



XXXVI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL SALAMANCA

Subvencionado por:

Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas



2009

XXXVI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL SALAMANCA, 2009

Junta Nacional de Socidrogalcohol

Presidente:
Julio Bobes García

Vicepresidente 1º:
Josep Guardia Serecigni

Vicepresidente 2º:
Elisardo Becoña Iglesias

Secretario:
Antonio Terán Prieto

Vicesecretaria:
Maite Cortés Tomás

Tesorero:
Juan José Fernández Miranda

Tesorero suplente:
Francisco Pascual Pastor

Vocal 1º:
Enriqueta Ochoa Mangado

Vocal 2º:
Francisco Arias Horcajadas

Vocal 3º:
César Pereiro Gómez

Vocal 4º:
Amador Calafat Far

Comité Organizador

Presidente:
Manuel Rodríguez Álvarez

Vocales:
Yolanda Armenteros García
Eva Bermejo Esteban
Antonio Calvo Sánchez
Juan Díaz Boizas
Celeste Garrido González
Mª Ángeles Garzón de Paz
Francisco Javier Gazapo Galán
José González Oreja
Carmen Hernández Nieto
Mª Jesús Justo Nieto
Antonio Marcos Flores
Mª José Olea Renovales
Javier Palacin Vega
Ana Pérez Madruga
Francisco Javier Rodríguez Enríquez
Mª José Salinas Mula
Faustino Sánchez Oliva
Antonio Terán Prieto

Comité Científico

Presidente:
Alfonso Velasco Martín

Vocales:
Julio Bobes García
Amador Calafat Far
Maite Cortés Tomás
Juan José Fernández Miranda
Josep Guardia Serecigni
Enriqueta Ochoa Mangado
Antonio Terán Prieto
César Pereiro Gómez
Francisco Arias Horcajadas
Francisco Pascual Pastor
Elisardo Becoña Iglesias
Manuel Rodríguez Álvarez
Fernando Martínez González
Manuel Franco Martín
José Juan Ávila Escribano
Ana Álvarez Navares
Ángel Luis Montejo González
Rafael Sánchez Vázquez
Miguel Barrueco Ferrero
Javier Laso Guzmán

EDITA: Socidrogalcohol • TIRADA: 2.000 ejemplares
PORTADA: Guillem Mudoj
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:

REDACCIÓN ADICIONES
C/. Rambla, 15, 2ª, 3ª • 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,
Social Sciences Citation Index (SSCI) y Science Citation Index Expanded (SCIE). Tobacco and Health Abstracts (NISC), TOXIBASE.



Salamanca, 26, 27 y 28 de Marzo de 2009

XXXVI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

PROGRAMA AVANZADO



SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



● AL ENCUENTRO DEL SABER

Si contáramos con una máquina del tiempo -antiguo sueño- o con una bola de cristal, o con la paciencia suficiente, podríamos presenciar el ciclo que desde hace ochocientos años hace latir el corazón de la vieja Salamanca. Es el suyo un latido lento. Hay nueve meses entre su diástole, que llena sus calles de alumnos y profesores, y su sístole, que los envía de vuelta a casa por vacaciones. Una y otra vez, las siete colinas de la ciudad se llenan y vacían de gente empeñada en una cosa: recibir el don del conocimiento -aunque sean unas migajas- o difundirlo. Pocas ciudades llevan ocho siglos dedicadas a esta causa, noble como pocas, y aún menos pueden vanagloriarse de una vitalidad como la que tiene la ciudad del Tormes.

Éste, en un par de trazos, es el lugar que acogerá las XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Un lugar, en el que las historias y las leyendas nos aguardan tras cada esquina. Un lugar donde el encuentro con el saber es un arte ancestral que se renueva cada año.

Queremos agradecer el gran número de aportaciones recibidas a través de la Web de Socidrogalcohol para elaborar el programa científico que ahora os presentamos. Es un programa participativo, en el que hemos procurado dar cabida a todos los enfoques y disciplinas y que deseamos facilite el reto de consolidar las Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, en la vanguardia de la formación de profesionales que trabajamos en adicciones.

Os esperamos en Salamanca, para encontrarnos con el saber, la historia, el arte y la diversión.

El Comité Organizador



● JUNTA NACIONAL DE SOCIDROGALCOHOL

Presidente:

Julio Bobes García

Vicesecretaria:

Maite Cortés Tomás

Vocal 2º:

Francisco Arias Horcajadas

Vicepresidente 1º:

Josep Guardia Serecigni

Tesorero:

Juan José Fernández Miranda

Vocal 3º:

César Pereiro Gómez

Vicepresidente 2º:

Elisardo Becoña Iglesias

Tesorero suplente:

Francisco Pascual Pastor

Vocal 4º:

Amador Calafat Far

Secretario:

Antonio Terán Prieto

Vocal 1º:

Enriqueta Ochoa Mangado

● COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Manuel Rodríguez Álvarez

Vocales:

Carmen Hernández Nieto

Francisco Javier Gazapo Galán

Francisco Javier Rodríguez Enríquez

Eva Bermejo Esteban

Mª José Salinas Mula

José González Oreja

Mª Jesús Justo Nieto

Faustino Sánchez Oliva

Juan Díaz Boizas

Yolanda Armenteros García

Antonio Terán Prieto

Antonio Calvo Sánchez

Celeste Garrido González

Mª José Olea Renovales

Mª Ángeles Garzón de Paz

Antonio Marcos Flores

Ana Pérez Madruga

Javier Palacin Vega

● COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Alfonso Velasco Martín

Vocales:

Julio Bobes García.

Amador Calafat Far.

Maite Cortés Tomás.

Juan José Fernández Miranda.

Josep Guardia Serecigni.

Enriqueta Ochoa Mangado.

Antonio Terán Prieto.

César Pereiro Gómez

Francisco Arias Horcajadas.

Francisco Pascual Pastor

Elisardo Becoña Iglesias.

Manuel Rodríguez Álvarez

Fernando Martínez González.

Manuel Franco Martín

José Juan Ávila Escribano.

Ana Álvarez Navares.

Ángel Luís Montejo González.

Rafael Sánchez Vázquez.

Miguel Barrueco Ferrero

Javier Laso Guzmán



● SECRETARÍA TÉCNICA E INSCRIPCIONES

GAMA CONGRESOS, S.A.

C/ Recaredo, 31-46001 Valencia
Tel: 963 155 788 - Fax: 963 155 780
e-mail: inscripciones@gamacongresos.com
www.gamacongresos.com

● SECRETARÍA SOCIEDAD

SOCIDROGALCOHOL

Avda. Vallcarca 180
08023 Barcelona
Telf. 932 103 854
e-mail: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org
www.socidrogalcohol.org

● SEDE Y FECHAS

Palacio de Congresos y Exposiciones de Castilla y León
Salamanca 26 al 28 de Marzo 2009

C/ Cuesta de Oviedo, s/n

● FECHAS LÍMITE

18/03/2009

- Finaliza el segundo plazo de cuota reducida.
- A partir de esta fecha las inscripciones se formalizarán en el mostrador de Nuevas Inscripciones de la Secretaría de las Jornadas.
- Último envío de confirmación de inscripciones.

● CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

La inscripción a las Jornadas incluye:

Congresistas:

Asistencia a las sesiones, documentación, certificado de asistencia, cafés de descanso, almuerzos de trabajo, visita teatralizada y aperitivo y cena de clausura.

