07 mg. El 59% de los pacientes que respondieron el cuestionario AUDIT obtuvieron un puntaje mayor o igual a 8 (grupos AUDIT positivo y AUDIT negativo) y un 28,5% mayor o igual a 20 puntos (grupos Dependientes AUDIT y No dependientes AUDIT). La media de dosis de Metadona para el grupo AUDIT positivo era 90,80, mientras que la del grupo AUDIT negativo era de 81,51, sin diferencias estadísticamente significativas. El 80,9% de los pacientes AUDIT positivo consumen BZD, mientras que el 54,8% de aquéllos AUDIT negativo lo hacen, hallando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos. Un 62,2% de los pacientes AUDIT positivo consumen cocaína y el 56,7% de aquéllos con puntaje menor a 8 lo hacen, diferencia sin significación estadística. Respecto a los grupos Dependiente AUDIT y No dependiente AUDIT, los resultados arrojan medias de metadona de 70,04 y 88,33 respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas. El 81,8% de los pacientes Dependiente AUDIT son consumidores de BZD, en contraste con el 66,1% de aquéllos con puntaje menor a 20, sin diferencias estadísticamente significativas. Observamos que el 66,7% de los pacientes Dependiente AUDIT consumen cocaína y el 57,4% de aquéllos pertenecientes al otro grupo lo hacen, sin diferencia significativa.

DISCUSIÓN

La dosis de metadona no tiene relación alguna con el consumo de alcohol, al igual que en otras publicaciones sobre este tema. Sin embargo, existe una alta prevalencia de consumo abusivo y de dependencia de alcohol en los pacientes en TSO, por lo que creemos necesario el diagnóstico y tratamiento precoces de esta patología, así como considerar el consumo de benzodicepinas, asociado a un patrón de consumo de riesgo de alcohol. No encontramos relación con el consumo de cocaína, a diferencia de lo que se ha dicho en otros estudios, en que se relaciona un patrón de dependencia alcohólica con consumo de cocaína.

Actividad electrofisiológica relacionada con memoria de trabajo visual en jóvenes consumidores intensivos de alcohol

CREGO, A.*; RODRÍGUEZ-HOLGUÍN, S.; PARADA, M.*; MOTA-MIRANDA, N.*; CORRAL, M.**;
CAAMAÑO, F.***; FERNÁNDEZ-EIRE, M.C.****; CADAVEIRA, F.****

*Becario de investigación, Área de Psicobiología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela (USC);

**Profesora universitaria, Área de Psicobiología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, USC.

***Profesor universitario, Área de Salud Pública, USC CIBERESP;

****Psicóloga Clínica, Unidad de Tratamiento del Alcoholismo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

Recientemente se ha extendido, principalmente entre los jóvenes, un nuevo patrón de consumo de alcohol caracterizado por el consumo excesivo en fines de semana (5 ó más Unidades de Bebida Estandar -UBEs- en un corto espacio de tiempo para los hombres y 4 ó más para las mujeres) con períodos de abstinencia en días laborales. Es lo que en la literatura anglosajona se conoce como "binge drinking" (BD) y nosotros denominaremos consumo intensivo de alcohol.

Numerosos estudios animales y, aunque escasos, también algunos con población humana, han evidenciado que este patrón puede provocar déficits en determinadas funciones cognitivas, principalmente en la memoria de trabajo y la atención visoespaciales, así como alteraciones neurales en áreas encefálicas relacionadas, tales como el hipocampo o el córtex prefrontal.

En este trabajo estudiamos las consecuencias neurocognitivas del consumo intensivo de alcohol en jóvenes universitarios mediante el registro de potenciales evocados (PEs) durante la realización de una tarea de ejecución continua con una importante carga de memoria de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se registraron los PEs y se analizó la respuesta cerebral de 109 estudiantes universitarios de 1er curso (18-20 años) ante una tarea visual de ejecución continua: 53 BD (28 varones y 25 mujeres) y 56 controles (28 varones y 28 mujeres).

Los criterios de exclusión fueron: historia personal o familiar de trastornos neurológicos, psicopatológicos o neurocognitivos, consumo crónico de fármacos o sustancias psicoactivas y discapacidades motrices o sensoriales.

La tarea consistió en la presentación, cada 3 segundos, de una figura abstracta seleccionada aleatoriamente de un conjunto de 60 figuras distintas, con una duración de 50 msec. Los sujetos debían responder cuando la figura presentada fuese igual a la inmediatamente anterior (20% de los ensayos).

Se realizó un análisis de componentes principales sobre el trazado de los PEs hasta 900 msec. después del estímulo. Este informe se centra en el componente asociado a la onda P3b, que explica el 15% de la varianza del trazado.

RESULTADOS

No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos en variables comportamentales (TR o tasa de aciertos), pero sí se observaron diferencias significativas en el componente P3 en el factor condición (estándar-target).

En el grupo control, el componente provocado por el estímulo target fue significativamente de mayor amplitud ($p=.001$) que el provocado por el estímulo estándar, tanto en hombres como en mujeres, en áreas centroparietales, parietales y parietoccipitales; mientras que en el grupo BD, considerado globalmente, no hubo diferencias significativas ($p=.080$). El análisis separado por sexos indicó que este comportamiento anómalo del grupo BD sólo se da en varones (varones: $p=.675$; mujeres: $p=.040$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidencian que la respuesta electrofisiológica de los jóvenes varones consumidores intensivos de alcohol, en este tipo de tarea de ejecución continua que requiere de la memoria de trabajo visual, no es sensible al carácter de relevante o irrelevante de los estímulos. Estos resultados apuntan en la misma dirección que estudios previos, e indican la existencia de anomalías en el procesamiento electrofisiológico de la memoria de trabajo visual en estos sujetos.

Patología dual: un tratamiento coordinado para un manejo eficaz

DE PAZ, S.*; Díez, M.; FERNÁNDEZ, R.***; Novo, M.****; RIVAS, M.J.*******

*Médico de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Lugo
**Farmacéutica de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Lugo
*** D.U.E. de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Lugo
**** D.U.E. de la Unidad Asistencial de Drogodependencia

Enviar correspondencia a:

Marcos Novo Rosario. Unidad Asistencial de Drogodependencias de Lugo. Ronda de la muralla nº 188-entresuelo dcha. 27002 Lugo.
E-mail: marcosnrosario@gmail.com

La patología dual es una realidad clínica de elevada prevalencia en la que coinciden en un mismo paciente al menos dos trastornos: uno relacionado con la conducta adictiva y otro trastorno psiquiátrico. Una consecuencia de esta asociación es una peor respuesta a los tratamientos existentes, ya de por sí complicados en los pacientes drogodependientes, junto con la aparición de otros problemas médicos graves y el deterioro de la salud y expectativas de vida.

Se presenta el caso clínico de un varón politoxicómano de 38 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide, VIH positivo, hepatitis C, a tratamiento en un programa de mantenimiento de metadona y antipsicóticos por vía oral, que acude a la Unidad de Drogodependencias con un cuadro de intoxicación aguda por opiáceos y benzodiazepinas. Se remite al Servicio de Urgencias, donde una vez tratada la intoxicación, se desencadenan una serie de complicaciones orgánicas que motivan su paso por diferentes servicios del hospital (UCI, Medicina Interna y Psiquiatría). Al alta hospitalaria el tratamiento psiquiátrico del paciente incluye un antipsicótico intramuscular de larga duración cuya administración es supervisada por el personal de enfermería de la unidad de drogodependencias. Tras varios meses de evolución se observa una mejoría sustancial de la sintomatología psiquiátrica, estabilización del consumo de sustancias y normalización de su estilo de vida a nivel social y sanitario.

Por medio del presente caso clínico, queremos destacar el innegable papel que juega, hoy en día, en el manejo de estos pacientes, la coordinación estrecha y efectiva entre las unidades de salud mental y las unidades de drogodependencias, así como la importancia de los tratamientos directamente observados, y el empleo de antipsicóticos intramusculares de larga duración para la estabilización y remisión de la sintomatología psiquiátrica y mejor control de la conducta adictiva.

DROJNET: aplicación de las nuevas tecnologías de la comunicación a la prevención de drogodependencias

DEL POZO IRRIBARRÍA, J.*; PÉREZ GÓMEZ, L.; FERRERAS OLEFFE, M.***; ESTEBAN HERRERA, A.****;
NUEZ VICENTE, C.*****; GARCÍA, Á.*******

* Jefe del Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

** Responsable del trabajo de campo del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

*** Coordinador del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

**** Psicóloga, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

***** Técnico superior de la Unidad de Atención al Fumador, Dirección de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

***** Administrativo del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja

Enviar correspondencia a:

Juan del Pozo Iribarría. Servicio De Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud.
Gobierno de la Rioja (España). C/ Gran Vía, 18, 8ª planta. Logroño.

INTRODUCCIÓN

El Proyecto europeo Drojnet tiene por objetivo el transmitir información preventiva a los adolescentes a través de mensajes cortos de texto a móviles (SMS) y de una página web. En él participan el Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra, Béarn Toxicomanies (Francia) y está liderado por el Gobierno de La Rioja a través del Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Salud. Justificación: la penetración de la telefonía móvil supera el 92% entre los jóvenes de 14 y 15 años, según la encuesta del propio proyecto (datos recogidos en Logroño y Pamplona entre 2104 adolescentes, en febrero de 2007). Por otra parte, más del 75% de los adolescentes de 10 a 15 años han utilizado internet en los últimos 3 meses (Fuente: INE, Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, TIC-H 2007). Las cifras ponen en evidencia un uso masivo de las TIC, especialmente de la telefonía móvil.

MATERIAL Y MÉTODO

Sistema de información: Los usuarios del sistema reciben dos SMS cada fin de semana y son invitados a consultar la página web www.drojnet.eu. Ambos medios inciden en las sustancias de mayor consumo entre los adolescentes: el alcohol, el tabaco y el cannabis. Además de la información sobre sustancias, se alude a los factores de protección y a los factores de riesgo asociados al consumo. Para ello se han introducido en la web secciones como "Decir no" o "Saca lo mejor de ti", por ejemplo. La web contiene igualmente una sección interactiva de consultas y sugerencias, actualizada a diario. Todos estos materiales han sido elaborados con el asesoramiento de los propios jóvenes. Población diana: los contenidos se dirigen principalmente a adolescentes que aún no han iniciado el consumo o se encuentran en una fase de consumos experimentales. El diseño y el lenguaje se han adaptado a las características de este público, con imágenes atractivas y enunciados concisos.

EVALUACIÓN

Además de la puesta en marcha del sistema de información, el proyecto cuenta actualmente con una rigurosa evaluación de sus efectos y de la satisfacción de los usuarios. Siguiendo la metodología del ensayo comunitario, se ha realizado una evaluación inicial (febrero de 2007) y se realizará la evaluación tras 12 meses de intervención (abril de 2008), a una muestra de 656 jóvenes de 14 a 16 años. Las variables observadas son: sexo, edad, fuentes de información sobre drogas, percepción de riesgo, intención de consumo y consumo. Por otra parte, se realizarán grupos de discusión con el objetivo de aproximarse a la diversidad de opiniones de los usuarios. El diseño experimental justifica que, en el momento actual, se haya restringido el envío de SMS a una parte de la muestra.

RESULTADOS

Además de haber materializado un sistema de información sobre drogas a través de las tecnologías de comunicación más utilizadas por los adolescentes, Drojnet extraerá conclusiones precisas sobre sus potencialidades, con el resultado de poder ofrecer a la población un servicio evaluado.

Sistemas de información en drogodependencias. El Sistema de Información para la Gestión de la Dirección General de Drogodependencias de la Agència Valenciana de Salut, SIGED

DELICADO, A.*; TOMÁS, S.*; CANO, L.*; CASTELLANO, M.*; VERDÚ, F.*; SÁNCHEZ, M.*; OCÓN, A.; ORTIZ**

* Direcció General de Drogodependències. Agència Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

** Àrea d'Informàtica, Telecomunicacions i Organització. Agència Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Enviar correspondencia:
e-mail: delicado_ang@gva.es

INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Drogodependencias de la Agència Valenciana de Salut está desarrollando la informatización de los sistemas de información propios e impulsando la adaptación de los sistemas de información corporativos usados en sus centros y servicios. El desarrollo de sistemas de información basados en las tecnologías de la información y de las comunicaciones constituye el apoyo necesario para gestionar adecuadamente el circuito asistencial de los pacientes. En este sentido, los centros y servicios de atención al drogodependiente disponen de 2 aplicaciones informáticas SIA y SIGED. SIA, integrada en el proyecto Abucasis es el sistema de información ambulatoria basado en la historia clínica única informatizada (HCUI); da soporte al ámbito de atención primaria y ambulatoria recogiendo todos los actos médicos sobre el paciente, las determinaciones analíticas y la prescripción asistida así como la gestión de agendas de los facultativos. SIGED es el sistema de información para la Gestión de la Dirección General de Drogodependencias. Su ámbito de actuación abarca los centros y servicios de atención a la drogodependencia de carácter residencial o de día que conforman los procesos de deshabituación y reinserción social dando así continuidad al circuito terapéutico iniciado con el diagnóstico y tratamiento ambulatorio u hospitalario de la intoxicación. El nexo de unión entre SIA y SIGED se establece funcionalmente en las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) e informacionalmente a través del identificador único de paciente, el código SIP del usuario de los servicios de salud.

SIGED

Se trata de una aplicación informática programada en lenguaje Java. Esta tecnología está especializada en la gestión de la seguridad/confidencialidad y el acceso multidispositivo desde internet a través de navegador. Permite la anexión de ficheros y da soporte a un flujo básico de trabajo mediante la incorporación de alertas. Los actores del sistema son las UCAs que se encargan de la introducción de solicitudes de derivación a: UDH (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria), UDR (Unidades de Deshabituación Residencial), CD (Centros de Día) y VT (Vivienda Tutelada); los Centros Acreditados que podrán hacer la introducción de incidencias (altas, abandonos) y los Servicios Centrales que realizan la gestión de derivaciones y la gestión económica. La aplicación configura ámbitos diferentes de gestión basados en los roles de los usuarios y el ámbito territorial de competencia de manera que desde las UCAs se tiene visibilidad sobre los pacientes adscritos a la demarcación correspondiente y permite realizar una explotación de los datos propios. De entre las funciones básicas del programa se encuentra la visualización del recorrido asistencial del paciente, indicando los diferentes centros y servicios usados, las fechas de ingreso y de alta y la tipología de las mismas. La gestión de la lista de espera es otra de las funcionalidades destacadas, facilitando la optimización de los recursos y mejorando la calidad en la atención al paciente. Finalmente, el módulo económico, parametrizado por centro y servicio permite agilizar la gestión económico-administrativa de la actividad concertada.

PALABRAS CLAVE

Sistemas de información, gestión.

Utilidad de la escala de impresión clínica global-gravedad en las adicciones

DÍAZ MESA, E.M.; BOBES, M.T.; FLÓREZ, G.; TERÁN, A.; GUARDIA, J.; CARREÑO, E.; RUBIN; OCHOA, E.; PEREIRO, C.; SÁIZ, P; GARCÍA-PORTILLO, P.

Universidad de Oviedo

Enviar correspondencia a:
evamdm@oviedo.es; evamaria.diazmesa@asturias.es

OBJETIVO

Identificar las variables relacionadas con el nivel de gravedad en los pacientes con dependencia de sustancias incluidos en el estudio de adaptación y validación del Addiction Severity Index versión 6 (ASI-6).

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño. Estudio multicéntrico, observacional y longitudinal prospectivo de 6 meses de seguimiento. Pacientes. Actualmente están incluidos 77 pacientes con diagnóstico de dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en tratamiento ambulatorio en ocho centros de España, quienes dieron su consentimiento informado. Evaluación. ASI-6, escala de Impresión Clínica Global de Gravedad (ICGG) y de Cambio (ICGC) (de 1= normal/mucho mejor a 7= muy grave/mucho peor), tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento. La ICGG ha sido recodificada en tres niveles (leve –valores 1, 2 y 3-, moderado –valor 4 y 5- y grave –valores 6 y 7-). Las evaluaciones se realizan en la visita basal, al mes, y a los tres y seis meses. Análisis estadístico. No se cumple el supuesto de normalidad para la ICGG ($p < ,05$), por lo que se aplicó la prueba no paramétrica Chi-cuadrado, considerando un nivel de significación estadística $p < ,05$.

RESULTADOS

Los pacientes inestables clínicamente (inicio o cambio de tratamiento por falta de respuesta) fueron considerados graves en mayor proporción que los estables (45% vs 5.9%, $p < ,05$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas según la edad (χ^2 (gl)= 8,39 (4), $p = ,07$), el sexo (χ^2 (gl)= 1,38 (2), $p = ,50$), la situación laboral (χ^2 (gl)= 5,62 (8), $p = ,69$), haber estado en la cárcel o el calabozo (χ^2 (gl)= 5,64 (4), $p = ,23$), haber sido detenido alguna vez (χ^2 (gl)= 4,04 (4), $p = ,40$), el número de drogas de consumo problemático (χ^2 (gl)= 2,44 , $p = ,29$), tener VIH/SIDA (χ^2 (gl)= ,04 (2), $p = ,98$), hepatitis (χ^2 (gl)= ,67 (2), $p = ,71$), cirrosis (χ^2 (gl)= 1,37 (2), $p = ,50$), síntomas depresivos (χ^2 (gl)= 4,20 (4), $p = ,38$) o síntomas de ansiedad (χ^2 (gl)= 6,73 (4), $p = ,15$).

CONCLUSIONES

- (1) Únicamente la estabilidad clínica del paciente se asoció al nivel de gravedad.
- (2) Ni la gravedad laboral, ni la legal, ni la de consumo de sustancia, salud física o salud mental influyeron en el nivel de gravedad asignado por el clínico a estos pacientes.
- (3) La ICGG parece no ser un buen marcador de gravedad para pacientes con diagnóstico de consumo de sustancias.
- (4) Es necesario comparar la validez de la puntuación ICGG, de carácter subjetivo y sin criterios operativos de valoración, con otra más objetiva, como la realizada mediante el ASI-6 actualmente en desarrollo.

Perfil de gravedad de los pacientes en tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias

DÍAZ MESA, E.M.; BOBES, M.T.; FLÓREZ, G.; TERÁN, A.; GUARDIA, J.; CARREÑO, E.; RUBIN; OCHOA, E.; PEREIRO, C.; SÁIZ, P.; GARCÍA-PORTILLO, P.

Universidad de Oviedo

Enviar correspondencia:
evamdm@oviedo.es

OBJETIVOS

Describir el perfil demográfico y clínico de los sujetos incluidos en el estudio de la validación y adaptación del Addiction Severity Index versión 6ª (ASI-6) al español.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño. Estudio multicéntrico, observacional, longitudinal y prospectivo de 6 meses de seguimiento. Pacientes. En el momento actual están incluidos 77 pacientes con diagnóstico de dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en tratamiento en ocho centros de España, quienes dieron su consentimiento informado. Evaluación. ASI-6, escala de Impresión Clínica Global de Gravedad (ICGG) y de Cambio (ICGC) (1= normal/mucho mejor a 7= muy grave/mucho peor), tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento. Las evaluaciones se realizaron en la visita basal, al mes y a los tres y seis meses.

RESULTADOS

El 71,4% hombres, edad media de 39,40 años (DE= 10,75), 54,5% solteros, 45,5% habían cursado estudios básicos y 46,8% estaban en situación de empleo a tiempo completo. El 33,8% tenía hepatitis, 9,1% tuberculosis, 7,8% cirrosis y 6,5% VIH/SIDA. El 41,6% de los casos refirió como sustancia principal de consumo el alcohol seguida de la cocaína (32,5%) y la marihuana (13%). En los últimos 30 días el 31,2% había consumido marihuana, el 35% cocaína y 19,5 heroína. El número medio de sustancias diferentes que han consumido los últimos 30 días es de 5,02 (DE= 1,84). Previamente habían estado a tratamiento una media de 2,58 veces (DE= 3,72). Había estado en la cárcel o el calabozo el 37,7% y el 40,3% había sido detenido en algún momento de su vida. En los últimos 30 días el 40,3% había tomado psicofármacos por otro trastorno diferente al de dependencia o consumo, el 57,1% tuvo problemas de sueño, el 46,8% síntomas depresivos y el 48,1% síntomas de ansiedad. El 32,5% fue considerado con una gravedad moderada, el 22,1% marcada y el 13% grave. La puntuación media de la ICGG es de una gravedad de 3,20 (23,5% moderada, 22,1% marcada y 13% grave).

CONCLUSIONES

El perfil demográfico de los participantes incluidos en el estudio de adaptación y validación del ASI-6 es varón cercano a los 40 años, soltero, con estudios básicos y en situación de empleo. Clínicamente se caracterizan por tener una gravedad marcada, tener al menos un problema de salud física, ser policonsumidores, tener problemas fundamentalmente con el consumo de alcohol, haber recibido tratamiento más de dos veces a lo largo de su vida y recibir psicofármacos por problemas psiquiátricos (p. ej. trastorno del sueño, depresión, ansiedad).

Prevalencia del consumo de tabaco en pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM)

DOMEQUE VALIENTE, N.*; NERÍN DE LA PUERTA, I.; PRIETO ANDRÉS, P.*****

*Unidad de Conductas Adictivas. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

**Unidad de Tabaquismo. Dpto de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

***Servicio de Medicina Preventiva y S. Pública. Hospital Clínico Universitario "Lozano Plesa" Zaragoza

Enviar correspondencia a:

Nieves Domeque Valiente. C/Ramón y Cajal, 68. Zaragoza 50004. ndomeque@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia del consumo de tabaco en pacientes en TMM, la motivación para dejar de fumar, los intentos previos de abandono y la aceptación de intervenciones futuras para el cese del consumo de tabaco. El perfil de estos pacientes se caracteriza por presentar enfermedades crónicas, abuso y/o dependencia de otras drogas y mayor prevalencia de enfermedades mentales que la población general. La dependencia asociada más frecuente es el tabaquismo.

La adicción al tabaco constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo, de prevalencia, realizado de mayo a julio de 2007. La población de estudio son 78 pacientes que llevan más de 6 meses en TMM en comprimidos, con una dispensación mensual o bimensual. Se diseñó un cuestionario donde se recogen características personales, variables relacionadas con el tabaco y otras en relación al TMM. El cuestionario es cumplimentado por el médico, se les explica a los pacientes el objetivo del estudio, se solicita su consentimiento.

RESULTADOS

La prevalencia actual de fumadores es de 84,6% (IC95%: 77%-93%), inferior a la observada al inicio de TMM que era 96,2% ($\chi^2 = 12,18$; g.l 4; $p = 0,016$). Igualmente se observa una disminución en el número de cigarrillos/día en el momento actual (16,0; DE 10,8 cigarrillos) con respecto al inicio del TMM (33,7; DE 15,4 cigarrillos), con una asociación estadísticamente significativa ($t = -10,289$, $gl = 76$; $p < 0,05$). Los pacientes dejarían de fumar por motivos de salud en su mayoría (80,5%). Más de la mitad de los fumadores han realizado algún intento para dejar de fumar (52%) sobre todo las mujeres (62,5%) aunque sin diferencias significativas, con una media de 2 intentos (DE 1,8 intentos). El 82,9% no ha utilizado ningún tratamiento.

El 50% de los fumadores está motivado para dejar de fumar y el 59% está interesado en recibir ayuda.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque la prevalencia del consumo de tabaco es muy superior a la de la población general, hemos constatado una disminución de la misma a lo largo del TMM. El consumo de tabaco debe ser evaluado en todos los pacientes fumadores en TMM. Se debe realizar consejo breve para la cesación del consumo como en población general y se debe ofrecer tratamiento adecuado y específico para dejar de fumar teniendo en cuenta la evolución integral del paciente (comorbilidad psiquiátrica, otros consumos de drogas..).

La prevención inespecífica de las drogodependencias desde el ayuntamiento de Valencia: la escuela de padres

DURÁN GERVILLA, A.*; BUENO CAÑIGRAL, F.J.**

(*) Psicólogo. Responsable del Área Familiar.

(**) Médico. Jefe de Servicio de Drogodependencias.

Enviar correspondencia a:

Agustín Durán Gervilla. Avenida Navarro Reverter, 17, bajo, 46004 -Valencia. aduran@valencia.es

INTRODUCCIÓN

En 1983 se inició en el Plan Municipal de Drogodependencias el trabajo con los padres de los drogodependientes que acudían a tratamiento. Las actividades informativas y asistenciales con los padres y sus propuestas ("si esto lo hubiéramos sabido antes"), sirvieron para elaborar un nuevo programa de prevención: La Escuela de Padres, enmarcado en:

- La prevención inespecífica de las drogodependencias.
- La educación para la salud y la calidad de vida.

MÉTODO

Se ofrece a los padres información, asesoramiento y conocimientos básicos sobre temas relacionados con la educación y formación de sus hijos, facilitando más recursos educativos y promoviendo el intercambio enriquecedor de experiencias entre los padres asistentes.

Se realiza en doce sesiones, de hora y media de duración, en los Centros Educativos que lo solicitan, en horario elegido por los padres.

MATERIAL

Son los siguientes: Póster y trípticos divulgativos; Carpeta de inicio del Curso para los asistentes; Diploma de asistencia; Manual Didáctico para la Escuela de Padres. Libro base para impartir las clases y manual de consulta para los padres (que se le entrega al finalizar el Curso); Libro del Profesor: Para impartir las clases los docentes; Boletines Informativos de la Escuela de Padres; Libros editados de la Escuela de Padres.

RESULTADOS

Los trece años de actividad se resumen en los siguientes datos: 1) Cursos impartidos 221: 165 de Primer nivel; 56 de Segundo nivel. 2) Padres asistentes 6.081: 5.005 al Primer nivel; 1.076 al Segundo nivel.

Evaluación General:

-Valoración del Interés de los Contenidos del Curso:

Ninguno 0% Poco 2% Bastante 35% Mucho 63%

-Valoración de la Utilidad del Curso:

Nada 0% Poco 3% Bastante 50% Mucho 47%

-Valoración de la Aportación de Aspectos Teóricos:

Nada 0% Pocos 8% Bastantes 55% Muchos 37%

-Valoración de la Aportación de Aspectos Prácticos:

Nada 2% Pocos 15% Bastantes 51% Muchos 32%

-Valoración del Cumplimiento de las Expectativas con las que acudieron:

Nada 0% Poca 2% Bastante 60% Mucha 38%

DISCUSIÓN

La Escuela de Padres es un programa útil, consolidado, acreditado y premiado. Nos anima a continuar la labor preventiva la creciente demanda anual de Cursos y las frases de los padres, expuestas en el cuestionario de evaluación y en el acto de entrega de diplomas y manuales didácticos, que se realiza al finalizar los cursos en el Salón de Plenos del Ayuntamiento de Valencia.

“El curso me sirvió para saber cuando y donde uno debe de estar, poner los límites; me sirvió para aprender como uno tiene que educar a nuestros hijos... yo estoy contento porque aprendí mucho”.

“Pienso que deberían impartir estos cursos en todos los Colegios”.

“Estoy muy contenta por el curso y por los profesionales que lo han impartido”.

“Agradecer a las personas que hacen posible este proyecto y a quienes lo transmiten”.

Estas opiniones nos impulsa al PMD a continuar con estos Cursos.

Programa de atención especializada al alcoholismo femenino

ESPARCIA MORENO, M.; CELORRIO BUSTILLO, M.L.

Unidad de Conductas Adictivas de Albacete

El estudio del alcoholismo femenino interesa por la evidencia de su incremento en estas últimas décadas. Baste como ejemplo señalar el dato que aporta el profesor Alonso Fernández sobre la relación de alcoholismo entre hombre y mujer que años atrás se comportaba en una proporción de 7-1 y en la actualidad se ha modificado en España con 4-1, cifras que tienden a igualarse cada vez más.

Por otra parte la Atención Especializada que necesita el alcoholismo femenino se basa en la evidencia de una mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social de la mujer. Además de la magnitud de los problemas que giran en torno a ella.

Por todo esto, proponemos un Programa Asistencial Específico de Alcohol para Mujeres que contemple además de todos los aspectos rehabilitadores necesarios que se trabajan en una intervención individual; una intervención paralela igual de importante, con la formación de un grupo de deshabituación de alcohol para mujeres, ya que opinamos que la homogeneidad de género facilita la comprensión y abordaje de aspectos como por ejemplo: abusos sexuales, malos tratos, percepción social, recaídas, relaciones con los hijos, etc.

Nuestro programa de deshabituación en grupo está diseñado atendiendo a aquellos aspectos que creemos con más peso en el alcoholismo femenino.

Por último o en definitiva en nuestra Unidad de C. A., creemos que la mejor y adecuada respuesta asistencial alcoholismo femenino debe contemplar las diferencias "específicas necesarias".

Nuestra propuesta asistencial consistió en la formación de este grupo de deshabituación de alcohol, para las pacientes que se encontraban en tratamiento en la UCA.

Durante los primeros 3 meses del año 2007 se fue preguntando a las pacientes, si preferían participar en un grupo mixto o en un grupo formado solo por mujeres.

La mayoría de las pacientes contestó que prefería que el grupo de deshabituación fuera exclusivamente de mujeres.

El grupo se formó con 11 pacientes.

El programa se diseñó atendiendo a los aspectos que nos parecían más relevantes en el tratamiento de la Dependencia al alcohol.

Las sesiones serían quincenales de hora y media de duración y seguirían una metodología eminentemente práctico-didáctica en cuanto a la información que se aportaba respetando siempre un espacio para compartir y aportar experiencias personales.

Las responsables del programa y del grupo serían la médico y psicóloga del centro.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

SESIONES

1ª Sesión. Conciencia de enfermedad

Tormenta de ideas sobre las consecuencias negativas del consumo de alcohol.

Identificación de la función que para cada uno tenía el consumo de alcohol.

Cambios positivos en la Abstinencia.

- 2ª Sesión. Términos relacionados con el Alcoholismo Abuso y dependencia
Dependencia física
Dependencia psicológica
Síndrome de abstinencia
Tolerancia
Deseo
- 3ª Sesión. Aspectos Médicos del Alcohol
¿Qué ocurre al beber alcohol en nuestro organismo?
Tabla de equivalencias
Patrón de consumo y Tipologías
Vulnerabilidad de la mujer (diferencias funcionales y estructurales)
- 4ª Sesión. Aspectos Psicológicos del consumo de alcohol
Deterioro cognitivo Conducta Autodestructiva
Depresión y Baja autoestima
Dificultades de comunicación
Deterioro de las relaciones con los hijos y/o pareja
Aislamiento
- 5ª Sesión. Factores de Riesgo
Situaciones de maltrato
Abusos sexuales
Carencias Afectivas y Baja Autoestima
Depresión y Ansiedad
Problemas de pareja
- 6ª Sesión. Prevención de Recaídas (1) Pensamientos y Conductas de riesgo
Autocontrol emocional
- 7ª Sesión. Prevención de Recaídas (2) Cambios de estilo de vida
Mantenimiento de la abstinencia
Fomento de la Autoestima
- 8ª Sesión. Prevención de Recaídas (3) Habilidades Sociales
- Asertividad.
 - Habilidades de comunicación
- 9ª Sesión. Sesión de Musicoterapia
- 10ª Sesión. Sesión con Familiares

¿Existe un punto de vista convergente ante el botellón?

ESPEJO TORT, B.*; NAVARRO LATORRE, C.; MARCO PUCHE, C.***; CORTÉS TOMÁS, M.T.*; MESTRE ESCRIVÁ**

* Facultad de Psicología, Profesora Titular Universidad

** Facultad de Psicología, Prácticum Psicología

*** Facultad de Psicología, Doctoranda de Psicología

**** Facultad de Psicología, Catedrática

Enviar correspondencia a:

M^a Teresa Cortés Tomás. Facultad de Psicología. Avda Blasco Ibáñez, 21.

Con el término “Botellón” se conoce popularmente una conducta, asociada a la gente joven, que ha ido generalizándose por toda España desde finales del siglo XX. Sin embargo, pese a su impacto social –ruido, suciedad...–, no existe una definición del mismo compartida por todos, aspecto fundamental para poder consensuar las actuaciones dirigidas a paliar su incidencia.

Incluso los investigadores en el tema defienden diferentes perspectivas (Aguilera, 2002a,b; Alternativa joven, 2006a,b; Baigorri, Fernández y GIESyT, 2004; Elzo, Laespada y Pallarés, 2003; Sánchez, 2001), aunque han cobrado mayor relevancia las características que lo identifican con una reunión de jóvenes, de 16-24 años, en espacios públicos, con el doble objetivo de beber y hablar.

Pero ¿qué otras definiciones existen?, ¿influye el realizar o no esta práctica?, ¿influye la cantidad de alcohol ingerida?, ¿en qué se diferencian los conceptos de jóvenes e investigadores?

Para responder a estas cuestiones se analizan algunos de los datos recogidos en una investigación realizada desde la Universidad de Valencia, financiada por el Plan Nacional sobre Drogas (2004-2007). El objetivo de esta investigación era conocer este fenómeno desde diferentes grupos implicados -jóvenes, sus padres, policías y prensa- y a diferentes niveles -antecedentes del fenómeno, práctica del mismo y consecuencias derivadas de realizarlo-. Concretamente, se administró un cuestionario a 5944 jóvenes de 14 a 26 años de las ciudades de Alicante, Castellón y Valencia. En éste se recogía información relacionada con su patrón de consumo y ocio, tanto personal como familiar; la práctica del botellón; los motivos y creencias relacionadas con el consumo de alcohol y con el botellón; las consecuencias y dificultades asociadas; su percepción del modo cómo reaccionan sus padres cuando ellos realizan botellón y su punto de vista sobre las alternativas puestas en marcha hasta el momento para limitar esta práctica. En este trabajo se considera la información relacionada con la definición de botellón, y cómo ésta varía en función de realizar o no la conducta y del patrón de ingesta realizado.

Los datos sugieren diferencias, estadísticamente significativas, en la imagen que se tiene de este fenómeno. Los jóvenes que no lo realizan muestran una imagen centrada en las consecuencias negativas derivadas de esta práctica, mientras que los que sí que lo hacen destacan sobre todo los aspectos de organización y puesta en marcha del botellón, minimizando las consecuencias derivadas del mismo. También se aprecian diferencias significativas en función del consumo, siendo los jóvenes que más alcohol ingieren los que asocian con mayor frecuencia el botellón con el consumo de alcohol, independientemente de su vinculación con el ocio y con los amigos.

Asimismo, se aprecian diferencias entre la imagen que muestran los jóvenes y la defendida por la mayoría de profesionales, los cuales suelen identificarlo con una conducta de jóvenes de mayor edad, dándole prioridad a las relaciones interpersonales y minimizando el peso del consumo de alcohol. Estos resultados alertan de la necesidad de ajustar la visión que todos los agentes tienen sobre este fenómeno, de manera que los objetivos planteados frente al mismo vayan en una misma dirección.

Diseño y evaluación de un programa de intervención en abuso de alcohol para población penitenciaria: prueba piloto

FELIU, M.A.; SÁNCHEZ-CARBONELL, X.

FPCEE, Blanquerna. Universitat Ramon LLull.

INTRODUCCIÓN

Una de las consecuencias más importantes del consumo de drogas y alcohol son las conductas delictivas. En los centros penitenciarios se observa un incremento de internos jóvenes que abusan del alcohol sin presentar los criterios diagnósticos de dependencia alcohólica y que no entran en los programas estipulados para dependientes. Para dar respuesta a esta población se diseñó un programa de intervención de tres fases y cuyos objetivos generales son: Tomar conciencia de la problemática del consumo de alcohol; Proporcionar información sobre los efectos biopsicosociales derivados del abuso; Motivar a los sujetos al tratamiento personal; Proporcionar recursos y habilidades para abordar la problemática; Derivar a recursos comunitarios específicos, cuando sea necesario. Por lo tanto, nuestro objetivo es evaluar este programa de intervención de abuso de alcohol para población penitenciaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra: Un grupo de 11 internos del Centre Penitenciari Quatre Camins (CPOC) con historia de abuso de alcohol, pero que no cumplían los criterios diagnósticos de dependencia y que el delito por el que fueron condenados tenía relación con el alcohol. Como un interno abandonó y cuatro obtuvieron la libertad, la muestra final estuvo formada por seis internos (edad media 34'17; desviación típica 11'63).

Instrumentos: 1) Cuestionario sobre los componentes Obsesivo-Compulsivos de la Bebida (Obsesive Compulsive Drinking Scale, OCDS): consta de 14 preguntas sobre las ideas de beber, las interferencias de las mismas, la resistencia y la frecuencia del consumo y la interferencia del consumo en la vida del sujeto. 2) Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA): consta de 12 ítems relacionados con la pérdida de control al beber.

Procedimiento: Se administraron los cuestionarios OCDS y EMCA antes y después de la intervención que se realizó entre enero-junio de 2007.

Análisis de datos: Se calcularon estadísticos descriptivos y se realizó la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon.

RESULTADOS

Los resultados de los cuestionarios pre-post intervención resultaron significativos: En el cuestionario OCDS la media antes del programa fue de 10'83, después de 19'50 ($p=0'027$; prueba de rangos Wilcoxon); En el cuestionario EMCA la media antes del programa fue de 41'67, y después de de 21'50 ($p=0'027$; prueba de rangos Wilcoxon).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de revisar los resultados y compararlos pre-post intervención, comprobamos las diferencias significativas encontradas. En el cuestionario OCDS en la post-intervención aparecen puntuaciones más elevadas, que podrían ser debido al aumento de conciencia de problemática. También se observa que las puntuaciones en la escala EMCA disminuyen significativamente, dando como resultado un nivel de "craving" mucho más controlado y bajo que en la evaluación pre-intervención. Por tanto, futuras líneas de investigación deberían enfocarse hacia la mejora y validación del programa de intervención.

Nuevas adicciones: la vigorexia

FÉLIX ALCÁNTARA, M.P.; LÓPEZ HERNÁNDEZ-ARDIETA, M.; LOSADA, E.; AZCÁRATE, C.; NAVARRO, M.

Grupo EXTER S.A. Centro de Atención Integral a Drogodependientes Este. Agencia Antidroga de la Comunidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCIÓN

En los últimos 10-12 años la presión sociocultural sobre los hombres para lograr un físico ideal ha aumentado exponencialmente. Campañas publicitarias, películas, iconos deportivos e incluso los muñecos muestran cual es la imagen que todos deberíamos tener. En el caso de los hombres, lo que más parece enfatizarse es el desarrollo de la masa muscular.

Hasta hace poco, la presión para lograr un cuerpo perfecto sólo parecían padecerla las mujeres, quizá porque los hombres tenían más recursos psicosociales para hacerles frente (Baile, 2003). Pero ahora es evidente que los hombres están cada vez más preocupados por su imagen corporal, su peso y su forma. Se encuentran insatisfechos con su imagen corporal y deciden tomar medidas al respecto, como ponerse a dieta o apuntarse al gimnasio.

Nos encontramos así ante una epidemia caracterizada por la obsesión con el cuerpo perfecto; donde los trastornos de alimentación y el culto al cuerpo están proliferando de forma importante.

OBJETIVO

Describir un síndrome cuya prevalencia está aumentando exponencialmente en los últimos años: la Vigorexia o Complejo de Adonis

MÉTODO

Para realizar este trabajo hemos realizado una búsqueda bibliográfica, para la cual se han utilizado las siguientes Bases de Datos: Medline, PsycInfo, Cochrane Library Plus (en castellano), OVID, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Índice Médico Español (IME), MEDES: Medicina en Español, ProQuest y Elsevier. Igualmente se realizó una búsqueda guiada con el buscador de internet "Google".

Las palabras clave utilizadas para ello fueron: vigorexia, anorexia inversa, anorexia reversa, complejo de Adonis, dismorfia muscular y, en inglés, bigorexia, reverse anorexia, Adonis Complex, Eating Disorders, y muscle dysmorphia.

RESULTADO

El vigoréxico tipo es un varón obsesionado por verse musculoso, se considera enclenque, se mira frecuentemente al espejo, se pesa varias veces al día, descuida sus actividades sociolaborales, pasa la mayor parte del tiempo en el gimnasio, está a dieta y suele abusar de sustancias dopantes. A pesar de poder constituir una entidad nosológica, a día de hoy la vigorexia se clasifica como una variante del trastorno dismórfico corporal. En su origen se combinan factores biopsicosociales. La intervención idónea es una combinación de fármacos y psicoterapia.

DISCUSIÓN

Muchos hombres no se sienten satisfechos con su imagen corporal y deciden apuntarse al gimnasio y/o hacer dietas. Relacionado con esto poco a poco va aumentando la prevalencia del Complejo de Adonis. No obstante, actualmente hay poca investigación al respecto, con lo cual aún nos queda mucho por conocer acerca de su incidencia, prevalencia, características clínicas, etiología y tratamiento.

REFERENCIAS

Weinberg, R. S. & Gould, D. (1996). *Fundamentos de Psicología del Deporte*.

Alteraciones neuropsicológicas asociadas al V.I.H.

FÉLIX ALCÁNTARA, M.P.; LÓPEZ HERNÁNDEZ-ARDIETA, M.; LOSADA, E.; AZCÁRATE, C.; NAVARRO, M.

Grupo EXTER SA. Centro de Atención Integral a Drogodependientes Este. Agencia Antidroga de la Comunidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCIÓN

Desde que hace 25 años se detectaran los primeros casos de SIDA, se vienen observando consistentemente alteraciones neuropsicológicas en los sujetos que padecían esta enfermedad. La combinación de síntomas cognitivos que caracteriza al SIDA, no se ha descrito en otras enfermedades caracterizadas por la inmunodepresión. En 1987 se estableció el diagnóstico de Complejo Demencia-SIDA (CDS) para dichas alteraciones. Poco después se observó que sujetos seropositivos sintomáticos también presentaban alteraciones cognitivas, aunque más sutiles, y se les asoció la etiqueta de Trastorno Cognitivo Motor Menor (TCMM). Objetivo: En el presente trabajo nos proponemos conocer y describir las alteraciones neuropsicológicas que se asocian a la infección por VIH-1 y al SIDA.

MÉTODO

Hemos realizado una revisión bibliográfica a través de bases de datos científicas (Medline y PsycInfo) utilizando combinaciones de los siguientes términos: "HIV", "AIDS", "Dementia", "Minor cognitive motor disorder", "HIV associated dementia", "cognitive impairment", "cognitive symptoms", "attention deficits", "memory deficits".

RESULTADO

En función de su gravedad y duración se han descrito tres tipos de trastornos cognitivos asociados a la infección por VIH: el "Complejo Demencia-SIDA", el "Trastorno Cognitivo Motor Menor" y el delirium. Nos centraremos en los 2 primeros, pues el delirium, por definición, no es abordable mediante exploraciones neuropsicológicas. En el póster se describen el CDS y el TCMM, aunque podemos adelantar que la principal diferencia entre ambos es el grado de afectación del funcionamiento cotidiano. Aunque en ocasiones puedan superponerse sus síntomas neurólogos, el TCMM y el CDS son manifestaciones independientes de la infección por VIH. Hay autores que barajan una cierta relación entre ambos: ¿son el deterioro leve del TCMM y el severo del CDS la misma entidad expresada en distinto grado?, ¿formas menores de deterioro evolucionarán inevitablemente a peor?. Sin embargo, a día de hoy no se ha conseguido demostrar ninguna relación.

DISCUSIÓN

Los síntomas neuropsicológicos asociados a la infección por VIH, son unos de los más temidos de esta infección, ya que suponen una amenaza de pérdida de control personal y de independencia.

Muchos individuos con VIH temen estas consecuencias y se vuelven hipervigilantes, monitorizando demasiado su conducta. El estrés que esto supone disminuye su capacidad de concentración, produce olvidos sin importancia, etc. Pero esto puede malinterpretarse como un inicio de demencia, con la angustia que esto puede suponer.

Por este motivo, los sujetos seropositivos, así como sus familias y redes de apoyo pueden beneficiarse mucho de una adecuada información y consejo en relación a la enfermedad.

Por otra parte, la detección precoz de alteraciones cognitivas optimiza el tratamiento y la toma de decisiones. Una adecuada rehabilitación neuropsicológica puede mejorar considerablemente el nivel de funcionamiento cotidiano del individuo, así como frenar, en cierta medida, su deterioro.

Estudo do consumo de drogas ilegais nos adolescentes na provincia de Pontevedra

FERNÁNDEZ BARRIO, N.*; GUERREIRO FERREIRA, P.; RODRÍGUEZ CZAPLICKI, Y.***; MARIÑO PADÍN, M.C.******

* EPI do SPAD O Grove

** EPI do Concello de Tui

*** EPI Baixo Ulla-Sar

**** EPI do SPAD Vilagarcía de Arousa.

OBXECTIVOS

Analizar os niveis de consumo de substancias psicoactivas e diversas variables asociadas o seu consumo nunha mostra de adolescentes que cursan estudos en centros educativos dun grupo de concellos da provincia de Pontevedra (A Estrada, Caldas de Reis, Cambados, Catoira, Illa de Arousa, Meis, O Grove, Pontecesures, Pontevedra, Portas, Ribadumia, Sansenxo, Tui, Valga e Vilagarcía de Arousa).

METODOLOXÍA

O estudo realizouse cunha mostra de 3.117 estudantes (curso 2005-06) entre 13 e 18 anos que cursaron 3º e 4º da ESO dos 15 Concellos. Na enquisa avalíanse as seguintes variables: o consumo de substancias psicoactivas ilegais en distintos períodos temporais, existencia doutras persoas no seu contorno que consumen esas substancias e asemade, outras variables pessoais. RESULTADOS: A mostra válida está formada por 3.059 rapaces, 49,4% homes e 50,6% mulleres entre 13 e 18 anos.

Cannabis: O 14,1% da mostra consumiu cannabis no último mes. Este consumo realízase preferentemente con amizades e no lugar de botellón. O 25,6% da mostra sinala que os seus amigos consumen cannabis cando saen xuntos. A razón principal para consumir cannabis é “por pracer e para animarse”, seguido de “para esquecer as preocupacións”.

Outras substancias psicoactivas: O 2,3% da mostra consumiu éxtase ou outras drogas de síntese, 2,8% cocaína, 2,2% alucinóxenos e 1,7% anfetaminas, algunha vez na vida. Nesta mostra destacar en relación ao consumo de éxtase que: os que nunca consumiron teñen un clima familiar máis positivo e unha maior competencia para resolver conflitos; os que teñen un consumo habitual ou ocasional indican unha maior accesibilidade ás substancias, e os que teñen un consumo habitual teñen unha percepción máis positiva do consumo de drogas en xeral.

CONCLUSIÓNS

A importancia de realizar este tipo de estudos coordinadamente entre EPISs ten unha repercusión fundamental na planificación e deseño de futuras intervencións preventivas máis eficaces.

PALABRAS CLAVE

Prevención, Adolescentes, Drogas.

Plan de cuidados de enfermería a un paciente en tratamiento de deshabituación tabáquica en una unidad asistencial de drogodependencias

FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, V.*; FERNÁNDEZ SOBRINO, A.M.**; LÓPEZ CASTRO, J.***

*D.U.E. U.A.D. Monforte de Lemos

**Especialista en Psiquiatría U.A.D. Monforte de Lemos.

***Especialista en Medicina interna. Complejo Hospitalario de Ourense.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo se trata de una entidad nosológica con una causa, una serie de síntomas y signos, una fisiopatología, un diagnóstico, un tratamiento y unos cuidados de enfermería específicos. Como en cualquier paciente, una exhaustiva valoración nos permitirá obtener unos diagnósticos a partir de los cuales se podrá plantear una actitud terapéutica. La importancia del papel de la enfermería en el control y seguimiento de estos pacientes desde una U.A.D. (Unidad Asistencial de Drogodependencias) radica sobre todo en la educación sanitaria encaminada a modificar hábitos de vida poco saludables y que serán complementarios a la terapia de deshabituación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras realizarse la entrevista con distintos profesionales se procede a la valoración de enfermería mediante cuestionario de elaboración propia en base a los 11 patrones funcionales de M. Gordon. Con los resultados obtenidos se realiza el Plan de Cuidados utilizando para ello la taxonomía NNN que relaciona los Diagnósticos de enfermería propuestos por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) con las intervenciones de enfermería, NIC (Nursing Interventions Classification) y los criterios de resultados de la University of Iowa College of Nursing, NOC (Nursing Outcomes Classification) que facilita la labor de evaluación y estandarización del lenguaje para su uso en investigación.

Plan de Cuidados.— Paciente varón de 47 años con estudios universitarios no finalizados. Fumador de 35 paquetes/año que acude por iniciativa propia a la U.A.D. para iniciar tratamiento de deshabituación tabáquica. No AMC. HTA diagnosticada hace 7 años, DM-I desde hace 4 años bien controlada. Psoriasis 2 brotes en 10 años. Sigue dieta hiposódica y controlada por su diabetes. No consume alcohol ni otras sustancias, tampoco café. Medicación. Insulina NPH 14-14-28 y antihipertensivo (el paciente no sabe precisar). FRV: tío materno IAM joven. Buena hidratación (>1,5l). Prótesis dentales fijas hace años, ahora cuidados diarios y revisiones periódicas. Actividad física moderada-baja (camina 2 km / día). Sus actividades de ocio no requieren actividad física (informática). Refiere descansar con normalidad.

Se encuentra satisfecho con la decisión de dejar el tabaco pero demuestra preocupación por si fracasa. Toma la decisión él solo. Vive con mujer e hijos (2), su mujer es fumadora, la anterior recaída fue al fumar tabaco de su mujer. La mayor parte de sus amigos son exfumadores. No cree que su mujer sea un gran apoyo porque ella es fumadora y no tiene intención de dejarlo.

Diagnósticos de enfermería.— 1. Conocimientos deficientes: plan terapéutico r/c falta de información específica m/p verbalización del paciente.; 2. Riesgo de baja autoestima situacional r/c posible recaída.; 3. Sedentarismo r/c carencia de motivación m/p baja forma física y elección de actividades que no requieren ejercicio físico; 4. Conductas generadoras de salud: inicio tratamiento deshabituación tabáquica r/c deseos de aumentar bienestar m/p expresión del paciente de mayor control de prácticas saludables; 5. Riesgo de intolerancia a la actividad r/c mala forma física; 6. Afrontamiento familiar comprometido r/c situación desfavorable de la persona de referencia para brindar apoyo m/p apreciación del paciente sobre respuesta insuficiente de su mujer que también fuma.

Diagnóstico de patología dual: de los centros de tratamiento ambulatorio a las comunidades terapéuticas

FERNÁNDEZ, F.*; GUTIÉRREZ, J.; BILBAO, I.***; LOZANO, Ó.****; GONZÁLEZ, F*******

* Fundación para la Atención e Incorporación Social (FADAIS). Técnico del área de Personas Usuarias y Sistema de Información

** FADAIS. Directora del área de Personas Usuarias y Sistema de Información

*** FADAIS. Responsable de Unidad de Estudios y Análisis

**** Profesor en la Facultad de Psicología de la Universidad de Huelva

***** Psiquiatra

La patología dual engloba una serie de casos en los que coexiste un trastorno por uso de drogas junto a una alteración de tipo psiquiátrico (Baena y López, 2006).

La presencia de trastornos psiquiátricos en consumidores de drogas se asocia a un peor funcionamiento laboral, y la aparición de problemas socio-familiares (Drake y Brunette, 1998). En relación al abordaje terapéutico, distintos estudios coinciden en señalar que los pacientes duales tienen un peor pronóstico terapéutico (Herbeck et al., 2006), una menor adherencia al tratamiento (Fernández-Montalvo et al., 2004), demandan más servicios asistenciales (Charney et al., 2005) y presentan mayores tasas de mortalidad que consumidores de drogas sin comorbilidad (Fridell y Hesse, 2006).

El correcto abordaje de estos pacientes dentro de los recursos de drogodependencias implica, en primer lugar, que se realice dicho diagnóstico. Dentro de la Red Andaluza de Drogodependencias, los Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA) informan, a través del protocolo de derivación, de la existencia o no de comorbilidad en aquellos pacientes que derivan a Comunidad Terapéutica (CT), mientras que estas últimas lo hacen al tramitar el informe de alta.

Este trabajo pretende establecer las diferencias existentes, tanto cualitativas como cuantitativas, entre el diagnóstico realizado por el CTA que deriva al paciente y la CT que lo acoge.

Los datos que se presentan han sido extraídos del Sistema de Información del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (siPASDA). La muestra seleccionada ha sido la de pacientes dados de alta en las Comunidades Terapéuticas de la red andaluza de drogodependencias durante el año 2007 (N=1087).

Los resultados muestran que los CTA realizaron menos diagnósticos de trastornos psiquiátricos asociados a trastornos por consumo de sustancias (14%) que las CT (23%). Además, se aprecian diferencias en el tipo de trastorno diagnosticado. Los CTA detectan una mayor presencia de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, y de trastornos del estado de ánimo, mientras que las CT diagnostican mayor número de trastornos de ansiedad y de personalidad.

Duloxetina en el tratamiento de pacientes con depresión y alcoholismo

FERNÁNDEZ, T.*; BATLLE, E.*; GIRONÈS, V.; MARTÍNEZ, J.**; RIVAS, I.***; ROMERO, C.*****

(*) Hospital de Mataró, Servicio de Psiquiatría, Centre d'Atenció a les Drogodependències, Mataró

(**) Hospital de Calella, Unitat d'Alcoholisme i Toxicomanies, Calella

(***) Centre Delta, Badalona

Enviar correspondencia a:

T. Fernández Grané. Hospital de Mataró, Centre d'Atenció a les Drogodependències. St. Pelegrí, 3. 08301 Mataró. Tel.: 937582806.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con patología dual presentan peor evolución clínica y una menor adherencia terapéutica. Diversos estudios muestran la eficacia de fármacos antidepresivos –particularmente ISRS– en pacientes con patología dual, especialmente cuando el paciente presenta un trastorno depresivo y abuso o dependencia de alcohol. Duloxetina es un fármaco inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina, que se diferencia de otros antidepresivos por su acción equilibrada sobre ambos sistemas neurotransmisores y su baja incidencia de efectos adversos en comparación con otros antidepresivos duales. Así, duloxetina podría ser eficaz en el tratamiento de pacientes que presentan alcoholismo y trastornos depresivos, con dificultades en el seguimiento y cumplimiento terapéutico.

OBJETIVOS

El propósito de éste estudio observacional es valorar la eficacia y seguridad de duloxetina en el tratamiento de pacientes depresión y abuso o dependencia de alcohol comórbido. También es objeto de evaluación el efecto de duloxetina en el craving y consumo de alcohol.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico, preliminar, observacional, en pacientes ambulatorios con criterios DSM-IV-TR para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico o trastorno adaptativo, diagnosticados también de abuso o dependencia de alcohol, que reciben tratamiento con duloxetina durante 12 semanas. Se analizan datos demográficos y clínicos mediante escalas (Escala de depresión de Hamilton, EEAG), así como niveles de craving y de frecuencia de consumo de alcohol.

RESULTADOS

Los resultados muestran una reducción en los síntomas de depresión, así como una reducción en los niveles de craving y la frecuencia de consumo de alcohol. Se obtiene información de 40 pacientes, 32,5% mujeres y 67,5% hombres, con una edad media de 45,9 años (rango 19 a 72 años). Todos los sujetos completan el seguimiento durante 12 semanas. Todos los pacientes son diagnosticados de abuso o dependencia de alcohol, así como de trastorno depresivo (72,5% trastornos depresivos mayores, 20% trastorno distímico, 7,5% trastorno adaptativo). La dosis diaria media de duloxetina fue 60 mg a las 4 semanas, 70,5 mg a las 8 semanas y 74,2 mg a las 12 semanas (rango 60 a 120 mg). Se observa una disminución en las puntuaciones medias de la escala de depresión de Hamilton (de 19,5 basal a 8,1 a las 12 semanas, $p=0,000$). Los niveles medios de craving, autorreferidos por los pacientes, muestran una disminución gradual durante el seguimiento (de 6,9 basal a 3,1 a las 12 semanas, $p=0,000$). La frecuencia de consumo de la sustancia principal disminuye en todos los controles, aumentando gradualmente el porcentaje de no consumidores (de 5% basal a 57,5% a las 12 semanas, $p<0,05$).

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que duloxetina puede ser un fármaco efectivo y bien tolerado en el tratamiento de pacientes deprimidos con abuso o dependencia del alcohol comórbido.

¿Ya tienes plan?, el nuevo enlace de la página web del Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) del Ayuntamiento de Valencia

FERRER MORA, L.*; BUENO CAÑIGRAL, F.J.**

* Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)

** Ayuntamiento de Valencia. Concejalía de Sanidad y Consumo. Plan Municipal de Drogodependencias (PMD)

Enviar correspondencia a:

Laura Ferrer Mora. Plaza Alquería Nova, 12-33. 46950 – Valencia. info@yatienesplan.es

INTRODUCCIÓN

Los jóvenes utilizan cada vez más las nuevas tecnologías como forma de relacionarse, de aprender y de divertirse. Internet, las consolas, el teléfono móvil, o los MP4 se han convertido en un estilo de vida, con el que se identifica la generación actual de jóvenes. La mayoría de usuarios adolescentes de internet optan por su faceta lúdica, pero también muchos de ellos, hacen un uso académico de la red. Internet se convierte así en el principal medio para obtener información que les asesore en muchos temas tales como los estudios, la búsqueda de empleo, o las actividades de ocio y tiempo libre (conciertos, estrenos de cine,...). Ante esta realidad, el Plan Municipal de Drogodependencias (PMD) de la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, en colaboración con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), ha creado un nuevo enlace para su página web, llamado “¿YA TIENES PLAN?”. Se crea con el propósito de que se consolide como canal informativo, donde expresar dudas, sugerencias y/o críticas relacionadas con la educación para la salud en general, y con la prevención de las drogodependencias, en particular.

Objetivo general. Informar, ofrecer apoyo técnico y promover la participación activa y la implicación de todos los profesionales que actúen como agentes de prevención comunitarios y también de quienes son objeto de estas actuaciones preventivas: los estudiantes, de forma que la web se transforme en una pequeña red social en el municipio de Valencia.

Objetivos específicos.

–Estrechar el vínculo entre el ámbito escolar, las asociaciones juveniles y las instituciones.

–Convertir la web “¿YA TIENES PLAN?” en un canal bidireccional de comunicación. Además de ser un espacio en el que se pueda acceder a información actualizada, que sea un lugar donde poder expresarse, y desde el que el usuario haga llegar sus opiniones, dudas y críticas a las instituciones.

–Facilitar la interacción entre alumnos de diferentes colegios e institutos del municipio de Valencia a través de la web, y fomentar mediante actividades preventivas propuestas en ella el debate y la reflexión acerca de temas vitales en la adolescencia.

METODOLOGÍA

Población Destinataria.

–Población escolar: personal docente y alumnos, fundamentalmente de entre 15 y 18 años.

–Mediadores Juveniles.

–Profesionales vinculados con el ámbito de la prevención de las drogodependencias.

Secciones de “¿Ya Tienes Plan?”

–Ámbito Comunitario. “Jornadas sobre Drogodependencias” y “Mediadores Juveniles”

–Ámbito escolar. Programas para alumnos de 3 a 18 años.

–“El Valor de un Cuento”

- “Y tú, ¿qué piensas?”
- “Me llamo Marcos”
- “Y tú, ¿qué sientes?”
- “Cine y Educación en Valores”
- Formación.
- Cuéntanos.
- Encuestas.
- Destacado.

EVALUACIÓN

- Indicadores cuantitativos relacionados con el número de usuarios del servicio.

Características socio biográficas de las mujeres atendidas en la unidad asistencial de alcoholdependencias de La Coruña

GARCÍA CARBALLAL, A.*; GONZÁLEZ VALERIO, N.**

* Psiquiatra, director médico de la unidad de alcoholdependencias de La Coruña

** Psicólogo clínico de la unidad de alcoholdependencias de La Coruña.

Enviar correspondencia a:

Niceto González Valerio, Plaza Laxes de Orro, nº2, 15008. La Coruña. niceto67@yahoo.es.

JUSTIFICACIÓN

La experiencia clínica nos demuestra que a pesar de observarse unos criterios diagnósticos únicos de dependencia y abuso de alcohol respecto al género, en la práctica constatamos que la edad de inicio, pautas de consumo, cantidades ingeridas, situaciones precipitantes de los consumos, psicopatología asociada y en definitiva tanto el pronóstico como la evolución difieren significativamente en función del género.

OBJETIVO GENERAL

Conocer, describir e identificar las características de consumo y sociobiográficas de las mujeres atendidas en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de Diciembre de 2005 en nuestra unidad que expliquen la variabilidad mencionada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descripción de la muestra.
- Valoración de la comorbilidad.
- Factores de riesgo y protección.
- Identificación de subtipos (por edad, hereditarios, etc.).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se utilizó un cuestionario de elaboración propia donde se sistematiza y recoge la información reflejada en la historia clínica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

De un N=96 total, fueron excluidas del estudio 35 pacientes considerados "Retornos" y previsiblemente con peor pronóstico. La muestra del estudio consta de 61 mujeres.

RESULTADOS

Encontramos una edad media de 46,43 años, de naturaleza urbana, ama de casa, trabajadora no cualificada, que presenta abuso de psicotropos (61%) y fumadora (46%). Hija de padre alcohólico en un 57% de los casos. Ha sido diagnosticada y tratado su alcoholismo previamente en un 61% de los casos. Presentan como trastornos inducidos por la sustancia sobre todo trastornos del estado de ánimo (74%), que en un 22% de las pacientes las ha llevado a realizar un intento autolítico. Su pauta de bebida predominante es la de una bebedora solitaria (74%) con problemas en su relación de pareja (79%), habiendo recibido abuso físico-sexual un 26% de ellas. Respecto a las repercusiones analíticas, parece que el mejor predictor de dependencias en mujeres es el VCM (45% de los casos), seguido de GGT (39,50%). En relación al diagnóstico un 74,10% presentan SDA frente a un 25,90 de abuso o consumo perjudicial. Diferenciándose ambos por edad, nivel de estudios y variables laborales.

DISCUSIÓN

No observamos que la edad de las pacientes haya disminuido, sino incluso sube casi 8 años desde nuestro último estudio 1985-1995. ¿Son pacientes de mayor edad o de la misma generación?

Se han observado dos interacciones comórbidas a tener en cuenta:

- a. Asociación entre alcohol y consumo de benzodiazepinas.
- b. Asociación entre trastorno afectivo y alcohol que genera un 22% de intentos autolíticos.

Necesidad de aplicar criterios evaluativos y de detección precoz en pacientes masculinos con descendencia femenina. Necesidad de evaluar siempre en una mujer SDA el maltrato físico-sexual recibido.

Perfil neuropsicológico de adictos a la cocaína

GARCÍA FERNÁNDEZ, G.*; GARCÍA RODRÍGUEZ, O.; ÁLVAREZ CARRILES, J.A.***; SECADES VILLA, R.*;
CARBALLO CRESPO, J.L.*; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.*; AL-HALABÍ DÍAZ, S.*; ERRASTI PÉREZ, J.M.***

* Universidad de Oviedo

** Universidad de Barcelona

***Hospital Central de Asturias

Enviar correspondencia a:

Gloria García Fernández. Unidad Clínica de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n. 33303 Oviedo Uo191596@uniovi.es

El consumo de sustancias a largo plazo puede provocar déficit neuropsicológicos que deben ser evaluados en las primeras fases de tratamiento de drogodependientes, ya que existen evidencias de que estos problemas pueden influir en la retención en el tratamiento y, por tanto, en los resultados del mismo. En este estudio se seleccionó a una muestra de cincuenta pacientes adictos a la cocaína que solicitaron tratamiento en un centro terapéutico de carácter ambulatorio y a veinte sujetos control. Los test neuropsicológicos aplicados fueron el Test de Stroop, Go no Go, Trail Making Test y dos subescalas del Test Barcelona (evocación Categorical de Animales y evocación de palabras que comienzan por la letra /p/). En el grupo de consumidores de cocaína, la aplica-

ción de la batería de pruebas tuvo lugar en la primera semana de tratamiento en la que los pacientes lograron mantenerse abstinentes.

Se presentan los resultados de la exploración neuropsicológica comparando ambos grupos experimentales. Los resultados muestran diferencias significativas en algunas pruebas neuropsicológicas entre los dos grupos comparativos. Se discute la importancia de la evaluación neuropsicológica en pacientes adictos a sustancias y su implicación en la puesta en marcha de programas terapéuticos.

Comorbilidad psicopatológica de adictos a la cocaína en un tratamiento ambulatorio

GARCÍA RODRÍGUEZ, O.*; SECADES VILLA, R.; SÁNCHEZ HERVÁS, E.***; ZACARÉS ROMAGUERA, F.****;
MARTÍN YANEZ, E.*****; CALATAYUD FRANCÉS, M.*****; GARCÍA FERNÁNDEZ, G.**;
FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.****

*Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona

**Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

***Unidad de Conductas Adictivas Catarroja. Dpto 10. Consellería de Sanitat. Valencia

****Facultad de Psicología. Universidad de Valencia

*****Unidad de Cond.

La comorbilidad psicopatológica en población drogodependiente parece ser un hecho cada vez más frecuente, que tiene consecuencias muy importantes para el manejo del paciente y para la evolución de éste en el tratamiento. En este estudio se evaluó la presencia de patología asociada de policonsumidores con adicción principal a la cocaína. Participaron cuatro grupos de adictos a la cocaína que estaban iniciando tratamiento en tres Unidades de Conductas Adictivas de la Consejería de Sanidad de Valencia y en un centro de Proyecto Hombre en Asturias. A todos los pacientes se les aplicó la historia clínica de los centros mencionados, el MAST, el BDI y el SCL-90-R. Las puntuaciones medias en el MAST y en el BDI, confirma la presencia de problemas de consumo de alcohol y de depresión en una parte importante de la muestra. Las puntuaciones en el SCL-90-R (Índice global de severidad e Índice de malestar) indican presencia de sintomatología psicopatológica, sobre todo en las dimensiones de psicoticismo, depresión e ideación paranoide. Los resultados confirman por tanto, la presencia de alteraciones psicopatológicas en el inicio del tratamiento. Se discuten las implicaciones clínicas de estos resultados.

Diagnósticos enfermeros más frecuentes en los pacientes ingresados en la unidad de desintoxicación hospitalaria de A Coruña

GARRIDO FARIÑA, T.*; GARCÍA, R.*; RODRÍGUEZ, B.*

*Enfermera asistencial de Unidad Hospitalización de Psiquiatría de Marítimo de Oza

Enviar correspondencia a:

Teresa Garrido Fariña. Av. de los Caídos, 40, 6º C. 15009 A Coruña.tenijepe@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La unidad de agudos de psiquiatría del Complejo hospitalario Juan Canalejo- Hospital Marítimo de Oza de A Coruña dispone de 31 camas de las que se destinan dos a la atención de pacientes para desintoxicación hospitalaria. Su actividad fundamental es la realización de desintoxicación de pacientes con dependencia física de sustancias- drogas en régimen hospitalario. En el presente trabajo se pretenden identificar los diagnósticos enfermeros más frecuentes en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consultan 81 historias de enfermería registradas en el paquete informático gacela durante el periodo 2005- 2006-2007. De esta muestra se recogen 44 pacientes que reúnen los requisitos con los que queremos trabajar:1- Ingresar de forma voluntaria para desintoxicación hospitalaria.2- Tener elaborado plan de cuidados con diagnósticos enfermeros. (n=44).

RESULTADOS

Diagnósticos enfermeros encontrados y sus porcentajes: Afrontamiento individual ineficaz (75%), Perturbación del sueño (63,6%), Ansiedad (59%), Manejo ineficaz del régimen terapéutico (54,5%), Dolor (13,6%), Riesgo de estreñimiento (11,3%), Riesgo de violencia auto-heterodirigida (9%), Baja autoestima situacional (9%), Alteración proceso familiar (9%), Alteraciones sensorceptivas (6,8%), Déficit de autocuidado baño-higiene (6,8%), Bajo aporte de nutrientes (4,5%), Temor (4,5%), Riesgo déficit actividades recreativas (4,5%), Alteración de desempeño del rol (2,2%), Sufrimiento espiritual (2,2%), Alteración procesos del pensamiento (2,2%), Aislamiento social (2,2%), Déficit de conocimientos (2,2%), Riesgo de infección (2,2%), Hipertermia (2,2%), Riesgo déficit de volumen de líquidos (2,2%)

CONCLUSIONES

De los 22 diagnósticos observados destacan 4 con un porcentaje superior al 50%: Afrontamiento individual ineficaz (75%), Perturbación del sueño (63,6%), Ansiedad (59%), Manejo ineficaz del régimen terapéutico (54,5%).

Al realizar el estudio se observa un 20% de altas voluntarias que abandonan el tratamiento.

CE.RE.DA: Centro de Reducción de Daños para personas usuarias de drogas en situación de inclusión social: la experiencia de MDM en Vigo

GIL RODRÍGUEZ, E.*; LENCE GESTOSO, M.J.; TORRADO SILVA, P.***

* Trabajadora social

** Educadora social. Medicos del Mundo Vigo

Enviar correspondencia a:

Elena Gil Rodríguez. Médicos del Mundo Vigo. Tel.: 986484301/630980081. vigo@medicosdelmundo.org

El CEREDA, está concebido como un Centro de Atención Sociosanitaria para usuarios de drogas, dentro de la filosofía de la Reducción de Daños, donde tiene cabida todas las formas de intervención, destinadas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas, a disminuir la marginalidad dentro de este colectivo favoreciendo su integración, y a la prevención del VIH y otras enfermedades transmisibles. La estrategia de intervención se fundamenta desde una óptica de "bajo umbral", obedeciendo a la filosofía de intervención humanitaria que mueve a MEDICOS DEL MUNDO en todas sus áreas de trabajo.

DESTINATARIOS

Personas con uso problemático de drogas, en grave situación de desarraigo social, que viven en la calle, con alto nivel de cronicidad y exclusión y/o con problemas de salud y con dificultades para acceder a otros recursos. Los usuarios de drogas a quienes se dirige esta intervención son aquellos que utilizan sustancias de un modo multiproblemático, que presentan un perfil de consumo de larga evolución y que han fracasado, reiteradamente, en los intentos de mantener la abstinencia a lo largo de su itinerario terapéutico. Se contempla también el acceso al dispositivo tanto de inyectores como de usuarios que utilizan la vía fumada/inhalada.

Marco geográfico: Vigo

METODOLOGÍA

1. Acercamiento y establecimiento de vínculos a través de 2 dispositivos:
 - Unidad móvil: vehículo acondicionado para intervención socio-sanitaria y equipo profesional a pie.
 - Centro fijo: ubicado estratégicamente, caracterizado por ser centro de encuentro y acogida donde se oferta atención sociosanitaria básica.
2. Baja exigencia: perspectiva de intervención que integra metodológicamente la valoración de las posibilidades de adherencia de los usuarios y el nivel bajo de implicación y esfuerzo que se les exige para beneficiarse de las prestaciones del programa.
3. Reducción de daños: prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas, más que de prevención del uso en sí mismo utilizando para ello la Promoción y Educación para la Salud como forma de procurar cambios en las conductas.

RESULTADOS 2007:

Usuarios/as atendidos/as:

Hombres: nuevos- 252 seguimientos- 132 TOTAL:384

Mujeres: nuevas- 50 seguimientos- 48 TOTAL: 98

Transexuales: nuevos- 4 seguimientos- 3 TOTAL: 7

Total: nuevos: 306 seguimientos: 183 TOTAL: 489

<i>Material preventivo dispensado</i>	<i>Total</i>
Nº jeringuillas recojidas	14346
Nº jeringuillas entregadas	14014
Nº preservativos entregados	6508
Nº entregas de preservativos femeninos	830

<i>Servicios prestados Calor y Café</i>	<i>Total</i>
Nº de usos da Sala	4456
Nº de servicios de afeitado ou aseo personal	1033
Nº de servicios de ducha	1462
Nº de servicios de lavadora	1462
Nº de servicios de perruquería	98

<i>Tipo de atención realizada</i>	<i>Total</i>
Psicológica	146
Sanitaria	570
Social	1937
Talleres	155

Educación de pares

GIL RODRÍGUEZ, E.*; LENCE GESTOSO, M.J.; TORRADO SILVA, P.***

* Trabajadora social

** Educadora social. Médicos del Mundo Vigo

Enviar correspondencia a:

Elena Gil Rodríguez. Médicos del Mundo Vigo. Tel.: 986484301/630980081 vigo@medicosdelmundo.org

Desde el CEREDA (Centro de Reducción de Daño), se elabora una línea de trabajo sobre la metodología de educación de pares, que nos servirá para promocionar la prevención del VIH.

Se planifica un programa de educación sanitaria que consiste en una primera fase de un curso de agentes de salud, y una segunda fase con actividades de prevención realizadas con la colaboración de los Agentes.

OBJETIVO PRINCIPAL

Formar para la educación entre iguales en la prevención de la infección por V.I.H. en población consumidora de drogas por vía inyectada en Vigo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fomentar la adquisición de conocimientos y habilidades que posibiliten modificaciones de actitudes que favorezcan cambios de conducta orientadas a la reducción de daños. Formar a usuarios en estrategias de acercamiento para el trabajo de pares en la prevención del VIH. Capacitar a usuarios para la transmisión de mensajes de salud en la prevención de V.I.H.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde hace años se ha demostrado el éxito de estrategias de educación de pares en la prevención del VIH.

La formación del agente de salud debe darse de una forma eficaz para que tenga éxito: hay que profundizar en la adquisición de conocimientos, habilidades y motivación; el curso lo hemos estructurado en tres bloques: uno, sobre habilidades sociales; dos, un taller de sexo seguro y el tercero de uso seguro de las drogas.

Cuenta cada bloque con cinco sesiones de dos horas, una vez a la semana. Se estructuran las sesiones con un descanso para desayunar y se gratifica económicamente por sesión, ya que es una forma de que se valore la formación que están obteniendo. Se usa una metodología de participación, en la que el material que se va desarrollando conjuntamente en cada sesión, se reúne en un dossier de apoyo para su uso posterior, y que permite el análisis de posibles situaciones planteadas en las sesiones.

En relación a la segunda fase, se diseñaron dos líneas de trabajo participativo: por un lado, se siguió la formación continua de los Agentes a partir de las inquietudes que plasmaron en la evaluación final del curso, y por el otro lado, se diseñaron actividades en las que participaban como Agentes de Salud. Se realizó un curso de formación sobre el VIH y dos actividades de información.

RESULTADOS

1ª FASE:

Curso Agentes de Salud: 6hombres, 4mujeres, TOTAL:10

Sesiones Seguimiento: 1hombre, 2mujeres, TOTAL: 3

2ª FASE: Campaña Endúlzate: 27hombres, 6mujeres, TOTAL: 33

Curso sobre el VIH: 8hombres, 4mujeres, TOTAL: 12

Ciclo de Cine y VIH: 12hombres, 9mujeres, TOTAL: 21

Abstinencia de alcohol y calidad de vida en pacientes varones en tratamiento en una unidad de alcoholismo

GÓMEZ BEN, B.

Unidad tratamiento alcoholismo. ASVIDAL. Vigo

OBJETIVOS

Se pretende comprobar si la abstinencia de alcohol produce mejoría en la Calidad de Vida en aquellos varones que inician tratamiento en una Unidad de Alcoholismo; al mismo tiempo, comprobar si la abstinencia se asocia con mejoría en la psicopatología ansioso-depresiva.

MATERIAL Y METODOS

Estudio de intervención con comparación pre-poste test tras un seguimiento de tres meses.

Participan en el estudio 30 pacientes varones con una edad media de 45 años y que iniciaron tratamiento en el mismo mes. Al inicio del tratamiento, todos los sujetos están bebiendo una media de 78,2 UBES semanales. Se aplican los siguientes instrumentos de medida:

- SF-36: Instrumento para evaluar la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS).
- BDI-II: Inventario de Depresión de Back, segunda edición.
- STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.

RESULTADOS

El estudio se completó con 24 pacientes, los 6 restantes abandonaron antes de los tres meses.

-Los pacientes que inician tratamiento de alcoholismo muestran un Estado de Salud y una Calidad de Vida bajos.

-Los pacientes que inician tratamiento de alcoholismo presentan una sintomatología ansioso-depresiva elevada, con valores que se consideran patológicos.

-A los tres meses de tratamiento en abstinencia o con consumo esporádicos en algunos casos, existe una clara mejoría tanto en Estado de Salud como en Calidad de Vida, llegando incluso a valores considerados "normales" en la población general, siendo espectacular la subida en puntuación sobre todo en el Rol Emocional y Salud Mental.

-A los tres meses de abstinencia o con consumos esporádicos, existe una clara mejoría tanto en síntomas depresivos como en ansiedad-estado, siendo prácticamente estable en ansiedad-rasgo.

DISCUSIÓN

Los datos indican una relación directa entre el consumo de alcohol y la baja puntuación en todas las áreas del SF-36 de Calidad de Vida, así como en Depresión (BDI-II) y Ansiedad (STAI).

Teniendo en cuenta la nula literatura que existe publicada en nuestro país sobre Calidad de Vida y Consumo de Alcohol, tenemos que afirmar que los resultados concuerdan con los obtenidos en los distintos trabajos publicados en Estados Unidos (Foster; Kalman; Patientee D; Peters J.J; Pickand A. S; etc.)

Estudio descriptivo del primer año de funcionamiento de una Unidad de Patología Dual

GONZÁLEZ IRIZAR, O.; POMBO CHORTO, S.; ARRANZ GARCÍA, S.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, N.; TORRENTE GUTIÉRREZ, B.; NIUBÓ DE CASTRO, I.; PEÑA ROCA, J.M.

Unidad de Patología Dual. Institut Pere Mata (Reus)

Enviar correspondencia a:

Olga González Irizar. Ctra. de l' Institut Pere Mata, s/n. 43206 Reus (Tarragona). olgagonzalez74@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Tras la creación de una Unidad de Patología Dual (UPD) en el Institut Pere Mata, se deciden estudiar los ingresos realizados durante el primer año de funcionamiento.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es conocer el perfil de paciente que ingresa en nuestra unidad, obteniendo las variables sociodemográficas y las características clínicas del ingreso.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados en la UPD durante el año 2007. La muestra del estudio consta de 155 pacientes, de los cuales obtenemos variables sociodemográficas (edad, sexo), la estancia media y el diagnóstico al alta (basada en la clasificación CIE-10).

RESULTADOS

Se incluyen 155 pacientes, de los cuales el 67'7% (105) son hombres y el 25'8% (40) son mujeres, con una edad media de 38'14 años. La estancia media es de 12'32 días y se han realizado once reingresos. Respecto al alta, los diagnósticos de trastorno por uso de sustancias más frecuentes son la dependencia de alcohol (72), seguido de la dependencia de cocaína (36). En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos comórbidos, el diagnóstico más frecuente es el de Trastorno de personalidad (81) y el de Trastornos afectivos (38).

CONCLUSIONES

- Durante el inicio de la actividad de nuestra unidad, hemos encontrado dificultades para prolongar los ingresos. Las características de ser una unidad cerrada, inciden en que los pacientes soliciten el alta antes de finalizar el proyecto.
- No se realizan ingresos de episodios psicóticos descompensados, debido a que no existen posibilidades de contención.

Influencia del consumo de tóxicos en los déficits atencionales de pacientes esquizofrénicos

GONZÁLEZ IRIZAR, O.*; VALERO OYARZÁBAL, J.; ARRANZ GARCÍA, S.*; PEÑA ROCA, J.M.**;
LABAD ALQUÉZAR, A.****

* Unidad de Agudos. Institut Pere Mata (Reus)

** Institut Pere Mata. Unidad de Psiquiatria. Facultat Medicina Universitat Rovira i Virgili (Reus)

Enviar correspondencia a:

Olga González Irizar. Ctra. de l' Institut Pere Mata, s/n. 43206 Reus

INTRODUCCIÓN

Dentro de la teoría de la disimetría cognitiva de la esquizofrenia, los déficits de atención son nucleares. Por otro lado, cada vez son más abundantes los datos de consumo de tóxicos antes, durante o después de un cuadro de esquizofrenia¹. Existen pocos estudios sobre el papel que pueden jugar los tóxicos sobre los déficits atencionales en la esquizofrenia².