Estudiantes y Profesionales en paro:

Asistencia a las sesiones, documentación, certificado de asistencia, cafés de descanso y almuerzos de trabajo.

La inscripción al taller precongreso incluye:

Asistencia a las sesiones de trabajo del miércoles 25 de marzo, documentación, certificado de asistencia y cafés de descanso.

PLAZAS LIMITADAS

Pueden realizar su inscripción en la web de las Jornadas www.socidrogalcohol.org

● CRÉDITOS

Inscripción en Taller Precongreso: Diploma Universidad de Salamanca. Curso de Formación Continuada.

Inscripción Jornadas: Solicitada acreditación Seaformec.

Inscripción en ambos: Solicitados 2 créditos de libre elección.
Universidad de Salamanca.



● ENTREGA DOCUMENTACIONES

En la Secretaría de la sede de las Jornadas: Pre-Congreso: Miércoles 25 de Marzo a partir de las 8:30 h.
Jornadas: Jueves 26 de Marzo a partir de las 8:30 h.

● ACTOS SOCIALES

Jueves 26: Visita teatralizada por Salamanca y aperitivo en Colegio Arzobispo Fonseca.
Viernes 27: Cena de Clausura: Palacio de Figueroa sito en C/ de Zamora, CP: 37002 Salamanca.

● ACREDITACIONES

Toda persona inscrita irá identificada con la acreditación de las Jornadas. No se permitirá el acceso a las ponencias, simposium, conferencias y restaurantes si no van debidamente acreditados. Por lo tanto, rogamos lleven siempre la acreditación en lugar visible.

● EXPOSICIÓN COMERCIAL

Permanecerá abierta desde las 9:00 h del 26 de marzo hasta las 13:00 h del 28 de marzo, durante el horario de sesiones. Podrán acceder a la exposición comercial los profesionales que, sin estar inscritos, sean invitados por las casas comerciales.

● TRANSPORTES

Las compañías IBERIA y RENFE han sido elegidas como transportistas oficiales del congreso, ofreciéndose a los congresistas las tarifas y condiciones que a continuación detallamos. Solicite los descuentos en el boletín de inscripción.



- Para vuelos Nacionales AIR NOSTRUM
- 15% de descuento sobre tarifas completas en Business y Turista.
- Para vuelos Nacionales
- 35% de descuento sobre las tarifas completas en Business y Turista



- 30% en trenes de Alta Velocidad
- 30% en Trenes de Media y Larga distancia
- 30% en trenes de Cercanías





● RESUMEN DE COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERS

Las comunicaciones serán publicadas en un número monográfico de la Revista ADICCIONES, que se entregarán a todos los asistentes de las Jornadas.

COMUNICACIONES PÓSTERS:

Los pósters permanecerán expuestos durante los días de duración de las Jornadas.
Medidas máximas: 110 cm. de alto por 90 cm. de ancho

COMUNICACIONES ORALES:

El Comité Científico valorará la admisión o no de las comunicaciones.
Aquellas que no sean aceptadas como orales pasarán a formato póster.

Durante las Jornadas se otorgarán los siguientes premios a los mejores pósters presentados:

Premios Póster

- Premio Emilio Bogani Miquel:** 500€
- Premio Francesc Freixa Santfeliú:** 500€
- Premio Joaquín Santodomingo Carrasco:** 500€
- Premio Miguel Ángel Torres Hernández:** 500€
- Premio Castilla y León; José Fermín Prieto Aguirre:** 500€

JURADO:

Presidente: Elisardo Becoña Iglesias

José Juan Ávila Escribano
Amador Calafat Far
Enriqueta Ochoa Mangado
Juan Carlos Rivera Aullol
M^a del Mar Sánchez Fernández
Rafael Sánchez Vázquez

Los premios se entregarán durante la Cena de Clausura de las Jornadas.

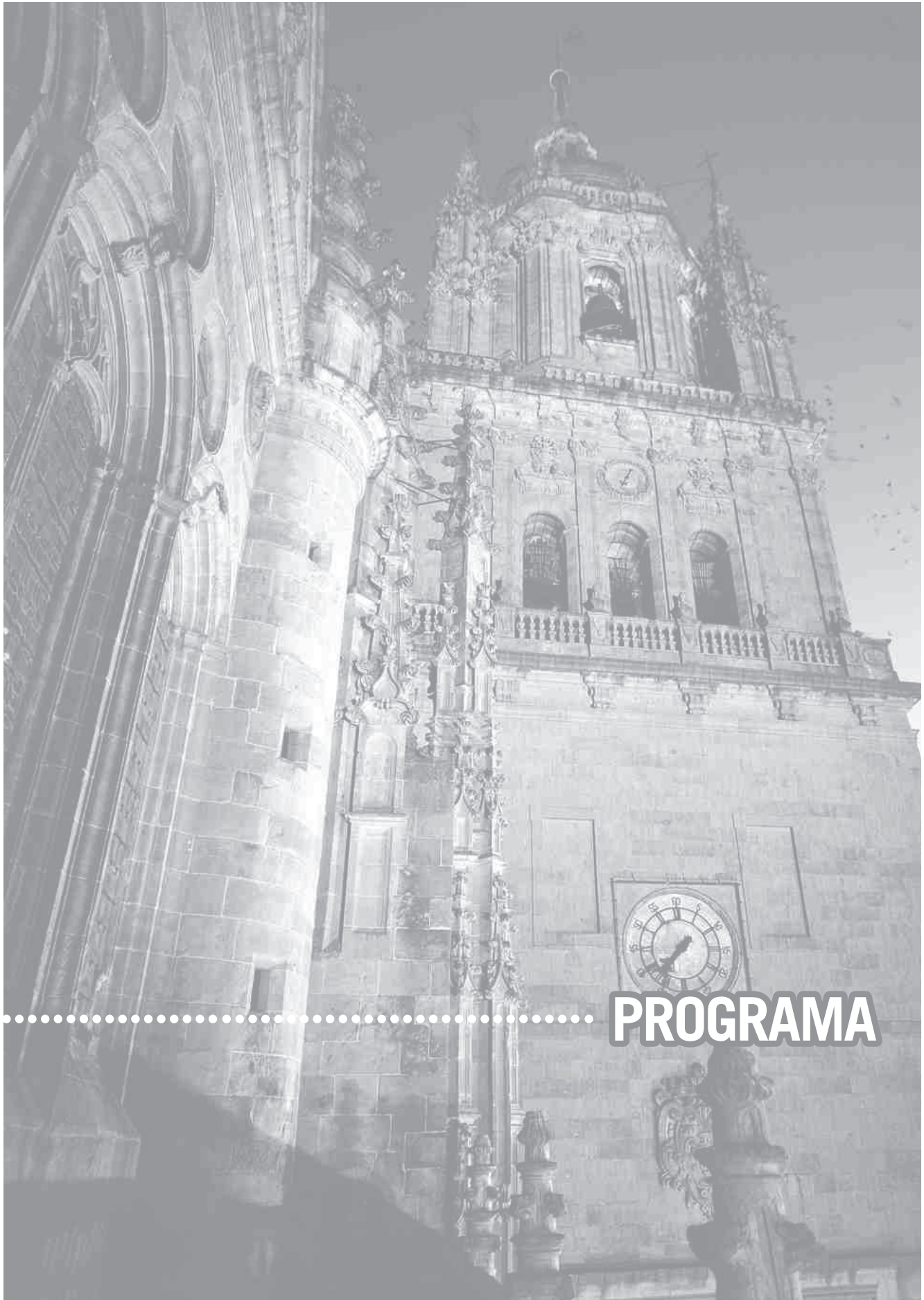
NOTA: LAS MODIFICACIONES QUE SE REALICEN EN EL PROGRAMA DE LAS JORNADAS PODRÁN VISUALIZARLAS EN LA PÁGINA WEB DE SOCIDROGALCOHOL:

.....

www.socidrogalcohol.org

La organización de las Jornadas y la revista ADICCIONES se reservan el derecho de solicitar modificaciones o de introducir pequeños cambios.