OBJETIVOS

- Analizar si hay diferencias en los resultados obtenidos en las pruebas neuropsicológicas que evalúan la atención en pacientes esquizofrénicos consumidores y no consumidores de tóxicos.
- Establecer si lo anterior guarda relación o no con la clínica.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo sobre 91 pacientes esquizofrénicos ingresados en la unidad de Agudos del Institut Pere Mata que realizaron una batería neuropsicológica³ que incluyó pruebas de atención. Los datos sobre el consumo de tóxicos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes y de la información aportada por él mismo y por sus familiares. La estadística se realiza con SPSS v. 13.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Se ha observado que los pacientes esquizofrénicos con historia de consumo de tóxicos presentan mejores niveles de atención que los no consumidores.
- No se han observado inicialmente correlaciones con la sintomatología clínica.

REFERENCIAS

1. Thirthalli J, Benegal V. Psychosis among substance users. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 May; 19(3):239-45.
2. Pencer A, Addington J. Substance use and cognition in early psychosis. *J Psychiatry Neurosci*. 2003 Jan; 28(1):48-54.
3. Mulet B et al. Sustained and selective attention deficits as vulnerability markers to psychosis. *European Psychiatry* 22 (2007) 171-176.

Programa de prevención indicada para consumidores de cannabis

GONZÁLEZ PÉREZ, J.L.

Psicólogo clínico, jefe de sección. Unidad Asistencial de Drogodependencias de Pontevedra

Enviar correspondencia a:

Juan Luis González. Unidad de Día. C/ Sor Lucía, 2 2º. 36001 Pontevedra. E-mail: j.gonzalez@correo.cop.es

INTRODUCCIÓN

El programa va dirigido a jóvenes menores de 25 años consumidores de cannabis. Con esta acción se pretende reducir la probabilidad de que el uso de cannabis se vuelva interfiriente, se agrave, se complique o evolucione hacia la cronicación.

MATERIAL

Folleto informativo en los centros escolares, en las instituciones donde participan jóvenes y en los escenarios de ocio nocturno.

Folleto informativo para padres y madres en los centros escolares.

Un despacho para sesiones individuales y familiares.

Un aula grupal con capacidad para 15 personas.

Un programa estructurado con fichas, registros y tareas.

MÉTODO

Difusión comunitaria permanente.

Evaluación del patrón de consumo, de las circunstancias, de la interferencia y del estadio de cambio.

Plan de acción dependiente de los datos de la evaluación. Intervención individual no superior a los dos meses. Formato grupal opcional no superior a las 2-3 sesiones.

RESULTADOS

Período de evaluación: 2007. Un total de 17 casos, la mayoría varones (88%), con una edad media de 21 años. La fuente de entrada principal fue la difusión general (53%). En la mitad de los casos acudieron el usuario y su familia, en una cuarta parte sólo el usuario y en la otra cuarta parte sólo la familia. El número medio de sesiones por caso fue de 3,5. El motivo de salida más frecuente fue Fin de Demanda (88%), el estadio de cambio mayoritario fue el de Precontemplación (82%) y el 44,4% de éstos pasó durante su estancia en el programa al estadio de Preparación/Acción.

DISCUSIÓN

La difusión del programa a la población general ha de constituir un esfuerzo permanente de primer orden. El hecho de que el escenario en el que se imparte el programa se realice en una ubicación física separada del Servicio Asistencial de Drogodependencias ha constituido un factor crucial para la buena aceptación del programa. Lo más frecuente ha sido la entrada al programa en estadio de precontemplación, bien porque la familia se lo exige, bien porque acude la familia sola. En casi la mitad de los casos que se hallaban en esta circunstancia se ha producido un cambio efectivo de estadio, lo cual exige incrementar el esfuerzo en la estructuración del módulo para precontemplativos.

Comorbilidad psiquiátrica en el eje I en pacientes ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

GONZÁLEZ SANTOS, M.*; BAJO LEMA, J.; SERRANO CARTÓN, M.M.*; SEGADE RODRÍGUEZ, S.*;
SERRANO CARTÓN, M.C.*; MIGUEL ARIAS, D.*****

* Médico interno residente psiquiatría. Hospital de Conxo- CHUS. Santiago de Compostela

** Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Conxo- CHUS. Santiago de Compostela

*** Médico interno residente psiquiatría. Hospital de Conxo- CHUS. Santiago de Compostela

**** Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. USM Conxo- CHUS. Santiago de Compostela

***** Facultativo especialista de área. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Conxo- CHUS.

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y las drogodependencias es un fenómeno cada vez más prevalente. Sin embargo, debido a que los síntomas de un trastorno enmascaran los del otro, en la actualidad todavía es frecuente que los pacientes atendidos y diagnosticados por un trastorno psiquiátrico no reciban el diagnóstico o tratamiento de trastornos relacionados con sustancias.

Aunque en ocasiones se ha optado por la creación de unidades específicas de patología dual, las UDH se configuran como el dispositivo ideal para el abordaje integral de esta comorbilidad.

En este trabajo analizamos la presencia de patología psiquiátrica en el eje I en los pacientes ingresados en una UDH en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consideraron todos los pacientes ingresados en una UDH entre el 1 de Enero de 1998 y el 31 de Diciembre de 2007 (n=497). La información se recogió mediante un cuestionario elaborado al efecto que incluye variables sociodemográficas, toxicológicas, clínicas y terapéuticas. Los diagnósticos se realizaron según criterios DSM-IV-TR. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

Presentaban patología del eje I el 18,4% de los pacientes ingresados en la UDH. Los más frecuentes corresponden a Trastornos Psicóticos, que se diagnostican en el 5,6% de la muestra total, seguidos de Trastornos Afectivos, que aparecen en un 4,4%. En porcentajes inferiores se detectan: Trastornos inducidos por sustancias (3,6%), Trastornos adaptativos y de ansiedad (2,4%), otros (2,4%).

Dentro de los Trastornos Psicóticos el 3,6% corresponde a Esquizofrenia, 0,4% a Trastorno Delirante y 1,6% otros. De los Trastornos Afectivos el 2,4% son Trastornos Depresivos y el 2% Trastornos Bipolares.

CONCLUSIONES

- Los pacientes drogodependientes presentan una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.
- La patología concomitante del eje I más prevalente corresponde a los Trastornos Psicóticos, seguido de Trastornos Afectivos.
- Con frecuencia estos trastornos constituyen el motivo de ingreso en la UDH.

Intervención breve en adolescentes consumidores de sustancias con patología psiquiátrica comórbida: ¿diferencias en la eficacia en función de la gravedad del consumo?

GOTI ELEJALDE, J.*; DÍAZ HURTADO, R.*; SERRANO PARIENTE, L.*,; GONZÁLEZ RIESCO, L.*;
CALVO ESCALONA, R.*; GUAL SOLÉ, A.**; CASTRO FORNIELES, J.***

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.

** Unidad de Alcoholología. Hospital Clínic de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Javier Goti. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. C/Villarroel 170. 08036 Barcelona. jgoti@clinic.ub.es

INTRODUCCION

El abordaje mediante intervenciones motivacionales breves en adolescentes ha demostrado su eficacia en población no clínica. Sin embargo, la eficacia de este tipo de abordajes en adolescentes con patología psiquiátrica comórbida, un importante grupo de riesgo, no se ha estudiado. Así mismo, interesa saber si una intervención de estas características tiene una eficacia diferente en función de la gravedad del consumo.

MATERIAL Y METODOS

237 adolescentes admitidos de forma consecutiva en un servicio de psiquiatría y psicología infantil y juvenil completaron una evaluación sobre su consumo de sustancias psicoactivas. A los sujetos identificados como consumidores se les ofreció participar en un ensayo clínico en el cual fueron asignados de forma aleatoria a dos posibles grupos: Un grupo experimental en el que recibían una intervención motivacional breve, a la vez que sus padres realizaban una sesión psicoterapéutica individual; y un grupo control. Posteriormente todos los sujetos mantuvieron tratamiento y seguimiento estándar acorde al diagnóstico psiquiátrico. Los participantes completaron cuestionarios estructurados que evaluaban conocimientos, intención de consumo, percepción de riesgo y problemas relacionados con el consumo de sustancias, tanto en la evaluación basal como transcurrido un mes de la intervención. La gravedad del consumo basal se estableció según las puntuaciones en el cuestionario T-ASI.

RESULTADOS

143 sujetos, de 11 a 18 años de edad fueron identificados como consumidores. 17 rechazaron participar en el ensayo. 61 fueron asignados al grupo experimental y 65 al grupo control. Al inicio no se identificaron diferencias significativas entre los grupos en las variables sociodemográficas, diagnóstico psiquiátrico o consumo de sustancias. La prueba de la suma de rangos de Wilcoxon demostró que tanto el grupo control como el experimental presentaron un incremento en sus conocimientos sobre sustancias al final del periodo de estudio, sin identificarse otras diferencias. Dentro del grupo experimental, aquellos sujetos que presentaban un consumo leve de sustancias (n=39), comparados con aquellos en que el consumo era severo (n=22), mostraron un mayor incremento en sus conocimientos, aunque sin diferencias significativas en las puntuaciones en los otros cuestionarios (Intención de uso, Problemas relacionados con el consumo y Percepción de riesgo).

DISCUSION

La intervención motivacional breve generó cambios en los conocimientos sobre sustancias en esta muestra, sin modificarse otros indicadores (intención, percepción de riesgo). Atendiendo a informes previos, exploramos si la eficacia de la intervención difería en función de la gravedad del consumo. Nuestros resultados no identifican diferencias claras aunque sí una tendencia a un mayor beneficio dentro del grupo de jóvenes con consumo menos grave. Estos resultados inciden en la necesidad de desarrollar programas de tratamiento específicos para una población de elevado riesgo como la descrita.

Estudio clínico observacional de pacientes con Patología Dual en tratamiento con Risperidona Depot

GRANADA TOLEDO, M.*; GALDÓN, A.*; FERNÁNDEZ, J.**; CAMPILLO, J.**; IBÁÑEZ, C.***; BAUTISTA, S.***

*DUE. Hospital Comarcal de Hellín.

**Psicólogo/a Clínico/a. Hospital Comarcal de Hellín.

***Psiquiatra. Hospital Comarcal de Hellín.

Enviar correspondencia a:

Granada Toledo. Hospital Comarcal de Hellín. C/ San Juan de Dios, s/n.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Salud Mental del Hospital Comarcal de Hellín está integrada por dos Psiquiatras, dos Psicólogos, dos Enfermeros, una Trabajadora Social y una Auxiliar Administrativo, y da cobertura a una población de aproximadamente 63.000 habitantes, entre el núcleo urbano de Hellín y su comarca. Entre las prestaciones que ofrece el servicio se encuentra la asistencia ambulatoria a adultos y ancianos, un Programa de Tratamiento del Alcoholismo para personas con abuso y dependencia del alcohol, y un Programa de Dispensación de Metadona que comenzó a funcionar de forma pionera hace aproximadamente cuatro años, de manera que somos el único centro hospitalario de la región que ha integrado esta función en su catálogo de prestaciones.

Dichos programas han permitido el acceso a nuestra unidad a una serie de pacientes que en principio acudieron, por sus problemas con el consumo de tóxicos, para integrarse en el servicio de dispensación de metadona o en el programa de alcoholismo, y de los que posteriormente hemos constatado que dichas conductas adictivas eran solamente una parte de sus dificultades más generales, cumpliendo muchos de ellos los criterios para un diagnóstico de Patología Dual.

MATERIAL Y MÉTODO

Comprobar la eficacia de la risperidona depot en el tratamiento de pacientes con patología dual, y concretar en qué áreas del funcionamiento de los pacientes se producen los efectos más significativos, en caso de constatar mejoría.

Hemos realizado un estudio prospectivo, de seis meses de duración, con medidas pre y post, en el que han participado un total de 30 pacientes de nuestra unidad con diagnóstico de Patología Dual. Se han tenido en cuenta datos sociodemográficos (género, edad, situación de empleo/desempleo, incapacidad o minusvalía) y diagnóstico clínico, y se han realizado medidas tanto objetivas como subjetivas: conducta adictiva (tipo de tóxicos, frecuencia, dosis y vías de administración) objetivada mediante analíticas de control de tóxicos, urgencias y/o ingresos hospitalarios psiquiátricos, la experiencia de craving, y situación clínica del paciente (evaluada mediante las escalas ICG-Gravedad e ICG-Cambio).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras seis meses de tratamiento con risperidona depot, se constata en los pacientes tratados mejoría, tanto subjetiva como objetivada mediante diversos indicadores. Se ha producido una reducción del consumo de tóxicos (cocaína, alcohol y cannabis), de la experiencia de craving, de sintomatología ansioso-depresiva y de alteraciones conductuales.

Aspectos clínicos y psicopatológicos en la adicción a cocaína

GUAJARDO SÁINZ, H.*; KUSHNER LANIS, D.**

*Profesor y Director.

**Directora de tratamiento. Unidad de Adicciones Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile y CIAD (Centro de Investigación y Asistencia a las Drogodependencias).

INTRODUCCIÓN

En Chile, la adicción a Cocaína se destaca en las adicciones ya en la década de los años 90, incluso antes de que se produjera un ingreso masivo de esta droga a Europa. En nuestro trabajo clínico nos llamó la atención la presencia frecuente de referencias a la sexualidad en nuestros pacientes con adicción a cocaína. La mayoría de ellos mencionaba con culpabilidad y vergüenza muchos de los episodios relacionados con la sexualidad. Al revisar la literatura encontramos pocas referencias a cambios en la sexualidad de hombres y mujeres consumidores o adictos. Al trabajar la prevención de recaídas a través de los mapas de consumo con nuestros pacientes vimos frecuentes alteraciones en la sexualidad. Observando la complejidad que se daba entre el consumo de cocaína y la sexualidad. Por esta razón nos propusimos estudiar las alteraciones en la sexualidad producidas en nuestros pacientes hombres y mujeres en tratamiento por adicción a cocaína.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó una ficha orientada a detectar problemas y alteraciones en la sexualidad la cual se aplicó a 30 pacientes hombres adictos a cocaína o poli consumidores, con droga residente cocaína. Además se administró una ficha a 30 mujeres de las mismas características. La ficha fue administrada cuando los pacientes llevaban dos meses de tratamiento.

RESULTADOS

Respecto al tiempo de consumo de cocaína los resultados fueron:

–En los hombres se encontró una serie de conductas sexuales disfuncionales que aumentaban en su gravedad en correlación a los años de consumo en forma progresiva:

Aumento del interés sexual inicial.....	100%	Impotencia sexual.....	50%
Masturbaciones prolongadas sin eyaculación	100%	Uso de instrumentos sexuales.....	50%
Acceso a pornografía o Internet	96%	Relaciones con desconocidos	40%
Relaciones sin elección	96%	Uso de sildenafil asociado a cocaína.....	40%
Relaciones frecuentes con prostitutas	90%	Uso de instrumentos sexuales.....	35%
Fantasías sexuales obsesivas.....	90%	Experiencias bisexuales.....	30%
Dificultades de eyaculación	80%	Parafilias (Voyerismo, travestismo, pedofilia).....	15%
Ausencia de placer físico.....	80%		

–En el caso de las mujeres no hay una progresión de la sintomatología. Las conductas tienden a mantenerse y con los años tienden a desaparecer las conductas sexuales.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos nos han permitido describir una curva evolutiva de la conducta sexual en pacientes hombres con adicción a cocaína y en las mujeres describir rasgos y conductas que normalmente no cuentan ni tienen conciencia al ingreso a tratamiento. Los resultados obtenidos nos han permitido utilizarlos como parte importante en las primeras entrevistas motivacionales y desarrollar un trabajo terapéutico para corregir las conductas sexuales. La experiencia terapéutica nos muestra lo complejo de esta etapa dado la complejidad neuroquímica de sensación, recuerdo, experiencia y resultado en la sexualidad del adicto.

Bases teóricas de un modelo integrativo para el tratamiento de las adicciones

GUAJARDO SÁINZ, H.*; KUSHNER LANIS, D.**

*Profesor y Director.

**Directora de tratamiento. Unidad de Adicciones Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile y CIAD (Centro de Investigación y Asistencia a las Drogodependencias).

El campo de la Psicoterapia en el tratamiento de los trastornos mentales se ha caracterizado en los últimos años por la presencia de una diversidad de enfoques. Ninguno ha logrado prevalecer sobre otros. En los últimos 30 años surge un importante movimiento de integración en psicoterapia que ha dado origen a la SEPI (Society for the exploration in Psychotherapy Integration) que cuenta con el Journal of Psychotherapy integration.

El campo de las adicciones también ha visto la proliferación de diferentes enfoques y paradigmas, con permanentes polémicas en torno a formas o enfoques de tratamiento.

Los autores hemos desarrollado un Modelo Integrativo para el tratamiento de las Adicciones el cual desde hace varios años lo estamos utilizando en nuestro trabajo asistencial y docente. Fue publicado en el año 2005 en el Journal of Psychotherapy Integration y en nuestro libro Manual Terapéutico en Adicciones.

Los pilares fundamentales de nuestro enfoque son: asumir el aporte de las variables inespecíficas o factores comunes en el éxito de los tratamientos, incorporar bases epistemológicas de construcción de la realidad en el paciente adicto en torno a un constructivismo moderado y definir un abordaje de la adicción en torno a una personalidad en la que coexisten seis subsistemas o paradigmas (conductual ambiental, biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico) que interactúan y donde cada uno de ellos puede hacer un importante aporte a la hora de abordar el fenómeno adictivo.

El aporte de los factores comunes nos ha permitido desarrollar técnicas relacionadas con la motivación del paciente, la empatía del terapeuta (que en adicciones no es la tradicional descrita por Roger, sino con "distancia operativa" considerando el riesgo de manipulación por parte del adicto) y la relación paciente terapeuta que nos parece central en el éxito de la terapia.

Un segundo eje terapéutico de nuestro modelo es una epistemología constructivista moderada (basándonos en autores como Mahoney, Guidano, Feixas y otros), su construcción de significados y cómo la droga ha dado coherencia a su construcción de realidad.

Finalmente el análisis de cada uno de los paradigmas nos ha llevado a hacer un diagnóstico lo más amplio posible en el paciente en cada una de las áreas de la personalidad. La incorporación de los diferentes paradigmas incluido el biológico nos permite correlacionar los últimos aportes de la tecnología en el estudio de lóbulo prefrontal con los cambios afectivos y cognitivos que experimenta el paciente adicto. En base a las alteraciones detectadas utilizamos diferentes técnicas terapéuticas en cada uno de los subsistemas, dentro de las cuales destacamos la "autobiografía" para resignificar la realidad, trabajo con las emociones, construcción del mapa conceptual del consumo etc. El objetivo de la ponencia es entonces dar a conocer las características de nuestro Modelo en adicciones.

Evaluación del taller de reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y cannabis

HERNÁNDEZ, S.*; SÁNCHEZ, A.; REDONDO, S.***; DE LAS HERAS, D.*****

Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León.

*Becaria

**Técnico Facultativo Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas

***Jefa del Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas

INTRODUCCIÓN

Los accidentes de tráfico son la principal causa de muerte entre los jóvenes. Estos, tienen lugar principalmente durante las noches de los fines de semana. Diferentes estudios valoran la importante influencia del consumo de alcohol y cannabis sobre los accidentes de tráfico. Esto determina la necesidad de actuaciones, para lo que se ha diseñado desde la Red de Planes sobre drogas de Castilla y León, este taller de 3 horas, que se realizan como refuerzo a los programas de prevención escolar del consumo de drogas en los niveles educativos de bachillerato y equivalentes. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una evaluación a través de un análisis comparativo pre-post mediante un cuestionario diseñado Ad hoc y basado en las experiencias previas en el campo, valorando las siguientes variables: información sobre los efectos de las drogas y su relación con la conducción, percepciones del riesgo, prevalencias de conductas de riesgo, intención de repetir las conductas de riesgo, intención de conductas seguras respecto al consumo y la conducción.

Se han realizado contrastes de hipótesis en los que se compara la proporción de respuestas acertadas en el test inicial con la del test final, y se ha comprobado si el aumento en dicha proporción puede considerarse significativo, ya que se realizaron pruebas unilaterales. Se construyó un estadístico de tal forma que la diferencia entre estas dos proporciones tuviera una distribución conocida. Por el Teorema Central del Límite, dado que nuestro tamaño de muestra es suficientemente grande, dicho estadístico converge a una distribución Normal estándar. Se considera que el aumento en proporción de las respuestas acertadas es significativo si el p-valor es menor de 0.05.

RESULTADOS

En total se han desarrollado 19 grupos en los que han participado un total de 404 alumnos (59% mujeres, 41% hombres), el 68% eran menores de edad.

De las 17 preguntas sobre conocimientos y percepción del riesgo, en todas se aprecia un aumento de los porcentajes correctos y en 14 existe significación estadística.

En relación a las conductas de riesgo, antes de haber participado en los talleres, aproximadamente el 50% de los encuestados decían no haber montado en un coche cuyo conductor hubiera consumido alcohol, y un 81% en un coche cuyo conductor estuviese bajo los efectos del cannabis, mientras que el 45% aseguraban haberlo hecho en el caso del alcohol y un 14% en el caso del cannabis. Después del programa, sólo un 1% dicen seguir teniendo intención de montarse en un vehículo con alguien que haya bebido, y un 4% en el caso del cannabis. Existiendo diferencias significativas entre estas proporciones.

En las preguntas sobre las posibilidades de actuar ante la situación de riesgo en la conducción, han aumentado de forma significativa las opciones de no dejar conducir a un amigo que haya bebido y no montarse con él.

DISCUSIÓN

El programa mejora los conocimientos sobre los efectos del alcohol/cannabis sobre la conducción y disminuye la intención de tener conductas de riesgo respecto a este tema.

Terapia de las emociones en trastornos adictivos

KUSHNER LANIS, D.*; GUAJARDO SÁINZ, H.**

*Directora de tratamiento. Unidad de Adicciones Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile y CIAD
(Centro de Investigación y Asistencia a las Drogodependencias)

**Profesor y Director. Unidad de Adicciones Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile y CIAD
(Centro de Investigación y Asistencia a las Drogodependencias)

Con mucha frecuencia observamos que muchos procesos de tratamiento de pacientes con trastornos adictivos no dan importancia al ámbito de los afectos y de las emociones. En especial cuando se tiende a trabajar con técnicas cognitivas o bien en programas de internación en Comunidades Terapéuticas que tienden a privilegiar aspectos conductuales.

Entre los síntomas y manifestaciones más frecuentes en el área afectiva encontramos: alexitimia (puntuaciones altas en el test de Toronto), falta en la capacidad de empatía, baja tolerancia a la frustración, descontrol de impulsos, tendencia a melancolizar y dificultades para experimentar sensaciones placenteras.

Aspectos Biológicos.

El uso masivo de una sustancia adictiva produce desde un punto de vista neurofisiológico una importante activación del sistema límbico y por fenómenos de tolerancia probablemente tiende a aumentar el umbral sensorial a los estímulos afectivos, dañando la capacidad de experimentar afectivamente. Por otra parte la hipo funcionalidad del lóbulo prefrontal descrita recientemente podría generar una falla severa en la capacidad de que las funciones ejecutivas del individuo puedan modular los descontroles emocionales en el paciente adicto.

Trabajo con los afectos.

Resulta esencial que el paciente entienda el proceso de conexión entre sensación, cognición y emoción.

Los pacientes aprenden que otro no me provoca las emociones, es decir que el causante de lo que siento no está fuera de mí. Que soy yo el que pone la emoción de acuerdo a mi interpretación.

A través del trabajo autobiográfico el paciente busca el significado del "imprinting emocional" y en qué espacio hace coherencia el lenguaje emocional con la experiencia de consumo.

El paciente aprende a reconocer sus sensaciones.

Otra técnica de trabajo emocional es el trabajo de duelo con el objeto de consumo el cual se procesa en etapas avanzadas del tratamiento aunque cada paciente tiene su "timing" para trabajarlo.

Otra técnica de trabajo con las emociones es construir el mapa conceptual del consumo que cada paciente debe construir y donde es posible identificar las emociones facilitadoras del consumo.

A través del lenguaje de las sensaciones hemos trabajado una técnica de identificación de posibles recaídas logrando identificar luego de determinadas situaciones claves inductoras que generan emociones que asociadas a cogniciones pueden determinar la generación de nuevos consumos de drogas en el paciente. El paciente es entrenado en detectar los cambios emocionales o de sensaciones e identificar el momento en que se produjo en este momento, al descubrir cuándo se produjo el cambio se produce una desactivación de la emoción y de las claves cognitivas lo que protege de la recaída.

Finalmente a través de la técnica de la autobiografía que el paciente va trabajando desde sus primeros diez años de vida, se logra identificar las experiencias asociadas a las emociones logrando su resignificación.

Perspectivas de futuro en pacientes adictos en edad avanzada

LAGARES ROIBÁS, A.*; GALLEGO MONTES, M.J.; LÓPEZ MELENDRO, A.I.*****

* Médico. CAD San Blas. Instituto de Adicciones Madrid-Salud.

** Terapeuta Ocupacional. CAD San Blas. Instituto de Adicciones Madrid-Salud.

*** Trabajadora Social. CAD San Blas. Instituto de Adicciones Madrid-Salud.

Enviar correspondencia a:

CAD San Blas. c/ Alcalá, 527. 28027 Madrid. lagarsra@munimadrid.es.

INTRODUCCIÓN

El perfil del paciente adicto a sustancias psicoactivas ha experimentado importantes cambios en los últimos tiempos, en parte atribuibles a una combinación de factores o circunstancias.

Por un lado, el cambio de tendencia en la elección de las sustancias a consumir y consecuentemente el patrón de consumo.

La institucionalización progresiva de la asistencia de estos pacientes, ha permitido ofrecer una amplia cobertura que se ha traducido en un mejor diagnóstico y conocimiento de sus adicciones y mayor detección de las mismas.

La oferta de tratamientos profesionalizados ha provocado un acercamiento de esta población a los recursos terapéuticos aumentando la demanda y por ende, permite determinar de forma más exacta la magnitud del problema. A su vez se consiguió mejorar el estado de salud y calidad de vida de estos usuarios.

Esta nueva situación que encontramos, nos permite constatar que los pacientes adictos cada vez presentan mayor edad y hace que nos planteemos cual es su situación en las diferentes áreas que determinan y afectan a su vida. Su análisis y valoración nos hacen reflexionar sobre cuales pueden ser las expectativas de estos pacientes cara al futuro, respuesta que pretendemos ofrecer en el presente trabajo.

DISEÑO

Estudio descriptivo, longitudinal y observacional, de pacientes a tratamiento en el Cad de San Blas.

OBJETIVOS

- Averiguar el perfil del adicto de edad avanzada desde diversas ópticas.
- Detectar las incapacidades orgánicas y/o psíquicas que puedan presentar los individuos a estudio.
- Determinar los grados de minusvalía reconocidos, así como los no reconocidos, que fuesen susceptibles de dicho reconocimiento.
- Analizar el nivel de cobertura de las deficiencias existentes, en las diferentes áreas de la población a estudio.
- Realizar propuestas de futuro acorde a las previsibles necesidades de estos usuarios para dar respuesta a las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

PARTICIPANTES: Serán objeto de inclusión en este estudio todos aquellos pacientes con edad igual o superior a 51 años que reciben tratamiento en el Cad de San Blas y que presenten patología adictiva.

INSTRUMENTOS: Los instrumentos a utilizar para la realización de este estudio, bien como fuente de datos o de elaboración estadística, serán:

- Historias clínicas: SPSS (T. Estadístico)
- Metodología: A partir de los instrumentos reseñados se procederá a la recogida, tabulación, análisis y tratamiento de datos de una serie de variables, que esperamos nos permitan obtener resultados que den respuesta a lo planteado en los objetivos de este estudio.
- Variables a estudio: Demográficas, Adictivas, Sanitarias, Laborales, Etc.

RESULTADOS-CONCLUSIONES

En este apartado –en fase de elaboración– se analiza la muestra (n= 103), teniendo en cuenta todas las variables recogidas, y que esperamos sirvan para hacer propuestas que puedan dar respuesta a los objetivos que en este estudio se plantean.

PALABRAS CLAVE

Adictos. Deficiencias. Futuro. Perspectiva. Recursos. Valoración.

La calidad asistencial en un centro de drogodependencias

LAGARES ROIBÁS, A.*; GALLEGO MONTES, M.J.; MOURÍN LÓPEZ, M.*****

* Médico

** Terapeuta Ocupacional CAD SAN BLAS. INSTITUTO ADICCIONES MADRID SALUD

*** Trabajadora Social. CENTRO CÍVICO OS MALLOS. AYUNTAMIENTO DE A CORUÑA

Enviar correspondencia a:

CAD San Blas. C/ Alcalá, 527. 28027 Madrid. lagarsra@munimadrid.es

INTRODUCCIÓN

Los profesionales que trabajamos en un determinado servicio, es frecuente que nos encontremos con problemas, errores, o dificultades en la realización de nuestro trabajo. El estudio de ese proceso asistencial va a permitir tener la oportunidad de mejorar la CALIDAD de las actuaciones. Pero ¿Qué entendemos por calidad asistencial?

Si recurrimos a un autor tan prestigioso como Donabedian, define la Calidad de la Atención como: “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”.

La mejora de la calidad asistencial se iniciará con la identificación y definición de los problemas y de las oportunidades que van a permitir esa mejora, cuya finalidad será generar una PERCEPCIÓN positiva que el usuario tendrá del proceso asistencial que se le ha ofertado. Esta repercusión positiva deberá ser extensiva a los propios profesionales que intervienen en el proceso.

OBJETIVOS

Con la calidad asistencial se pretende conseguir una serie de objetivos, como:

–Satisfacción del usuario con el proceso asistencial recibido

- Hacer el ejercicio profesional más eficiente.
- Mejorar la competitividad y ayudar a adaptarse mejor a nuevas situaciones.
- Legitimar al profesional ante la sociedad y protegerle frente a las reclamaciones.
- Suponer una ayuda para desarrollar la investigación.
- Etc.

METODOLOGÍA

La metodología a utilizar en los programas de mejora de calidad asistencial en nuestro centro de drogodependencias deberá proponer e instaurar una serie de actuaciones que satisfagan los objetivos esperados por los usuarios, y también los profesionales. Estas medidas inciden sobre:

- Características de la atención a la Demanda-Acogida
- Criterios de valoración. Asignación a programas. Tratamiento.
- Actuación sobre medidas preventivas
- Apoyo a la Integración Socio-Laboral
- Formación Interna. Favorecer la investigación.
- Etc.

EVALUACIÓN

La fase de evaluación es fundamental en cualquier modelo de calidad. Deberá de servir para valorar y mejorar los problemas detectados o actividades desarrolladas, utilizando para ello una serie de indicadores (de estructura, de proceso, de resultado, Satisfacción del usuario y del profesional)

CONCLUSIONES

La instauración de medidas encaminadas a mejorar la calidad de la atención prestada en nuestro centro de drogodependencias, persigue una doble finalidad, de una parte, mantener una oferta asistencial de calidad a nuestros usuarios, a la vez que generar cambios en la percepción de este tipo de centros por parte de la población general para que puedan ser contemplados como recursos normalizados. La segunda finalidad es la de crear un ambiente laboral estimulante que permita el desarrollo y satisfacción profesional en el mayor grado posible.

PALABRAS CLAVE

Asistencia. Calidad. Evaluación. Satisfacción. Usuario.

Utilidad de risperidona depot en pacientes alcohólicos con dificultades en el logro de la abstinencia enólica

LARA GARCÍA, A.*; MONREAL PÉREZ, M.; VENTURA MENEU, I.*; CAMACHO FERRER, I.*;
BELTRÁN VICIANO, M.A.***

* Agencia Valenciana de Salud. Unidad de Alcoholismo de Valencia.

** Agencia Valenciana de Salud.

INTRODUCCIÓN

AMBITO DE ESTUDIO: Estudio longitudinal retrospectivo de 3 meses de seguimiento en contexto Clínico farmacológico (risperidona 25 mg depot)/ IM/ 15 días) en Adicciones (en población alcohólica ambulatoria).

MUESTRA: 26 pacientes que iniciaron tratamiento por alcoholismo en Unidad de Alcoholismo de Valencia (Centro Público referencia para el tratamiento del alcoholismo de la ciudad de Valencia).Edades: 42 años (desviación típica: 8,9); Género: 3/1 hombres/mujeres; Años de evolución de la problemática alcohólica: 16,91 años (desviación típica: 3,96). Duración de las Abstinencias enólicas previas a el inicio de tratamiento: 3,58 meses (desviación típica: 3,96).Fase psicológica del cambio en elmomento del inicio del tratamiento: precontemplación: 8,3%, contemplación: 50%, acción: 16,7%, recaída: 25%. Marcadores biológicos de etilismo: GGT: 67,33 UI (desviación típica: 56,14), VCM hematíe: 91,17 fl (desviación típica: 8,07), CDT: 3,25% (desviación típica: 2,05).

OBJETIVO: Estudiar la utilidad de risperidona depot en el tratamiento del alcoholismo en pacientes con dificultades en el logro de la abstinencia enólica.

MÉTODO

Recogida de variables del estudio: Consumo alcohólico, medido en UBE/ día, mediante la Escala de Recogida sistemática de consumo de alcohol: inicial (ISCAo) y al tercer mes de seguimiento (ISCA1); Craving de alcohol, medido en Escala Analógica visual de craving de alcohol: inicial (EAVo) y al tercer mes de seguimiento (EAV1). 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 aceptar o rechazar la hipótesis nula (no hay diferencias).

RESULTADOS

En primer lugar, se observa un cumplimiento terapéutico al tercer mes del 58, 33% de pacientes. La aceptación de la hipótesis alternativa (hay diferencias), en las variables estudiadas: consumo alcohólico ($p=0,017$) y Craving de alcohol ($p=0,05$).

CONCLUSIONES

Objetivamos utilidad en el tratamiento farmacológico con risperidona depot en pacientes tratamiento por alcoholismo, por reducción del consumo alcohólico diario y disminución de la apetencia de alcohol (craving), en el tercer mes de tratamiento. Con una cumplimentación aceptable del mismo por parte de los pacientes tratados.

REFERENCIAS

Batlle E, A. I.; Fernandez, T; et al. (2004). Patología dual yrisperidona de larga duración: Efectos sobre el Craving y consumo de sustancias. Poster VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao.

Stuyt, E.B.; Sajbel, T.A.; Allen, M.H. (2006). Differing effects of antisycotic medications on substance abuse treatment patients with co-occurring psycotic substance abuse disorders. Am J Addict. M; 15: 166-73.

PALABRAS CLAVE

Risperidona depot. Alcoholismo. Consumo de alcohol. Craving de alcohol.

Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural

LLORET, D.; CARRATALÁ, E.; GARCÍA DEL CASTILLO, J.A.; PEDRO ESPADA, J.; SEGURA, M.; JOSÉ INGLÉS, C.

Instituto de Investigación de Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández de Elche.

El presente trabajo estudia la percepción del adolescente de las características familiares: relación con los padres, relación entre los padres, importancia de las notas y severidad de los padres, y su relación con la tasa de consumo de alcohol y tabaco. Asimismo, se consideran otras variables asociadas y moduladoras del consumo como la percepción normativa respecto al consumo de alcohol y drogas de síntesis, y la intención de consumo de tabaco, de alcohol y de marihuana.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra inicial n=584 jóvenes procedentes de un entorno rural estudiantes de ESO de diferentes Institutos de Educación Secundaria de poblaciones rurales de Alicante, con un rango de edad de 12 a 19 años. Se estratificó una submuestra de alumnos de 3 y 4 de ESO exclusivamente, obteniendo una media de edad de 15,56 años. De esta forma, nos situamos por encima de la edad de inicio para el alcohol y el tabaco (Observatorio Español de Drogodependencias 2006). Para analizar los datos, se agruparon los jóvenes que informaron beber y fumar con regularidad, y aquellos que declararon no hacerlo nunca o casi nunca, y se procedió a la comparación de medias de ambos grupos polarizados. Para la obtención de los resultados, todos los sujetos contestaron una batería de 8 cuestionarios (1.Sociodemográfico 2. Familiar 3.Ocio y tiempo libre 4. Actitudes 5.Consumo 6.Percepción normativa 7. Asertividad y 8. Resistencia a la persuasión), aplicada en entorno escolar durante los meses de febrero y marzo de 2007.

RESULTADOS

Los resultados preliminares indican que no existe relación entre la variable "calidad percibida de la relación entre los padres" y el consumo de alcohol. En la mayoría de casos, y con independencia de los hábitos de consumo, los jóvenes califican la relación entre los padres como buena o muy buena. De igual modo, los jóvenes de ambos grupos manifiestan por igual estar satisfechos con la "relación con sus padres": tanto con el padre como con la madre. Respecto a la "importancia de las notas", los resultados reflejan que los jóvenes perciben que los padres se toman muy en serio los resultados académicos, sin existir diferencias en este aspecto entre los jóvenes consumidores y los no consumidores, es decir, ambos grupos perciben que a sus padres le importan bastante o mucho las notas.

Sin embargo ambos grupos muestran diferencias en la percepción de la "severidad de los padres ante el consumo" de alcohol y tabaco. El grupo de jóvenes consumidores obtienen puntuaciones bajas en la escala de respuesta, al considerar que sus padres se enfadarían un poco si se enteraran que fuman tabaco o beben alcohol, mientras que el grupo de jóvenes que informan no consumir alcohol ni tabaco indican que si sus padres supieran que beben y fuman se enfadarían bastante.

Ocio y consumo de alcohol y tabaco en una muestra de estudiantes de educación secundaria en población rural

LLORET, D.; CARRATALÁ, E.; PEDRO ESPADA, J.; GARCÍA DEL CASTILLO, J.A.; JOSÉ INGLÉS, C.

Instituto de Investigación de Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández de Elche

En el presente trabajo se describen los hábitos de ocio: frecuencia e intensidad del tiempo dedicado a salir de marcha, lugares y actividades preferidas, de una muestra de jóvenes estudiantes de ESO, y se analiza su relación con la tasa de consumo de alcohol y de tabaco, y con la intención de consumo de tabaco, de alcohol y de marihuana. Para ello se tiene en cuenta, el papel modulador de la percepción normativa respecto al consumo de alcohol y drogas de síntesis.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra: de una muestra inicial formada por 584 jóvenes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años. Todos ellos alumnos de primero a cuarto de la ESO, se seleccionó una submuestra de 381 jóvenes con edades comprendidas de los 14 a los 17 años de edad, la media de edad es 14,9, con el fin de homogeneizar el grupo entorno a la variable edad, teniendo en cuenta que entorno a los 14 años se establece la edad de inicio de la mayoría de sustancias legales. Tomando como variables clasificatorias la frecuencia de salir de fiesta y a la duración de las salidas, los sujetos quedaron clasificados en dos grupos equiparados. Se administró una batería de cuestionarios compuesta por 8 categorías 1.Sociodemográfico 2. Familiar 3.Ocio y tiempo libre 4. Actitudes 5.Consumo 6.Percepción normativa 7. Asertividad y 8. Resistencia a la persuasión.

RESULTADOS

Los resultados de los análisis muestran relación directa entre el número de días que dedican a salir y el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. De esta forma el grupo que declara beber y fumar habitualmente informa que sale de marcha todos o casi todos los fines de semana, en cualquier caso no menos de tres al mes y que cada vez que sale, está de media unas siete horas con los amigos. Por otra parte los jóvenes que no fuman ni beben, suelen salir de marcha un par de fines de semana al mes y dedica unas cuatro horas a estar con los amigos cada vez que salen. En referencia a los lugares preferidos, los jóvenes fumadores y bebedores prefieren pasar el tiempo libre en los bares en primer lugar, elegidos por el 62% de la muestra. A 15 puntos porcentuales le sigue el hogar (47%). En tercer lugar se encuentran otros sitios sin identificar, (25%). Para los jóvenes que no beben ni fuman, su casa es el principal lugar para estar durante los ratos libres (67%). "Hacer deportes" y "otras actividades" se sitúan en segunda posición a la hora de ocupar el tiempo libre, un 26% de jóvenes eligieron estas opciones. Para este colectivo, los bares ocuparían el último lugar con un 8,7% de votaciones.

Efectos del consumo crónico de cannabis en el rendimiento en tareas de razonamiento

LLORET, D.; SEGURA, M.

Instituto de Investigación de Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández de Elche

Los efectos agudos derivados del consumo de cannabis, delta-9-tetrahidrocannabinol, en las funciones cognitivas han sido ampliamente estudiados y documentados. Han quedado demostradas alteraciones en las capacidades cognitivas: memoria, atención, razonamiento, demora del tiempo de reacción, reducción del rendimiento psicomotor, en función de la dosis consumida. Sin embargo, los resultados sobre los efectos del consumo crónico en el rendimiento cognitivo no son concluyentes y existe controversia sobre la persistencia y reversibilidad de los mismos.

En la presente investigación se analiza la relación entre consumo crónico de cannabis y el rendimiento en tareas de razonamiento. Y se estudia como el rendimiento cognitivo puede verse afectado por los parámetros de consumo, como la cronicidad, la frecuencia y la intensidad afectan a los resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra la compone un grupo experimental (N<50) y un grupo de control equiparado en variables susceptibles de afectar a las puntuaciones en las pruebas cognitivas. Ambos grupos completan una batería de pruebas cognitivas validadas para población general. Así mismo, se evalúan variables sociodemográficas y se mide la presencia de variables que pudieran afectar a la ejecución cognitiva, a saber: edad, nivel académico y consumo de otras drogas, por citar las más relevantes. Por último, se recogen datos sobre cantidad y frecuencia de consumo de cannabis. El criterio de inclusión para el grupo experimental es ser consumidor habitual de cannabis. Quedan excluidos aquellos sujetos que hubieran consumido cannabis en las 6 horas precedentes a la realización de las pruebas. Los criterios de exclusión para ambos grupos son: padecer o haber padecido algún trastorno psiquiátrico, haber padecido traumatismo craneo-encefálico y ser consumidor de alcohol u otras drogas de abuso.

RESULTADOS

Los resultados preliminares ambos grupos, experimental y control, arrojan puntuaciones similares en las pruebas de ejecución cognitiva. La variable "actividad cognitiva", independientemente del uso de cannabis, podría explicar en parte las diferencias en los resultados que obtienen los sujetos del grupo experimental en los tests cognitivos.

CONCLUSIONES

La evidencia sobre el deterioro cognitivo no resulta concluyente, según se desprende del meta-análisis que incluye 28 investigaciones sobre diferentes aspectos de la ejecución cognitiva y el consumo crónico de cannabis, realizado por los autores. Los resultados de la presente investigación son coherentes con los hallados en estudios previos. El uso de pruebas de mayor dificultad podría llegar a discriminar mejor las puntuaciones de ambos grupos. Los autores consideran que las pruebas utilizadas resultan demasiado simples, y por lo tanto, no alcanzan a detectar el eventual deterioro cognitivo producido por el consumo crónico de cannabis. Además, se precisa una mayor investigación del papel mediador de la "actividad cognitiva".

PALABRAS CLAVE

Cannabis, Ejecución Cognitiva, Razonamiento.

Evolución de las puntuaciones en el SCL-90-R en dependientes de la cocaína en tratamiento: seguimiento de dos años

LÓPEZ DURÁN, A.*; BECOÑA IGLESIAS, E.*; CASETE FERNÁNDEZ, L.; LAGE LÓPEZ, M.T.**;
SENRA COMESAÑA, A.***; GARCÍA JANEIRO, J.M.***; SOBRADELO LENS, J.****;
VIEITEZ FERNÁNDEZ, I.****; CANCELO MARTÍNEZ,**

*Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

**Unidad Asistencial ACLAD. A Coruña.

***Unidad Asistencial del Ayuntamiento de Pontevedra.

****Unidad Asistencial Alborada. Vigo (Pontevedra)

Enviar correspondencia a:

Ana López Durán. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur.
15782 Santiago de Compostela. E-mail: alduran@usc.

INTRODUCCIÓN

Debido al notable incremento en los últimos diez años de la demanda de tratamiento por consumo de cocaína, el siguiente paso es conocer cómo es la evolución de las personas que reciben ese tratamiento. El objetivo del presente estudio es comparar las puntuaciones en el SCL-90-R de una muestra de personas dependientes de la cocaína en tratamiento, al inicio del tratamiento y a los dos años de dicha evaluación inicial.

MÉTODO

La muestra está formada por 38 sujetos (que forman parte de una muestra inicial de 115 sujetos) con dependencia de la cocaína que han recibido o reciben tratamiento en Centros públicos de Drogodependencias de Galicia. El instrumento utilizado es el SCL-90-R. Consta de nueve subescalas que evalúan diferentes síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices (Índice General Sintomático, Total de Síntomas Positivos e Índice de Malestar) que evalúan el malestar subjetivo percibido por el sujeto. Los sujetos son evaluados al inicio del tratamiento y tras dos años son localizados nuevamente para realizar la evaluación.

RESULTADOS

En la evaluación realizada a los dos años, se aprecia, en comparación con la evaluación inicial, un descenso en la puntuación en todas las subescalas e índices, excepto en las subescalas de somatización e ideación paranoide. Las puntuaciones son superiores a las indicadas como baremos de la población normal en nuestro país, excepto en el caso de la subescala de hostilidad en la que la puntuación es similar. También disminuye el porcentaje de sujetos que a los dos años son clasificados en la tabla de población psiquiátrica de este cuestionario.

DISCUSIÓN

Los resultados indican una evolución positiva de las personas con dependencia de la cocaína que demandan tratamiento a los dos años de la evaluación inicial, con una disminución de síntomas psicopatológicos y del malestar subjetivo percibido por el sujeto.

La puntuación en el SCL-90-R al inicio del tratamiento: una comparación entre personas dependientes de la nicotina y dependientes de la cocaína

LÓPEZ DURÁN, A.*; FERNÁNDEZ DEL RÍO, E.*; BECOÑA IGLESIAS, E.*

* Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a:

Ana López Durán. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur.
15782 Santiago de Compostela. E-mail: alduran@usc.

INTRODUCCIÓN

La demanda de tratamiento por problemas con el consumo de sustancias está relacionada con la existencia de malestar en el sujeto. Dicho malestar, es con frecuencia producido por las consecuencias negativas derivadas del consumo de la sustancia: el consumo ya no produce las consecuencias positivas (ej., euforia, relajación...) que tenía antes, o las consecuencias negativas pesan más que las positivas. Con frecuencia, tras haber intentado por sí mismos abandonar el consumo y no conseguirlo, demandan tratamiento en unidades específicas. El objetivo del presente estudio es comparar el malestar subjetivo percibido por el sujeto y las puntuaciones en las nueve escalas de síntomas psicopatológicos del SCL-90-R en el momento de inicio del tratamiento, en dos muestras de consumidores de sustancias: una muestra de personas dependientes de la cocaína y otra de dependientes de la nicotina.

MÉTODO

La muestra está formada por 202 sujetos, 115 sujetos con dependencia de la cocaína y 87 sujetos con dependencia de la nicotina. El instrumento utilizado en el estudio es el SCL-90-R, que evalúa síntomas psicopatológicos a partir de nueve escalas y tres índices generales que evalúan el malestar subjetivo percibido por el sujeto. Los sujetos son evaluados cuando demandan tratamiento en Centros de Drogodependencias, en el caso de los dependientes de la cocaína, y en la Unidad de Tabaquismo de la Universidad de Santiago de Compostela en el caso de los dependientes de la nicotina.

RESULTADOS

Los sujetos con dependencia de la cocaína tienen puntuaciones más altas que los dependientes de la nicotina en todas las escalas de síntomas del SCL-90-R, excepto en la de somatización. Los dependientes de la nicotina tienen puntuaciones similares a los baremos de la población normal que se utilizaron con este cuestionario, excepto en somatización, obsesión-compulsión y psicoticismo donde son superiores. Además hay un mayor porcentaje de los sujetos con dependencia de la cocaína que se clasifican en la tabla de población psiquiátrica.

DISCUSIÓN

A partir de los datos obtenidos podemos concluir que dos sustancias psicoactivas que producen una fuerte dependencia, la cocaína y el tabaco, producen distintos niveles de malestar en los sujetos que las consumen, en el momento de la demanda de tratamiento. Una posible explicación es que el tabaco, a pesar de las importantes consecuencias que tiene sobre la salud, sigue sin afectar de forma importante a otros ámbitos de la vida del sujeto como son el área laboral, económica o familiar. Mientras que el consumo de cocaína está muy relacionado con problemas familiares (cuando descubren el consumo), económicos (el alto coste de la sustancia) o laborales (no rendir lo suficiente, faltas continuas...).

Conceptos de enfermedad y salud en una muestra de población drogodependiente de la Comunidad Valenciana

LÓPEZ ESCAMILLA, I.

Médico Unidad de Conductas Adictivas de Requena

Enviar correspondencia:
silosies@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La ausencia de estudios al respecto de lo que el drogodependiente y el alcohólico saben sobre las enfermedades que padecen y su concepto de droga y drogodependencia nos hizo valorar la posibilidad de iniciar un estudio cualitativo enmarcado dentro de la línea de investigación de la medicina desde la perspectiva del paciente del Departamento e Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universidad de Valencia), iniciada hace más de dos décadas.

El objetivo principal de este estudio es conocer las ideas, actitudes, saberes y prácticas sobre la enfermedad y la salud de los drogodependientes abstinentes que se benefician de un tratamiento de deshabituación residencial, así como las expectativas que tienen hacia este tratamiento y su concepto de droga y drogodependencia y de este modo poder responder mejor a la necesidad de mejorar nuestra intervención clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Seleccionamos una muestra de 52 individuos dependientes en abstinencia que estaban en tratamiento en una Unidad de Deshabituación Residencial pública.

El diseño del estudio de campo incluyó el pase de dos entrevistas semiestructuradas sobre el concepto de enfermedad y salud, expectativas al tratamiento, concepto de droga y percepción de la drogodependencia como enfermedad.

Además hemos utilizado escritas para comparar los datos extraídos de la entrevista con sus antecedentes de enfermedad médica y psiquiátrica y datos personales, familiares y de historia de consumo.

Se utilizaron 2 muestras de 26 individuos con criterios de selección distintos que permitieran comparar el papel de la intervención sanitaria del programa del centro en sus conceptos de enfermedad y de salud. La primera muestra pertenecía a un grupo de 26 individuos de una investigación anterior con más objetivos (evaluar la alimentación y el uso y conocimiento de tratamientos no convencionales de los drogodependientes). En la segunda muestra sólo nos propusimos analizar el concepto de enfermedad y salud y ampliamos la entrevista para el estudio de campo además de utilizar la versión europea del Addiction Severity Index con el objetivo de evaluar la severidad de los individuos de la muestra y poder compararla con otros estudios.

Finalmente hicimos una entrevista con historia de vida a cuatro individuos de la muestra previo consentimiento.

Para el análisis de los datos evaluamos:

- Las variables personales, familiares y de historia de consumo de la muestra y las de severidad de la adicción. Comparamos nuestros resultados con los extraídos de los informes 4 y 6 del Observatorio Español sobre Drogas y con las admisiones a tratamiento en la Comunidad Valenciana para los mismos años.
- Identificamos las enfermedades que reconocen padecer, lo que saben de ellas, quién se lo ha contado y si enumeran la drogodependencia entre ellas.

- Comparamos los resultados sociodemográficos y de sus respuestas al respecto de lo que saben de la enfermedad entre las dos muestras del diseño del estudio y por grupos diagnósticos de elaboración propia: Dependientes de heroína; de Opiáceos y Cocaína; de Cocaína; de Cocaína y Alcohol y de Alcohol.
- Recogimos el concepto de "droga" del drogodependiente y sus expectativas hacia el tratamiento.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El individuo representativo de la muestra es un hombre soltero de 27 años como media. Tiene un nivel de estudios de educación primaria completa y trabaja como empleado de fábricas. Procede de una familia de 5 miembros con padres casados de entre 56 y 60 años y es el hijo intermedio, tiene 2-3 hermanos.

Se inició en el consumo a los 14 con alcohol. Uso varias drogas hasta los 18 en que empezó a consumir la droga principal y lleva 9 años consumiéndola. Es más frecuente que consuma heroína aunque está cambiando el uso de ésta por el de la cocaína y la vía intravenosa y fumada por la esnifada.

En cuanto a la severidad de la adicción, no requiere de intervención en las áreas médica y legal. Tiene mayor severidad en el área de drogas y familiar/social. También problema considerable en empleo y soportes. En la de alcohol considerable o moderado y en la psicológica moderado.

Padece al menos una enfermedad, con frecuencia hepatitis C. Si tiene hepatitis B no se considerará enfermo o lo relata como antecedente. No es frecuente que sea seropositivo para el VIH pero si lo es lo cuenta como enfermedad actual (y se tratará de un dependiente de heroína). De estas tres enfermedades nos dice que se contagian por sangre, y si es de la primera muestra intervenida por el programa de escuela de salud del centro, también sabrá que es posible el contagio por relaciones sexuales, y nos contará algo del tratamiento y los cuidados médicos.

Si es asmático lo cuenta y hablará de los alérgenos y con menor frecuencia de los síntomas y el tratamiento. También contará las enfermedades de la infancia y con más frecuencia en el grupo de dependencia de heroína.

Si ha padecido Fiebre Tifoidea nos habla del origen en los productos lácteos y de la Meningitis de las pruebas diagnósticas y de la infección. Sólo han pasado estas enfermedades los dependientes de heroína y cocaína de la muestra.

Si tienen una prueba de Mantoux positiva es poco probable que lo cuente y si lo hace se tratará con más frecuencia de un dependiente de cocaína. Tampoco nos contará su problema de dependencia entre las enfermedades que padece en primera instancia o los diagnósticos psiquiátricos.

Ha obtenido la información de los servicios sanitarios (en UDR si es de 1999).

La drogodependencia sí es una enfermedad para él porque genera dependencia, por que se pierde el control, da problemas, no tiene bienestar o es "psicológica". No la han enumerado al principio entre sus enfermedades porque no "han caído en la cuenta". Si es mujer duda con más frecuencia en sus respuestas "según en que casos".

La droga para él es una "sustancia" que le "gusta" y le hace "sentir bien" una forma de "evadirse" pero que genera dependencia.

Esperan del tratamiento obtener un aprendizaje, un cambio, mejorar sus problemas familiares. Viene a centrarse y controlar más, adquirir tolerancia a la frustración y afrontar los problemas.

Hemos encontrado suficientes diferencias entre lo que nos dicen en los distintos grupos de diagnóstico propios que decidimos utilizar como instrumento de trabajo para justificar el uso de los mismos en nuevos estudios. Consideramos que hay argumentos suficientes para considerar que los dependientes de cocaína y alcohol o opiáceos y cocaína merecen ser objeto de estudio en grupos particulares que difieren de los individuos con diagnóstico único (tal como los recogen las estadísticas de población drogodependiente que acude a tratamiento).

Perfil del usuario atendido en un recurso de atención a drogodependencias de nueva creación

LÓPEZ ESCAMILLAS, I.*; ESPERT ESPERT, A.**; VALDÉS TORRES, R.***

* Médico UCA Requena. Valencia
** Enfermera UCA Requena. Valencia
*** Psicóloga UCA Requena. Valencia

Enviar correspondencia:
ucarequenaahoo.es

INTRODUCCIÓN

La comarca de Utiel-Requena en Valencia, cuenta con una población de 55.000 habitantes. Hasta que se creara la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) el 1 de Diciembre de 2006, los usuarios debían desplazarse a unos 80 Km. Iniciamos la andadura en la fecha anteriormente señalada, abriendo la primera historia clínica con fecha 12 de Diciembre de 2006. En este primer año de funcionamiento se han abierto 219 historias clínicas, más las 14 del mes de Diciembre de 2006, y se han iniciado 322 tratamientos. Además se han iniciado 40 historias familiares, un grupo de mujeres alcohólicas, otro de familiares de personas adictas y cuatro grupos de tratamiento de tabaco.

MATERIAL Y MÉTODO

Los datos para elaborar el perfil del usuario atendido han sido recogidos mediante el PGE, Protocolo General de Evaluación, del Grup de Recerca d'Anàlisi de Dades. Universitat de les Illes Balears. Con este instrumento podemos tener acceso a los siguientes datos: Datos biográficos; Antecedentes Familiares; Enfermedades Físicas; Historia de Uso de Sustancias; Intentos pasados por abandonar el consumo de sustancias; Nivel de actividad antes de la adicción; Entorno social; Habilidades propias; Habilidades sociales; Problemas actuales por su adicción; Actividades ilegales en las que se ha visto implicado; Consumo actual de sustancias; De donde obtiene el dinero para comprar sustancia; Cuáles son las casas de consumo de la droga actual; Disparadores del consumo; Criterios diagnósticos; Comorbilidad; Tipo de tratamiento prescrito.

Todos estos datos son procesados para posterior análisis mediante el paquete estadístico SPSS obteniendo así las características más importantes de los distintos perfiles de los usuarios atendidos.

RESULTADOS

En este primer año de funcionamiento, han tenido acceso a la UCA 233 usuarios, de los que sólo 40 habían sido derivados a tratamiento desde la UCA de Manises. La media de primeras visitas ha sido de 19.5 al mes, destacando Enero con 25 y los meses de Junio y Julio con 22. De estos usuarios la mayoría, un 55.36% corresponden a la zona de Requena, la más grande en extensión y más poblada, seguida de Utiel con un 21.89%. Respecto a las sustancias por las que se demandan tratamientos, observamos que el 36.05% lo hacen por alcohol, el 21.46% por alcohol y cocaína, un 18.45% por tabaco y un 7.30% exclusivamente por cocaína. La edad del mayor porcentaje de personas atendidas ha sido la comprendida entre los 38 y 42 años. La mayoría de usuarios cuentan con el graduado escolar (34.22%) o en su defecto el certificado escolar (30.48%). Tan sólo un 6.95% se encuentra separado al igual que un 6.95% divorciado, con lo cual la mayoría de los usuarios que acuden cuentan con apoyo familiar. El 52.94% se encuentra trabajando con empleo completo. El 87% acuden por iniciativa propia. No suelen tener antecedentes judiciales ni causas pendientes.

Como conclusión, la apertura del nuevo recurso en el departamento 8 de la Agencia Valenciana de Salud ha superado las expectativas considerando que el número de pacientes que ha requerido traslado desde otro recurso ha sido mínimo (inferior al 20%) y el número de pacientes nuevos ha ido creciendo de manera exponencial no dándose abandonos significativos. Además observamos un perfil de paciente atendido diferente al de otras unidades ya que son menos del 5% los pacientes en tratamiento por metadona o dependientes de opiáceos, para dar paso a un número mucho más numeroso y mejor adaptado sociolaboralmente dependientes de alcohol o alcohol y cocaína.

Tiempo de tratamiento necesario hasta el alta terapéutica

LÓPEZ HERNÁNDEZ-ARDIETA, M.; FÉLIX ALCÁNTARA, M.P.; SIMÓN, J.M.; NAVARRO, M.; GAÑÁN, C.

Grupo EXTER SACentro de Atención Integral a Drogodependientes EsteAgencia Antidroga de la Comunidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCIÓN

Son múltiples los recursos multidisciplinares que se ponen en juego para abordar el grave problema sanitario de la drogodependencia. La modificación de las variables relacionadas con el consumo requiere de una fuerte inversión técnica y temporal. Se presenta un estudio descriptivo que analiza el tiempo medio requerido para el alta terapéutica en función de la sustancia problemática, en usuarios de un Centro de Atención Integral a las Drogodependencias de la Comunidad de Madrid.

MUESTRA

Usuarios atendidos en la última década en el C.A.I.D. Este, perteneciente a la Agencia Antidroga de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y que han recibido el alta terapéutica dentro de un Programa de tratamiento sin apoyo farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Selección de usuarios que han recibido el alta terapéutica dentro de un P.L.D. y análisis retrospectivo de fechas de ingreso y alta en el Centro, así como sustancia principal de consumo dentro de las siguientes categorías:

A1- Cocaína

A2- Heroína

A3- Cocaína + Heroína

A4- Otros (donde se incluyen consumos o policonsumos de alcohol, cannabis y/o benzodiacepinas).

Se analiza, así mismo, si las diferencias en el tiempo de tratamiento requerido para el alta terapéutica entre las diferentes categorías mencionadas es estadísticamente significativo.

Diferentes ciudades pero una misma práctica de botellón. Un paso adelante en la investigación

MARCO PUCHE, C.*; CORTÉS TOMÁS, M.T.; GIMÉNEZ COSTA, J.A.***; SAMPER GARCÍA, P.******

* Facultad de Psicología, Doctoranda de Psicología.

** Facultad de Psicología, Profesora Titular Universidad.

*** Facultad de Psicología, Profesor Asociado.

**** Facultad de Psicología, Contratada

Enviar correspondencia a:

M^o Teresa Cortés Tomás. Facultad de Psicología. Avda Blasco Ibáñez, 21. 46021- Valencia. Maria.T.Cortes@uv.es

Los estudios realizados hasta el momento para conocer qué ocurre dentro del botellón ofrecen una visión superficial del mismo. El hecho de haber entrevistado a jóvenes de distintas edades, con diferentes procedimientos -entrevistas estructuradas, preguntas abiertas...- y haber realizado la selección de la muestra de diversos modos -principalmente asistiendo a zonas botellón-, ha puesto de manifiesto la dificultad de extraer conclusiones compartidas por todos los investigadores. Esta situación es la que se trata de superar en este trabajo el cual forma parte de una investigación más amplia financiada por el Plan Nacional sobre Drogas (2004-2007). Concretamente, se compara la información ofrecida por 4083 jóvenes de la ciudad de Valencia; 1342 de la de Alicante y 519 de la de Castellón, todos ellos con edades comprendidas entre los 14 y 26 años. Estos jóvenes cumplieron un cuestionario en sus centros educativos (IES, ciclos formativos y universidades), los cuales fueron seleccionados aleatoriamente teniendo en cuenta los distritos educativos en los que se divide cada ciudad, de manera que todos los distritos quedasen representados. El cuestionario utilizado se estructura en 8 áreas: Datos sociodemográficos; patrón de consumo familiar y personal; ocio familiar y propio; práctica del botellón; motivos y creencias relacionadas con el consumo de alcohol y botellón; consecuencias y dificultades asociadas; percepción que tienen los jóvenes sobre la postura de sus padres frente a que ellos hagan botellón y punto de vista sobre las alternativas realizadas hasta el momento. En este trabajo se considera la información relacionada con el patrón de consumo (número de meses al año y días a la semana en que se realiza el botellón, número de consumiciones ingeridas en cada episodio, tipo de alcohol y media de gramos ingeridos en cada ocasión), horario de realización del botellón, forma de desplazamiento, relaciones interpersonales mientras se lleva a cabo y expectativas ante el consumo de alcohol en función de la ingesta que se realiza.

Los análisis de conglomerados realizados a partir de tres variables -número de meses, número de días y número de consumiciones- para cada una de las muestras diferenciadas en función de la edad (adolescentes y universitarios) ofrecen en todos los casos dos agrupaciones: un grupo de consumidores medios o moderados, los cuales realizan consumos dentro de los límites de seguridad, y por otra parte un grupo de "radicales" que representa a los jóvenes que realizan un consumo desmedido, con una regularidad notoria, tanto por el número de días a la semana, como de meses a lo largo del año, que lo realizan. Asimismo destaca en todos los casos un predominio del consumo de destilados, independientemente de la edad de los entrevistados y de su procedencia. También es importante señalar, que independientemente de la edad, a mayor consumo se manifiesta una mayor distorsión de las expectativas derivadas de la ingesta.

Las conclusiones obtenidas permiten extraer los elementos comunes que definen esta práctica en cualquier lugar en el que se realice, facilitando la generalización de las alternativas dirigidas a paliar su incidencia.

Diferencias de género en la percepción de la calidad de sueño en pacientes drogodependientes

MARÍN, C.*; RONCERO, C.,**,***; MUSCAS, E.*; CAPPAL, R.*; EGIDO, A.*; VALERO, S.**;
CORONADO, M.*; CASAS, M.**,****

* CAS Vall Hebrón. Hospital Vall Hebrón

** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón

*** Universidad Autónoma de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Se ha descrito que las mujeres en relación con los hombres tienen mayor calidad de sueño, aunque también padecen más alteraciones. Esto podría estar asociado tanto a fenómenos fisiológicos propios del desarrollo femenino, las cuales interfieren negativamente en la arquitectura del sueño (Krihnan, 2006), como a las alteraciones específicas del patrón del sueño que produce el abuso de alcohol y otras drogas (Karam-Hage, 2004).

MATERIAL Y MÉTODO

Con el objetivo de explorar las apreciaciones subjetivas sobre las alteraciones de sueño preexistentes al ingreso, los participantes respondieron un cuestionario autoaplicado sobre la percepción subjetiva de la calidad de sueño, el cual consiste en una escala tipo Likert de 11 ítems con una puntuación mínima de uno y la puntuación máxima de siete.

La muestra está compuesta por 86 adictos (64 hombres y 22 mujeres) ingresados en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD) del Hospital Universitario Vall d'Hebron. La media de edad fue de 38,74 años. La sustancia motivo principal de ingreso para desintoxicación fue la siguiente: 39 asociados al alcohol, 23 por problemas relacionados con la cocaína, 19 pacientes por opiáceos, 3 por cannabis, 2 por benzodiazepinas y 39 policonsumidores.

RESULTADOS

No se encontraron diferencias significativas entre los hombres y mujeres en cuanto a la percepción subjetiva de la calidad de sueño. Los hombres informan haber tenido problemas para dormir previo al ingreso en la UHD en un 70,715% (vs 68% mujeres); 63,86% de los hombres han experimentado periodos de insomnio mantenido, 62,29% las mujeres; 65,14% de los hombres (vs 61,71% mujeres) relacionan sus problemas de sueño con el consumo de drogas.

Un 68,57% de los hombres presentan preocupación por padecer insomnio durante la desintoxicación, 50% insomnio en desintoxicaciones previas y 54,86% insomnio en periodos de abstinencia, mientras que las mujeres 76%, 40,86% y 49,29%. El 62,29% de los hombres han experimentado periodos de hipersomnia mantenida, 31,86% en desintoxicaciones previas y 43,71% en periodos de abstinencia, mientras que en las mujeres lo experimentado el 57,86%, 28,57% y 36,43%. El 63,43% de los hombres utilizan benzodiazepinas recetadas por su médico para regular el sueño, y el 58,79% consumen sin prescripción médica con la misma finalidad, en las mujeres el 70,14% las utilizan con prescripción y un 54,48% sin ella.

DISCUSIÓN

La percepción de padecer trastornos del sueño es muy frecuente en la muestra, es difícil establecer una relación de causalidad entre el uso de sustancias y las alteraciones de sueño, puesto que son fenómenos multifactoriales. Aunque no se detecten diferencias estadísticamente significativas, sí se apuntan algunas características diferenciales. Es importante evaluar las alteraciones del sueño en drogodependientes desde la perspectiva del género, ya que el estilo de vida y hábitos pueden afectar el ciclo sueño-vigilia e influir en la percepción de la calidad de sueño (Tepli y cols., 2006). Las limitaciones de esta investigación están relacionadas con la dificultad

de estudio del insomnio, y los factores de confusión como el tipo de consumo y la presencia de alteraciones psicopatológicas. Se debe seguir estudiando y ampliando la muestra.

REFERENCIAS

Karam-Hage. Treating insomnia in patients with substance use/abuse disorders. *Psychiatric Times*. 2004; 2(21).

Krishnan V, Collop NA. Gender difference in sleep disorders. *Curr Opin Pulm Med* 2006;12(6):383-9.

Teplin D, Raz B, Daiter J, Varenbut M, Tyrrell M. Screening for substance use patterns among patients referred for a variety of sleep complaints. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006;32(1):111-20. croncero@vhebron.net / carolinamg@gmail.com

Diferencias de género en el perfil de los pacientes fumadores que solicitan tratamiento en una unidad especializada

MARQUETA BAILE, A.*; BEAMONTE SAN AGUSTÍN, A.; JIMÉNEZ-MURO FRANCO, A.*;
GARGALLO VALERO, P.**; NERÍN DE LA PUERTA, I.***

* Departamento de Medicina y Psiquiatría. Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

**Departamento de Métodos Estadísticos. Escuela Universitaria de Estudios Empresariales, Universidad de Zaragoza.

Enviar correspondencia a:

Adriana Marqueta Baile. Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina Universidad de Zaragoza. C/ Domingo Miral s/n, edificio A, 1º planta. 50009 Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El objetivo ha sido conocer las diferencias entre los hombres y las mujeres que quieren dejar de fumar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico longitudinal con fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Tener otra drogodependencia activa, patología psiquiátrica grave o haber realizado tratamiento en la Unidad hace menos de 1 año. Variables de estudio: sexo, edad, nº cigarrillos/día, consumo de psicofármacos, antecedentes de ansiedad o depresión, intentos previos de cesación, cumplimentación (buena si viene a 4 o más sesiones y mala si viene a 3 o menos), Test de Fagerström, Test de Glover-Nilsson, Test de Richmond y cuestionario STAI-R (ansiedad-rasgo).

RESULTADOS

601 fumadores, 333 hombres (55,4%) y 268 mujeres (44,6%) con una edad media de 43,39 años (DE: 10,669). El 72,2% ha intentado dejar de fumar y la media de cigarrillos diarios es de 25,47 (DE: 11,063). El 35,5% de los fumadores ha tenido en alguna ocasión ansiedad o depresión con tratamiento farmacológico y el 12% consume psicofármacos a diario. Las puntuaciones obtenidas en los Test son: Test de Fagerström 6,13 (DE: 2,273); Test de Glover-Nilsson 21,62 (DE: 6,505); Test de Richmond 7,71 (DE: 1,579); Test STAI-R 21,31 (DE: 9,550). Se han encontrado diferencias significativas por sexo en el número de cigarrillos, las mujeres fuman una media de 23,98 (DE: 9,709) diarios y los hombres 26,67 (DE: 11,922), y en la edad: 41,93 (DE: 10,498) años frente a 44,57 (DE: 10,676). Las mujeres son más jóvenes y fuman menos sin embargo han tenido en mayor proporción ansiedad o depresión y consumen psicofármacos con mayor frecuencia que los hombres ($p=0,0001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la presencia de intentos previos o la cumplimentación del tratamiento. Con respecto a los test cumplimentados, a habido diferencias significativas en el Test de Glover-Nilsson y en el STAI-R. Las mujeres puntúan 22,86 (DE: 6,476) en dependencia psicológica y 23,20 (DE: 9,860) en ansiedad rasgo en contraposición con los hombres: 20,63 (DE: 6,366) y 19,82 (DE: 9,039), respectivamente.

DISCUSIÓN

Las mujeres que solicitan tratamiento son más jóvenes y fuman menos que los hombres aunque tienen mayor dependencia psicológica y son más ansiosas; además presentan en mayor proporción antecedentes de ansiedad/depresión y mayor consumo de psicofármacos, factores estos últimos que podrían actuar como obstáculos en el proceso hacia la abstinencia.

¿Es la dependencia a la nicotina un obstáculo en el proceso de dejar de fumar?

MARQUETA BAILE, A.*; BEAMONTE SAN AGUSTÍN, A.; JIMÉNEZ-MURO FRANCO, A.*;
GARGALLO VALERO, P.**; NERÍN DE LA PUERTA, I.***

(*) Departamento de Medicina y Psiquiatría. Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

(**) Departamento de Métodos Estadísticos. Escuela Universitaria de Estudios Empresariales, Universidad de Zaragoza.

Enviar correspondencia a:

Adriana Marqueta Baile. Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina Universidad de Zaragoza. C/ Domingo Miral s/n, edificio A, 1ª planta. 50009 Zaragoza.
amarquet@unizar.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo ha sido valorar la influencia de la dependencia a la nicotina en el proceso de cesación tabáquica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico longitudinal con fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. Variables de estudio: sexo, edad, nº cigarrillos/día, consumo de psicofármacos, antecedentes de ansiedad o depresión, intentos previos de cesación, cumplimentación (buena si viene a 4 o más sesiones y mala si viene a 3 o menos), grado de dependencia a la nicotina medida con el Test de Fagerström. Se consideró éxito a la abstinencia continuada y validada con cooximetría (monóxido de carbono espirado ≤ 10 ppm) realizada con un cooxímetro modelo Mini Smokerlyzer (Bedfont Scientific Ltd).

RESULTADOS

601 fumadores, 333 hombres (55,4%) y 268 mujeres (44,6%) con una edad media de 43,39 años (DE: 10,669). El 72,2% ha intentado dejar de fumar y la media de cigarrillos diarios es de 25,47 (DE: 11,063). El 35,5% de los fumadores ha tenido en alguna ocasión ansiedad o depresión con tratamiento farmacológico y el 12% consume psicofármacos a diario. Grado de dependencia a la nicotina con el Test de Fagerström: 6,13 (DE: 2,273). El 63,8% (n=323) fueron éxito al mes; 64,8% (n=271) a los 3 meses y el 60,1% (n=143) a los 6 meses.

Haber tenido en alguna ocasión ansiedad o depresión y consumir psicofármacos a diario se relacionó con mayor dependencia física a la nicotina ($p=0,003$), con respecto a los que nunca tuvieron este trastorno. Sin embargo los que intentaron dejar de fumar con anterioridad puntuaron menos en el Test de Fagerström, 5,98 (DE: 2,355) que los fumadores sin intentos, 6,53 (DE: 2,056). Fueron también los menos dependientes los que cumplimentaron bien el tratamiento ($p=0,011$). Con respecto al éxito, los que tienen menos dependencia a la nicotina están abstinentes en mayor proporción que los que tienen más dependencia con diferencias significativas al mes ($p=0,049$) y 3 meses de tratamiento ($p=0,008$).

CONCLUSIONES

Los fumadores analizados tienen un grado de dependencia media-alta pero son los de menor puntuación los que presentan intentos previos, cumplimentan mejor el tratamiento y están abstinentes al finalizarlo, en mayor proporción que los pacientes con dependencia alta. Los datos parecen indicar que el grado de dependencia física actúa como obstáculo, no sólo a la hora de tomar la decisión, sino también a lo largo del proceso. Por eso se debe transmitir a los pacientes que existen tratamientos eficaces y seguros así como profesionales especializados en el tema que mejoran las posibilidades de éxito al dejar de fumar incluso con elevada dependencia a la nicotina.

El ingreso hospitalario de desintoxicación en pacientes en programa de mantenimiento con metadona: resultados a medio-largo plazo

MARTÍN JURADO, M.D.*; BLEDA, F.*; SANTIAGO, Á.*; COBO GÓMEZ, J.; ROS, L.***; GARCÍA PARÉS, G.****

* Enfermera/o
** Psiquiatra
*** Residente de Psiquiatría

Enviar correspondencia a:

Corporació Parc Taulí. Servicio de Salud Mental. Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell (Barcelona). Teléfono: 93. 723.10.10 (Extensión 21754, 21752, 21753). Fax: 93.723.71.81

INTRODUCCIÓN

Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) constituyen una de las herramientas más eficaces de abordaje de los problemas de adicción severa a los opiáceos. Sin embargo, un porcentaje importante de los usuarios/as de estos programas, presentan recaídas en el consumo de opiáceos y/o cocaína. En este grupo de pacientes refractarios/as, algunos usuarios/as solicitan un ingreso hospitalario de desintoxicación. Debido a las características de nuestra Unidad, nuestro grupo ha podido seguir estrechamente la evolución de este grupo en nuestro sector concreto de población drogodependiente.

OBJETIVOS

- Conocer la evolución de pacientes en PMM que presentan recaídas en el consumo de opiáceos y/o cocaína y solicitan un ingreso hospitalario de desintoxicación.
- Determinar las tasas posteriores de recaída.
- Conocer los patrones de reinicio de consumo, si se produce.
- Determinar la duración del período libre de consumo en nuestra muestra

DESARROLLO

Estudio descriptivo y longitudinal de pacientes en PMM que presentan recaídas en el consumo de opiáceos y/o cocaína y solicitan un ingreso hospitalario en nuestra Unidad de Desintoxicación de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). Se incluirán todos los pacientes atendidos en nuestra Unidad durante el año 2006 y primer semestre del año 2007, que siguen visitas en nuestra Unidad de Metadona. Se realizará un análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS v. 14.0.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes recaen precozmente en el consumo de drogas. El patrón de reinicio de consumo es similar en la mayoría de los casos. Primero reinician el consumo de cocaína y posteriormente de opiáceos.

CONCLUSIONES

La eficacia a corto plazo del ingreso hospitalario de desintoxicación en pacientes de PMM, que han recaído en el consumo de drogas es muy baja. El patrón de nuevas recaídas es predecible y típico. El ingreso hospitalario tiene un beneficio reducido a largo plazo.

Subprograma de actividad física para pacientes en proceso de desintoxicación alcohólica

**MARTÍNEZ BELENGUER, M.F.*; COLL FUENTES, M.I.*; OURO RANDULFE, I.B.*; VIDAL URREA, M.*;
TORRES DÍAZ, E.**; BLANES CASTAÑER, R.***; HIDALGO DE FRANCISCO, J.L.******

* Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería. Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol

** Enfermera. Coordinadora Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol

*** Médico. Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol

**** Técnico Superior Deportes

Enviar correspondencia a:

Encarnación Torres Díaz. C/Joan Muntaner y Bujosa,34 BJS-C 07011 Palma de Mallorca (Baleares). encartd@hotmail.com / etorres@gesma.caib.es

INTRODUCCIÓN

La salud del paciente influye en su capacidad para afrontar y disfrutar la vida. Los profesionales de la salud nos apoyamos en la Actividad Física como instrumento para favorecer ese bienestar.

Nos basamos en ejercicios dinámicos suaves que activan la circulación, tonifican los músculos y agilizan las articulaciones, mejorando la coordinación y el equilibrio.

La mayoría de nuestros pacientes tienen problemas para realizar ejercicio en su vida diaria, siendo evidente la existencia de limitaciones físicas y emocionales al ingreso.

OBJETIVO

1. Presentar la tabla de ejercicios que realizan los pacientes de nuestra unidad.
2. Valorar el grado de implicación del paciente en el programa de ejercicios.
3. Eliminar el estigma que acompaña a los pacientes alcohólicos centrado en su escasa implicación en su proceso de recuperación.

10 años de evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de psicología

MÍGUEZ, M.C.; BECOÑA, E.

Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Enviar correspondencia a:

M^ª del Carmen Míguez Varela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. Campus Universitario Sur. 15782 Santiago de Compostela. A Coruña. pcmcm@usc.es.

En el presente estudio se ha evaluado la evolución del consumo de tabaco en un período de 10 años en los estudiantes de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela.

MATERIAL Y MÉTODO

A lo largo de 10 años, administramos un cuestionario anónimo, elaborado para este estudio, a una muestra representativa de estudiantes de primero a quinto curso de Psicología. Se hicieron cuatro evaluaciones: la primera, en el curso 1996-1997 a 835 estudiantes; la segunda, en el curso 1999-2000 a 842; la tercera, en el curso 2003-2004 a 835; y, la cuarta, en el curso 2006-2007 a 688.

RESULTADOS

Se encontró que en el curso 1996-1997 eran fumadores diarios el 34.6% de la muestra evaluada (32.9% de los varones y 36.7% de las mujeres) y el 1.3% fumadores ocasionales; en el curso 1999-2000 fumaba diariamente el 35.2% (35.0% de los varones y 35.2% de las mujeres) y ocasionalmente el 6.5%; en el curso 2003-2004, el 31.9% afirmaron ser fumadores diarios (30.6% de los varones y 32.1% de las mujeres) y el 7.5% ocasionales y, por último, en el 2006-2007 el 22.8% afirma fumar diariamente (31.9% varones y 21.4% mujeres) y el 12.9% ocasionalmente.

CONCLUSIONES

Aunque a nivel global la prevalencia de consumo actual es similar a la de hace 10 años, se observa un cambio en el perfil de los fumadores. Este cambio de perfil se traduce en una menor dependencia de la nicotina y en un descenso importante del porcentaje de fumadores diarios, junto con un incremento de los ocasionales, teniendo lugar este descenso de forma más acusada entre las mujeres.