Los datos personales que UD. Nos proporcione serán tratados conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y Ley de 34/2002 de 012 de octubre (LSSCIE), de protección de datos de carácter personal y, en concreto ,será utilizado por Sociedad Científica Española de Estudios sobre alcoholismo y las otras Toxicomanías, con domicilio en Av. Vallcarca, 180 08023 de Barcelona y, en su nombre, por la Secretaría de las Jornadas.



PROGRAMA

MIÉRCOLES
25 de marzo de 2009

Taller precongreso para profesionales en formación

8:30 - 9:30 h.

ENTREGA DOCUMENTACIÓN

9:30 - 10:30 h.

“Bases neurológicas y psicológicas de la adicción”.

10:30 - 11:30 h.

“Historia Clínica y Evaluación en Adicciones”.

11:30 - 12:00 h.

PAUSA - CAFÉ

12:00 - 13:00 h.

“Recursos en la intervención en adicciones: Tratamientos ambulatorios y tratamientos residenciales”.

13:00 - 14:00 h.

“Incorporación sociolaboral de drogodependientes”.

14:00 - 16:00 h.

PAUSA

16:00 - 17:00 h.

“Intervención con adictos consumidores de opiáceos”.

17:00 - 18:00 h.

“Intervención con adictos consumidores de cocaína”.

18:00 - 18:30 h.

PAUSA - CAFÉ

18:30 - 19:30 h.

“Intervención en consumidores de alcohol”.

19:30 - 20:30 h.

“Intervención con adolescentes consumidores de cannabis y otros tipos de sustancias”.

● **MIÉRCOLES, 25 de marzo de 2009**

8:30 - 9:30

Entrega documentación

9:30 - 10:30

Bases neurológicas y psicológicas de la adicción

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

10:30 - 11:30

Historia Clínica y Evaluación en Adicciones

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

11:30 - 12:00

Pausa - Café

12:00 - 13:00

Recursos en la intervención en adicciones:

Tratamientos ambulatorios y tratamientos residenciales

Mercedes Palacios Sanibo. Psicóloga . Servicio de Asistencia a Drogodependientes . Comisionado Regional para la Droga. Junta de Castilla y León.

13:00 - 14:00

Incorporación sociolaboral de drogodependientes

Félix Miguel Sánchez Delgado. Psicólogo. Cáritas Española.

14:00 - 16:00

Pausa

16:00 - 17:00

Intervención con adictos consumidores de opiáceos

Rafael Sánchez Vázquez. Médico. CAD Cruz Roja. Salamanca.

17:00 - 18:00

Intervención con adictos consumidores de cocaína

Inés González Galnares. Psicóloga. CAD Hortaleza. Instituto de Adicciones. Madrid Salud.

18:00 - 18:30

Pausa - Café

18:30 - 19:30

Intervención en consumidores de alcohol

José Juan Ávila Escribano. Psiquiatra. Unidad de Tratamiento de Alcoholismo. Salamanca.

19:30 - 20:30

Intervención con adolescentes consumidores de cánnabis y otros tipos de sustancias

Mª Jesús Justo Nieto. Psicóloga. Programa Lazarillo. Cáritas. Salamanca.

	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4
JUEVES 26 de marzo de 2009				
8:30 - 9:30 h.		ENTREGA DOCUMENTACIÓN		
9:30 - 11:00 h.	Genética y comportamientos adictivos: desde la investigación básica a la clínica	Evaluación de costes asistenciales en adicciones	Modelos de evaluación de calidad en adicciones	
11:00 - 11:30 h.		PAUSA - CAFÉ		
11:30 - 13:00 h.	La justicia restaurativa, la mediación y el drogodependiente infractor	Adicciones Sociales	Simposium Satélite Laboratorios Dr. Esteve: El abordaje de las drogodependencias en España estudio GICCA	Gestión de la información en adicciones: monitorización de la evolución y características del consumo problemático de sustancias psicoactivas.
13:00 - 14:00 h.	Conferencia inaugural: Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 – 2016. Día. Carmen Moya García. Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Inauguración Oficial			
14:00 - 14:30 h.				Presentación libros: - Guía Clínica Tratamiento Psicológico - La Ley del Paciente
14:30 - 16:00 h.		ALMUERZO DE TRABAJO		
16:00 - 17:30 h.	La cooperación transfronteriza con Portugal en materia de adicciones	Mesa en coordinación con la Asociación Española de Patología Dual, (AEPD)	Simposium Satélite Schering-Plough: Buprenorfina/Naloxona: Una nueva realidad en el tratamiento sustitutivo opiode	
17:30 h. - 17:45 h		PAUSA - CAFÉ / JURADO COMUNICACIONES PÓSTERS		
17:45 - 19:15 h.	Dependencias e impulsividad en la práctica clínica. Síntesis de casos	Aplicación de la perspectiva de género a las drogodependencias	Pacientes, usuarios y expertos	Mesa Debate: Encuentros con la Historia. El Tratamiento de las Adicciones en España. Presentación libro: Historia de las Adicciones en la España Contemporánea
19:30 - 21:15 h.	VISITA TEATRALIZADA Y APERITIVO			

● **JUEVES, 26 de marzo de 2009**

GENÉTICA Y COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS: DESDE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA A LA CLÍNICA

Moderadora: **Pilar Alejandra Sáiz**. Profesor Titular. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo, CIBERSAM.

Ponentes:

Papel del receptor CB1 en la regulación del efecto de las benzodiazepinas

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

Evolución y genética de los comportamientos adictivos

Guillermo Ponce Alfaro. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid

Genética y comportamiento: Respuesta al tratamiento de deshabituación alcohólica en función de variables genéticas

Gerardo Flórez Menéndez. Psiquiatra. Director de Unidad de Conductas Adictivas del SERGAS. Ourense.

EVALUACIÓN DE COSTES ASISTENCIALES EN ADICCIONES

Moderadora: **M^a Paz García- Portilla González**. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM.

Ponentes:

Gasto público en Europa generado por drogodependencias

Luís Prieto. Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Lisboa

Instrumentos de evaluación de costes asistenciales: DAT-CAP

Pablo Rebollo Álvarez. Gerente BAP Health Outcomes Research. Oviedo

Estudio de costes de los tratamientos a enfermos drogodependientes de Galicia

Miguel Plaza Cancela. Licenciado en Ciencias Económicas. Gerente de ACLAD. A Coruña

MODELOS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD EN ADICCIONES

Moderador: **José Joaquín Mira Solves**. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Ponentes:

Ventajas de la aplicación del EFQM en la gestión de un centro de drogas

Teotiste Pérez Sanz. Psicóloga. CAID del Ayuntamiento de Getafe.