Estudio sobre hiperactividad y adicciones; evaluación retrospectiva y actual de grupos de drogodependientes

MOHAMED, M.*; PORTILLO, P.; CARRETERO, P.***; PONCE, G.******

* Psicólogo, P.A.E. Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre Madrid

** Medico Interno Residente. Hospital Doce de Octubre de Madrid

*** Psicóloga.Unidad de Conductas Adictivas. Hospital Doce de Octubre de Madrid

**** Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas. Hospital Doce de Octubre. Madrid

En los últimos años se ha establecido la existencia de una importante relación entre la presencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la infancia y el desarrollo de adicciones en la vida adulta. Si bien se ha indicado una elevada prevalencia de individuos con antecedente de TDAH en muestras de pacientes adictos, diversos factores como las características farmacológicas de la sustancia, la disponibilidad de la misma y la persistencia o no del trastorno infantil pueden determinar que este factor de riesgo tenga una relevancia mayor o menor en diferentes adicciones.

OBJETIVOS

Evaluar de forma retrospectiva y actual a grupos consumidores de sustancias, a saber, adictos a cocaína, adictos a heroína y adictos a alcohol, para determinar la prevalencia de individuos con TDAH infantil, y con TDAH persistente en la vida adulta.

METODOLOGÍA

Se reclutaron pacientes adictos a cocaína, adictos a heroína, alcohólicos, y personas sin problemas de adicción a sustancias que formaron el grupo control. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y relativos a la adicción de los pacientes adictos a sustancias. Se administra los cuestionarios Wender-Utah Rating Scale (WURS) para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia de población adulta, y ADHD Self- Report Scale (ASRS) para el diagnóstico actual de TDAH.

RESULTADOS

Se comprobó una mayor prevalencia de TDAH infantil en la muestras de adictos frente a controles. Esta prevalencia era significativamente mayor en el grupo de pacientes cocainómanos, y más baja en el grupo de pacientes heroínómanos. Se observa una mayor persistencia del trastorno durante la vida adulta en los pacientes con adicción a cocaína.

CONCLUSIONES

La mayor prevalencia de individuos con TDAH en las muestras de pacientes adictos es congruente con los datos que apoyan que este trastorno de inicio infantil puede ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas. Las diferencias entre las diferentes muestras pueden ser debidas a que exista una mayor vulnerabilidad para determinadas adicciones, a la capacidad adictiva diferencial de cada sustancia, o a que las consecuencias de cada una determine sesgos diferenciales que deben ser considerados para evaluar la aplicabilidad de estos instrumentos para cribado de TDAH en estos individuos.

PALABRAS CLAVE

Adicciones, TDAH, heroína, cocaína, alcohol.

REFERENCIAS

Rodríguez-Jiménez et al. (2001) Revista de Neurología 33: 138-44.

Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos evaluadas mediante el COPE. Diferencias según el consumo de BZD, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo

MONRAS, M.; MONDON, S.; JOU, J.

Unidad de Alcoholología. Institut de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona

Enviar correspondencia a:
MMONRAS@clinic.ub.es

INTRODUCCIÓN

Las estrategias de afrontamiento se relacionan con los esfuerzos del sujeto para manejar situaciones potencialmente amenazantes o que superan los propios recursos. Esta concepción puede ser de interés en el estudio de las capacidades de los pacientes alcohólicos para disminuir sus recaídas, pues estas ocurren a menudo por no disponer de otras alternativas de afrontamiento que el alcohol. El COPE es un instrumento que evalúa distintas estrategias de afrontamiento y que pueden ser organizadas en distintas categorías desde un punto de vista conceptual y factorial.

MATERIAL Y MÉTODO

198 pacientes alcohólicos ingresados consecutivamente en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación. Se excluyen pacientes: i) que no finalizaran voluntariamente el tratamiento, ii) en los que el alcohol no fuera la droga principal motivo de ingreso o iii) que no pudieran completar el cuestionario autoadministrado COPE.

Se comparan las puntuaciones (notas T) en las escalas del COPE en función de la presencia de trastornos de la personalidad (TP), abuso/dependencia a BZD y deterioro cognitivo.

RESULTADOS

71,2% son hombres. La edad es de $46,4 \pm 9$ años, sin diferencias entre ambos. Las mujeres tienen mayor puntuación en la escala de Afrontamiento Activo ($61,4 \pm 22$ versus $53,7 \pm 20$; $t = 2,3$; $p = 0,02$) y Desahogo Emocional ($67,6 \pm 22$ vs. 57 ± 20 ; $t = 3,1$; $p = 0,002$) que los hombres. Los abusadores de BZD presentan menor puntuación en Reinterpretación Positiva ($57,3 \pm 23$ vs $63,5 \pm 20$; $t = 1,9$; $p = 0,05$). No se halla ninguna diferencia significativa en las puntuaciones COPE entre pacientes con o sin deterioro cognitivo. Los pacientes con TP tienen mayor puntuación en Desahogo Emocional ($67,6 \pm 19$ vs $58,1 \pm 21$; $t = 2,6$; $p = 0,01$).

DISCUSIÓN

Las diferencias en la utilización de distintas estrategias de afrontamiento entre pacientes con o sin TP, deterioro cognitivo o abuso/dependencia de BZD son mínimas, sin un patrón claro y diferencial para cada uno de ellos. La dificultad en discriminar pudiera ser del constructo teórico, pero también de la capacidad del propio instrumento para identificar diferencias. Antes de descartar la utilidad de las estrategias de afrontamiento como método para identificar subgrupos de pacientes alcohólicos con dificultades y características especiales, que los haría más vulnerables a las recaídas, serían necesarios estudios más profundos, por ejemplo utilizando los factores de segundo orden y no las escalas primarias o evaluando su validez predictiva, que frecuentemente es para el clínico el criterio crucial para conocer la utilidad de un instrumento.

REFERENCIAS

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.

Crespo, M., & Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797–830.

Zuckerman, M., & Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, 37, 169–205.

Adherencia al tratamiento en pacientes dependientes a cocaína en U.C.A. de Ciudad Real

MONTOYA CROUS, I.*; MELERO CAÑADAS, R.; ISABEL GARCÍA, L.**; VÁZQUEZ RAMO, E.****

*Psicóloga Clínica de la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real

**Psicólogas Clínicas Residentes. Hospital General de Ciudad Real

Enviar correspondencia a:

Isabel Montoya Crous. C/ Lentejuela 7. 13002, Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN

La falta de adhesión a los tratamientos es uno de los problemas más graves en el ámbito de las drogodependencias y una de las principales causas de fracaso terapéutico; y una de las formas graves de falta de adhesión es el abandono prematuro del tratamiento. En varios estudios se han encontrado tasas de abandono muy superiores en los tratamientos de drogodependencias en comparación con otro tipo de problemas, siendo los factores que se relacionan con el abandono terapéutico de dos tipos: referidos al sujeto (personalidad, psicopatología, situación legal, motivación para el tratamiento, etc) y referidos al tratamiento (relación terapéutica, apoyo familiar, etc.) (Secades Villa, R.; Fernández Hermida, J.R.; 2000).

Se ha observado un incremento en la prevalencia de uso de cocaína, de su disponibilidad y de los problemas generados por su consumo. Paralelo a este aumento de consumo se ha detectado un incremento paulatino del número de usuarios de cocaína que solicitan tratamiento en la red asistencial, del número de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con su consumo y del número de muertes por reacción aguda al consumo de cocaína (Bobes, J. ; Sáiz, P.A.; González, M.P; Bascarán, M.T).

Dada la importancia de lo referido hasta ahora, nos planteamos que sería interesante estudiar los factores relacionados con la retención en el tratamiento, en nuestro área de atención en pacientes que iniciaron tratamiento por abuso/ dependencia de cocaína en el año 2006.

OBJETIVOS

Analizar los factores relacionados con la permanencia en el tratamiento en Enero del 2007, en pacientes que iniciaron o reiniciaron tratamiento por abuso/ dependencia de cocaína en el año 2006, en la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra: La muestra está formada por todos los pacientes (54) que inician o reinician tratamiento por abuso/ dependencia de cocaína en el año 2006.

Procedimiento: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que iniciaron o reiniciaron tratamiento por abuso/ dependencia de cocaína en el año 2006. Se observó los pacientes que en Enero de 2007 se mantienen en tratamiento o han abandonado, con el propósito de observar que factores pueden influir en la adherencia al tratamiento.

Análisis de datos: Asociamos distintas variables al hecho de permanecer en el tratamiento. Al ser estas cualitativas, se utiliza la prueba no-paramétrica Chi-Cuadrado.

RESULTADOS

De entre las variables estudiadas únicamente se asocian con el mantenimiento en el tratamiento:

–Motivación personal para acudir al tratamiento (Chi cuadrado= 30,333 ($p<0.0.1$))

–Que el paciente cuente con una persona de la familia como co-terapeuta (Chi cuadrado= 32,327 ($p<0.0.1$)).

CONCLUSIONES

Tras haber estudiado una serie de variables de diferente tipo para ver cuáles se asociaban a la adherencia al tratamiento, únicamente encontramos una correlación significativa de ésta con la motivación personal y con contar con alguien de la familia como co-terapeuta. El resto de variables analizadas (sociodemográficas) no se asocian significativamente con la adherencia al tratamiento. Estos resultados concuerdan con otros que ya han sido encontrados en estudios anteriores (Secades Villa, R.; Fernández Hermida, J.R.; 2000). Se ha observado en varios estudios como la implicación de personas cercanas al paciente en el tratamiento resulta beneficioso (Sorenson et al., 1985; De León, 1991., Conner et al.. 1998; Sisson y Azrin, 1993) y como la motivación ha resultado ser una variable importante para la retención en diferentes tipos de programas (Miller y Rollnick, 1991; Secades Villa, r.; Fernández Hermida, J.R.; 2000). En nuestro estudio hablamos de motivación personal referida a cuando es la propia persona la que decide ponerse en tratamiento y no acude por otro tipo de motivos (familiares o judiciales).

Parece que el fenómeno de abandono es complejo y está determinado por múltiples factores, por lo que sería interesante seguir investigando en esta línea.

REFERENCIAS

Secades Villa, R.; Fernández Hermida, J.R. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. Adicciones, 2000. Vol. 12 num. 3. Págs. 353/363.

Bobes, J.; Sáiz. P.A.; González, M.P.; Bascarán, M.T. Epidemiología del uso/abuso de cocaína. Adicciones, 2001. Vol. 13. Suplemento 2.

¿Cómo es el consumidor de cocaína de la U.C.A. de Ciudad Real?

MONTOYA CROUS, I.*; VÁZQUEZ RAMO, E.; ISABEL GARCÍA, L.**; MELERO CAÑADAS, R.****

* Psicóloga Clínica de la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Ciudad Real

** Psicólogas Clínicas Residentes. Hospital. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

Las demandas de tratamiento en los Centros de Atención a Drogodependencias por problemas con la cocaína han experimentado un significativo aumento desde el año 1991 (PNSD,2005). En Castilla La Mancha en la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 2004 se nos informa de una prevalencia en el consumo de cocaína (en el último mes, 2.3%) algo más elevada (+0.5) que la media del país (y similar a la comunidad Valenciana). El crecimiento de esta demanda ha sido paralela en nuestra unidad por lo que nos planteamos estudiar las características del consumidor de cocaína que acude a este servicio.

OBJETIVO

Conocer las características sociodemográficas y ambientales de los pacientes con Abuso/ Dependencia a cocaína tratadas en nuestro dispositivo en el año 2006, con la finalidad de mejorar las acciones terapéuticas.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo transversal. Seleccionamos todos los pacientes que inician o reinician tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas (U.C.A.) de Ciudad Real en el año 2006 por Abuso / Dependencia de cocaína como sustancia principal. Revisamos las 54 historias pertenecientes a los pacientes que cumplían criterios. Se estudian variables sociodemográficas y ambientales junto con otras variables terapéuticas como la situación del tratamiento, la supervivencia durante el año 2006, la presencia de patología dual diagnosticada, consumo junto con alcohol, motivación para el inicio de tratamiento y modo de consumo. El análisis de los resultados se efectúa mediante el paquete estadístico SPSS 12.0.

RESULTADOS

Los pacientes de nuestra muestra son en su mayoría varones (81,5%), que inician el consumo entre los 17 y los 20 años (53,7%; Mo=18, 24%), iniciando el tratamiento algo más tarde (entre los 26 y los 30 años el 35,2% de la muestra), en su mayoría solteros (75,9%), que vive con su familia de origen (50%), con estudios primarios (72,2%), que se dedican principalmente a la construcción (31,5%) y sin antecedentes penales. El 75,9% de los mismo consumen alcohol, siendo el modo principal de consumo de cocaína la vía esnifada (83,3%). El 46,3% de estos usuarios declaran tener un ambiente social con una gran número de consumidores. Un gran porcentaje (72,2%) no han recibido tratamiento para adicción a la cocaína previamente, aunque la mayoría vengan remitidos por servicios sanitarios (44,4%), si bien, tan sólo un 22,2% de la muestra total viene derivado por servicios de salud mental y con un diagnóstico de patología dual. La mayoría de la muestra, un 68,5%, no tiene persona co-responsable del tratamiento, y refieren tener una motivación personal (intrínseca) también el 68,5% de la misma. Continúan en tratamiento durante el periodo evaluado (año 2006) el 61,1%, frente a un 35,2% que abandona.

CONCLUSIONES

El perfil de nuestros usuarios atendidos con este diagnóstico es bastante homogéneo, lo que permitirá una unificación y mejor estudio de nuestra práctica clínica. Un gran porcentaje de nuestro usuarios refieren acudir a consulta impulsados por motivos personales, lo que supone una ventaja para el inicio de tratamiento en este tipo de dispositivos.

PALABRAS CLAVE

Perfil, cocaína, U.C.A., Ciudad Real.

Presencia de síntomas psicóticos en pacientes en tratamiento por dependencia a cocaína

MUSCAS, E.*; RONCERO, C.*,,***; DAIGRE, C.*; CAPPAL, R.*; MARÍN, C.*; ÁLVAREZ, A.*; GONZALVO, B.*; RODRÍGUEZ, A.*,**; RESMELLA, R.*; QUESADA, M.*,**; EGIDO, Á.*; CASAS, M.**,****

* CAS Vall Hebrón. Hospital Universitario Vall Hebrón
** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón
***Universidad Autónoma de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La cocaína, en sujetos dependientes, produce con frecuencia síntomas psicóticos transitorios (Tang et al, 2007) e incluso son muy habituales (Floyd et al, 2006). Los delirios de autoreferencia y de persecución son los más comunes (Mooney et al, 2006). También produce alucinaciones (Roncero et al, 2001) táctiles, auditivas y visuales. El paciente que presenta sintomatología alucinatoria y delirante frecuentemente conserva el juicio de realidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Por medio de entrevista clínica se explora la presencia de sintomatología psicótica (ideación delirante, referencialidad, alucinaciones) a lo largo de la vida en 118 pacientes dependientes de cocaína, según criterios DSM-IV-TR, que fueron atendidos en la Unidad de Desintoxicación y en las consultas ambulatorias-CAS del Servicio de Psiquiatría de la Vall d'Hebrón.

RESULTADOS

El 75,5% de los pacientes son hombres y el 24,6% son mujeres. La edad media es de 33,39 años. El 55,1% ha experimentado síntomas psicóticos (el 57,35% de los hombres y el 48,3% de las mujeres). De los 65 pacientes con sintomatología psicótica el 98,5% refiere ideas delirantes (autoreferenciales y persecutorias) y el 63,1% alucinaciones (visuales 28 pacientes, auditivas 26, cenestésicas 11), 40 pacientes refieren los dos síntomas. Los pacientes que han ingresado en la Unidad de Desintoxicación han experimentado sintomatología alucinatoria en un porcentaje mas alto respecto a los pacientes que han acudido a tratamiento ambulatorio, 37,4% frente a un 25,9%.

DISCUSIÓN

La sintomatología psicótica transitoria es frecuente en los pacientes cocainómanos ya que se detectó en el 55,1% de los pacientes atendidos. La frecuente presencia de síntomas psicóticos es un indicador de la gravedad psicopatologica de los pacientes dependientes de cocaína. La mayor presencia de sintomatología alucinatoria en los pacientes ingresados es coherente con la mayor gravedad clínica y de contención de estos tipos de pacientes.

REFERENCIAS

Floyd AG, Boutros NN, Struve FA, Wolf E, Oliwa GM. Risk factors for experiencing psychosis during cocaine use: A preliminary report. *J Psychiatr Res*, 2006;40(2):178-82.

Mooney M, Sofuoglu M, Dudish-Poulsen S, Hatsukami DK. Preliminary observations of paranoia in a human laboratory study of cocaine. *Addict Behav*, 2006 Jul;31(7):1245-51.

Roncero C, Ramos JA, Collazos F, Casas M. Complicaciones Psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*, 2001;13(2):179-189.

Tang YL, Kranzler HR, Gelernter J, Farrer LA, Cubells JF. Cormobid psychiatric diagnoses and their association with cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent subjects. *Am J Addict*, 2007 Sep-Oct; 16(5):343-51. roncero@vhebron.net

Ámbitos de actuación en materia de prevención en la Comunidad Valenciana

OLIVER CASTELLÓ, M.; CANO PÉREZ, L.; PALOMAR, R.; VERDÚ ASENSI, F.; CASTELLANO GÓMEZ, M.; TOMÁS DOLS, S.; DELICADO TORRES, A.

Direcció General de Drogodependències. Agència Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

Enviar correspondencia:
E-mail: delicado_ang@gva.es

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se describen y analizan los resultados de las actuaciones en materia de prevención, desarrolladas a través de los técnicos especialistas que intervienen desde las UPCs (Unidades de Prevención Comunitaria), centros acreditados en prevención (Decreto 124/2001, de 10 de julio, del Gobierno Valenciano, sobre Registro y Acreditación de Centros en la Comunidad Valenciana) en el marco del Plan Estratégico de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Valenciana.

OBJETIVO

Se analizan las actuaciones preventivas realizadas durante el año 2007 referidas a los ámbitos escolar, familiar, comunitario y formación del profesorado, así como los programas preventivos acreditados y desarrollados por asociaciones sin ánimo de lucro, al objeto de conocer la demanda y el número de intervenciones desarrolladas por cada una de ellas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han revisado las principales actuaciones preventivas realizadas en los diferentes ámbitos. Para ello se ha utilizado el instrumento denominado Memoria Básica Anual cumplimentada por las UPCs. Además se ha contado con la intervención y el asesoramiento del grupo de expertos en prevención de nuestra Comunidad (según Decreto 78/1999, de 1 de junio del Gobierno Valenciano por el que se constituye el Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias)

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El análisis realizado a través de la Memoria Básica Anual nos ha permitido conocer la situación actual en materia de prevención, así como los aspectos principales de dicha intervención. Se observa por los resultados cómo el incremento de la tasa de participación en el ámbito escolar ha generado una amplia diversidad y abundancia de modalidades de actuación como programas, talleres, escuelas de padres e intervención familiar que han sido acordes a la demanda generada por los diferentes sectores profesionales y poblacionales. Todo ello, ha conllevado el auge de técnicos implicados en la tarea preventiva en cualquiera de los ámbitos descritos.

En cuanto a la formación de los profesionales, durante el año 2007 señalamos por su trascendencia la calidad alcanzada en las intervenciones como consecuencia de la formación y especialización en materia de prevención. Asimismo, se han discutido las diferentes modalidades de actuaciones llevadas a cabo por los técnicos de las UPCs, llegando a la necesidad de promover el consenso en las actividades y adecuarlas a las futuras intervenciones preventivas.

Respecto a la cobertura poblacional es destacable el incremento en la implantación de programas de prevención, especialmente los del ámbito escolar y comunitario. Significamos además, el alto porcentaje de programas e intervenciones dirigidas a jóvenes de riesgo y a sus familias (prevención selectiva), como respuesta a la necesidad detectada en los últimos años sobre la baja percepción de riesgo ante el consumo de drogas.

PALABRAS CLAVE

Prevención, programa, escolar, familiar, comunitario.

La utilización de incentivos como reforzadores de la motivación familiar en el Programa de Competencia Familiar (Adaptación Española del Strengthening Families Program de K. Kumpfer) de prevención de conductas problema

OLIVER, J.L.*; ORTE, C.; FERNÁNDEZ, C.*****

*Profesor Titular de Escuela Universitaria. Universitat Illes Balears

**Catedrática de Universidad. Universitat Illes Balears

***Profesora Asociada. Universitat Illes Balears

Enviar correspondencia a:
carmen.orte@uib.es

INTRODUCCIÓN

El Programa de Competencia Familiar (PCF) es la validación española del Strengthening Families Program de K. Kumpfer, realizada por el Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES), del Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS) de la Universidad de las Islas Baleares (UIB).

Es un programa de prevención de drogas multicomponente que hemos utilizado en varias poblaciones diana, es decir con familias en situación de riesgo. Los programas socioeducativos dirigidos a familias, presentan determinadas especificidades que deben tenerse en cuenta para procurar su eficacia. Algunas de ellas:

- Se dirigen a grupos familiares con composición estructural diversa.
- De media y larga duración, la permanencia en el programa puede verse afectada por diferentes motivos.
- Las familias presentan dinámicas también diferentes, con lo cual su vivencia y percepción de la necesidad de realización del programa es fundamental para garantizar su permanencia.
- La organización familiar debe permitir la asistencia al programa, con lo cual deben eliminarse aquellos obstáculos de orden práctico y vida cotidiana, que pudieran afectar a la asistencia de las familias o de alguno de sus miembros.

En esta comunicación nos centraremos en la estructura del programa. El sistema de incentivos juega un importante papel en relación a la eliminación de aquellas barreras que dificultan la participación familiar. Además, mejoran la eficacia en la consecución de buena parte de los objetivos planteados en el programa.

MATERIAL Y MÉTODO

A partir de una revisión previa del uso de incentivos en programas similares, se abordan los factores que recomiendan su utilización así como el uso que nosotros hacemos de ellos en el PCF.

Los incentivos utilizados se orientan al uso de refuerzos sociales y de apoyo a la socialización. Permiten la asistencia al programa y la realización de actividades familiares congruentes con los objetivos del programa. Posibilitan la aplicación por parte de padres e hijos de los aprendizajes generados en el programa en contextos y necesidades reales. En el programa se suministran diversos tipos de incentivos en función de las necesidades, tipologías y características de las familias que asisten al programa.

RESULTADOS

La utilización de un sistema de incentivos tiene efectos positivos sobre determinados aspectos relacionados con los siguientes factores:

- a) Como elemento importante de la estructura del proceso de enseñanza-aprendizaje.
- b) Como elemento importante para contribuir en el mantenimiento de la participación y de la asistencia a la totalidad del Programa.

- c) Como reforzadores de la motivación para la adquisición de los contenidos del programa, así como de los comportamientos emocionales, sociales y cognitivos de los participantes.
- d) Como elemento de la evaluación de la eficacia y eficiencia del Programa.

DISCUSIÓN

Dada la escasa tradición en el uso de incentivos en programas similares en España, centraremos la discusión en la posible comparación con otros programas que también utilicen incentivos así como en la clarificación de las barreras culturales, institucionales o de otro orden que puedan explicar el no aprovechamiento de un recurso importante como a nuestro parecer es el uso de un sistema de incentivos.

Resultados de la evaluación de seguimiento del programa de competencia familiar: análisis de casos

ORTE SOCÍAS, M.C.*; PASCUAL BARRIO, B.; FERNÁNDEZ COLL, C.*****

* Profesora del Departamento de Pedagogía y Didácticas específicas

**Profesora del Departamento de Pedagogía y Didácticas específicas

***Profesor del Departamento de Pedagogía y Didácticas

Enviar correspondencia a:
carmen.orte@uib.es

RESUMEN

El Programa de fortalecimiento familiar (SPF) (Demarsh y Kumpfer, 1985; Kumpfer y Whiteside, 2004, 2007) fue diseñado específicamente para la prevención de conductas problema incluyendo el consumo de drogas, de hijos de consumidores de sustancias en tratamiento en diversos centros de atención a drogadictos y centros de salud mental de Estados Unidos. La versión española de este programa se denomina Programa de Competencia Familiar (PCF), siendo adaptada y validada en nuestro país por el Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES) dirigido por la Dra. Carmen Orte, catedrática de universidad del departamento de pedagogía y didácticas específicas de la Universitat de les Illes Balears (UIB), y asesorado por la autora de la versión original americana, Dra. Karol Kumpfer. En el momento actual se han desarrollado diversas adaptaciones del programa a diferentes colectivos en situación de riesgo. En concreto, en esta comunicación informamos de los resultados de cuatro implementaciones del programa con personas en tratamiento por adicción a las drogas y sus hijos, contando con la participación de 33 familias. Se está procediendo a la evaluación de los resultados de seguimiento, transcurridos diferentes intervalos de tiempo desde el momento de la aplicación hasta ahora. Los resultados del análisis de casos muestran algunas constantes en los diversos grupos analizados como, el mantenimiento de relaciones familiares satisfactorias, entendidas a partir de la implicación parental, la comunicación familiar y de las relaciones positivas entre los padres y los hijos. Además los padres mantienen prácticas de parentalidad positiva, especialmente aquellas que tienen que ver con el reforzamiento positivo de los comportamientos de sus hijos y la supervisión parental. Respecto a los hijos, destaca el mantenimiento de los resultados en su capacidad para hacer nuevos amigos, resolver problemas, hablar con los adultos y la capacidad para entender los sentimientos de los demás.

Con la financiación del Ministerio de Sanidad y Consumo (Orden SCO/1883/2005), el Ministerio de Educación y Ciencia (SEJ2007-67306/EDUC) y la Conselleria d'Economia, Hisenda i Innovació del Govern Balear (PCTIB-2005GC1-04).

La aplicación de programas de prevención familiar en el ámbito de los servicios sociales: análisis de contextos y propuesta de buenas prácticas

ORTE SOCÍAS, M.C.*; PASCUAL BARRIO, B.*; FERNÁNDEZ COLL, C.*

*Profesora del Departamento de Pedagogía y Didácticas específicas

RESUMEN

El Grupo de Investigación y de Formación Educativa y Social de la UIB ha adaptado el Programa de competencia familiar (Strengthening Families Program) desarrollado por la doctora K. Kumpfer, de la Universidad de Utah para su aplicación con diversos colectivos en situación de riesgo por problemas de consumo de drogas y/o dificultades sociales. Este programa persigue reducir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección en los hijos e hijas, fomentando la normalidad en las relaciones paterno-filiales. Desde el año 2001 la UIB ha realizado cuatro aplicaciones del PCF en colaboración con Proyecto Hombre. A partir del año 2006, se inicia la aplicación del mismo a los centros de servicios sociales de Palma de Mallorca (Islas Baleares).

Si bien es cierto que la resistencia a la participación, la falta de percepción y/o el silencio de necesidades, son algunos de los obstáculos que imposibilitan el trabajo preventivo en colectivos vulnerables, en el caso de estas familias, su participación en el programa ha supuesto la oportunidad de iniciar un proceso de cambio significativo. De la experiencia planteamos una serie de recomendaciones de buenas prácticas para la mejora de las competencias familiares en colectivos de riesgo de exclusión social.

Las necesidades de las familias participantes son un reflejo, a pequeña escala, de las características del entorno de la intervención. El tipo de familias que han participado responde a las dinámicas actuales de estratificación social y a las problemáticas sociales y educativas asociadas: en la mayoría de los casos se dan situaciones de analfabetismo funcional y a las necesidades educativas se añaden necesidades materiales básicas (de pensiones, salarios y vivienda, entre otras). La suma de factores de vulnerabilidad conduce a un círculo vicioso del que podrá salirse en función de la eficacia y coherencia del sistema de recursos de la comunidad. La red de recursos comunitarios en la que se inserta nuestro programa es un potencial a desarrollar en el trabajo con las familias y, desde nuestro programa, creemos necesario incorporar actividades comunitarias. Para ello, creemos conveniente establecer canales de información y coordinación con los recursos del territorio, así como entre el equipo de investigación y el equipo de formación. Asimismo, consideramos necesario establecer y pautar espacios de acompañamiento a los participantes (familiar e individual), bien sea dando soporte a la alfabetización de los participantes, rentabilizando los recursos potenciales de formación básica, bien sea incorporando actividades comunitarias en el trabajo de las relaciones familiares o dando continuidad a la tarea de orientación al finalizar el programa.

En la selección de las familias, es conveniente tener en cuenta a los destinatarios potenciales (personas en una fase de trabajo personal que han adquirido habilidades básicas para el trabajo en grupo) y, una vez seleccionadas, la elaboración de un diagnóstico específico previo. Además, debe garantizarse que los contenidos a transmitir a los destinatarios se adaptan a los participantes. Principalmente, debe considerarse el momento óptimo de estas familias para iniciar este tipo de procesos formativos y, en cualquier caso, disponer previamente de todos los recursos y canales de derivación suficientes que nos permitan dar respuesta a necesidades que van apareciendo a lo largo del proceso.

La Investigadora Principal del Proyecto de Investigación sobre Competencia Familiar es la Profesora Carmen Orte Socías. Catedrática de Universidad de Pedagogía de la Inadaptación Social de la Universidad de las Islas Baleares y miembro del Grupo Gifes cuyo responsable es el Profesor Marti X. March Cerdà. Catedrático de Universidad de Pedagogía Social y Sociología de la Educación de la UIB. Miembros del grupo GIFES: M. X. March; C. Orte; LL. Ballester; C. Touza; J.L. Oliver; B. Pascual; C. Fernández; C. Fernández; L. Mestre.

Análisis de Clusters de familias en riesgo participantes en el Programa de Competencia Familiar (Strengthening Family Program) en España

ORTE, C.*; BALLESTER, L.; MARCH, M.X.*****

* Catedrática de Universidad. UIB

** Profesor Titular de Universidad. UIB; Catedrático de Universidad. UIB

INTRODUCCIÓN

La pregunta sobre la eficacia del trabajo preventivo, medido en términos de cambio consistente, responde a una preocupación de los técnicos y de los políticos de la mayoría de los países con programas preventivos. En nuestra investigación para validar el Programa de Competencia Familiar (Kumpfer et al) para población española, esa ha sido una de nuestras preocupaciones. Los resultados del PCF siempre han sido bastante positivos, pero algunas familias bajaban las medias de los grupos experimentales. Por eso decidimos estudiar las diferencias en el aprovechamiento del programa, utilizando la construcción de tipologías que ofrece el análisis de cluster.

El propósito del análisis de cluster es agrupar las observaciones de forma que los datos sean muy homogéneos dentro de los grupos (mínima varianza) y que estos grupos sean lo más heterogéneos posible entre ellos (máxima varianza). De este modo obtenemos una clasificación multivariante de tipos diferentes de familias. En este estudio se diferencian las familias en función de las trayectorias seguidas a lo largo de 14 sesiones de formación (3 meses), prestando especial atención al cambio observado al final de la aplicación del programa.

La muestra ha estado formada por treinta y cuatro familias, de las cuales treinta han completado el programa y otras cuatro o han abandonado o no han completado el número mínimo de sesiones. Los instrumentos utilizados han sido los desarrollados por la profesora Karol Kumpfer, complementados con instrumentos validados específicamente para población española (BASC, BAS, ESFA, BDI y otros). Con las escalas construidas a partir de los datos obtenidos, se han realizado los análisis multivariantes.

Se ha desarrollado el análisis partiendo de un análisis factorial de componentes principales, confirmando la presencia de 9 factores clave (61% varianza) entre los que se encontraban la estructura familiar, la estabilidad de la relación, la asistencia, el nivel de participación, la motivación, etc., así como un plot de variables sobre las que se establecía el nivel del cambio, agrupadas en cuatro factores (relaciones familiares, habilidades parentales, comportamiento de los hijos e hijas, competencias sociales de los hijos e hijas). La metodología utilizada es la de los clusters no jerárquicos (k-medias). Se han utilizado medidas de distancia de Ward, así como las de Sokal y Sneath, junto a medidas de asociación basadas en Chi-Cuadrado, en función de las variables tratadas. El resultado ha mostrado la consistencia de la diferenciación esperada entre 3 posibles clusters de familias, denominadas: familias de cambio consistente (importante y coherente), familias de cambio parcial (lagunas de menor importancia y coherencia menos consistente) y familias de cambio precario (por asistencia insuficiente, problemas de coherencia intrafamiliar, etc.). Junto a los tres clusters definidos, se encuentran dos familias de difícil clasificación.

PALABRAS CLAVE

Prevención de drogas, prevención selectiva, prevención familiar, análisis de cluster, tipología de familias.

Satisfacción de los usuarios del Programa de Competencia Familiar (Strengthening Family Program) en España

ORTE, C.*; BALLESTER, L.; MARCH, M.X.*****

* Catedrática de Universidad. UIB
** Profesor Titular de Universidad. UIB
*** Catedrático de Universidad. UIB

Enviar correspondencia a:

Dra. Carmen Orte Socías. Departamento de Pedagogía y Didácticas Específicas. Edificio Guillem Cifre de Colonya. CampusUIB. Carretera de Valldemossa, KM. 7,5 07122 Palma (Mallorca).

INTRODUCCIÓN

Se presentan los principales resultados del análisis de la satisfacción de los usuarios del Programa de Competencia Familiar en España (2005-2007). La investigación se ha realizado desde factores cognitivos (atribución causal centrada en los formadores y actividades) y, en menor medida, afectivos-comunitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trabajó con una escala de satisfacción elaborada a partir del modelo de cuestionario desarrollado por la profesora K.Kumpfer. El instrumento final consta de 33 cuestiones, 15 cerradas en modalidad Likert contestadas por cada uno de los miembros de la familia y el resto abiertas con diversas formas de respuesta (puntuaciones, estimaciones y opiniones). La escala se contesta por el conjunto de la familia, contando finalmente con 30 cuestionarios familiares cumplimentados, en los cuales se ofrecen las respuestas de 52 adultos y 35 menores. La aplicación del cuestionario se realizó siempre en el mes siguiente al final de las cuatro aplicaciones del PCF desarrolladas entre 2005 y 2007 en Palma y Barcelona. Antes de comenzar la aplicación del PCF, los participantes contestaron una serie de preguntas sobre expectativas relativas al programa. Una vez finalizado, las mismas personas contestaban el cuestionario de satisfacción. La escala incluye cuestiones relativas a satisfacción experimentada, la valoración de la actividad realizada y de los formadores, la discrepancia percibida entre sus expectativas y la valoración de la experiencia, así como sobre la intención de seguir participando en el futuro y de recomendación a otras familias.

RESULTADOS

Entre otros análisis se ha construido un índice de satisfacción de los participantes. Este indicador mide la satisfacción general media con los formadores y la actividad realizada, calculándolo a partir de 15 ítems diferentes. Los resultados son muy positivos y consistentes, superando la media en todos los casos (padres, madres e hijos) los 4,61 puntos sobre 5. En todos los análisis se ha trabajado con las medias winsorizadas, eliminando un número entero de observaciones de cada extremo (medias recortadas), sustituyéndolos por el último valor que forma parte del análisis, obteniendo una medida resistente tras la sustitución de los posibles valores anómalos. La diferencias entre las valoraciones realizadas entre los tres grupos no han sido significativas (Anova con post test Tukey-b). También se ha calculado el índice de satisfacción con los resultados obtenidos a partir de cuatro preguntas respondidas con puntuaciones. Se mide el grado de satisfacción medio de todos los participantes, otorgando una única respuesta familiar en cada caso. El resultado es elevado, obteniendo un valor de 4,43 sobre 5.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en todos los índices son muy relevantes. Se confirma la relación entre la percepción de calidad del programa, el compromiso de los formadores y el cambio en los participantes. Se ha podido observar como es el trabajo de los formadores que perciben los participantes la variable que mayor cantidad de varianza relativa a la satisfacción con el PCF predice. Las principales limitaciones de la evaluación realizada se relacionan con el valor dudoso de algunas respuestas abiertas, así como con el desconocimiento de la permanencia en el tiempo de la satisfacción de las actividades formativas.

Validación de la adaptación española del Programa de Competencia Familiar (Strengthening Family Program) en España

ORTE, C.*; BALLESTER, L.; TOUZA, C.*****

*Catedrática de Universidad. UIB

**Profesor Titular de Universidad UIB

***Profesora Titular de Escuela Universit. UIB

INTRODUCCIÓN

Se presentan los resultados de la prueba experimental del Programa de Competencia Familiar (adaptación española del Strengthening Family Program (K.Kumpfer), así como también el contraste de su hipótesis principal y otros resultados secundarios. Material y método. Se trata de la experiencia desarrollada desde 2005 hasta 2007, incluyendo el detalle de los resultados a corto y medio plazo (2007) para cada uno de los objetivos principales del cambio, en la modalidad de análisis intergrupos. 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. Se han utilizado escalas de evaluación con validez probada para población española. Se trata de instrumentos cuya sensibilidad para captar cambios debidos a la intervención ha sido también probada. El grupo experimental que completó al menos 10 sesiones y recuperó las perdidas, de las 14 del programa, estuvo formado por 64 personas, completándolo 52 padres y madres (edad media: 37,69). El porcentaje de abandono fue del 18,75%. Iniciaron el programa 45 menores, completándolo 35 (edad media: 10,12). El porcentaje de abandono fue del 22,22%. Toda la muestra experimental contó con 151 personas, 92 padres o madres y 59 hijos e hijas.

RESULTADOS

Se pueden resumir en cuatro grandes grupos. Se observa una mejora de las relaciones familiares, entendidas a partir de la implicación parental, de la comunicación familiar y de la mejora de las relaciones entre los padres y los hijos. Se observan mejoras en la organización y la cohesión familiar. Otro factor que mejora de forma clara es el de las habilidades parentales, aumentando la parentalidad positiva y la práctica de la supervisión. Mejora el comportamiento de los hijos e hijas, comprobando una disminución en el factor agresividad. También se observa una reducción de los problemas de conducta. Se comprueba una disminución del factor relacionado con el retraimiento y la depresión. Mejoran también las competencias sociales de los hijos. Las pruebas demuestran mejoras significativas en las habilidades sociales y adaptativas de los hijos.

DISCUSIÓN

Entre las limitaciones de nuestro estudio se encuentra el tamaño de la muestra experimental. Este problema se está solucionando con nuevas aplicaciones, completadas recientemente (a lo largo de 2008 se podrán completar diez aplicaciones experimentales), así como otras en proceso de preparación para 2008-2009. La reducida pérdida de participantes es un buen resultado de todos los recursos desarrollados para mantener la adhesión (incentivos, sesiones individuales, etc.). Se ha conseguido un seguimiento en niveles superiores a los de la mayoría de experiencias con programas del mismo tipo. Los resultados de las aplicaciones realizadas en la adaptación española son tan consistentes como los ofrecidos por los del equipo de la profesora K.Kumpfer, mostrando su eficacia de acuerdo a dichos estudios de referencia.

Consumo intensivo de alcohol y memoria de trabajo en jóvenes universitarios: resultados preliminares

PARADA, M.*; MOTA-MIRANDA, N.*; CORRAL, M.; CREGO, A.*; FERNÁNDEZ-EIRE, M.C. ***; RODRÍGUEZ-HOLGUÍN, S.****; CADAVEIRA*******

*Becaria de investigación, Área de Psicobiología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela (USC).

**Profesora universitaria, Área de Psicobiología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, USC.

***Psicóloga Clínica, Unidad de tratamiento del alcoholismo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

****Profesora universitaria, Área de Psicobiología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, USC.

***** Profesor universitario, Área de Salud Pública, USC CIBERESP

INTRODUCCIÓN

En los últimos años está emergiendo entre los jóvenes un patrón de consumo de alcohol caracterizado por la ingesta de grandes cantidades en cortos períodos de tiempo. Este patrón, denominado Consumo Intensivo de Alcohol o Binge Drinking (BD), se ha definido como el consumo de 5 ó más bebidas alcohólicas para hombres y 4 ó más para mujeres en un corto espacio de tiempo (aproximadamente 2 horas) al menos una vez al mes. El córtex prefrontal es una región especialmente vulnerable a los efectos neurotóxicos del alcohol y en la que se producen importantes cambios estructurales y funcionales en la adolescencia. El objetivo de este estudio es determinar el efecto del patrón de consumo BD sobre la memoria de trabajo, dependiente de la actividad de la corteza prefrontal, en jóvenes universitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra consistió en 116 estudiantes universitarios de primer curso (entre 18 y 20 años) clasificados según la puntuación obtenida en el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): 54 BD (27 hombres y 27 mujeres) y 62 No BD (31 hombres y 31 mujeres). Se excluyeron los sujetos con historia personal y familiar de trastornos psicopatológicos y/o neurológicos; déficits sensoriales o motores graves y dependencia de sustancias psicoactivas. En el marco de una exploración neuropsicológica más extensa para la valoración del funcionamiento cognitivo se incluyeron el subtest Dígitos de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-III), para la valoración de la memoria de trabajo verbal; y el subtest Localización Espacial de la Escala de Memoria de Wechsler (WMS-III), para la valoración de la memoria de trabajo visoespacial. En ambos subtest se registró la secuencia más larga repetida correctamente en orden directo e inverso. Los datos recabados se analizaron mediante el estadístico t de Student.

RESULTADOS

Los análisis no mostraron diferencias entre los grupos en la secuencia directa del subtest de Dígitos ($p=.663$), ni en el de Localización espacial ($p=.540$). El grupo BD obtuvo puntuaciones inferiores a las del grupo No BD en la secuencia más larga recordada en orden inverso tanto en el subtest Dígitos ($p=.054$), como en el de Localización Espacial ($p=.023$), en el que las diferencias alcanzaron significación estadística.

DISCUSIÓN

El patrón de consumo intensivo de alcohol se asocia con una menor capacidad para manipular la información verbal y visoespacial en la memoria de trabajo. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en estudios con animales que muestran dificultades de memoria de trabajo visoespacial en animales sometidos a un patrón de consumo intensivo durante la adolescencia. Futuros análisis deberán determinar si estas diferencias de ejecución repercuten en el rendimiento académico de los estudiantes.

Programa de atención al tabaquismo en un departamento de salud

PASCUAL, F.*; LLORET, J.*; FONTOBA, J.; MARTÍNEZ, F.***; TORRENTE, A.****; PUCHE, F.******

* Dirección Médica Hospital de Elda
**Unidad de Investigación Departamento 18, Elda
***Centro salud Villena I
****Centro de Salud Marina Española, Elda.

Enviar correspondencia a:
Francisco Pascual. Dirección Médico Hospital General de Elda. Crta. Elda Sax, s/n. 03600 Elda. e.mail: pascual_fra@gva.es

INTRODUCCIÓN

Partimos de un esquema integral de atención al tabaquismo en un Departamento de Salud de la Agencia Valenciana de Salud. Generalitat Valenciana.

En el que destacando la importancia de la atención primaria en este campo, se integran los demás niveles asistenciales, tanto hospitalarios como las propias unidades de Conductas Adictivas.

Para llegar al máximo número de fumadores, se crea la Consulta de Deshabitación tabáquica en Atención Primaria.

Creación de la Consulta de Tabaquismo de Atención Primaria: Para desarrollar la red de deshabitación tabáquica que se propone para el Departamento.

Para la creación y puesta en marcha de las Consultas de Tabaquismo en Atención Primaria, sería necesario:

–Disponibilidad de 1 médico y 1 enfermero 3-4 horas/semana/ Centro de Salud.

–Disponibilidad de 2 psicólogos, uno para la zona norte y otro para la zona sur del Departamento.

El seguimiento, no obstante se realiza de igual forma si el fumador acude a la consulta de tabaco de atención primaria, a la UCA o a la consulta de hospital, diferenciando únicamente que en hospital se captará a pacientes con patología orgánica y en la UCA a personas con comorbilidad psiquiátrica o dependencia a otras sustancias.

En todo caso es imprescindible la combinación del médico con el enfermero, realizando este último la 1º visita, con valoración de motivación y dependencia, la segunda por parte del médico para pactar el proceso terapéutico y luego unas visitas sucesivas que se espaciarán en el tiempo, de menor a mayor intervalo, con seguimiento hasta un total de un año.

Programa para trabajadores: Además para los trabajadores del departamento se ha conseguido un sistema de copago con Varenicline para intentar conseguir que el personal sanitario y no sanitario que trabaja en salud, abandone el hábito.

RESULTADOS

En estos momentos y habiendo integrado a distintos servicios y niveles asistenciales y después de aproximadamente un año de programa se han conseguido los siguientes resultados.

- De los 13 Centros de salud, 10 tienen consulta de tabaquismo. (77%)
 - En total han seguido el programa, en los centros de salud: 403
 - Se trata el tabaquismo además en la consulta de hospital: servicio de Medicina Preventiva. 107
 - En las dos UCAs: Elda y Villena: 24
 - Un Municipio: Petrer, colabora y organiza su propio programa de deshabitación tabáquica. 22
 - 22 Personas se ha acogido al programa para trabajadores del departamento. (desde junio 07)
- Total de Fumadores adheridos al programa: 578.
- Salud Pública con el apoyo de enfermería está realizando las campañas de sensibilización.
 - La Upc (Elda – Petrer) colabora con las tareas de prevención.

TDAH y variables neurocognitivas: relación del ASRS con el DEX Questionnaire, el FRSBE y el Dickman Impulsivity Inventory

PEDRERO PÉREZ, E.J.; PUERTA GARCÍA, C.*; ROJO MOTA, G.*****

* Doctor en Psicología. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.

** Médico Especialista en Drogodependencias. Directora CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.

*** Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Universidad Rey Juan Carlos. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.

Enviar correspondencia a:

Eduardo J. Pedrero Pérez. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un constructo psicopatológico que representa a un conjunto de síntomas relacionados con fallos en la función ejecutiva cerebral. Su elevada prevalencia en población general (4,4%, según los últimos estudios) y en muestras de adictos en tratamiento (8,8%, tras la aplicación de todos los criterios DSM-IV-TR; Pedrero y Puerta, 2007), exige el desarrollo de estudios para una mejor comprensión de su relación con los trastornos adictivos. El presente estudio explora las relaciones entre un cuestionario que indaga síntomas de TDAH en adultos adictos (ASRS v.1.1.) y otros cuestionarios que estiman variables disejecutivas y alteraciones en otras funciones cerebrales.

MÉTODO

Muestra: 456 adictos que inician tratamiento, cumplen criterios DSM-IV-TR de abuso/dependencia de al menos una sustancia y están libres de efectos inmediatos de la droga.

Instrumentos:

- ASRS v.1.1. (OMS), para detección del TDAH en adultos (Pedrero y Puerta, 2007).
- Frontal Lobe Personality Scale, FrSBe (Stout et al., 2003), mide correlatos de disfunciones del lóbulo frontal.
- Dysexecutive Questionnaire, DEX (Wilson et al, 1996), mide correlatos de disfunción ejecutiva.
- Dickman Impulsivity Inventory, DII-Short (Dickman, 1990), distingue entre manifestaciones funcionales y disfuncionales de la impulsividad.

Procedimiento: Los sujetos cumplimentan los cuestionarios simultáneamente. Se efectúa un análisis correlacional multivariado, controlando las variables edad, sexo y nivel de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Las manifestaciones del TDAH tienen que ver con reacciones impulsivas disfuncionales (caracterizadas por un estilo de toma de decisiones poco reflexivo, con tendencia a actuar precipitadamente, sin tener en cuenta las consecuencias) y no tienen relación con la impulsividad funcional (estilo de procesamiento cognitivo rápido y toma de decisiones orientadas a la consecución de objetivos beneficiosos).
- Las manifestaciones del TDAH presentan todas las características de un proceso de disfunción ejecutiva, correlacionando consistentemente con todas las dimensiones del DEX. Posiblemente, el TDAH represente una modalidad innata del síndrome disejecutivo, dada su presentación temprana.
- Cuando se pregunta a los pacientes por su funcionamiento antes de iniciar el consumo (FrSBE) sólo aparece relación con el TDAH en Desinhibición (incapacidad para interrumpir respuestas automáticas cuando la situación lo requiere), mientras que tras el consumo relacionan su inatención e hiperactividad con fallos en la función ejecutiva, alteraciones emocionales y desinhibición.

–Está en cuestión si los fallos en la conducta ejecutiva son previos (predisponentes) a la adicción, o bien si son consecuencia (directa, mediante su acción farmacológica, o indirecta, mediante, por ejemplo, problemas vasculares) del consumo repetido de sustancias. Los datos del presente estudio apuntan en ambas direcciones: determinadas características del funcionamiento cerebral pueden operar en algunos individuos como obstáculos para una adecuada gestión de la relación con las drogas y, en tal medida, conducir al desarrollo de conductas adictivas; las drogas, una vez son administradas regularmente, pueden producir incremento en los deterioros previos y generar nuevas alteraciones que dificulten aún más las tareas de gestión de recursos de los individuos. Se requieren más estudios para dilucidar las verdaderas relaciones entre disfunción ejecutiva, TDAH y trastornos adictivos.

Proyecto Europeo Drojnet: puesta en marcha de un sistema de información sobre drogas a través de SMS y web

PÉREZ GÓMEZ, L.*; FERRERAS OLEFFE, M.; DEL POZO IRRIBARRÍA, J.***; ESTEBAN HERRERA, A. ****; NÚEZ VICENTE, C. *****; GARCÍA, Á. *******

* Responsable del trabajo de campo del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

** Coordinador del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

*** Jefe del Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

**** Psicóloga, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

***** Psicóloga de la Unidad de Atención al Fumador, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

***** Administrativo del proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias, Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja.

Enviar correspondencia a:

Miguel Ferreras Oleffe. Servicio de drogodependencias. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud. Gobierno de la rioja (España).
C/ Gran Vía, 18, 8ª planta. 26071 Logroño. La Rioja (España). Teléfono: +34941291870. Fax: +34941291871. E-mail: miguel.ferreras@larioja.org

INTRODUCCIÓN

La finalidad del proyecto es la realización de un estudio piloto sobre la incidencia de un sistema de información sobre drogas a través del envío de mensajes a móviles (SMS) y de la página web www.drojnet.eu. En él participan el Gobierno de La Rioja, de Navarra y Béarn (Francia).

La población destinataria son los adolescentes de 14 a 16 años.

Este póster describe este novedoso sistema de información y los criterios que se han seguido para su elaboración.

MATERIAL Y MÉTODO

Mensajes breves e imágenes atractivas son las líneas que han marcado los contenidos de los SMS y el diseño y contenidos de la web.

Se ha privilegiado la información sobre las sustancias de mayor consumo a estas edades: alcohol, tabaco y cannabis. También se tratan otras drogas, así como diversos factores de protección.

Para la elaboración de los SMS y de la web se ha contado con la colaboración de una veintena de jóvenes, principalmente a través de cuatro grupos de discusión. La inmediatez, la concreción y la gratuidad son requisitos básicos que ellos demandan.

Si bien reclamaron mensajes "impactantes", se ha seguido un criterio de información, relevancia y disonancia moderada, con el fin de promover una reflexión personal y no de asustar al usuario.

Los adolescentes mostraron su preferencia por que los SMS les fueran enviados en las horas de salida de los fines de semana y en una frecuencia no superior a dos semanales.

RESULTADOS

Sistema de envío de SMS: se inició el envío el 13 de abril de 2007, desde la plataforma del Gobierno de La Rioja. Desde entonces, se han enviado dos mensajes semanales. Al finalizar el año 2007, se han enviado un total de 12.484 mensajes en La Rioja.

Una primera evaluación cualitativa mediante encuesta telefónica realizada en junio de 2007 reveló un nivel de aceptación alto por parte de los destinatarios de los mensajes de La Rioja.

Web www.drojnet.eu: además de las secciones de información sobre drogas y de la sección interactiva, la web dispone de un apartado de información institucional sobre el proyecto, así como una sección de noticias que versan tanto sobre la actualidad en materia de drogas como sobre el mismo proyecto.

Acorde con su misión transfronteriza y con la dimensión europea del proyecto, la web está disponible en castellano, francés e inglés.

Desde el 31/03/2007, fecha de su puesta en marcha, la página ha recibido un número creciente de visitas, con un total de 5667 visitas en el 2007.

CONCLUSIONES

En su pretensión de informar a los adolescentes, el proyecto Drojnet ha puesto en funcionamiento un sistema novedoso de comunicación, adaptado a los medios que utilizan habitualmente.

Si bien la acogida resulta positiva a escala cualitativa, el proyecto conlleva además un minucioso proceso de evaluación cuantitativo, con un diseño experimental y una muestra de más de mil adolescentes. En abril de 2008 se realizará la evaluación final, después de un año de envío de SMS.

Avances en la intervención de las drogodependencias desde el modelo de gestión de calidad E.F.Q.M. y Normas ISO 9001

PÉREZ SANZ, T.; PADRINO MURILLO, A.; IRIARTE MORENO, I.

CAID del Ayuntamiento de Getafe.

En 1988 se crean los primeros recursos asistenciales adscritos al Plan Regional de Drogas de la Comunidad de Madrid (centros de día, centros municipales, comunidades terapéuticas y otros).

Desde esos comienzos hasta hoy, la explicación e intervención en la conducta adictiva se fundamenta en el modelo bio-psico-social. Esta labor se materializa en el quehacer de los equipos multiprofesionales, que con los años han visto ampliada su composición para dar respuesta a un fenómeno dinámico, de salud pública, con aparición de nuevas drogas y nuevos perfiles de consumidores.

No obstante a pesar de la ampliación en la red (Agencia Antidroga) de recursos tanto materiales como profesionales para la puesta en práctica de los programas de Asistencia a las drogodependencias y Prevención de las mismas, en términos generales, puede afirmarse, que en los dispositivos asistenciales se carece de la necesaria protocolización de la intervención. Del mismo modo, la gestión de los centros se realiza sin la pertinente acreditación ni homologación. Esta situación provoca, entre otros efectos, una dificultad para:

- Evaluar los resultados y los procesos de la intervención.
- Comparar la efectividad inter-centros.
- Determinar la efectividad de los distintos procedimientos utilizados.
- Mejorar continuamente.

Esta realidad impone la necesidad de diseñar una gestión capaz de afrontar estos retos y dar respuestas consensuadas y objetivables, tanto en términos de eficacia como de eficiencia, a las demandas de todos nuestros clientes: el propio usuario con problemas de drogadicción, la población en general que desea prevenir este tipo de problemas, la administración, etc. Con este objetivo, el CAID (Centro de Atención Integral al Drogodependiente) del Ayuntamiento de Getafe, implanta un SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (modelo EFQM), manteniendo la CERTIFICACIÓN ISO 9001 de la Cámara de Comercio e Industria de Madrid desde Octubre del 2006.

Los principios de nuestra Política de Calidad son: (representación en el Poster)

- 1.GESTION POR PROCESOS (inventario de procesos del CAID, proceso de atención psicológica).
- 2.IMPLICACIÓN TOTAL DEL PERSONAL (diagrama del proceso de acogida y evaluación para el tratamiento).
- 3.ORIENTACIÓN Y ENFOQUE AL CLIENTE (carta del servicio municipal "trabajamos para ti").
- 4.ORGANIZACIÓN DIRIGIDA A RESULTADOS (indicadores de la satisfacción de necesidades de atención y expectativas del cliente sobre el servicio para el 2007).

Tratamiento al cocainómano contemporáneo en un Centro de Día

PIÑÓN ESCURA, I.; GARCÍA BARTOLL, G.; AGOST FELIP, J.

Centro de Día "LLuis Alcanyis", Ajuntament de Vila-Real

INTRODUCCIÓN

Con este póster se va a exponer el protocolo del tratamiento al cocainómano contemporáneo en un Centro de Día. Hemos observado que a partir de las dos o tres últimas décadas en programas de rehabilitación de toxicómanos, centros de rehabilitación de menores y cárceles, el subtipo que predomina es el narcisista sin principios. Estas personas suelen tener éxito y mantienen sus actividades dentro de los límites de la ley, pero no es raro que inicien tratamientos clínicos. Las evidentes características de este tipo de narcisista apoyan la conclusión de que en estas personas se mezclan características narcisistas y antisociales.

MÉTODO

Aspectos que hemos tenido en cuenta y que han estado presentes a la hora de elaborar este protocolo de tratamiento:

- Se ve la necesidad de introducir disciplina en su vida, normalmente se va a conseguir a través del trabajo.
- Van a manifestar mucha dificultad en aceptar la ayuda y valorar las intervenciones terapéuticas (rechazan la dependencia).
- Su gran falta de compromiso ante la vida y como no ante el tratamiento. §La gran necesidad de mantener contacto y comunicación con su familia de origen.
- Se tendrá que intervenir con su pareja.
- Se ha de conseguir que cumplan con todo el paquete de tratamiento* durante los primeros seis meses para poder concluir el tratamiento con éxito.

Paquete de tratamiento* que comprende:

- Análisis toxicológico.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia de grupo.
- Intervención del educador ·Intervención del trabajador social.
- Toma de la medicación.

Funciones de cada profesional:

- Psicóloga: Psicoterapia individual, de pareja y de grupo.
- Educador social: Programa de comprobación de consumo y que cumplan con el tratamiento.
- Trabajador social: Coterapeuta de la terapia de grupo, comprobar que el usuario cumpla con el paquete de tratamiento.

Protocolo del Tratamiento:

Se compone de tres fases:

Acogida:

- Temporalidad: de 1 a dos meses
- Objetivo: retención del paciente en el Centro y motivación para el inicio del tratamiento

a) Obtener Información

b) Valoración del caso

c) Evaluación.

Tratamiento:

- Temporalidad: de 12 a 18 meses
- Objetivo: deshabitación, rehabilitación y reinserción
- Psicóloga: sus intervenciones son clínicas.
- Educador Social: su intervención es educativa o reeducativa.
- Trabajador Social: su intervención es social.

Seguimiento:

- Temporalidad: entre 4 y 6 meses
- Objetivo: asegurarse de que en el transcurso del tiempo el paciente sigue manteniendo la abstinencia y de que este lleva un estilo de vida saludable.

DISCUSIÓN

Los resultados de este protocolo de tratamiento los evaluaremos en el futuro. Nuestra intención es cotejarlos con los resultados obtenidos en este mismo centro antes de la aplicación de dicho protocolo.

Estrategias para fomentar la implicación familiar y escolar en los problemas derivados del abuso del alcohol de los jóvenes

PLATAS, L.*; EIROS, F.**

*Psicopedagoga

**Técnicos del Servicio de Prevención de drogodependencias. Ayuntamiento de Lugo

Enviar correspondencia a:

Lydia Platas. C/Hortensia, nº 3, 4ºG. Lugo. 27003. E-mail: lydiapf@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Problemas como el establecimiento de normas y límites, el tabaco y alcohol, etc... son claves para ser tratados desde la infancia y de una modo consensuado entre escuela y familia.

OBJETIVOS

- Aumentar la captación, implicación y sensibilización de los padres y profesores en lo referido a la educación, sensibilización, detección y prevención de sus hijos.
- Mejorar cuantitativa y cualitativamente las relaciones entre familia y escuela con el fin de facilitar la prevención y la minimización de daños derivados del abuso del alcohol y otras drogas.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

- Colaboración del personal docente (directores, orientadores y tutores) y no docente (Asociación de padres y madres de alumnos) para coordinar el programa de formación e información
- Diseño de material impreso útil para la prevención (agendas, revistas, monográficos...) así como para la organización de actividades que implican a la familia y a la escuela durante todo un año lectivo.
- Organización de actividades de formación y especialización en drogodependencias destinadas al cuerpo docente y alumnos de Ciencias de la Educación, futuros modelos para los jóvenes.
- Coordinación con las actividades programadas dentro del programa de Prevención Familiar "Luso e Fusco", y dentro del programa educativo "Conecta" dirigido a los alumnos de primaria y Secundaria (charlas, cineforum, asesorías)

RESULTADOS

Relacionados con la participación:

- 100% de colegios (públicos, privados y concertados) de la capital lucense.
- 4.699 familias indirectamente y 500 familias directamente (lo que supone multiplicar x7 la implicación conseguida en los últimos años de familias con hijos escolarizados en la Enseñanza Primaria).
- 198 tutores de 1º a 6º de primaria (100% de los existentes).

DISCUSIÓN

Optimizar al máximo los recursos, contextualizar los programas de prevención, conocer las problemáticas reales existentes, adaptarse a las necesidades y solventar las limitaciones espacio-temporales que la escuela y la familia tiene, puede ser un camino para aumentar su participación en los programas de prevención.

Petrer sin humo, un paso más

PONCE, F.*; PASCUAL, F.; BOTELLA, C.*; LLORET, J.***

*Excmo. Ayuntamiento de Petrer

**Hospital General de Elda

Enviar correspondencia a:

Francisco Pascual. Dirección Médico Hospital General de Elda. Crta. Elda Sax, s/n. 03600 Elda. E.mail: pascual_fra@gva.es

OBJETIVOS GENERALES

- Prevención del hábito tabáquico en la población de Petrer.
- Tratamiento del tabaquismo.

MÉTODOS

Desarrollo del Programa y Calendarización.

Por un lado se están desarrollando programas de prevención escolar y sociocomunitaria con el apoyo de la UPC de la Mancomunidad y de Salud Pública del Departamento de Salud. Con carteles, charlas coloquios y otras actividades preventivas. Por otro se está facilitando que cualquier persona consumidora de tabaco que quiera dejar de fumar tenga el apoyo médico, psicológico y farmacológico adecuado y de fácil acceso. El tratamiento farmacológico es parcialmente subvencionado por el ayuntamiento y las farmacias de la localidad, entrando el usuario en un sistema de copago, concretamente de la Vareniclina (Champix®).

Se ha montado una consulta de tabaquismo en el ayuntamiento con un médico y un psicólogo.

Primeramente se hacen unas sesiones informativas motivacionales de grupo por parte del psicólogo y se valora el nivel de dependencia y el grado de motivación de los participantes, por medio de los test de Fageström y de Richmond, pasando a la consulta médica aquellas personas que después de las 2 ó 3 sesiones motivacionales están preparadas para el cambio. El médico pasa la consulta según el protocolo establecido para el departamento de salud pudiendo utilizar los mismos materiales. Una vez terminadas las sesiones y el tratamiento farmacológico si se requiere, se mantiene hasta llegar al año unas sesiones periódicas con el psicólogo para prevenir la recaída, las sesiones se pautan individualmente según cada exfumador. En cuanto al fármaco a emplear en aquellos casos que lo requieran se establece la Vareniclina como fármaco a cofinanciar, debido a su demostrada eficacia y tolerancia frente a otras opciones terapéuticas. -No obstante el facultativo podrá aconsejar y pautar la medicación que estime conveniente según la idiosincrasia de cada persona. El programa para dejar de fumar tiene una duración para cada persona de un año, el de prevención tendrá carácter indefinido.

RESULTADOS

La cofinanciación se hizo en base a asumir el coste de la vareniclina (Champix®) el 8% las farmacias, el 42% el ayuntamiento y el 50% el fumador. En dos meses se han adherido al tratamiento 22 personas (11 hombres y 11 mujeres). 4 han abandonado (3 mujeres y 1 hombre). 18 siguen tratamiento (de los que el 83'5% están abstinentes al mes).

CONCLUSIONES

El Ayuntamiento de Petrer (departamento de Salud de Elda de la Agencia Valenciana de Salud) ha conseguido implicar a sectores sanitarios, sociales, farmacéuticos, asociaciones vecinas, etc.. y conseguir que en solo dos meses 22 personas están intentando dejar de fumar. El tabaco es cosa de todos.

Estrés y adicción: estilos de afrontamiento y trastornos del eje I en adictos a sustancias

PUERTA GARCÍA, C.*; PEDRERO PÉREZ, E.J.**

* Médico Especialista en Drogodependencias. Directora CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid

** Doctor en Psicología. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.

Enviar correspondencia a:

Carmen Puerta García. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. C/ Alcalá, 527. 28027 Madrid. Tfno: 917434771. Fax: 917434775

INTRODUCCIÓN

El estrés es una condición relacionada con la adicción en todas sus fases: iniciación, repetición de consumos, establecimiento del hábito, abandono del consumo y recaída. La manera en que las personas afrontan las dificultades determina su relación con las sustancias y la función de éstas. El objetivo del estudio es conocer el estilo de afrontamiento de una muestra de adictos en tratamiento y su relación con síndromes clínicos del Eje I.

MÉTODO

Muestra: 128 sujetos de población no clínica reclutados mediante "bola de nieve"; y 744 adictos que inician tratamiento en un CAD y cumplen criterios DSM-IV-TR para abuso/dependencia de sustancias. Completan los cuestionarios una vez libres de los efectos directos de las sustancias (intoxicación, abstinencia). Firman consentimiento informado para la utilización anónima de resultados.

Instrumentos: 1) Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), del que se extraen las escalas de estilos de afrontamiento: Centrado en la Tarea, Centrado en la Emoción y Búsqueda de Apoyo Social. 2) Cuestionario de screening previo a la entrevista SCID-I, que estima la posible presencia de síndromes clínicos del Eje I. Las puntuaciones son consideradas dimensionalmente, entre 0-2 puntos.

RESULTADOS

Los adictos muestran diferencias significativas (controlando el sexo, la edad y el nivel de estudios) en las tres escalas de estilos de afrontamiento: puntúan más ($p < 0,001$) en afrontamiento centrado en la emoción y menos en el centrado en la resolución del problema y en la búsqueda de apoyo social. Estas diferencias son más marcadas en los adictos a benzodiazepinas y menos en los adictos a cannabis. El afrontamiento emocional correlaciona positiva, significativamente y con gran tamaño del efecto con todas las escalas de síndromes del Eje I, y el afrontamiento de tarea lo hace en sentido inverso.

CONCLUSIONES

Los adictos en tratamiento tienen estilos de afrontamiento principalmente centrados en la emoción: su conducta no se orienta a resolver el conflicto, sino a la regulación de las emociones negativas causadas por ellos. Esta modalidad de afrontamiento no sólo es ineficaz para resolver el conflicto, sino que correlaciona significativamente y con considerable tamaño del efecto con todas las escalas de síndromes del Eje I. Los programas de tratamiento deben utilizar estrategias farmacológicas para reducir la activación que estos sujetos padecen en situaciones de estrés, además de incluir estrategias psicoterapéuticas como la inoculación de estrés, técnicas de relajación y otras. Además, en la inmensa mayor parte de los sujetos en tratamiento, deben incluirse técnicas de resolución de problemas que favorezcan una orientación activa y directa al problema.

REFERENCIAS

Endler NS, Parker JDA. Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues: II-1. Advances in measuring live stress. *Stress Medicine*. 1990;6;243-8.

First MB, Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV(R) SCID-I. Barcelona: Masson; 1999.

Pedrero EJ, Pérez-López M, De Ena S, Garrido C. Validación del cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas "guiado por la personalidad". *Trastornos Adictivos*. 2005;7(3):166-86.

Dependencia a clometiazol. A propósito de un caso.

RODRÍGUEZ, A.***; BARRAL, C.***; MUSCAS, E.*; GONZALVO, B.*; QUESADA, M.*,**; RONCERO, C.**

*CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría

** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón

***Universidad Autónoma de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El Clometiazol es un derivado vitamínico que se usa fundamentalmente en el tratamiento de la dependencia alcohólica. Su uso prolongado en el tiempo provoca tolerancia y dependencia de manera similar a las benzodiacepinas. No se conoce con exactitud su mecanismo de acción ni el tratamiento adecuado. Se presenta un caso clínico de dependencia a Clometiazol de mala evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un varón de 36 años que acude derivado de urgencias del hospital para seguimiento en CAS por abuso/dependencia a Clometiazol. Como antecedentes familiares destacan trastorno por dependencia enófica en familiares de primer y segundo grado, trastorno depresivo en familiar de primer grado y Esquizofrenia con suicidio consumado en familiar de primer grado. Como antecedentes personales destacan fractura de fémur, por la que tiene una incapacidad laboral. Inmunodeficiencia de Antitrombina III. Como antecedentes psiquiátricos presentó síntomas de Trastorno de pánico con Agorafobia por el que ha recibido tratamiento con múltiples fármacos antidepresivos: Fluoxetina, Paroxetina, Trazodona, Venlafaxina, siendo el más eficaz la Clomipramina. Trastorno por dependencia a varias sustancias: cocaína, alcohol, cannabis, benzodiacepinas y Clometiazol y Trastorno de la Personalidad Cluster B. El problema actual principal es el abuso y la dependencia severa a Clometiazol, que se incrementó hace unos seis meses hasta consumos de 90 comp/d. Por este motivo ha tenido que acudir a urgencias de psiquiatría en las últimas semanas. Además, el paciente abusa de benzodiacepinas: Cloracepato y Diazepam y ha presentado en las últimas semanas consumos de alcohol. Se han intentado realizar ingresos hospitalarios de desintoxicación sin éxito (se fue a los pocos días/horas). Durante la última semana ha presentado cuadros abstinenciales a benzodiacepinas y Clometiazol, por lo que ha necesitado ser atendido en urgencias de psiquiatría del hospital por alucinaciones visuales e ideas de perjuicio. El paciente ha continuado consumiendo alcohol y presenta recaída de la cocaína de una semana de duración. Además presenta múltiples intolerancias a los psicofármacos por lo que se hace difícil su abordaje farmacológico. En la actualidad se continúa tratamiento neuroléptico con Quetiapina, Cianamida Cálcica y Clomipramina y se ha introducido Hidroxicina.

RESULTADOS

Pese al abordaje farmacológico y dada la gran intolerancia a múltiples fármacos, no ha sido posible la abstinencia a Clometiazol, presentando consumos erráticos llegando a dosis muy importantes, añadido a las recaídas puntuales de alcohol, benzodiacepinas y cocaína.

CONCLUSIONES

El Clometiazol es una sustancia muy utilizada en la práctica clínica para la desintoxicación alcohol y por su poder sedante en algunas patologías. Se conoce su gran poder adictivo, aunque frecuentemente no es diagnosticada y, por lo tanto, no es tratado adecuadamente. Son necesarios más estudios que profundicen en el tratamiento de su dependencia, por lo frecuente en la práctica clínica diaria.

REFERENCIAS

Reilly, T.M. Pshysiological dependence on, and symptoms of withdrawal from chlormethiazole. *Brit J Psy*, 1976, 128: 375-378.

Gregg E et al. Chlormethiazole abuse. *Brit J Psy*, 1979, 134:627-629.

Stille, G. Experimental studies and clinical experience on the dependency potential of chlormethiazol. *Acta psychiatr Scand. Suppl.* 329, vol. 73. 1986: 129-35.

Reylly T.M. Tratado SET de Trastornos adictivos. Sociedad Española de Toxicomanías. 1ª ed. 2006.

El alcohol y tú, ¿limitas o te limita? – Autoexploración y consejo a través de internet

RODRÍGUEZ-MARTOS, A.*; CASTELLANO, Y.*

*Agencia de Salud Pública de Barcelona, Servicio de Prevención y Atención a las Dependencias.

Enviar la correspondencia a:

Alicia Rodríguez-Martos. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1. 08023-Barcelona

INTRODUCCIÓN

La intervención breve ha mostrado reiteradamente su eficacia en diversos ámbitos médicos. Sin embargo, su implementación no es fácil. Las nuevas tecnologías aproximan los recursos incluso a aquellos que no acostumbra ir al médico, como los jóvenes.

MATERIAL

Se ha elaborado una página web (www.elalcoholytu.org) que permite la autoexploración anónima del consumo alcohólico y ofrece consejo al bebedor de riesgo, que puede complementarse con una consulta personalizada por e-mail. Además, aporta información sobre el alcohol y sus efectos, listado de recursos y conexiones con otras páginas.

MÉTODO

La autoexploración comienza con una tabla donde registrar el consumo de una semana típica, anotando, día a día, el número de consumiciones de cada tipo de bebida alcohólica. A continuación debe completarse el cuestionario AUDIT (punto de corte 5, para esta página). Los bebedores de riesgo pueden acceder a la sección de consejo, estructurado en base a los estadios del cambio y el abordaje motivacional, con aporte de elementos descargables para facilitar el seguimiento del propio compromiso de cambio.

RESULTADOS

En 12 meses (1 Octubre 2006- 30 Septiembre 2007), visitaron la página 12.138 personas, de las cuales 2.574 entraron en la sección de cribado. Su edad media fue 27,8 y estaban repartidos por igual en ambos géneros. 1.342 completaron los datos personales y de consumo semanal y 724 rellenaron el AUDIT. El 58,2% de los cribados eran bebedores de riesgo. El 34,4% lo era por su consumo medio semanal (40,2% de los hombres y 27,4% de las mujeres) y el 84,1%, por su resultado en el AUDIT (91,2% de los varones y 74,8% de las mujeres). Buscaron consejo el 70,3% de los identificados como bebedores de riesgo. El mayor consumo ($p < 0,001$) se daba en fin de semana, especialmente en sábados, en los varones más jóvenes. En ambos géneros existía asociación significativa entre consumo semanal de riesgo y AUDIT positivo: ningún bebedor con consumo perjudicial, según la tabla, tuvo un AUDIT negativo y el 100% de AUDITs negativos correspondieron a bebedores 'prudentes' (riesgo bajo). Sin embargo, la mitad de AUDITs positivos correspondieron a visitantes considerados de riesgo bajo por su consumo semanal.

Los bebedores de riesgo identificados por cualquiera de los dos instrumentos de cribado eran sobre todo varones, tenían 35 años, aumentaban su consumo en fin de semana y presentaban episodios de consumo intensivo como mínimo mensualmente.

DISCUSIÓN

La página despierta interés e identifica bebedores de riesgo, antes probablemente ignorados, la mayor parte de los cuales buscan consejo. Al elevado porcentaje de éstos puede contribuir una autoselección, especialmente en el caso del AUDIT, más completado cuanto mayor consumo, y a una hipersensibilidad del cuestionario, pero también a la existencia de falsos negativos en la tabla de consumo, que no recoge los binges que, en cambio, detecta el AUDIT.

El programa “Hospital sense fum”: evaluación del programa de deshabituación tabáquica en pacientes hospitalizados durante el 2007

ROFES I PONCE, L.*; ROIG CUTILLAS, P.; SABATER PUIG, E.*; BORRÀS CABACÉS, T.***;
BEAS COLODRO, E.******

* Médico

** Psicólogo

*** Médico y coordinadora

**** Enfermero. Servicio de Drogodependencias. Hospital Universitario de Sant Joan.

Enviar correspondencia a:

lrofes@grupsagessa.com

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 el Hospital Universitario de Sant Joan de Reus, firmó el convenio con el Instituto Catalán de Oncología y puso en marcha el programa denominado “Hospital Sense Fum” entrando a formar parte de la Red Europea de Hospitales Sin Humo.

Se ha desarrollado en las siguientes etapas:

1.- FASE DE INICIO (septiembre 1999 – diciembre 2000: inauguración oficial):

Reuniones con el Consejo de Dirección, la Junta Facultativa y el Comité de Empresa del Hospital. Realización de la primera encuesta a los trabajadores. Elaboración de una propuesta pactada de ubicación de las áreas delimitadas para fumar (antes de la ley 28/2005).

2.- FASE DE IMPLEMENTACIÓN (2000-2001):

Señalización con carteles. Adecuación de los espacios físicos para fumar.

Información a través de folletos, prensa interna y medios de comunicación públicos. Inauguración oficial abierta al público, el 15 de diciembre de 2000.

3.- FASE DE CONSOLIDACIÓN (2001 hasta la actualidad):

Mantenimiento de las acciones formativas y sensibilización. Ayuda terapéutica para fumadores (hospitalizados, trabajadores y población general). Otras evaluaciones mediante encuestas, self-audit, medidas nicotina ambiental.

EL PROGRAMA DE DESAHBITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES INGRESADOS

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar el programa de deshabituación (PDT) en pacientes hospitalizados durante el 2007.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo con 40 fumadores ingresados durante el año 2007, por patología orgánica aguda en el Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. El programa consiste en que los médicos y DUE de cada servicio hospitalario deben detectar pacientes fumadores y ofrecer la posibilidad de recibir ayuda para mantenerse sin fumar durante el ingreso. Se hace la petición de consulta a los profesionales del Servicio de Drogodependencias quienes atienden la demanda. Se realiza una entrevista al fumador en la misma habitación de planta donde está ingresado, se recogen los datos, y se les informa del tipo de ayuda que se les puede ofrecer. Si el paciente no presenta contraindicaciones y acepta la TSN, se le ofrece de forma gratuita, así como un seguimiento ambulatorio después del alta hospitalaria.

RESULTADOS

Se recibieron 40 interconsultas durante el año 2007, que corresponden al 0.2% de los pacientes ingresados. Se realizaron el 98% de las interconsultas que procedían mayoritariamente del servicio de Medicina Interna. El 65% hicieron seguimiento en el Servicio de Drogodependencias después de los tres primeros meses del alta hospitalaria; consiguiendo la cesación tabáquica en el 50% de los casos. Un 5% de los pacientes rechaza la intervención.

CONCLUSIONES

Observamos una buena aceptación del programa durante el ingreso y también después del alta hospitalaria por parte de los pacientes. La mayoría realizan seguimiento , y de estos la mitad se mantienen abstinentes.

Existe poca demanda de intervenciones en planta, siendo el servicio de medicina interna el que más la solicita. Creemos que falta mayor implicación y formación del resto de profesionales del hospital, por este motivo durante el 2008 está previsto realizar 4 cursos de formación sobre tabaquismo dirigidos a enfermería.

Distintas utilidades de Aripiprazol en patología dual

ROIG, J.*; ROMERO, C.*; ANDRÉS, I.**; BATLLE, E.***; MOLA, M.***; FERNÁNDEZ, T.***

*CAS Delta, psiquiatra
**CAS Granollers, psiquiatra
***CAS Mataró. (Barcelona), psiquiatra.

Enviar correspondencia a:
Jaume Roig Llovería. C/Termes Romanes, 12, Badalona 08911, Tel. 93 384 64 52, e-mail 19455jrl@comb.es

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el abordaje de pacientes con consumo concomitante de drogas y trastornos mentales está creando un interesante espacio de intervención en el cual, los neurolépticos atípicos, como Aripiprazol, tienen la oportunidad de mostrar su capacidad para abordar este tipo de patología y encontrar nuevas indicaciones para su utilización.

Los objetivos del estudio son:

- Evaluar la eficacia del tratamiento con Aripiprazol en el proceso de deshabituación de sustancias y los síntomas y conductas asociados en pacientes diagnosticados de abuso o dependencia de cocaína y/o alcohol.
- Valorar la eficacia en el control de la ansiedad y el craving como factores de riesgo de la recaída en el consumo.
- Aproximarnos al perfil de pacientes en los cuales la utilización de Aripiprazol pueda resultar más útil.
- Conocer el tipo de patología mental en los cuales Aripiprazol resulta de mayor utilidad para el control de síntomas.
- Identificar los cambios en el rendimiento cognitivo.
- Identificar los efectos secundarios asociados.
- Identificar el grado de satisfacción de los investigadores y de los pacientes con Aripiprazol.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico realizado en distintos CAS que evalúa pacientes (reclutados entre 9/06 y 5/07) con criterio de abuso o dependencia de sustancias y que han recibido tratamiento con Aripiprazol para su deshabituación durante 12 semanas.

Se analizan variables sociodemográficas, de consumo y craving para cocaína, cannabis y alcohol, principalmente, y se relacionan con distintas escalas de valoración de los cambios detectados: CGI-gravedad- mejoría, BPRS global, Escala de calidad de vida-QLS, Escala WHO DAS de calidad de vida, Peso inicial-final, EAV Craving, MEC 30 de cambios cognitivos. Frecuencia de consumo de la droga principal, UKU efectos adversos.

RESULTADOS

Aripiprazol es un fármaco que facilita la deshabituación por consumo de sustancias, que resulta eficaz para reducir la ansiedad y las alteraciones de conducta, disminuyendo el craving para sustancias como la cocaína y el alcohol, de manejo seguro y bien tolerado. Todos los indicadores utilizados muestran una mejoría significativa de los síntomas.

Aripiprazol, por sus características farmacológicas y su mecanismo de acción resulta eficaz para el abordaje de pacientes con consumo de sustancias adictivas con trastornos mentales concomitantes (psicosis, trastornos de conducta, agresividad, trastornos de personalidad).

DISCUSIÓN

Se ha resultado una muestra N de 46 casos. Los indicadores utilizados han puesto de manifiesto la posible utilidad de Aripiprazol en pacientes con patología dual, con buenos resultados (abstinencia) y tolerancia.