Qualicert, un modelo plural de calidad: El referencial de calidad de servicio de CD Qualicert-Asecedi

Juan Carlos Oria Mundín. Psicólogo. Centro de Día Zuria. Pamplona.

Sistema de gestión de calidad por procesos en el centro asistencial San Juan de Dios de Palencia

Carmen Couceiro. Directora Técnica Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia.

Jorge de Miguel Calleja. Responsable de Área de Sanidad. DNV. Sevilla

LA JUSTICIA RESTAURATIVA, LA MEDIACIÓN Y EL DROGODEPENDIENTE INFRACOR

Moderador: **Gregorio Álvarez Álvarez**. Magistrado Juez del Juzgado de Instrucción nº 4. Salamanca.

Ponentes:

Hacia un nuevo modelo penal. La justicia restaurativa

José Luís Segovia Bernabé. Jurista-criminólogo. Profesor de la Universidad Pontificia de Salamanca.

La experiencia de la mediación penal desde la perspectiva de los jueces participantes

Ana Carrascosa Miguel. Magistrado Juez del Juzgado de lo Penal nº 2. Valladolid.

La mediación penitenciaria

Julián Carlos Ríos Martín. Profesor de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.



ADICCIONES SOCIALES

Moderador: **Blas Bombin Mínguez**. Psiquiatra. Director del Centro Específico de Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones Sociales (CETRAS). Valladolid.

Ponentes:

Factores asociados al juego problema y juego patológico en adolescentes

Alfonso Salgado Ruiz. Psicólogo. Profesor titular. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia. Salamanca

Menores y adicción a Nuevas Tecnologías

Silvia M^a Villadangos González. Psicóloga. Asociación Protégeles. Madrid.

Adicción a Internet (¿Un invento o un problema socio sanitario?)

Jesús de la Gándara Martín. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital General Yagüe. Burgos

SIMPOSIUM LABORATORIOS DR. ESTEVE: EL ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA ESTUDIO GICCA

Moderador: **Miguel Casas Brugué**. Catedrático de Psiquiatría. Universitat Autònoma de Barcelona.

Ponentes:

El proyecto GICCA y su relevancia en el conocimiento del abordaje de las drogodependencias en España

Miguel Casas Brugué. Catedrático de Psiquiatría. Universitat Autònoma de Barcelona.

J. Arranz. Dpto. Médico. Esteve. Barcelona.

Resultados preliminares del estudio GICCA: Programas de mantenimiento con sustitutivos

Miguel Casas Brugué. Catedrático de Psiquiatría. Universitat Autònoma de Barcelona.

Resultados preliminares del estudio GICCA: Fármacos anticomiciales en drogodependencias

J. Arranz. Dpto. Médico. Esteve. Barcelona.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ADICCIONES: MONITORIZACIÓN DE LA EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Moderadora: **Amparo Sánchez Máñez**. Directora de la Unidad de Sistemas de Información y Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

Ponentes:

Indicador Admisiones a Tratamiento por Abuso o Dependencia de Drogas: Indicador clave de las demandas de tratamiento ambulatorio

Noelia Llorens Aleixandre. Psicóloga. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Importancia del análisis de las demandas de tratamiento por alcohol como elemento innovador de cohesión y consenso en los sistemas de información estatal del consumo problemático de drogas

Francisco Verdú Asensi. Jefe de Sección. Dirección General de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Aportaciones del Indicador de Urgencias y Mortalidad relacionadas con el consumo de drogas

Victor Ramirez de Molina. Jefe de Servicio. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.



CONFERENCIA INAUGURAL. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009 – 2016

Carmen Moya García. Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

.....

PRESENTACIÓN LIBROS:

GUÍA CLÍNICA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y LA LEY DEL PACIENTE

Autores:

Julio Bobes García

Juan Méjica

LA LEY DEL PACIENTE

Autores:

Elisardo Becoña Iglesias

Maite Cortés Tomás

.....

LA COOPERACIÓN TRANSFRONTERIZA CON PORTUGAL EN MATERIA DE ADICCIONES

Moderador: **Fernando Martínez González.** Coordinador de Servicios del Comisionado Regional para la Droga. Junta de Castilla y León.

Ponentes:

Programas de cooperación transfronteriza entre Castilla y León y Portugal: experiencia acumulada y perspectivas de futuro

Rui Correira. Director del CRI de Guarda. Instituto da Droga e da Toxicodependencia de Portugal.

Programas de cooperación transfronteriza entre Extremadura y Portugal: colaboraciones, dificultades e intercambio

Quintín Montero Correa. Secretario Técnico en Drogodependencias. Junta de Extremadura.

Programas de Cooperación transfronteriza entre Galicia y Portugal

Indalecio Carrera Machado. Jefe de Servicio. Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Santiago de Compostela, A Coruña.

.....

MESA EN COORDINACIÓN CON LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DUAL (AEPD)

Moderador: **Néstor Szerman.** Psiquiatra. Presidente de la Asociación Española de Patología Dual. Madrid.

Ponentes:

¿Que consecuencias para la asistencia se derivan del Estudio Epidemiológico de Patología Dual de Madrid?

Francisco de Asís Babín Vich. Director General del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

¿Patología dual en un Centro de Drogodependencias?

Pablo Vega Astudillo. Médico. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

Patología dual en psicosis ¿Que es lo relevante para el diagnóstico y tratamiento?

Francisco Arias Horcajada. Psiquiatra. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

.....

SIMPOSIUM SATÉLITE SCHERING- PLOUGH: BUPRENORFINA/NALOXONA: UNA NUEVA REALIDAD EN EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO OPIOIDE

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

Ponentes:

Impacto del tratamiento con Buprenorfina/Naloxona sobre la calidad de vida

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

Experiencia clínica con BUP/NLX en la región de Murcia. Un modelo a seguir

Ricardo Ortega. Responsable del Programa de Drogodependencias del CSM de Cartagena, Murcia.

Julián Oñate. Jefe de Servicio de Drogodependencias del Servicio Murciano de Salud.

El Avance de la Buprenorfina/Naloxona frente a otros tratamientos opioides

Luis Patricio. Jefe de Servicio. Lisboa. Portugal.



DEPENDENCIAS E IMPULSIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: SÍNTESIS DE CASOS

Moderador: **Luís Patricio**. Psiquiatra Jefe de Servicio. T3E Lisboa.

Ponentes:

Lo impulsivo y lo adictivo: Alcohol, juego y parafilia, a propósito de un caso

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

Abuso de Benzodiacepinas e impulsividad: caso clínico

Luísa Mendes. Psiquiatra. IDT - DRLVT - UD. Centro das Taipas. Lisboa (Portugal).

Trastorno Obsesivo Compulsivo y Dependencia de heroína de opiáceos (heroína)

Impulsividad/Compulsividad: a propósito de un caso clínico

Emilia Leitão. Psiquiatra. IDT - DRLVT - CRI Oriental - Equipa de Tratamento de Loures. Loures (Portugal)

APLICACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LAS DROGODEPENDENCIAS

Moderadora: **Mónica Castaños Izquierdo**. Psicóloga. CAID de Alcorcón. Madrid.

Ponentes:

Diferencias de género en el tratamiento de la dependencias de sustancias

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

Procesos de intervención con mujeres drogodependientes. Aplicación de la perspectiva de género

Patricia Martínez Redondo. Antropóloga y Educadora Social. Master en Estudios Interdisciplinarios de Género. UAM. Madrid.