Valores sociales y adicción: el modelo de ocupación humana y la práctica de la terapia ocupacional

ROJO MOTA, G.

Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Universidad Rey Juan Carlos. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.

Enviar correspondencia a:

Gloria Rojo Mota. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. C/ Alcalá, 527. 28027 MADRID. Tfno: 917434771. Fax: 917434775.

INTRODUCCIÓN

El Modelo de Ocupación Humana (Model of Human Occupation, MOHO) trata de identificar los aspectos interrelacionados de los cuales emerge y a partir de los cuales se mantiene la ocupación humana. Considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que analizan los estímulos procedentes del entorno (físicos, sociales y culturales), elaboran la información recibida y organizan su conducta ocupacional. Define los valores como aquellas convicciones que otorgan significado a las ocupaciones, creando una fuerte disposición para actuar de acuerdo a ellos. El modo en que nos vemos a nosotros mismos refleja el modo en que el mundo nos ha respondido. Los valores para una persona derivan del mundo percibido, comprometen a una forma de vida y le imponen un significado lógico.

OBJETIVO

Determinar las diferencias entre adictos y población no clínica en los valores sociales asumidos.

MÉTODO

Muestra: 144 adictos a cocaína que inician tratamiento en un CAD; 428 sujetos de población no clínica, obtenidos mediante Snowball Sampling.

Instrumentos: Cuestionario de Valores Sociales VAL-89.

Estrategia de análisis: Modelo multivariado controlando sexo, edad y nivel académico alcanzado. Estimación del tamaño del efecto mediante la *rd* de Cohen.

RESULTADOS

- Los varones que inician tratamiento por consumo de cocaína muestran preferencia por valores más conformistas que los varones de población general, otorgan más importancia a la seguridad, el poder y la búsqueda del placer.
- Las mujeres que inician tratamiento por consumo de cocaína muestran menor preferencia por valores que promueven la autodeterminación de objetivos vitales y menor consideración hacia los demás y sus necesidades.
- En general, los adictos muestran menor preferencia por Autodirección y Benevolencia y más Conformidad y Poder que los sujetos de la muestra no clínica.

CONCLUSIONES

El consumo proporciona a los varones una percepción de sí mismos con cierto grado de poder y superioridad sobre los otros con los que sienten cierta satisfacción e identificación con su rol. Mientras que en las mujeres podría estar reforzando una idea de sí mismas como personas merecedoras de menor consideración social y mayor dependencia.

Desde Terapia Ocupacional el abordaje se enfocará considerando las diferencias de género. En ambos, se proporcionará la posibilidad de anticipar posibilidades de acción, elegir actividades (corto plazo) y ocupaciones

(largo plazo), experimentar a través del desempeño y evaluar la eficacia personal en su contexto cultural. Experiencias que generen convicciones personales más ajustadas: más cooperativas para los varones, más participativas para las mujeres.

La Terapia Ocupacional, como disciplina orientada al desempeño en el ambiente real, puede y debe dotar de validez ecológica a las intervenciones del resto de áreas de trabajo (médica, psicoterapéutica, social y educativa).

REFERENCIAS

Kielhofner, G. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2004.

Pons J, Berjano, E. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas; 1999.

Schwartz SH, Bilsky W. Towards a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58:878-91.

Desintoxicación tabáquica en una sala de desintoxicación de sustancias adictivas

RONCERO, C.; LÓPEZ PÉREZ, C.; CABALLERO DÍAZ, R.; CASTRILLO ALONSO, E.; SÁNCHEZ GARCÍA, J.M.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebrón Universidad Autónoma de Barcelona Servicio de Medicina Preventiva Hospital Universitari Vall d'Hebrón

INTRODUCCIÓN

(UHD). Iniciado el tratamiento de deshabitación de la sustancia adictiva en una sala de drogodependencias, se propuso a los usuarios el uso de la posibilidad de la deshabitación tabáquica que estaba planteando como proyecto de instauración. La puede resultar más beneficiosa contacto con los terapeutas, se puede ante el abordaje de la sustancia, adicción prevención de riesgos, nueva sociabilización... por lo tanto pudiendo coayudar a la deshabitación del tabaco. Iniciar la deshabitación tabáquica a los pacientes ingresados en la unidad tras la presentación de los cuestionarios auto reportados: Datos generales del hábito tabáquico: test de Fagestrom², test de Richmond³, Beck, Stai, Stai R. Encuesta propia de la unidad donde dispone la posibilidad de iniciar el abandono Instauración del procedimiento con técnicas de apoyo, control de estímulos, prevención de recaídas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el estudio en la Unidad de Corta Estancia, con 17 pacientes que están siendo desintoxicados por cualquier sustancia adictiva (n=17).

RESULTADOS

Los pacientes ingresados en el momento de la propuesta de la deshabitación (agosto-noviembre 2007), excluyéndose los pacientes diagnosticados de patologías mentales; (n=17), descartando 4 por alta voluntaria -1 mujeres y 12 varones- y tras la entrega del cuestionario autoevaluable, se revisó las preferencias de los pacientes, proponiéndose la ejecución del plan de trabajo. No existían diferencias entre sexos, ni entre los pacientes ingresados ni el consumo de sustancias. Los pacientes fueron divididos para la evaluación según los grados de dependencia clasificados por el test de Fageström. Ni el grupo con mayor dependencia ni el grupo de menor aceptan la disminución de su consumo de tabaco durante su estancia hospitalaria en un El 75% aceptan la disminución del consumo en la sala por las franjas horarias establecidas para el consumo de tabaco. Refieren encontrarse irritables ante la aceptación e las normas en un 61.5% La baja motivación del test de Richmond (76.9%) señala la negación de dejar de fumar. aún siendo fácil. Solo un 3% de los individuos aceptó fumar disminuyendo voluntariamente y ajustándose el consumo él mismo (nunca más del 30% del total de consumo en 3 días) en las franjas horarias establecidas y de ellos solo 1% aceptó dejar de fumar con los chicles substitutivos de nicotina como elección de tratamiento.

DISCUSIÓN

Aunque los resultados no son esperanzadores en este proyecto previo a la instauración. hay que mantener la idea que la educación sanitaria depende de la Instituciones Sanitarias y que esta en nuestras manos la instauración de estos sistemas de trabajo. Los usuarios de la muestra no son facilitadores del trabajo, aunque deben estar incluidos en la prevención frente a la reducción o abolición del hábito. El Modelo Transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente (1983) muestran claramente las posibilidades de recaída y posiblemente se agudizan en estos usuarios. Las herramientas de trabajo son sobre todo apoyos psicológicos y sociales para poder sentirse protegidos, nos demostrarán a largo plazo que es favorecedor no solo en el abandono de los hábitos nocivos sino a la adherencia al propio seguimiento.

REFERENCIAS

- (1) Becoña E (coord). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona. Glosa, 1999.
- (2) Fagerström K, Schneider N, Measuring nicotine dependence a review of the Fagerström tolerance questionnaire. J Behav med. 1989; 12: 159-82.
- (3) Test de Fagerström modificado. Direcció General de la Funció Pública. Generalitat de Catalunya.

Percepción de la calidad de sueño en pacientes drogodependientes

RONCERO, C.*,,***; MARÍN, C.*; CAPPAL, R.*; GUERRERO, C.**; MARÍN, R.**; VALERO, S.**;
MUSCAS, E.*; RODRÍGUEZ, A.*,**; BRUGUERA, E.**; CASAS, M.**,****

*CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría

**Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón

***Universidad Autónoma de Barcelona

Enviar correspondencia a:

Carlos Roncero. Email: croncero@vhebron.net

INTRODUCCIÓN

El abuso de alcohol y otras drogas producen alteraciones en el patrón de sueño, directamente por el efecto de la sustancia o por la abstinencia de ella. Estas modificaciones en la arquitectura del sueño y en el ciclo de sueño-vigilia afectan el funcionamiento diario con lo cual se altera la necesidad de sueño de los pacientes (Karam-Hage, 2004). En algunos casos dichas alteraciones pueden ser tan severas que podrían interferir el tratamiento precipitando recaídas (Tepli y cols., 2006).

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra está compuesta por 86 pacientes drogodependientes hospitalizados en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación del Hospital Universitario Vall d'Hebron (64 hombres y 22 mujeres). La media de edad fue de 38,74 años. La sustancia motivo principal de ingreso fue la siguiente: 39 asociados al alcohol, 23 por problemas relacionados con la cocaína, 19 pacientes por opiáceos, 3 por cannabis, 2 por benzodiazepinas. 48 pacientes habían realizado desintoxicaciones previas. Todos los participantes respondieron un cuestionario autoaplicado sobre la percepción subjetiva de la calidad de sueño, el cual consiste en una escala tipo Likert de 11 ítems con una puntuación mínima de uno y la puntuación máxima de siete. Con el objetivo de explorar las apreciaciones subjetivas sobre las alteraciones de sueño preexistentes al ingreso.

RESULTADOS

Se encontró que los pacientes informan haber tenido problemas para dormir previo al ingreso en la UHD en un 69,4%; 63,4% de los casos han experimentado periodos de insomnio mantenido; 64,3% relacionan sus problemas de sueño con el consumo de drogas; 70,43% señalan tener preocupación por padecer insomnio en la desintoxicación; 47,7% presentaron insomnio en desintoxicaciones previas y 53,43% insomnio en periodos de abstinencia. 60,57% de los sujetos han experimentado periodos de hipersomnias mantenidas, 31% hipersomnias en desintoxicaciones previas y 41,86% hipersomnias en periodos de abstinencia. Un 60,57% utilizan benzodiazepinas recetadas por su médico para regular el sueño, mientras que el 71,43% las consumen sin prescripción médica con la misma finalidad.

DISCUSIÓN

La percepción de padecer trastornos del sueño es muy frecuente en la población drogodependiente. El estilo de vida y hábitos conductuales afectan el ciclo sueño-vigilia, influyendo en la percepción de la calidad de sueño de los pacientes. En algunos casos la recaída se podría relacionar con fenómenos de automedicación para compensar dichas alteraciones (Tepli y cols., 2006). Es muy importante detectar y tratar las alteraciones de sueño en pacientes drogodependientes. El tratamiento de estas alteraciones debería compaginar estrategias farmacológicas y psicoeducativas para aumentar la conciencia de enfermedad, facilitar la detección de síntomas de alerta, con el objetivo de mejorar el pronóstico de la enfermedad (Roncero y cols, 2007).

Adherencia al tratamiento en pacientes drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio (CAS)

RONCERO, C.*,,***; MUSCAS, E.*; DAIGRE, C.*; CAPPAL, R.*; MARÍN, C.*; BARRAL, C.*,**; MUÑOZ, C.**; DAVILA, S.**; RODRÍGUEZ, M.**; ALVAROS, J.*; ROVIRA, M.*; RAMOS, J.A.**,**; CASAS, M.**,****

*CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría
** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón
***Universidad Autónoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:
roncero@vhebron.net

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas que presenta el tratamiento de pacientes drogodependientes es la baja adherencia (Roncero et al. 2007; Schmitta et al. 2003; Chutuape et al. 2001). Este fenómeno depende de múltiples factores, algunos están relacionados con el paciente y el tipo de adicción, y otros son factores externos, como es la accesibilidad de los servicios. Sin embargo, hay muy pocos trabajos que estudien la vinculación de los pacientes drogodependientes a los recursos ambulatorios, por ello es importante estudiar la adherencia en recursos en los que estén minimizadas las dificultades de accesibilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo de este trabajo es estudiar la adherencia al tratamiento de los pacientes del recurso ambulatorio de drogodependencias (CAS), remitidos por el Servicio de Urgencias de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall Hebrón. La muestra se obtuvo a partir de los pacientes que acuden al servicio de Urgencias de Psiquiatría en el periodo Noviembre 2006-Octubre 2007. Se seleccionaron aquellos que cumplían criterios de dependencia de sustancias, necesitaban tratamiento ambulatorio, vivían en la zona de influencia del hospital y no estaban realizando tratamiento en otros CAS. La proximidad entre el Servicio de Urgencias Psiquiátricas y el ambulatorio, situado a unos diez metros, elimina casi totalmente los factores de dificultad del acceso y desconocimiento del recurso.

RESULTADOS

Durante dicho periodo, acuden al Servicio de Urgencias 5052 pacientes, de los cuales 72 son remitidos al CAS, el 76,4% son hombres y el 23,6% son mujeres. La edad media es de 37,36 años. De los pacientes derivados, solicitan visita al CAS el 66,7%, de ellos acuden realmente a la primera visita el 83,3%, de los cuales el 92% siguen tratamiento. Un 47,2% presentan consumo de alcohol, 15,3% de cocaína, 6,9% de benzodiazepinas, 2,8% de cannabis, 1,4% de opiáceos y un 26,4% son policonsumidores.

DISCUSIÓN

Se considera que la adherencia de los pacientes al tratamiento en el centro ambulatorio estudiado es media. La continuidad del tratamiento de estos pacientes es alta una vez vinculados al centro. En los pacientes drogodependientes la accesibilidad puede favorecer realizar la solicitud y acudir a tratamiento.

Evolución de la impulsividad en pacientes drogodependientes en tratamiento con Topiramato

RONCERO, C.*; VÁZQUEZ, J. M.; SOLER, C.***; HURTADO, P.****; VALCARNERA, M.*****
CARLOS JACAS, C.***

* CAS Vall Hebrón- Hospital Universitario Vall Hebrón

** CAS Sans

***CAS Tortosa

****CAS Sarriá

*****CAS Garraf

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas psicoactivas se ha relacionado con la impulsividad y la pérdida de autocontrol. El control psicofarmacológico de la impulsividad es un reto en el abordaje de los pacientes dependientes en la actualidad. Se conoce que los fármacos antiepilépticos tienen efecto en el tratamiento de la impulsividad (Dolengevich Segal et al, 2006). También el Topiramato ha sido ensayado con éxito mediante ensayos clínicos en pacientes con dependencia de alcohol (Johnson et al, 2003) y de cocaína (Kampan et al, 2004). Hay estudios abiertos o casos clínicos que han señalado su posible utilidad en la dependencia de otras sustancias como nicotina, opiáceos benzodicepinas (Michopoulos et al, 2006), (Bobes et al, 2004). Se conoce que el grado de cumplimiento es fundamental en la respuesta al tratamiento y la evolución de la drogodependencia (Roncero et al., 2007).

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo retrospectivo de 40 pacientes con una edad media de $37,32 \pm 10,63$ (20-66) atendidos en dispositivos en 5 ambulatorios de drogodependencias (CAS) de Cataluña. La muestra incluía 30 hombres y 10 mujeres. Los pacientes presentaban al menos un diagnóstico de dependencia de sustancias, siendo la prevalencia de dependencia de alcohol 54%; de cocaína 52%; opiáceos 5%, de cannabis 10%, y de policonsumidores, definidas como dos o mas dependencia del 47,5%. Se inició tratamiento con topiramato hasta 300 mg al día.

RESULTADOS

El Craving medido mediante la EVA inicial era del 6,5/10; la impulsividad medida mediante la escala de impulsividad Total de Barrat, era de $63,18 \pm 16,94$. Se evalúa la calidad de vida mediante el SF-36. Se detecta disminución media de la impulsividad de 10 puntos a los 3 meses (puntuación media de la impulsividad total a los 3 meses: $52,96 \pm 10,15$).

DISCUSIÓN

La muestra descrita es 40 de pacientes policonsumidores y que presentan altos niveles de impulsividad y craving. A los 3 meses abandonaron el tratamiento 6 pacientes. Los pacientes cumplieron mayoritariamente las pautas de tratamiento con topiramato, se observa una clara disminución de la impulsividad y del craving a los 3 meses.

No se presentaron efectos secundarios relevantes. El grado de adherencia al tratamiento con topiramato es adecuado. Los resultados sugieren que el topiramato es un tratamiento que mejora el estado psicopatológico y el consumo de drogas.

REFERENCIAS

Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weigley C, O'Brien CP. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2004 6; 75: 233-40.

Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, Javors MA, Ma JZ. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2003 17; 361(9370): 1677-85.

Roncero Alonso C, Trasovares Navarrete MV, Lusilla Palacios P, Casas Brugué. M. Adherencia en enfermedades psiquiátricas: Dependencia de sustancias. En: Cañas F, Roca M. Adherencia terapéutica en esquizofrenia y otros trastornos mentales. *Ars Médica.* Barcelona. 2007: 53-62.

La eficacia de los programas de reducción de daños en los usuarios de drogas en comunidades de okupas de Barcelona

ROVIRA, M.*; RIPOLL, L.; BASSOLS, X.***; RESMELLA, R.****; CASTELLS, X.*****; RONCERO, C.*******

*Médico responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

**Educatora responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

***Enfermero responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

****Farmacólogo Clínico Servicio de Psiquiatría.

*****Psiquiatra. Coordinador CAS drogodependencias Vall d'Hebron. Profesor Asociado Universitat Autònoma Barcelona.

*****Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Catedrático Universitat Autònoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Marco Rovira, Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron, Paseo Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona, marovira@vhebron.net

INTRODUCCIÓN

Los Programas de Reducción de Daños (PRD) han mostrado una mejoría en el uso de drogas de una forma más segura en drogodependientes y el acercamiento de estos usuarios a la red de salud. En Agosto del 2005, un nuevo PRD integrado en el ambulatorio de drogas (CAS) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron se inauguró en Barcelona. Este centro incluye una sala de consumo higiénico. En un estudio descriptivo previo de los pacientes de PRD se observó que un número importante de usuarios identificados con el movimiento okupa realizaba uso del servicio. Esta población habitualmente comparte una ideología anticapitalista y antisistema, viven aislados en comunidades cerradas y han estado involucrados en disturbios urbanos.

No se conoce (o no existen) trabajos previos, dirigidos a evaluar la eficacia de los PRD para esta población. Este estudio tiene como objetivo la descripción sociodemográfica y las características médicas de los usuarios que pertenecen a la comunidad okupa atendidos en el PRD. Además, las características clínicas y efectividad de los PRD en esta comunidad ha sido comparado con las del resto de usuarios del PRD atendidos en nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión estadística retrospectiva de los primeros 170 usuarios que han visitado el PRD del CAS del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron en Barcelona. Recogida de los datos sociodemográficos y clínicos. Se ha evaluado la eficacia del PRD definida:

- 1) Retención al programa.
- 2) Proporción de usuarios que pasan de los PRD a iniciar tratamiento, la población de usuarios que pertenecen a la comunidad okupa de los PRD es comparada con el resto de usuarios del mismo programa.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que evalúa la eficacia de los programas de reducción de daños sobre las comunidades extremadamente marginadas como los son los usuarios de drogas pertenecientes al movimiento okupa.

Descripción de los pacientes del programa de reducción de daños del ambulatorio de drogodependencias (CAS) del servicio de psiquiatría del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron

ROVIRA, M.*; RIPOLL, L.; BASSOLS, X.***; RONCERO, C.****; CASAS, M.*******

*Médico responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

**Educativa responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

***Enfermero responsable del área de reducción de daños del CAS drogodependencias Vall Hebron.

****Psiquiatra. Coordinador CAS drogodependencias Vall d'Hebron. Profesor Asociado Universitat Autònoma Barcelona.

*****Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Catedrático Universitat Autònoma.

Enviar correspondencia a:

Marco Rovira, Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron, Paseo Valld'Hebron 119-129, 08035 Barcelona, marovira@vhebron.net

JUSTIFICACIÓN

El ambulatorio de atención a drogodependientes (CAS) Vall Hebron incluye un programa de reducción de daños (PRD) con una sala de venopunción supervisada, un espacio de interacción educativa "espacio calor y café", intercambio de jeringas, y un área de higiene. Sus objetivos son incluir en la red sanitaria convencional a drogodependientes en activo y facilitar el acceso al tratamiento médico-psiquiátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe la población los pacientes atendidos y la asistencia del PRD hasta diciembre de 2007.

RESULTADOS

De los 235 usuarios que utilizaron algún proyecto del programa, (media de edad de 33 años), el 80% son españoles, 74% son hombres y 26% mujeres. 57% están en activo en un programa de mantenimiento de metadona. 48% se encuentran en una situación precaria en cuestión de vivienda (2% en albergue/ 28% okupas/ 11% sin techo/ 7% en pensión) y el 66% tienen escasos ingresos (11% sin ingresos, 1% PIRMI, 12% PNC, 50% economía sumergida). El 45% de pacientes fueron incluidos en tratamiento convencional en el CAS Vall d'Hebron. Del total de usuarios el 16% accedió a tratamiento en el CAS y el PRD fue su primer contacto con el sistema sanitario. El perfil del consumo de sustancias en la sala de autoinyección ha cambiado inicialmente predominaba el uso de heroína y en la tendencia ha sido un aumento en el consumo de la cocaína

DISCUSIÓN

La presencia del PRD integrado en un CAS:

- 1) Facilita el proceso de vinculación y el inicio del tratamiento convencional.
- 2) Es la puerta de entrada al sistema sanitario convencional facilitando el acceso a grupos excluidos implementando programas de vacunación, screening serológico y psicopatológico.
- 3) Disminuye el riesgo de accidentes médico-psiquiátricos relacionados al consumo y permite una intervención más rápida en caso de intoxicación.

Actuación en urgencias ante intoxicación por sustancias de abuso más frecuentes en la actualidad

SACRISTÁN VÁZQUEZ, E.; CUNILLERA I FORNS, C.; GÓMEZ, M.; TOLAGUERA, X.; SERRAT, R.; MORA I BUCH, M.

Htal. Sant Jaume de Olot-CAS Garrotxa

OBJETIVO

Dado los cambiantes patrones de consumo y el inicio cada vez mas precoz.se confecciona este algoritmo con el sólo fin de un abordaje visualmente más rápido, en la urgencia, para podernos situar a los pediatras,médicos de familia y de urgencias,en una patología (especialmente los pediatras) a la que no estamos frecuentemente habituados. sacristane@hotmail.com

MATERIAL Y MÉTODOS

Este algoritmo se ha inspirado en las actuales guías de tratamiento.

CONCLUSIÓN

Esperamos que esta forma mas visual de abordaje nos dé la premura tan necesaria en la urgencia.

Mujeres que inician programa de mantenimiento con metadona en la unidad de conductas adictivas de Ciudad Real en el año 2007

SÁNCHEZ DE LA NIETA ARAGONÉS, P.*; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M.**

* Médico de la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real

** Médico-Coordinadora de la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital

INTRODUCCIÓN

El Programa de Mantenimiento con Metadona (P. M. M.) se inicia en la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real (centro ambulatorio, multidisciplinar e integrado en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha-SESCAM) el 26 de febrero de 1.998. Durante el año 2.007 inician el P. M. M. un total de 56 pacientes nuevos, de los cuales 17 fueron mujeres (30,35%).

OBJETIVO

Describir las características de las mujeres que iniciaron P. M. M. en la U. C. A. de Ciudad Real durante el año 2.007.

MÉTODO

Se revisan 17 historias correspondientes a las pacientes que iniciaron P. M. M. en la U. C. A. de Ciudad Real a lo largo del año 2.007. Analizando las siguientes variables: edad, estado civil, lugar de residencia, situación laboral, situación judicial, nivel de estudios, realización de tratamientos previos al inicio del Programa, consumo de otras sustancias y si son pacientes fijas en la Unidad o derivadas temporales.

RESULTADOS

El 70,58% de las mujeres que iniciaron P. M. M. en el año 2.007 presentan una edad comprendida entre los 26 y 35 años; el 52,94% de las pacientes son solteras y el 35,29% tiene pareja; el 64,70% residen en zona urbana y el 35,30% en zona rural; el 70,59% se encuentra en paro; el 41,48% no presenta ningún antecedente judicial, el 29,41% ha cumplido condena y otro 29,41% está pendiente de juicio; el 47,06% posee el Graduado Escolar y un 23,53% tiene Estudios Primarios; el 88,23% había realizado tratamientos previos al inicio del Programa; el 100% de las pacientes consumía tabaco en el momento del inicio del Programa y el 76,47% cocaína; el 64,70% eran pacientes fijas de la Unidad y el 39,30% eran derivadas temporales.

PALABRAS CLAVE

Mujer, inicio, metadona.

Patología infecciosa en vía de administración en pacientes drogodependientes ingresados en una unidad de desintoxicación hospitalaria a lo largo de 10 años

**SÁNCHEZ DELGADO, A.M.*; MARTÍNEZ PITA, M.*; BENITO NÚÑEZ, M.T.*; MAÑANA VARELA, I.*;
SABIO GÓMEZ, M.J.*; MIGUEL ARIAS, D.****

* D.U.E.

** Psiquiatra

Enviar correspondencia a:

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Marítimo de Oza. A Coruña

INTRODUCCIÓN

La patología infecciosa constituye una de las principales complicaciones asociadas al consumo de sustancias por vía parenteral. A pesar de las numerosas medidas dirigidas a la prevención de su transmisión (programas de intercambio de jeringuillas, talleres de inyección segura, programas de mantenimiento con agonistas, etc.) y del cambio notable en la vía de administración, su prevalencia en la población drogodependiente continúa siendo elevada, especialmente en sujetos con un largo historial de consumo. En este trabajo se estudia la prevalencia de infección por VIH, VHB y VHC en pacientes ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) a lo largo de sus 10 años de funcionamiento (1998-2007).

METODOLOGÍA

Se consideran todos los pacientes (n=497) ingresados en una UDH en los últimos 10 años. La información es recogida mediante cuestionario elaborada al efecto que incluye datos sociodemográficos, toxicológicos, clínicos y terapéuticos. A todos los pacientes sin antecedentes confirmados de infección por VIH, VHB y VHC se le realizan las pruebas serológicas correspondientes. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

Del total de pacientes ingresados en el periodo de estudio se detectó infección por VIH en el 13,9%, por VHB en el 33,9% y por VHC en el 63,2% de los casos. En cuanto a la vía de administración de sustancias, el 74% de los pacientes había utilizado la vía parenteral en alguna ocasión y un 31% lo había hecho en el último mes, aunque solo en un 18,4% constituía la vía principal. A lo largo de estos 10 años se ha observado un cierto incremento en las cifras de prevalencia de las diferentes infecciones (VIH: 12,7% en 1998 frente al 15,8% en 2007, VHB: 33,8% en 1998 frente al 47,4% en 2007, VHC: 64,8% en 1998 frente al 73,7% en 2007), que parece estar en relación con un perfil de mayor edad y deterioro de los pacientes remitidos a la UDH.

CONCLUSIONES

- Se constata una elevada prevalencia de infección por VIH, VHB y VHC, con cierto incremento a lo largo de los años.
- No se objetiva una clara tendencia a lo largo del periodo de estudio en cuanto a la vía de administración actual en estos pacientes.
- El aumento en la prevalencia de infecciones parece en relación con un perfil de mayor edad y deterioro general de los pacientes, con un mayor porcentaje de ellos que utilizaron la vía parenteral en el pasado.

Alcoholismo en personas mayores de 60 años en una unidad de conductas adictivas

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M.*; MONTOYA CROUS, I.; PARRA FERNÁNDEZ, L.*****

* Médico-Coordinadora de la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real

**Psicóloga Clínica de la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real

*** Enfermera de la Unidad de Conductas Adictivas de

INTRODUCCIÓN

Cualquier persona a cualquier edad puede tener un problema con el uso de bebidas alcohólicas. La población de pacientes alcohólicos sigue el mismo proceso de envejecimiento que la población general. Algunos estudios han demostrado que puede estar emergiendo un alcoholismo de "tercera edad" con características propias.

OBJETIVO

Conocer el perfil del grupo de pacientes mayores de 60 años atendidos durante el año 2007 en la Unidad de Conductas Adictivas (U.C.A.) de Ciudad Real por Abuso/ Dependencia de Alcohol, para poder valorar y adecuar las técnicas terapéuticas a este grupo de edad.

MÉTODO

Revisión de 486 historias correspondientes a las personas atendidas por problemas de alcohol durante el año 2007 en la U.C.A. de Ciudad Real, de las cuales 36 pertenecen al grupo de edad de los mayores de 60 años (7,40% del total).

Se estudian variables sociodemográficas, como edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios, situación laboral, situación judicial, situación familiar; junto a otras como vía de acceso y derivación de estos pacientes a la U.C.A. También se analiza edad de inicio del primer consumo, motivo de inicio en el consumo, antecedentes familiares de consumo, tratamiento previo y consumo de otras sustancias. El análisis de las variables se realiza mediante el programa estadístico SPSS 11.0.

RESULTADOS

De los 36 pacientes mayor o igual a 60 años, 32 son hombres (88,88%) y 4 mujeres (11,11); 33 pacientes (91,66%) son mayores de 60 años, siendo la edad media de 65, 13 años. El 72,22% están casados. El 58,33% proceden de la zona rural. El 41,66% tienen estudios primarios y un 33,33% solo lee y escribe. El 66,66% están jubilados. El 83,33% no tienen antecedentes judiciales. El 69,44% viven con su familia adquirida. Un 58,33% ha sido derivado a la U.C.A. desde otros Servicio Sanitarios.

La edad media de inicio de consumo de alcohol corresponde a 16,41 años. El motivo de inicio es por las amistades en un 55,55%. Un 50% tienen antecedentes familiares de consumo. Han realizado tratamiento previo para el consumo de alcohol un 58,33%. En un 63,88% existe consumo de otras sustancias, correspondiendo en el 100% al tabaco.

PALABRAS CLAVE

Alcohol, personas mayores, perfil.

Índice de gravedad de la adicción a través de las puntuaciones compuestas del Europasi en una muestra de adictos a la cocaína

SÁNCHEZ HERVÁS, E.*; ZACARÉS ROMAGUERA, F.; MARTÍN YANEZ, E.**; CALATAYUD FRANCÉS, M.****;
SECADES VILLA, R.*****; GARCÍA RODRÍGUEZ, O.*****; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.*****;
GARCÍA FERNÁNDEZ, G.*****; SANTONJA, F.C.*******

*Unidad de Conductas Adictivas Catarroja. Dpto 10. Consellería de Sanitat. Valencia.

**Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

***Unidad de Conductas Adictivas Nou Campanar. Dpto 6. Consellería de Sanitat. Valencia.

****Unidad de Conductas Adictivas Alzira. Dpto 11. Consellería de Sanitat. Hospital de La Ribera. Valencia.

*****Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

*****Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

*****Centro Universitario

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se aprecia una clara diversificación de la droga principal motivo del tratamiento, produciéndose más inicios por alcohol y cocaína que por heroína. En el perfil de pacientes que ingresa en las Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH) se aprecia este cambio. En este estudio pretendemos evaluar si existen diferencias en el perfil de los pacientes que ingresan por consumo de opiáceos frente a cocaína como droga principal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consideraron todos los pacientes ingresados en una U.D.H. durante diez años (1998-2007) (n=495). Del total, diferenciamos dos subpoblaciones: pacientes consumidores cuya droga principal era la cocaína (n=23) y aquellos en los que era la heroína (n=460). La información fue recogida mediante un cuestionario elaborado al efecto que incluye datos sociodemográficos, toxicológicos, clínicos y terapéuticos. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

La droga principal fue en el 92.9% heroína, un 4.6% cocaína y otras drogas en el 2.2% (cannabis, anfetaminas y alcohol) En el grupo de cocaína comenzaban su consumo a los 23.8 años de edad con un tiempo de consumo medio de 8.2 años; mientras que en el de heroína, tenían una edad de inicio de 19.9 años con un tiempo medio de consumo de 10.6 años. En el grupo de variables demográficas, se aprecia un perfil de mayor deterioro psicosocial (soltero, vive solo, sin pareja ni hijos, sin estudios, desempleado, mayor número de detenciones y estancias en prisión) en ambos grupos, con resultados más llamativos en el grupo de heroína. El motivo de ingreso fue la propia desintoxicación en la mayoría de pacientes del grupo de heroína (77.2%); mientras que en el caso de la cocaína, el trastorno psiquiátrico comórbido (52.2%). En el grupo de heroína tenían mayor número de infección previa por VIH (69% frente a 0%) y VHC (66.5% frente a 17.4%). Los pacientes de cocaína finalizan más el tratamiento (96% frente 88%), solicitando más el alta voluntaria los de heroína (12% frente 4%), con una estancia media hospitalaria de 9 días para el grupo de la cocaína y de 8.8 para el de heroína. En ambos grupos es frecuente la comorbilidad psiquiátrica en eje I y en eje II, aunque son más frecuentes los diagnósticos en eje I en los pacientes con cocaína (39.1% frente a 17.4%). Se utilizaron más neurolépticos en el tratamiento del subgrupo de cocaína (91.3% frente 53.5%).

CONCLUSIONES

1. La heroína es la principal droga motivo de ingreso en nuestra Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.
2. Se observa un perfil de mayor gravedad y deterioro en los pacientes consumidores de heroína como droga principal.
3. Los pacientes de cocaína ingresan con más frecuencia debido a patología asociada al consumo.
4. Los pacientes de cocaína completan el tratamiento en un porcentaje mayor.

En los últimos años, se aprecia una clara diversificación de la droga principal motivo del tratamiento, produciéndose más inicios por alcohol y cocaína que por heroína. En el perfil de pacientes que ingresa en las Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH) se aprecia este cambio. En este estudio pretendemos evaluar si existen diferencias en el perfil de los pacientes que ingresan por consumo de opiáceos frente a cocaína como droga principal.

Terapia de grupo VS no terapia de grupo en pacientes alcohólicos

SÁNCHEZ PEÑA, J.F.*; RODRÍGUEZ SOLANO, J.**

*DUE. Coordinador del Programa de Alcoholismo del Servicio de Salud Mental "Puente de Vallecas", Madrid

**Psiquiatra del Servicio de Salud Mental "Puente de Vallecas", Madrid

INTRODUCCIÓN

La terapia de grupo (TG) se considera como una de las herramientas más importantes que se dispone para el tratamiento del alcoholismo¹. Su eficacia reside, sobre todo, en la identificación que hace el alcohólico con los demás miembros del grupo, que sufren problemas similares². Asimismo, refuerza al enfermo a nivel emocional y cognitivo³ y le disminuye la soledad y la culpabilidad, así como la negación o minimización de su alcoholismo⁴, propios de esta enfermedad. El fin esencial de la TG es la abstinencia de alcohol⁵. El objetivo de este trabajo es analizar si los pacientes del Programa de Alcoholismo de nuestro Servicio de Salud Mental, que están incluidos en la TG, tienen una evolución más positiva que aquellos que no reciben este tipo de terapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron 200 pacientes con el diagnóstico de "Síndrome de Dependencia Etilica" (DSM-IV-TR), del tipo alcoholómano (Alonso-Fernández) o gamma (Jellinek). Se divide la muestra en los que acuden y los que no acuden a TG. Se realiza un estudio descriptivo y comparativo de las dos muestras, analizando variables sociodemográficas y clínicas. El seguimiento⁶ de cada paciente se efectúa de forma trimestral a dos años, registrando en cada uno de estos periodos si el paciente se encontraba en abstinencia, recaída o abandono. Para el presente estudio se utilizó el programa estadístico G-Stat

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las características sociodemográficas entre las dos muestras, excepto en la edad. Los que acuden a TG tienen una edad media de 42,36 +/- 10,74 frente a los que no acuden a TG que tienen una edad de 38,46 +/- 9,29 (t Student p = 0,01). Después de 24 meses en el Programa de Alcoholismo, se obtiene que el 51,67% de los que van al TG se hallan en abstinencia frente 18,75% de los que no acuden. En otro estudio realizado las tasas de abstinencia a 3 años era de 43%⁷. Las tasas de abandono de los pacientes que van a la TG aumentan hasta el tercer mes, estabilizándose a partir del año. El 48,75% de los pacientes que no acuden a la TG abandonan al tercer mes, aumentando el abandono de forma progresiva hasta el mes 18. El mayor número de recaídas en la TG, cerca del 20%, se origina entre el tercer y sexto mes; a partir del noveno mes las recaídas se estabilizan alrededor del 12%. Sin embargo, en los que no acuden al TG se producen más recaídas entre el primero y noveno mes (17- 22%). La adherencia al tratamiento (abstinentes + en recaídas) es de 64,17% de los primeros por el 22,50% de los segundos.

REFERENCIAS

1. Chamorro L. Tratamiento del alcoholismo. En: Valbuena A, Álamo C. Avances en toxicomanía y alcoholismo. Universidad de Alcalá, Madrid, 1996: 151.
2. Ventura I. Psicoterapia del alcoholismo. En: Tratado de Alcoholología. Cuevas J, Sanchos M. Lab. Dupont-Pharma, 2000: 247-249.
3. Feurlein W. Alcoholismo: Abuso y dependencia. Ed. Salvat, Barcelona. 1982: 226-233.
4. Arias F. Barreras habituales para instaurar el tratamiento en el paciente alcohólico. En: Curso de especialización en alcoholismo. Madrid. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción 2001: 1-21.
5. Gual, A. ¿Son terapéuticos los grupos de terapia?. En: Casas M, Gutiérrez M, San Molina L. Psicopatología y alcoholismo. Ed. Neurociencias, Barcelona. 1994: 489-511.
6. Sánchez JF, Olmeda MS. Entrevista de Valoración de Alcoholismo en Salud Mental. Anales de Psiquiatría. 2003; 19; 355-360.
7. Vidal J, Freixa, F, Soler PA. Tratamiento continuado con un grupo de discusión, en pacientes alcohólicos, en una clínica psiquiátrica universitaria. Rev. Trabajo Social, (49-50) 1973: 101-125.

Variables asociadas a la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína

SECADES VILLA, R.*; GARCÍA RODRÍGUEZ, O.; SÁNCHEZ HERVÁS, E.***; ZACARÉS ROMAGUERA, F.****;
GARCÍA FERNÁNDEZ, G.*; CARBALLO, J.L.*; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.*; AL-HALABI DÍAZ, S.*;
ERRASTI PÉREZ, J.M.***

* Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.

**Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

***Unidad de Conductas Adictivas Catarroja. Dpto 10. Consellería de Sanitat. Valencia.

**** Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

La alta tasa de abandonos en los programas de tratamiento es uno de los problemas más graves en el ámbito de las drogodependencias. En este estudio se analiza la influencia de determinadas variables individuales (variables sociodemográficas, historia y patrón de consumo, gravedad de la adicción y psicopatología asociada) sobre el abandono de dos programas ambulatorios para el tratamiento de la adicción a la cocaína. Participaron dos grupos de adictos a la cocaína que estaban iniciando tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas de la Consejería de Sanidad de Valencia y en un centro de Proyecto Hombre en Asturias. La tasa de retención a los tres meses de tratamiento se situó en torno al 70%. La mayoría de los abandonos se produjeron en las fases iniciales del programa. La capacidad pronóstica global de las variables individuales se situó en torno al 80%. Las variables relacionadas con el estado psicopatológico fueron las más relacionadas con la retención. Estos resultados sugieren la necesidad de valorar la psicopatología asociada en el inicio del tratamiento y de prever estrategias para evitar el abandono en este tipo de pacientes. Finalmente, se discuten las estrategias que pueden incrementar las tasas de retención en los programas de tratamiento para drogodependientes.

REFERENCIAS

Daley, D., Frank, A., Gastfriend, D.R., Blaine, J., Connolly, M.B., Gladis, M. (2002). Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: Predictors and impact on outcome. *American Journal on Addictions*, 11, 24-40.

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.

Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W. y Simpson, D.D. (2000). Treatment retention of crack and cocaine users in a national sample of long term residential clients. *Addiction Research and Theory*, 8, 51-64.

Sayre, S.L., Schmitz, J.M., Stotts, A.L., Averill, P.M., Rhoades, H.M. y Grabowski, J.J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 55-72.

Secades Villa, R., Fernández Rodríguez, R. y Fernández Hermida, J.R. (1998). Factores asociados a la retención de heroinómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones*, 10, 1, 53-58.

Evolución del perfil clínico y sociosanitario de los pacientes ingresados en una unidad de desintoxicación hospitalaria a lo largo de 10 años (1998-2007)

SEGADE RODRÍGUEZ, S.*; GONZÁLEZ SANTOS, M.; SERRANO CARTÓN, M.***; SERRANO CARTÓN, C.****;
MIGUEL ARIAS, D.*******

Servicio de Psiquiatría. C.H. Juan Canalejo-Marítimo de Oza (A Coruña)

Enviar correspondencia a:
sonia.segade@canalejo.org

INTRODUCCIÓN

Las unidades de desintoxicación hospitalarias fueron creadas en España en los años 80. Desde entonces se han modificado tanto los patrones de consumo, como los planteamientos teóricos y las necesidades de la población drogodependiente.