Estudio sobre las necesidades asistenciales de las mujeres adictas a drogas en Castilla y León

Isabel Landa Fernández. Jefe de Sección de Drogodependencias del Departamento de Familia e Igualdad de Oportunidades de Palencia. Junta de Castilla y León.

PACIENTES, USUARIOS Y EXPERTOS

Moderador: **Francisco López i Segarra**. Sociólogo. Fundación Patim. Castellón.

Ponentes:

Fomentar el autocuidado a través del programa Paciente Experto

Carmen Griñan. Directora y Gestora. Desarrollo de Proyectos Fundación Educación Salud y Sociedad.

El usuario de drogas organizado en defensa de sus intereses

José Carbonell. Gestor de Entidades Sociales. Presidente de la Asociación de Pacientes Dependientes Opiáceos. APDO. Barcelona

El papel de la familia en el tratamiento de drogodependientes

Isabel Hidalgo. Vocal. Federación Madrileña de Asociaciones de Asistencia al Drogodependiente y su Familia FERMAD.

MESA DEBATE. ENCUENTROS CON LA HISTORIA. EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA

Moderador: **Francisco Pascual Pastor**. Subdirector médico. Hospital General. Elda (Alicante)

Ponentes:

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

Francesc Freixa Santfeliu. Ex-presidente de Socidrogalcohol. Barcelona

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

Presentación libro: **Historia de las Adicciones en la España Contemporánea**

Ponentes:

Miguel Ángel Torres Hernández

Joaquín Santodomingo Carrasco

Francisco Pascual Pastor

Francesc Freixa Santfeliu

Carlos Álvarez Vara



	Sala 1	Sala 2	Sala 3	Sala 4
VIERNES 27 de marzo de 2009				
9:00 - 10:30 h.	Drogodependencias e insomnio: Más allá de las benzodiacepinas	Fracaso versus adherencia al tratamiento en adicciones: Características e intervención	Deterioro psicooorgánico derivado del consumo de drogas	Simposium Satélite Cantabria Pharma: El papel de los psicofármacos en el tratamiento de las adicciones
10:30 - 12:00 h.	Abordaje multidisciplinar del alcoholismo	Prioridades políticas en tabaquismo	Simposium Satélite Janssen-Cilag: Antipsicóticos en patología dual	
12:00 - 12:15 h.		PAUSA - CAFÉ / JURADO COMUNICACIONES PÓSTERS		
12:15 - 13:30 h.	Factores de vulnerabilidad en la psicosis asociada al consumo de cannabis	Sexualidad y drogas	Simposium Satélite Janssen-Cilag: "Tengo una pregunta para ustedes"	
13:30 - 14:30 h.	Conferencia: Pharmacotherapies and Medical Consequences of Drug Abuse (Farmacoterapias y consecuencias médicas del Abuso de Drogas). Iván Darío Montoya Bravo. Director Clínico. National Institute on Drug Abuse (NIDA).			
14:30 - 16:00 h.		ALMUERZO DE TRABAJO		
16:00 - 17:30 h.	Trabajo, alcohol y drogas	El abordaje de la violencia de género en los centros de atención a las drogodependencias	Simposium Satélite Janssen-Cilag: TDAH y adicciones: una realidad a tener en cuenta	Prevención y asistencia de adicciones a través de las nuevas tecnologías de la comunicación e información (TIC)
17:30 - 19:00 h.	Ciclo vital y patología dual	Tratamiento de maltratadores con adicción a drogas	Prevención en el medio educativo	Comunicaciones libres
19:00 - 19:15 h.	Presentación Guía Clínica: Recomendaciones para el manejo de la Patología Dual Compleja			
19:15 h.	ASAMBLEA DE SOCIDROGALCOHOL			
21:30 h.	CENA DE CLAUSURA			

● **VIERNES, 27 de marzo de 2009**

DROGODEPENDENCIAS E INSOMNIO: MÁS ALLÁ DE LAS BENZODIACEPÍNAS

Moderadora: **M^a Dolores Franco Fernández**. Profesora Titular de Psiquiatría. Universidad. Sevilla.

Ponentes:

Evaluación del Insomnio en Unidades de desintoxicación

Carlos Roncero Alonso. Psiquiatra. Hospital Universitario Vall Hebrón. Universidad Autónoma. Barcelona

Tratamiento psicológico del insomnio

Roberto Secades Villa. Profesor. Titular de Psicología. Universidad. Oviedo.

Tratamiento del insomnio en las drogodependencias

Juan Gibert-Rahola. Catedrático de Farmacología. Universidad de Cádiz.

.....

FRACASO VERSUS ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES. CARACTERÍSTICAS E INTERVENCIÓN

Moderadora: **Mar Sánchez Fernández**. Médico- coordinadora UCA. Servicio de Psiquiatría. Hospital General. Ciudad Real.

Ponentes:

Intervención ante el fracaso terapéutico en adicciones

Leandro Palacios Ajuria. Psicólogo. Coordinador Asistencial. Fundación Instituto Spiral. Madrid.

Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes

Carmen Puerta García. Médico. CAD de San Blas del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

Factores predictores de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones

Carlos Sirvent Ruiz. Psiquiatra. Instituto Spiral. Madrid.

.....

DETERIORO PSICOORGÁNICO DERIVADO DEL CONSUMO DE DROGAS

Moderador: **Manuel Franco Martín**. Psiquiatra. Hospital Provincial Rodríguez Chamorro. Zamora

Ponentes:

Urgencias somáticas asociadas al consumo de psicoestimulantes

Antonio Dueñas Laita. Farmacólogo. Hospital Río Ortega. Universidad de Valladolid.

Patologías físicas emergentes relacionadas con el consumo de psicoestimulantes

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

Deterioro neuropsicológico y consumo de drogas

Raúl Espert Tortajada. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.



SIMPOSIUM SATÉLITE CANTABRIA PHARMA: EL PAPEL DE LOS PSICOFÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

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

Ponentes:

Adicciones yatrogénicas. “No vale todo”

Antonio Terán Prieto. Coordinador del CAD “San Juan de Dios”. Palencia.

Prescripción de antidepresivos en la Red Asistencial de Drogo dependencias de Galicia

César Pereiro Gómez. Servicio de Psiquiatría. Complejo hospitalario de Ferrol.

Valor de los antipsicóticos en el tratamiento de las adicciones

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

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL ALCOHOLISMO

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

Ponentes:

Experiencia de una Consulta de Alcoholismo en un Servicio de Medicina Interna

Cristina de la Calle Cabrera. Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca.

Influencia de la derivación a un servicio de medicina interna en el seguimiento de pacientes alcohólicos

José Juan Ávila Escribano. Psiquiatra. Unidad de Tratamiento de Alcoholismo. Salamanca.

Estudio ASMI. Prevalencia y registro del consumo perjudicial de alcohol en hospitales españoles

Beatriz Rosón Hernández. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge.

L'Hospitalet del Llobregat. Barcelona.

PRIORIDADES POLÍTICAS EN TABAQUISMO

Moderador: **Miguel Barrueco**. Neumólogo. Unidad de Tabaquismo. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Ponentes:

Política en materia de tabaquismo en Castilla y León

Carmen Ruiz Alonso. Secretaria General de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Comisionada Regional para la Droga, Junta de Castilla y León.

Leyes y diferencia de género en tabaquismo

Isabel Nerín De la Puerta. Profesora. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad. Zaragoza.

Necesidad de una Nueva ley en España

Juan Antonio Riesco Miranda. Neumólogo. Servicio de Neumología del Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

SIMPOSIUM SATÉLITE JANSSEN-CILAG: ANTIPSICÓTICOS EN PATOLOGÍA DUAL

Moderador: **Luis San**. Servicio Psiquiatría Hosp. de San Juan de Dios (Barcelona).

Ponentes:

Aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos

Cecilio Álamo. Catedrático de farmacología Universidad de Alcalá de Henares..

Uso clínico de antipsicóticos

Luis San. Servicio Psiquiatría Hosp. de San Juan de Dios (Barcelona).



FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA PSICOSIS ASOCIADA AL CONSUMO DE CÁNNABIS

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

Ponentes:

Factores de vulnerabilidad genéticos en las psicosis asociadas al consumo de cannabis

Francisco Arias Horcajada. Psiquiatra. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

Características clínicas de las psicosis asociadas al consumo de cannabis

Dolores Baño Rodrigo. Psiquiatra. CAID Majadahonda. Madrid.

Potencial terapéutico de los cannabinoides en psicosis

José Antonio Ramos Atance. Catedrático de Bioquímica. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid

SEXUALIDAD Y DROGAS

Moderador: **Ángel Luis Montejo González**. Psiquiatra. Director Asociación Española Sexualidad y Salud Mental. Salamanca.

Ponentes:

Propiedades psicométricas del CSFQ-14. Análisis de la validez y fiabilidad del BSFI

Pablo Vallejo Medina. Psicólogo. Universidad de Granada.

Disfunciones sexuales asociadas al consumo de drogas ilegales

Antonio Paya. Psiquiatra. Hospital Universitario de Oporto.

Disfunción sexual por psicofármacos: ¿Adiós al amor?

Ángel Luís Montejo González. Psiquiatra. Centro de Salud "La Alamedilla". Salamanca.

SIMPOSIUM SATÉLITE JANSSEN-CILAG: "TENGO UNA PREGUNTA PARA USTEDES"

Moderador: **Miguel Casas Brugué**. Servicio de Psiquiatría de Vall d'Hebron. Departamento de Psiquiatría. Universitat Autònoma de Barcelona.

Ponentes:

Grupo de Trabajo en Patología Dual

PHARMACOTHERAPIES AND MEDICAL CONSEQUENCES OF DRUG ABUSE (FÁRMACOTERAPIAS Y CONSECUENCIAS MÉDICAS DEL ABUSO DE DROGAS)

Iván Darío Montoya Bravo. Director Clínico. National Institute on Drug Abuse (NIDA). EEUU.



TRABAJO, ALCOHOL Y DROGAS

Moderador: **Joaquín Merchán Bermejo**. Presidente Colegio Oficial Graduado Sociales de Salamanca.

Ponentes:

Aspectos jurídicos de la problemática drogas y trabajo, situación actual de nuestros Tribunales

Vicencio Gómez Méndez. Abogado Asesoría Jurídica. CCOO. Salamanca.

El alcoholismo en el trabajo como inadaptación laboral. Aspectos psicológicos y psiquiátrico forenses

Julián Noriega de Castro. Médico Forense. Salamanca.

Propuestas a realizar sobre las consecuencias del consumo de Alcohol y Drogas en el trabajo: Incapacidades laborales, accidentes, despidos, sanciones,... Situación actual

Vicente Herrero Hidalgo. Presidente de Asociación Nacional de Especialistas en Medicina Legal y Forense. Salamanca.

EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

Moderador: **Joan Colom Farran**. Subdirector General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Ponentes:

La relación entre el consumo de sustancias y la violencia de género: Base empírica y modelo explicativo

Heinrich Geldschläger. Psicólogo. Instituto de Reinserción Social (IRES). Barcelona.

Perfiles de las víctimas y de los agresores en tratamiento en los centros de atención a las drogodependencias: detección e intervención

Ester Valls Puente. Trabajadora Social. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Los servicios de drogodependencias como derivadores y receptores de casos. Propuesta operativa dentro del protocolo y circuito sanitario de atención a la violencia de género de Catalunya

Lidia Segura Garcia. Psicóloga. Subdirección General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

SIMPOSIUM SATÉLITE JANSSEN CILAG: TDAH Y ADICCIONES: UNA REALIDAD A TENER EN CUENTA

Moderador: **Miquel Casas Brugué**. Jefe de servicio de Psiquiatría del Hosp. Universitari Vall d'Hebron. Catedrático de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Ponentes:

Diagnóstico diferencial TDAH vs TUS y orientaciones terapéuticas farmacológicas

Antonio Terán Prieto. CAD San Juan de Dios. Palencia.

Terapia cognitivo conductual en el paciente con TDAH y TUS

Rosa Bosch. Psicóloga del servicio de Psiquiatría del Hosp. Universitari Vall d'Hebron

PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE ADICCIONES A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN (TIC)

Moderador: **Juan del Pozo Iribarría**. Jefe de Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Gobierno de la Rioja.

Ponentes:

Prevención de las adicciones a través del teléfono móvil y páginas web: resultados del Proyecto DROJNET

Miguel Ferreras Oleffe. Coordinador del Proyecto Drojnet, Servicio de Drogodependencias. La Rioja.

Programa de prevención del consumo de cocaína en adolescentes mediante la creación participada de mensajes audiovisuales y su difusión en internet

Ubaldo Cuesta Cambra. Universidad Complutense. Madrid.

Presentación del estudio de evaluación de programa "Paso defumar": Programa de prevención indicado sobre tabaquismo y cannabis

Carlos Ariza. Médico. Agencia de Salud Pública. Barcelona.



CICLO VITAL Y PATOLOGÍA DUAL

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

Ponentes:

Detección e intervención en adolescentes con alto riesgo de patología dual

Rosa Díaz Hurtado. Psicóloga. Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clínico. Barcelona.

Detección y prevalencia de patología dual en adultos

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

Tratamiento en unidades ambulatorias de patología dual

Carmen Barral. Psiquiatra. CAS Vall Hebron. Servicio de Psiquiatría. Hospital Vall Hebrón. Barcelona.

TRATAMIENTO DE MALTRATADORES CON ADICCIÓN A DROGAS

Moderador: **Manuel Andrés Corral**. Psicólogo responsable de atención psicológica de violencia. Colegio Oficial de psicólogos de Castilla y León.

Ponentes:

El tratamiento psicológico de hombres agresores en el hogar y su relación con el consumo de alcohol y otros tóxicos

David Garrido Navaridas. Psicólogo. Servicio de asistencia psicológica para la violencia familiar y sexual. Vizcaya.

Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día

Pedro J. Amor. Profesor de Psicología. UNED. Madrid.

Tratamiento psicológico para hombres violentos. Programa Fénix

M^a Luisa Ventola Barrado. Psicóloga. Junta de Castilla y León. Salamanca

PREVENCIÓN EN EL MEDIO EDUCATIVO

Moderador: **Amador Calafat Far**. Director de la revista Adicciones

Ponentes:

Evaluación del Proyecto “Más Vida, Menos Drogas”

Juan Manuel Méndez Garrido. Psicopedagogo. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad. Huelva.