OBJETIVOS

Estudiar la evolución del perfil de los pacientes ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) a lo largo de los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consideran todos los pacientes (n=497) ingresados en nuestra UDH desde Enero 1998 hasta Diciembre de 2007. La información es recogida mediante un cuestionario que incluye variables de tipo sociodemográfico, toxicológico, clínico y terapéutico. Los datos fueron analizados mediante SPSS 11.0 para Windows.

RESULTADOS

Se observa un incremento de la edad media de los pacientes de 6,58 años. No hay diferencias en cuanto a la proporción de hombres/mujeres, manteniéndose estable: 18.4% de mujeres y 81.54% de varones. La situación convivencial también se mantiene estable: viven un 12.15%; 29.5% viven con familia propia; 52.60% viven con su familia de origen. La situación laboral no varía: un 30% de pacientes trabajan, frente a un 46.36% que no. Las incapacidad laboral, actividades marginales y actividades domésticas son más fluctuantes. Los antecedentes delictivos también fluctúan, sin una tendencia determinada: una media del 39.35% han estado en prisión. El tiempo de consumo también es mayor en 2007 con una diferencia de 9 años. Hay una menor edad de inicio (2,32 años menor) si exceptuamos los picos de edad de los años 2002 y 2004. El número de tratamientos previos fluctúa, sin una tendencia determinada, con una media de 2,7. No varía la droga principal que siguen siendo los opiáceos (92.32%). La vía inhalada/fumada es menor (29% menos) con un incremento del consumo por vía oral en un 37%. Las vías intravenosa y esnifada son más fluctuantes. La estancia media aumenta alrededor de 4 días. Los pacientes que finalizan tratamiento se mantienen en torno al 11.34%. Se observa un descenso de los pacientes que ingresan por heroína (un 48% menos) con incremento de los que ingresan por cocaína (15% más) y alcohol (variable, alrededor del 5% más). Los que ingresan sólo para desintoxicación descienden un 36.2% con aumento de la patología dual en un 34%.

CONCLUSIONES

Se observa una tendencia a que los pacientes presenten mayor edad y tiempo de consumo, sin que se observen diferencias en sexo, antecedentes delictivos ni situación convivencial o laboral, lo que nos sugiere un envejecimiento de la población drogodependiente. Si bien las drogas principales siguen siendo los opiáceos, hay un aumento de los ingresos para tratamiento de patología dual y desintoxicación de cocaína. La vía inhalada cede terreno a la vía oral, probablemente en relación con el uso de metadona. Hay un aumento de la estancia media, sin diferencias en los pacientes que finalizan el tratamiento.

Características clínico-demográficas-terapéuticas diferenciales de los pacientes consumidores de cocaína VS heroína como droga principal en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

SERRANO CARTÓN, M.C.*; GONZÁLEZ SANTOS, M.*; BAJO LEMA, J.; SERRANO CARTÓN, M.M.*; SEGADE RODRÍGUEZ, S.*; MIGUEL ARIAS, D.*****

*MIR

**PIR

***FEA del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Marítimo de Oza.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se aprecia una clara diversificación de la droga principal motivo del tratamiento, produciéndose más inicios por alcohol y cocaína que por heroína. En el perfil de pacientes que ingresa en las Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH) se aprecia este cambio. En este estudio pretendemos evaluar si existen diferencias en el perfil de los pacientes que ingresan por consumo de opiáceos frente a cocaína como droga principal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consideraron todos los pacientes ingresados en una U.D.H. durante diez años (1998-2007) (n=495). Del total, diferenciamos dos subpoblaciones: pacientes consumidores cuya droga principal era la cocaína (n=23) y aquellos en los que era la heroína (n=460). La información fue recogida mediante un cuestionario elaborado al efecto que incluye datos sociodemográficos, toxicológicos, clínicos y terapéuticos. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

La droga principal fue en el 92.9% heroína, un 4.6% cocaína y otras drogas en el 2.2% (cannabis, anfetaminas y alcohol) En el grupo de cocaína comenzaban su consumo a los 23.8 años de edad con un tiempo de consumo medio de 8.2 años; mientras que en el de heroína, tenían una edad de inicio de 19.9 años con un tiempo medio de consumo de 10.6 años. En el grupo de variables demográficas, se aprecia un perfil de mayor deterioro psicosocial (soltero, vive solo, sin pareja ni hijos, sin estudios, desempleado, mayor número de detenciones y estancias en prisión) en ambos grupos, con resultados más llamativos en el grupo de heroína. El motivo de ingreso fue la propia desintoxicación en la mayoría de pacientes del grupo de heroína (77.2%); mientras que en el caso de la cocaína, el trastorno psiquiátrico comórbido (52.2%). En el grupo de heroína tenían mayor número de infección previa por VIH (69% frente a 0%) y VHC (66.5% frente a 17.4%). Los pacientes de cocaína finalizan más el tratamiento (96% frente 88%), solicitando más el alta voluntaria los de heroína (12% frente 4%), con una estancia media hospitalaria de 9 días para el grupo de la cocaína y de 8.8 para el de heroína. En ambos grupos es frecuente la comorbilidad psiquiátrica en eje I y en eje II, aunque son más frecuentes los diagnósticos en eje I en los pacientes con cocaína (39.1% frente a 17.4%). Se utilizaron más neurolépticos en el tratamiento del subgrupo de cocaína (91.3% frente 53.5%).

Variables relacionadas con el resultado en pacientes drogodependientes de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

SERRANO CARTÓN, M.M.*; SEGADE RODRÍGUEZ, S.*; SERRANO CARTÓN, M.C.*; GONZÁLEZ SANTOS, M.*; BAJO LEMA, J.; MIGUEL ARIAS, D.*****

*Médico Interno Residente.

** Psicólogo Interno Residente.

*** Facultativo Especialista Adjunto Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Marítimo de Oza. A Coruña.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) constituyen una alternativa terapéutica para aquellos pacientes en los que no es posible realizar la desintoxicación en régimen ambulatorio como paso previo al programa libre de drogas. Sin embargo, el porcentaje de pacientes en los que se consigue finalizar con éxito su tratamiento se sitúa en torno al 60-80%, generalmente porque el paciente solicita el alta voluntaria. Teniendo en cuenta la escasez de camas y el elevado gasto sanitario es necesario realizar una selección de pacientes candidatos a estos dispositivos, con el fin de optimizar su funcionamiento. En este estudio pretendemos analizar los posibles factores asociados al fracaso del proceso de desintoxicación hospitalaria con el fin de orientar hacia el perfil del paciente candidato a este tipo de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consideraron los pacientes ingresados en una U.D.H. entre el 1 de Enero de 1998 y el 31 de Diciembre de 2007 (n=495). La información se recogió mediante un cuestionario elaborado al efecto que incluye variables sociodemográficas, clínicas, toxicológicas y terapéuticas. Se realizó una comparación entre la subpoblación de pacientes que fracasaron en el tratamiento (n=60) y los que lo finalizaron con éxito (n=435) con el fin de determinar las posibles variables que se asocian con mayor probabilidad de éxito o fracaso en la desintoxicación. Los diagnósticos se realizaron según criterios DSM-IV-TR. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

Los pacientes que no completaron la desintoxicación presentaban valores más elevados en variables asociadas a mayor deterioro general (desempleo, policonsumo, ADVP, detenciones y prisión, VHB), sin alcanzar significación estadística. Se encontraron resultados estadísticamente significativos en cuanto a la edad de inicio de consumo (18 años en fracasos frente a 20 en los que finalizan), desintoxicaciones hospitalarias previas (0.8 frente a 0.5), periodo máximo de abstinencia (13 meses frente a 19 meses), estancia media (3 días frente a 10), tipo de desintoxicación (52% metadona, 30% desintoxicación corta, 13% otras), programa al alta (32% PMM, 30% acogida, 5% libre de drogas, 3% PMN, 2% comunidad terapéutica), tratamiento con antipsicóticos (48% en fracasos frente a 68% en los que finalizan) y con antidepresivos (37% en fracasos frente a 53% en éxitos).

CONCLUSIONES

Se observa un perfil general de mayor gravedad y deterioro entre los pacientes que no finalizan la desintoxicación. Las variables que alcanzan significación estadística se relacionan con la antigüedad en el consumo (edad de inicio, periodo máximo de abstinencia y tiempo de consumo) y con el tratamiento (tipo de desintoxicación, programa al alta y psicofármacos). La presencia de un diagnóstico dual, tanto en el Eje I como en el Eje II no se asocia con el resultado de la desintoxicación.

¿Existen solo los alcohólicos?

**SHORT MAGDALENA, A.; ROCA BENNASAR, M.; BLANES CASTAÑER, R.;
MORANTA CLADERA, C.; ORTEGA VILA, F.**

UPRA (Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol), Hospital Joan March, Buñola, Mallorca. Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (Universitat de les Illes Balears).

Enviar correspondencia a:
Antonio Short Magdalena ashort@gesma.caib.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo del trabajo es comparar el perfil clínico y sociodemográfico de dos grupos de pacientes con drogodependencias (Alcohólicos y Politoxicómanos) ingresados en una unidad de desintoxicación hospitalaria para alcohol.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra (N=231) está constituida por todos los ingresos desde enero 2007 hasta diciembre del mismo año en una unidad de desintoxicación de la red asistencial pública. La muestra se ha dividido en dos grupos, según los siguientes criterios de inclusión, según consumo de tóxicos a lo largo de su vida:

A) Pacientes con dependencia a alcohol y abuso o consumo prescrito o no de benzodiazepinas (n=135).

B) Todo paciente con consumo continuado de otra droga durante 1 año a lo largo de su vida, tratamientos por otras drogas, consumos en el mes previo al ingreso, o análisis positivo a tóxicos el día de ingreso (n=96).

El análisis de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Encontramos diferencias significativas en el rango edad media de ambos grupos, siendo de 48.54 años en alcohol y 39.69 en politoxicomanías. También se evidencia que la edad de dependencia es estadísticamente inferior en el caso de los politoxicómanos (25.53), que en personas alcohólicas (33.36). Los politoxicómanos se introducen en su consumo a los 13.35 años, edad más temprana que los alcohólicos, que lo hacen a los 14.89 años (tabla 1). La incidencia de hombres politoxicómanos es mayor al de las mujeres, no existiendo estas diferencias en alcohol. Tampoco existen diferencias en cuanto a antecedentes patológicos ni psiquiátricos, ni en ingresos hospitalarios.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados no confirman la creencia, muy extendida, de que todos los pacientes que solicitan tratamiento por drogodependencia son policonsumidores o pasan por etapas en que modifican sus tipos de drogas.

La edad media más alta del grupo de consumidores de alcohol frente a los pacientes politoxicómanos puede explicarse en los conceptos de cambios de hábitos de la población más joven. La diferencia en la edad de inicio precoz para el grupo politoxicomanía respecto al grupo alcohol puede venir influenciada por la mayor incidencia de antecedentes familiares de alcoholismo en ese grupo.

Desde ese momento ambos grupos presentan un desarrollo de su enfermedad significativamente diferente en el tiempo (edad de dependencia), pero no en su evolución, años de dependencia, y sobre todo en lo más llamativo que serían sus consecuencias. El estudio tiene la limitación de incluir en el grupo de pacientes consumidores únicamente de alcohol a quienes, ya fuera por prescripción médica o por propia iniciativa, toman benzodiazepinas.

Comorbilidad entre trastornos debido a consumo de sustancias psicotropas y trastorno bipolar: implicaciones terapéuticas y pronósticas

TAJES ALONSO, M.*; PÉREZ GARCÍA, M.; MARTÍNEZ GÓMEZ, P.***; FORMOSO MARTÍNEZ, S.****;
PÁRAMO FERNÁNDEZ, M.*******

*Médico interno residente psiquiatría. Hospital de Conxo-CHUS. Santiago de Compostela.

**Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Conxo-CHUS. Santiago de Compostela.

***Médico interno residente psiquiatría. Hospital de Conxo-CHUS. Santiago de Compostela.

****Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. USM Conxo-CHUS. Santiago de Compostela.

*****Facultativo especialista de área. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Conxo-CHUS.

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos psiquiátricos por uso de sustancias es elevada, tal y como se evidencia en numerosos estudios epidemiológicos, donde se alcanzan cifras de prevalencia-vida del 61% en el TB tipo I y 48% en bipolares tipo II 1. Sin embargo, dado que el consumo de alcohol y drogas es con frecuencia un criterio de exclusión en estudios controlados frente a placebo, se hacen necesarios ensayos abiertos que ayuden a abordar de una forma eficaz a este subgrupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio analítico, observacional y retrospectivo a partir de una muestra compuesta por 189 pacientes con diagnóstico clínico de trastorno bipolar e ingresados en una Unidad de Agudos entre los años 1998 y 2006, analizando la comorbilidad con trastornos adictivos.

RESULTADOS

En nuestra muestra, un 14,7% de los pacientes bipolares sufren comorbidamente un Trastorno por consumo de sustancias psicotropas, predominando este hecho en pacientes varones ($p < 0,005$). El alcohol es la sustancia más frecuentemente implicada (60,8%), seguida del cannabis (14,3%) y la cocaína (3,6%); un 21,5% de estos pacientes presentaba abuso de múltiples sustancias (tabla 1). La mayoría de estos pacientes ingresan en fase maníaca ($p < 0,005$), diferencia no observada en el subgrupo de pacientes sin ésta patología comórbida. Existen diferencias en el número de fármacos utilizados, a expensas del uso de un mayor número de antipsicóticos en el grupo de pacientes que presentan comorbilidad con el uso de sustancias, siendo éstas estadísticamente significativas. La tasa de reingresos en la Unidad de Hospitalización es mayor en el subgrupo con comorbilidad.

DISCUSIÓN

La menor eficiencia de los tratamientos usados habitualmente en este subgrupo no depende tan solo de factores inherentes a la enfermedad, sino que puede estar influenciado por factores extrínsecos, tales como la pobre adherencia al tratamiento, y el escaso apoyo social y familiar de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd L, Goodwin F. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*. 1990;264:2511-2518.
2. Cerullo MA, Strakowski SM. The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007 Oct 1;2:29. e-mail:maria.tajes@gmail.com.

Los centros y servicios de atención en drogodependencias en la Generalitat Valenciana. Un modelo de financiación

TOMÁS DOLS, S.; CANO PÉREZ, L.; CASTELLANO GÓMEZ, M.; VERDÚ ASENSI, F.; DELICADO TORRES, À.; CONCEPCIÓN ARAMENDIA, B.; ÁLVAREZ PASCUAL, M.J.; RAMÍREZ QUERALT, P.

Dirección General de Drogodependencias. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

Enviar correspondencia a:
delicado_ang@gva.es

INTRODUCCIÓN

Se describe la evolución de los centros y servicios de atención y prevención en materia de drogas en relación a los siguientes aspectos: la normativa que los regula, su tipología y evolución y, la modalidad de financiación para su funcionamiento. Para ello, se ha estudiado el periodo comprendido entre los años 2001 al 2007 porque es a partir de ellos cuando la Comunidad Valenciana registra un importante incremento de la demanda de tratamiento en las diferentes modalidades de centros para personas drogodependientes y, también una mayor necesidad de prevenir el problema en los diferentes ámbitos (escolar, familiar, comunitario, laboral).

OBJETIVO

Se revisan los diferentes modelos de financiación llevados a cabo en los centros y servicios de atención y prevención de drogodependencias en el marco de el Plan Autonómico Valenciano de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PAVDA)1999-2002 y, el Plan Estratégico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos en la Comunitat Valenciana (2006 y 2010), con el fin de conocer las posibilidades de los modelos utilizados y su complementariedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha revisado la normativa (Decreto de Conciertos /51/1999 de 28 de abril del Gobierno Valenciano, Orden de subvención anual y Orden de Conciertos plurianual) que regula la financiación de los diferentes dispositivos de atención y prevención de drogodependencias en lo que respecta a las modalidades de subvención, de concierto u otras analizando la complementariedad existente entre ellas.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El incremento de la demanda de atención por parte de las personas dependientes de sustancias psicoactivas reflejada a principios del año 2000 por los servicios de atención ambulatoria (UCAs y UAs) y, también por la Unidades de Prevención Comunitaria (UPCs) de la Comunidad Valenciana promueve que la Dirección General de Drogodependencias, en el año 2001, dé un impulso importante a la creación de nuevos servicios así como al incremento de plazas en todos los dispositivos ya existentes. Con ello, se inicia además una nueva modalidad de financiación en dichos recursos que va a facilitar una mayor agilidad y complementariedad en lo referente al mantenimiento de dichos recursos y también para los equipos profesionales que trabajan en ellos. Se discuten los criterios de financiación y de seguimiento y, se analizan las modalidades de financiación de los centros y servicios de tratamiento y prevención así como la evolución seguida en cada una de las tipologías establecidas según el Decreto 124/2001, de 10 de julio del Gobierno Valenciano sobre Registro y Acreditación de centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, en la Comunidad Valenciana cual son, entre otros: el Centro de Día (CD), la Unidad de Deshabitación Residencial (UDR), la Vivienda Tutelada (V.T), y, la Unidad de Prevención Comunitaria (UPC). En cuanto a las Unidades de Prevención Comunitaria (UPCs), señalar que de las 51 unidades iniciales existentes en el año 2001, se han creado de forma progresiva un total de 14 unidades más a lo largo de la Comunidad Valenciana que incluye zona rural y urbana, lo que hace un cómputo total de 65 unidades hasta finales del año 2007. Estas unidades, tienen dependencia municipal o de mancomunidad y son subvencionadas por la Dirección General de Drogodependencias, actualmente,

con el crecimiento realizado en este tipo de centros se estima que la cobertura en las necesidades preventivas de la población es de aproximadamente un 90% sobre el total. El modelo de financiación analizado así como el incremento de plazas y centros realizado durante estos años ha logrado, entre otros aspectos, conseguir elevar la cobertura de las plazas para la deshabitación (tratamiento) en los dispositivos enumerados y, en los servicios de prevención así como la promoción de otras posibles topologías de centros y servicios acordes a la realidad actual. Y, lo que es más importante, se ha conseguido la estabilidad tanto para los equipos de tratamiento como para los de prevención en los diferentes centros y servicios mediante una u otra modalidad de financiación.

PALABRAS CLAVE

Centros de tratamiento, modelo de financiación, centros de prevención, normativa, drogodependencias y circuitos de atención.

Unidad de problemas relacionados con el alcohol: la educación sanitaria como herramienta para combatir los mitos sobre el alcohol

TORRES DÍAZ, E.*; OURO RANDULFE, I.B.*; ROIG ORFILA, M.A.**; COLL FUENTES, M.I.***;
MARTÍNEZ BELENGUER, M.F.***; BLANES CASTAÑER, R.****; ALLEGUE LÓPEZ, M.S.****

*Enfermera. Coordinadora Unidad de Problemas relacionados con el Alcohol.

**Enfermera. Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol.

***Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería. Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol.

****Médico. Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol

Enviar correspondencia a:

Encarnación Torres Díaz. C/Joan Muntaner y Bujosa, 34 BJS-C 07011 Palma de Mallorca (Baleares). E-mail: etorres@gesma.caib.es; encartd@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El origen del alcohol se remonta a los egipcios; existen documentos en los que se describe cómo lo destilaban mediante la fermentación de frutas y cereales, parafines medicinales. Se dice que la hidromiel es la precursora de la cerveza. Siglos más tarde, esta tecnología llega a Europa. Actualmente su uso ha sido diverso, hasta convertirse en una bebida asociada a reuniones sociales y culturales. Debido a esta variedad en su uso y consumo, se han desarrollado falsas creencias o mitos acerca de su función y efectos en el organismo que han perdurado a lo largo de los años, y, en el caso de nuestros pacientes, desembocan en el diagnóstico enfermero "Conocimientos deficientes".

OBJETIVO

- 1) Destacar el papel de la enfermera como referente en los autocuidados y promotora de estilos de vida saludables.
- 2) Demostrar la importancia de la educación sanitaria como herramienta imprescindible a utilizar en el plan de cuidados, con el fin de resolver el mencionado diagnóstico.
- 3) Describir los mitos más frecuentes acerca del alcohol.

Unidad de desintoxicación alcohólica: la educación sanitaria como herramienta para combatir los mitos sobre el alcohol

TORRES DÍAZ, E.*; OURO RANDULFE, I.B.; ROIG ORFILA, M.A.**; COLL FUENTES, M.I.**;
MARTÍNEZ BELENGUER, M.F.**; SHORT MAGDALENA, A.***; ALLEGUE LÓPEZ, M.S.**; VIDAL URREA, M.*****

*Enfermera. Coordinadora Unidad de Problemas relacionados con el Alcohol.

**Enfermera. Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol.

***Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería. Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol.

****Médico. Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol.

UPRA. HOSPITAL JOAN MARCH, GESMA. Palma de Mallorca. (Baleares).

Enviar correspondencia a:

Encarnación Torres Díaz. C/Joan Muntaner y Bujosa, 34 BJS-C 07011 Palma de Mallorca (Baleares). E-mail: etorres@gesma.caib.es; encartd@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El origen del alcohol se remonta a los egipcios; existen documentos en los que se describe cómo lo destilaban mediante la fermentación de frutas y cereales, para fines medicinales. Se dice que la hidromiel es la precursora de la cerveza. Siglos más tarde, esta tecnología llega a Europa. Actualmente su uso ha sido diverso, hasta convertirse en una bebida asociada a reuniones sociales y culturales. Debido a esta variedad en su uso y consumo, se han desarrollado falsas creencias o mitos acerca de su función y efectos en el organismo que han perdurado a lo largo de los años, y, en el caso de nuestros pacientes, desembocan en el diagnóstico enfermero "Conocimientos deficientes".

OBJETIVO

- Destacar el papel de la enfermera como referente en los autocuidados y promotora de estilos de vida saludables.
- Demostrar la importancia de la educación sanitaria como herramienta imprescindible a utilizar en el plan de cuidados, con el fin de resolver el mencionado diagnóstico.
- Describir los mitos más frecuentes acerca del alcohol.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro proyecto es muy reciente y lo llevamos a cabo durante la estancia del paciente en la unidad. Se llevan a cabo 2 sesiones semanales de hora y media de duración, en las que la persona expresa sus dudas, temores y falsas creencias. La enfermera proporciona la información necesaria para disolver los mitos, y valorará los conocimientos adquiridos por el paciente mediante la administración de un cuestionario pre y post intervención.

RESULTADOS

A falta de resultados cuantitativos, tributarios de ser presentados más adelante, hemos observado que el paciente aumenta sus conocimientos acerca de su enfermedad, la cual puede afrontar con una visión más realista de la misma.

DISCUSIÓN

Se confirma que la educación sanitaria ofrecida por la enfermera se constituye en pilar fundamental de los autocuidados.

Dispositivos de reducción del daño del Instituto de Adicciones de Madrid Salud en el ámbito del Ayuntamiento de Madrid

VARAS SOLER, P.*; FERREIRO FIGUEROA, J.*; MESÍAS PÉREZ, B.*; VEGA ASTUDILLO, P.**

*Médico del Dpto. Asistencia del I. de Adicciones CENTRO. Departamento de Asistencia del Instituto de Adicciones de Madrid Salud CAD de Latina del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

**Médico del CAD de Latina del I. de Adicciones

Enviar correspondencia a:
varassp@munimadrid.es

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es ver las actuaciones realizadas y conocer el perfil de los pacientes drogodependientes captados y atendidos por los dispositivos de reducción del daño del I. de Adicciones en Madrid.

Centro de Atención Sociosanitaria Básica: Tiene como objeto extender la Asistencia Social y Sanitaria básica a la población drogodependiente que se encuentra alejada de los recursos normalizados y sin intención de abandonar el consumo de drogas.

Unidad Móvil Madroño: Su objetivo es la Detección, Captación y Atención en proximidad de personas drogodependientes de cualquier tipo de sustancia en situación de vulnerabilidad para su incorporación a la red de atención, en los diferentes niveles de atención.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisando las memorias anuales de los distintos dispositivos vemos el número de personas atendidas, la distribución por sexo, edad, por consumo de sustancias, y los perfiles de los pacientes drogodependientes atendidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

–Unidad Móvil “Madroño” En 2007 se han atendido a 287 usuarios, de los cuales 179 pertenecen al Programa de Mantenimiento con Metadona.

Ha aumentado el porcentaje de pacientes atendidos con heroína como droga principal, disminuyendo el número de pacientes cuyo consumo principal es el alcohol, respecto a los datos de 2006.

El 90% de los usuarios son personas sin hogar. El 43,7% son extranjeros, de los que el 26% son de Rumania.

El 82,6% son varones. El 70% tienen entre 30-50 años.

–Centro de atención sociosanitario básico.

En el año 2007 se atendieron 600 personas de los que 192 son pacientes nuevos.

Se han servido 15.266 comidas en el servicio de alimentación básica.

El porcentaje de varones atendidos es del 91,5% con una media de edad de 36,5 años.

Hay un 43% de personas extranjeras de las que el 42% son de Europa del Este.

El 81% consumen cocaína, el 70% heroína, el 11% alcohol con un patrón de policonsumo.

PALABRAS CLAVE

Reducción del daño, atención en proximidad, atención sociosanitaria básica, unidad móvil.

Estudio sobre los hábitos de juego en la Comunitat Valenciana: evolución de la prevalencia de los jugadores patológicos de 1999 hasta 2006

VERDÚ I ASENSI, F.J.; TOMÁS DOLS, S.; CANO PÉREZ, L.; CASTELLANO GÓMEZ, M.; CALDUCH ÁLVAREZ, L.; DELICADO

Direcció General de Drogodependències. Agència Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Enviar correspondencia a:
delicado_ang@gva.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es hallar la prevalencia del juego patológico en la Comunidad Valenciana. La constante preocupación de la Dirección General de Drogodependencias en buscar indicadores que estimen la problemática en cuestión establece la necesidad de arbitrar medidas para la búsqueda de la prevalencia como marca el Plan Estratégico Valenciano 2006-10. La mayoría de los estudios realizados en varios países y en concreto en Estados Unidos utilizan el South Oaks Gambling Screen (SOGS) de Lesieur y Blume (1987, 1993) como instrumento elegido por su buen nivel de consistencia para encontrar los jugadores patológicos. No faltan estudios que evidencian que el SOGS como instrumento sobre la población general sobreestima la prevalencia del juego patológico en el doble de su porcentaje según el estudio de Stinchfiel (2002) en el que "el 50% de los casos encontrados eran falsos positivos". Sea de una manera u otra, el número de personas afectadas estimadas es muy elevado, aunque se evidencia una proporción de los jugadores patológicos estable en el tiempo y su número está en razón al aumento de la población.

MATERIAL

Cuestionario construido para el estudio sobre los hábitos de juego, con estudio piloto y formación de encuestadores.

METODOLOGÍA

- Universo: mayores de 18 años según padrón municipal de habitantes publicado por INE.
- Tamaño muestra y margen de error: 1111 entrevistas que representa trabajar con un margen de error estadístico de $\pm 3\%$ dentro de un intervalo de confianza del 95.5%.
- Distribución de la muestra: muestreo por estratificación polietápica proporcional, atendiendo a 4 variables: Provincia, Hábitat, Edad y Sexo.
- Entrevistas: siguiendo ruta aleatoria completada con un sistema de cuotas de edad y sexo.
- Editing y codificación: revisión de entrevistas manualmente, una a una. Codificación de cada una de las preguntas. Volcado al ordenador a través "Data Entry" sistema informático Gandia Barwin.
- Método y estrategia: las entrevistas están realizadas a doble ciego. Se aparea a la encuesta el cuestionario SOGS como resultante que identifique los sujetos con problemas de juego.

RESULTADO

Estudio de la evolución de las prevalencias de los problemas leves de juego y los jugadores patológicos en la Comunidad Valenciana. Descripción de los datos más significativos encontrados en los hábitos de juego de los valencianos. Relación con el consumo de drogas.

DISCUSIÓN

Ventajas e inconvenientes de la utilización de los cuestionarios al uso para el estudio de la prevalencia. ¿Es determinante el número de entrevistas a realizar, al 3, al 2 y al 1% de error muestral? ¿Es la estrategia más determinante en la búsqueda de la prevalencia del juego patológico el cuestionario a utilizar? ¿Influye el punto de corte de 5 a 4 criterios cuando el SOGS se adecuaba a los criterios del DSM-III-R? Es importante adaptar este instrumento a los nuevos criterios de DSM-IV o ya V. ¿Por qué razones seguir utilizando este cuestionario?

PALABRAS CLAVE

Prevalencia, juego patológico, instrumentos de medida.

Estrategias y dificultades para el desarrollo de políticas de regulación del alcohol

VILLALBÍ, J.R.; BRUGAL, M.T.; RODRÍGUEZ MARTOS, A.

Agència de Salut Pública de Barcelona CIBER en Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP)

Enviar correspondencia a:

Joan R Villalbí, Agència de Salut Pública de Barcelona, Pl Lesseps 1, 08023 Barcelona. jrwillal@aspb.cat

El consumo de sustancias adictivas está condicionado por diversas políticas públicas. En el caso del tabaco, el movimiento de prevención ha contribuido a modificar su tratamiento en los medios de comunicación y generado políticas regulatorias. Esta experiencia puede extrapolarse al caso del alcohol y otras sustancias adictivas, en las que se infravaloran los riesgos para la salud y hay grupos interesados que promueven su consumo. En esta comunicación se formula una aproximación al caso del alcohol para estimular unas políticas más preventivas a partir de la revisión de la literatura científica sobre las estrategias más efectivas, el análisis de actores, y los intentos de regulación recientes. Se aprecia que los actores interesados en fomentar el consumo de alcohol y contrarios a toda regulación tienen una interlocución política privilegiada en la esfera institucional, que puede generar resistencias poderosas. Pese a que las propuestas de regulación les afectan sólo marginalmente, los sectores viticultores y bodegueros han sido las fuerzas más visibles en contra de la regulación y con mayor eco político y social. Por otra parte, mensajes manipulados sobre el efecto beneficioso del consumo han servido para nutrir el argumentario opuesto a la regulación. Ante esta realidad, se propone un esquema preliminar de estrategia y criterios de acción. Se sugiere que una estrategia de este tipo requiere de una coalición que agrupe al movimiento de prevención. Ésta debería plasmarse en una organización legitimada que mantenga una interlocución efectiva con medios y administración pública. Los elementos cruciales son la formulación de una estrategia general que cubra todo el espectro de políticas públicas, la definición de prioridades, y el desarrollo de acciones de comunicación como estímulos para su adopción. Aunque la problemática relacionada con el alcohol es genérica, se podrían plantear situaciones diferenciadas para diversos productos (vinos y cavas, cerveza, y alcoholes de alta graduación) que tienen distintos patrones de consumo y grupos de interés con diversidad de apoyos sociales y marketing. La planificación es crucial para generar unas políticas públicas más favorables a la prevención del daño causado por el consumo. La falta de consenso mediático y político respecto a la regulación del alcohol contrasta con la experiencia de regulación del tabaco, donde se había alcanzado antes un cierto consenso político transversal, y la labor del movimiento de prevención había incrementado los mensajes preventivos en los medios, consiguiendo una formulación del problema en términos apropiados para su regulación. Los sectores interesados en ampliar las políticas públicas preventivas del daño que causa el alcohol precisan de una mayor cohesión y organización para avanzar. Para contrarrestar las acciones de los grupos de interés que favorecen el consumo de alcohol, habría que dotarse de esquemas de organización apropiados y definir una estrategia y prioridades. La experiencia de prevención del tabaquismo ofrece lecciones aplicables a la prevención de los daños causados por el uso del alcohol.

Análisis de riesgos asociados a la inseguridad de las zonas de consumo

VILLANUEVA, V.; CANEDO, M.; BRAÑAS, M.T.; RODRÍGUEZ, E.; VARELA, C.; REGUERA, I.

Fundación Érguete-Integración. Programa SISIFO

INTRODUCCIÓN

El programa SISIFO contempla dentro de la disminución del riesgo y reducción del daño el análisis de los riesgos potenciales asociados a las características de las zonas donde las personas en situación de exclusión social realizan los consumos de drogas. Enmarcado en un estudio más amplio, presentamos los riesgos asociados a la inseguridad de las zonas analizadas.

OBJETIVOS

- Describir las características de las zonas de consumo asociadas a inseguridad.
- Valorar los riesgos potenciales para la salud de los consumidores derivados de dichas características.

METODOLOGÍA

- Estudio descriptivo realizado mediante observación directa y continuada de las zonas de consumo.
- Captación de imágenes y elaboración de un documental de soporte para el análisis.
- Contrastación bibliográfica.

RESULTADOS

Las características que favorecen los riesgos asociados a la inseguridad de la zona de consumo son: 1) Derrumbe de suelo, paredes y techo; 2) Riesgo de propagación de incendio; 3) Material de consumo previamente utilizado. 4) Dificultad de acceso y evacuación; 5) Caída a distinto nivel.

CONCLUSIONES

- Estas características suponen un riesgo de pinchazos, caídas, golpes, y heridas de diversa índole que afectarán a la seguridad de las personas consumidoras.
- En los casos de producirse heridas abiertas se convierte en vía de entrada a los microorganismos patógenos susceptibles de provocar infección local o sistémica por diseminación hematógena afectando a la salud de los consumidores, algunos de los cuales presentan inmunodepresión.

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)

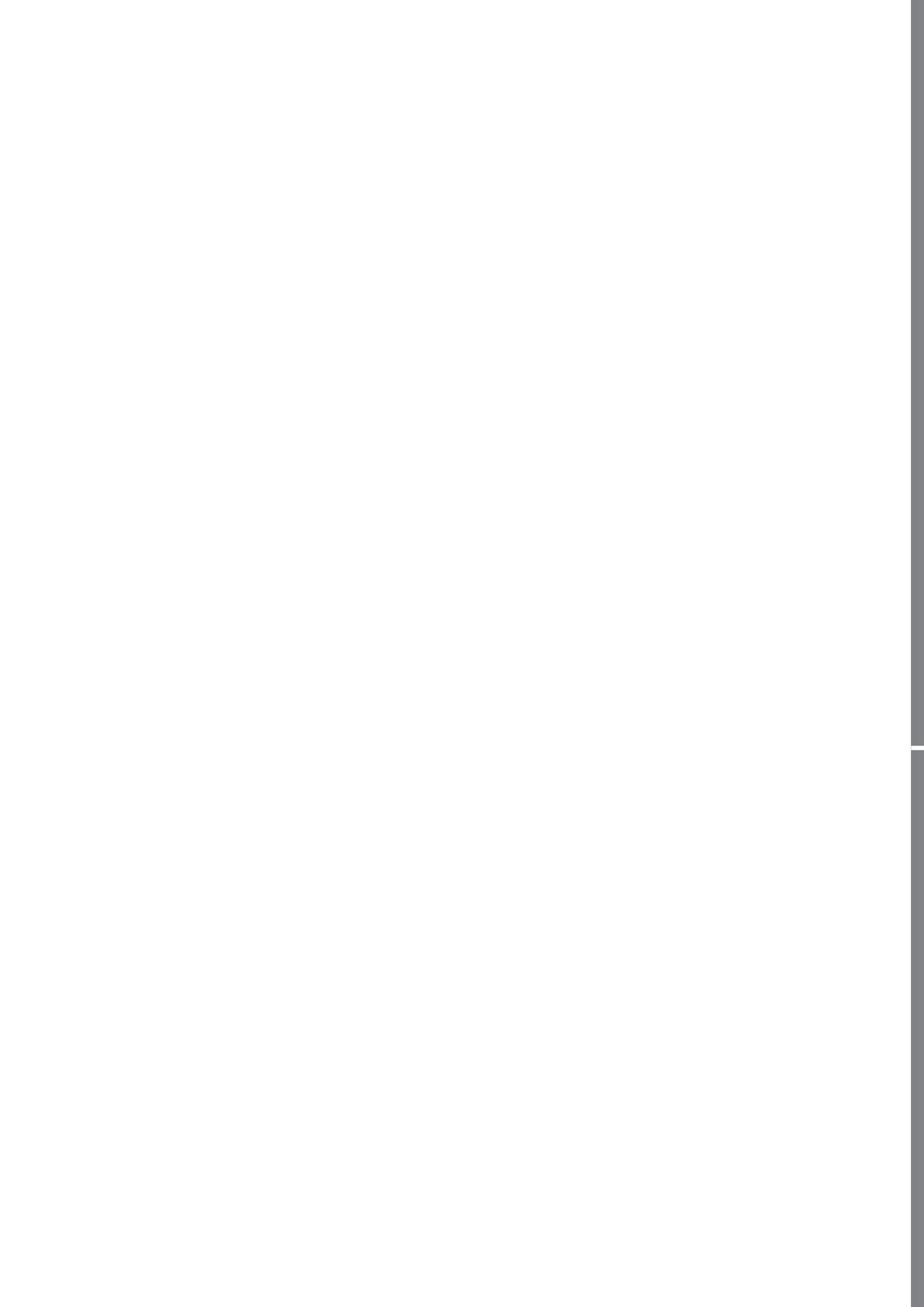
Nombre

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. Vallcarca, 180. 08023 BARCELONA. Tel./fax: 932103854 • E-mail: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org



boletín de suscripción:

■ DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos

NIF Profesión

Dirección Nº Piso

Tel. Población D.P. Provincia

E-mail

■ SUSCRIBANME A: «Adicciones». Año 2008

España	4 ejemplares y suplementos	50,00 €		suscripción particular
	4 ejemplares	120,00 €		suscripción instituciones
	1 ejemplar	15,00 €		
	1 monográfico	20 €		
Extranjero	4 ejemplares y suplementos	65 €	65 \$	suscripción particular
	4 ejemplares	135 €	135 \$	suscripción instituciones
	1 ejemplar	19 €	19 \$	

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

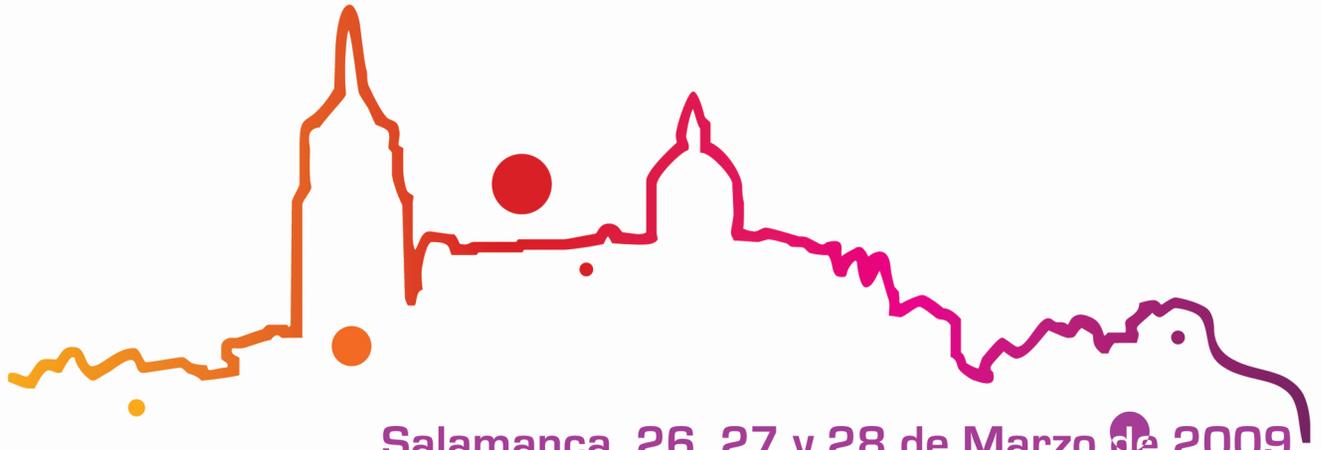
En caso de producirse alguna errata en el material publicado, achacable al autor o al proceso de edición, la revista en un siguiente número indicará en un apartado de "Erratas" la corrección.

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.



Salamanca, 26, 27 y 28 de Marzo de 2009

XXXVI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