Evaluación de la efectividad del programa de prevención del consumo de cannabis en jóvenes “xkpts.com”

Carlos Ariza. Médico. Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agencia de Salut Pública de Barcelona.

Odisea: proyecto piloto de prevención en centros de Garantía Social

Gorka Moreno Arnedillo. Psicólogo. Fundación Ilundain. Navarra.

COMUNICACIONES LIBRES

PRESENTACIÓN GUÍA CLÍNICA RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA DUAL COMPLEJA

Autores:

Grupo de Trabajo en Patología Dual

SÁBADO 28 de marzo de 2009	Sala 1	Sala 2	Sala 3
10:00 - 11:30 h.	El impacto de las unidades libres de drogas en el contexto penitenciario	Nuevas perspectivas en la incorporación sociolaboral de drogodependientes	Familia y prevención
11:30 - 12:00 h.	PAUSA - CAFÉ		
12:00 - 13:30 h.	Accidentes de tráfico y drogas	Comunicaciones Libres	La responsabilidad Social Corporativa en el ámbito de las adicciones
13:30 h.	Clausura de las Jornadas. D. José Oñorbe de la Torre. Subdirector del Plan Nacional sobre Drogas. D. Elisardo Becoña Iglesias. Vicepresidente 2º de Socidrogalcohol. D. Manuel Rodríguez Álvarez. Presidente del Comité Organizador.		

● **SÁBADO, 28 de marzo de 2009**

EL IMPACTO DE LAS UNIDADES LIBRES DE DROGAS EN EL CONTEXTO PENITENCIARIO

Moderadora: **Ana González Menéndez**. Profesora Titular de Psicología. Grupo de Investigación en Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo.

Ponentes:

Análisis de posibles variables predictoras de la reincidencia y del tratamiento de comunidad terapéutica intrapenitenciaria

Francisco Xavier Roca i Tutusaus. Psicólogo. Coordinador del DAE del Centro Penitenciario Brians 2. Barcelona.

German Caixal. Trabajador Social del DAE del CPQC. Barcelona.

Prevalencia de patología dual en el entorno penitenciario

M^a José Casares López. Psicóloga. Grupo de Investigación en Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo.

Intervención con drogodependientes en un Centro Penitenciario

Samuel Andujar Nuñez. Director Médico del Centro Penitenciario de Villena 2. Alicante

NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA INCORPORACIÓN SOCIOLABORAL DE DROGODEPENDIENTES

Moderador: **Félix Miguel Sánchez Delgado**. Psicólogo. Cáritas Española.

Ponentes:

Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes

M^a Ángeles de Álvaro Prieto. Jefa Servicio de Asistencia a Drogodependientes. Comisionado Regional para la Droga. Junta de Castilla y León.

Los programas de tratamiento en relación a la incorporación sociolaboral

Alfonso López Martínez. Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación. Director de SARTU. Bilbao.

Nuevas alternativas para la integración sociolaboral

Francisco Javier Portilla Serrano. Coordinador del Área de Inserción Laboral de Cáritas Diocesana de Salamanca y miembro del Patronato de la Fundación Salamanca Integra.

FAMILIA Y PREVENCIÓN

Moderador: **Fernando Mendes**. Irefrea. Portugal

Ponentes:

Avances y dificultades en la implantación del modelo de prevención familiar del consumo de drogas en Castilla y León

Susana Redondo Martín. Jefa de Servicio de Evaluación y Prevención del consumo de drogas. Comisionado Regional para la Droga. Junta de Castilla y León.

Los estilos educativos de las familias españolas y el consumo de drogas en la adolescencia

Fernando Conde Gutiérrez del Álamo. Sociólogo. Director de CIMOP (Comunicación, Imagen y Opinión Pública). Madrid

Estilos educativos, violencia hacia los ascendientes y adolescentes abusadores de sustancias:

Programa de Prevención Indicada Soporte

José Luís Sancho Acero. Psicólogo. Coordinador del área de menores y prevención de Proyecto Hombre. Madrid.



ACCIDENTES DE TRÁFICO Y DROGAS

Moderador: **Juan Salvat Puig**. Médico Forense. Universidad Salamanca.

Ponentes:

Alcohol y drogas en los accidentes de tráfico. Situación actual, reflexión e intervención

Eugenio Dobrynine Sirvent. Jefe de Asesoría Jurídica. Comisionado Europeo del Automóvil. Madrid.

Las consecuencias médicas del consumo de drogas con respecto a los accidentes de tráfico. Aspectos Médico-Legales y Forenses

Aitor M. Curiel. Vicepresidente de la Sociedad Española de Criminología y Ciencias Forenses. Valladolid.

El alcohol en el contexto de los accidentes de tráfico en España

Luís Montoro González. Catedrático de Seguridad Vial. Universidad de Valencia. Presidente de la Fundación Española para la Seguridad Vial.

COMUNICACIONES LIBRES

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN ADICCIONES

Moderador: **Antonio Calvo Sánchez**. Médico. Plan Municipal de Drogas. Ayuntamiento de Salamanca.

Ponentes:

La responsabilidad social en las organizaciones sanitarias

Domingo García Marzá. Catedrático de Ética. Universidad Jaume I. Castellón.

Alcohol y responsabilidad social corporativa en el ámbito hostelero

David Prieto Iglesias. Presidente de la Asociación de Hostelería de Salamanca.

Buenas prácticas en Responsabilidad Social desde el Tercer Sector

Javier Grau Palomar. Periodista. Responsable de comunicación de Patim. Castellón.

CLAUSURA DE LAS JORNADAS

D. José Oñorbe de la Torre. Subdirector del Plan Nacional sobre Drogas.

D. Elisardo Becoña Iglesias. Vicepresidente 2º de Socidrogalcohol.

D. Manuel Rodríguez Álvarez. Presidente del Comité Organizador.

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN



Apellidos/Nombre: _____
Dirección: _____ C.P.: _____
Población: _____ Provincia: _____ Tel.: _____
Móvil: _____ Fax: _____
D.N.I.: _____ E-mail*: _____
Centro de Trabajo: _____
Profesión: _____

* Informarles que las comunicaciones con los asistentes se realizarán preferiblemente a través de e-mail.

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	Antes de 28/01/09	Antes de 18/03/09	En Jornadas
Socios	400 <input type="checkbox"/>	450 <input type="checkbox"/>	475 <input type="checkbox"/>
No Socios	490 <input type="checkbox"/>	525 <input type="checkbox"/>	550 <input type="checkbox"/>
Estudiantes y Profesionales en paro (1)	105 <input type="checkbox"/>	150 <input type="checkbox"/>	170 <input type="checkbox"/>
Cuota Pre-congreso (2)	40 <input type="checkbox"/>	40 <input type="checkbox"/>	40 <input type="checkbox"/>

(1) ESTUDIANTES DE LICENCIATURA Y DIPLOMATURA (previa justificación)

(2) PLAZAS LIMITADAS. IMPRESCINDIBLE FACILITARNOS SU D.N.I.

I.V.A INCLUIDO EN TODOS LOS CONCEPTOS

FORMA DE PAGO

- Adjunto cheque nominativo a nombre de XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol
- Adjunto copia de la transferencia bancaria a nombre de XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol
Caja Duero. Nº de cuenta: 2104 3292 79 9154066950
- Tarjeta de crédito

Nombre del titular: _____ Firma: _____

VISA Mastercard / Eurocard

Fecha de caducidad: _____ / _____ Nº de tarjeta de crédito:

REMITIR A:

GAMA CONGRESOS S.A. C/ Recaredo, 31 46001 Valencia

Fax: 96 315 57 80 / Telf: 963 155 788/ E-mail: inscripciones@gamacongresos.com

www.gamacongresos.com / www.socidrogalcohol.org

Para que la inscripción sea efectiva deberá ir acompañada del justificante de pago correspondiente

CONDICIONES DE CANCELACIÓN

Las cancelaciones deberán ser enviadas por escrito.

Las cancelaciones recibidas antes del 28 de enero de 2009 tendrán derecho al reintegro total del importe pagado.

Las cancelaciones recibidas entre el 28 de enero de 2009 y el 26 de febrero de 2009 tendrán derecho a la devolución del importe pagado descontando el 25% en concepto de gastos administrativos.

Las cancelaciones recibidas a partir del 27 de febrero de 2009 no tendrán derecho a devolución.

Los datos personales que UD. nos proporcione serán tratados conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y, en concreto, será utilizado por la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, con domicilio en Av. Vallcarca, 180 08023 de Barcelona y, en su nombre, por la Secretaría de las Jornadas.



SOLICITUD DE RESERVA HOTELERA

Apellidos/Nombre: _____
 Dirección: _____ C.P.: _____
 Población: _____ Provincia: _____ Tel.: _____
 Móvil: _____ Fax: _____ E-mail*: _____
 Centro de Trabajo: _____
 Profesión: _____

* Informarles que las comunicaciones con los asistentes se realizarán preferiblemente a través de e-mail.

HOTELES	Hab. DUI	Hab. DOBLE	nº NOCHES	Total
Abba Fonseca ****	105,93 ¢	125,19 ¢		
Silken Rona Dalba ***	88,81 ¢	101,65 ¢		

Día de Entrada _____ Día de Salida _____ Importe a pagar _____

RÉGIMEN DE ALOJAMIENTO Y DESAYUNO
 I.V.A. INCLUIDO EN TODOS LOS CONCEPTOS
 * PLAZAS LIMITADAS

* En la web de la Sociedad www.socidrogalcohol.org dispone de la ubicación de los hoteles.

* La organización se reserva el derecho a cambiar el alojamiento en caso necesario.

FORMA DE PAGO

- Adjunto cheque nominativo a nombre de XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol
 Adjunto copia de la transferencia bancaria a nombre de XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol
 Caja Duero. Nº de cuenta: 2104 3292 79 9154066950
 Tarjeta de crédito

Nombre del titular: _____ Firma: _____

VISA Mastercard / Eurocard

Fecha de caducidad: _____ / _____ Nº de tarjeta de crédito:

FACTURAR A:

- Idem Solicitud
 Otro:

Nombre Fiscal: _____ CIF/NIF: _____

Dirección: _____ C.P.: _____ Población: _____

REMITIR A:

GAMA CONGRESOS S.A. C/ Recaredo, 31 46001 Valencia
 Fax: 96 315 57 80 / Telf: 963 155 788/ E-mail: inscripciones@gamacongresos.com
www.gamacongresos.com / www.socidrogalcohol.org

Para que la reserva hotelera sea efectiva deberá ir acompañada del justificante de pago correspondiente.

CONDICIONES DE CANCELACIÓN

Las cancelaciones deberán ser enviadas por escrito.
 Las cancelaciones recibidas antes del 28 de enero de 2009 tendrán derecho al reintegro total del importe pagado,
 Las cancelaciones recibidas entre el 28 de enero de 2009 y el 26 de febrero de 2009 tendrán derecho a la devolución del importe pagado descontando el 25% en concepto de gastos administrativos.
 Las cancelaciones recibidas a partir del 27 de febrero de 2009 no tendrán derecho a devolución.

Los datos personales que UD. nos proporcione serán tratados conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y, en concreto, será utilizado por la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, con domicilio en Av. Vallcarca, 180 08023 de Barcelona y, en su nombre, por la Secretaría de las Jornadas.



● WWW.SOCIDROGALCOHOL.ORG

En nuestra web puede realizar su inscripción a las XXXVI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL, así como encontrar toda la información que necesita.



Organiza:

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



Colaboran:


**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Familia e
Igualdad de Oportunidades


Diputación
de Salamanca


Ayuntamiento
de Salamanca



Patrocina:




SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CRIMINOLOGÍA Y
CIENCIAS FORENSES SECCIF


Caritas
Diocesana de
Salamanca

www.socidrogalcohol.org

Solicitada acreditación a SEAFORMEC

SECRETARÍA TÉCNICA

Gama Congresos
C/ Recaredo, 31 bajo CP.: 46001 - Valencia / Telf.: 96 315 57 88
inscripciones@gamacongresos.com / www.gamacongresos.com

TODA LA INFORMACIÓN QUE NECESITAS EN: www.socidrogalcohol.org

Índice

XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol

PONENCIAS

Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día <i>Amor, P.; del Corral, P.; Bohórquez, I.; Oriá, J.C.; Rodríguez, M.; López, F.; Calderón, D.</i>	43
Patología dual en psicosis ¿Que es lo relevante para el diagnóstico y tratamiento? <i>Arias Horcajadas, F.</i>	44
Factores de vulnerabilidad genéticos en las psicosis asociadas al consumo de cannabis <i>Arias Horcajadas, F.</i>	44
Evaluación de la efectividad del programa de prevención del consumo de cannabis en jóvenes "xkpts.com" <i>Ariza, C.; Pérez, A.; Sánchez-Martínez, F.; Diéguez, M.; Nebot, M.</i>	45
Intervención en consumidores de alcohol <i>Ávila Escribano, J. J.</i>	46
Influencia de la derivación a un servicio de Medicina Interna en el seguimiento de pacientes alcohólicos <i>Ávila Escribano, J.J.; Ávila Alonso, P.; Marcos Martín, M.; Laso Guzmán, J.</i>	47
Características clínicas de las psicosis asociadas al consumo de cannabis <i>Baño Rodrigo, M^o. D.</i>	48
<i>Tratamiento en Unidades Ambulatorias de Patología Dual</i> <i>Barral Picado, C.; Grau López, L.; Roncero Alonso, C.</i>	49
El usuario de drogas organizado en defensa de sus intereses <i>Carbonell Viscasillas, J.</i>	50
Programas de Cooperación transfronteriza entre Galicia y Portugal <i>Carrera, I.; Ferreira, A.; Pedreira, V.; Machado, F.; Morán, J.; Santos Silva, J.A.</i>	51
Prevalencia de patología dual en el entorno penitenciario <i>Casares López, M.J.</i>	52
Patologías físicas emergentes relacionadas con el consumo de psicoestimulantes <i>Climent Díaz, B.</i>	53
Programas de cooperación transfronteriza entre Castilla y León y Portugal: experiencia acumulada y perspectivas de futuro <i>Correia, R.</i>	54
Sistema de gestión de calidad por procesos en el centro asistencial San Juan de Dios de Palencia. <i>Couceiro, C.; Martín, V.</i>	54
Las consecuencias médicas del consumo de drogas con respecto a los accidentes de tráfico. Aspectos Médico-Legales y Forenses <i>Curiel López de Arcaute, A-M.; Dominguez-Gil González, M.</i>	55
Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes <i>de Álvaro Prieto, M^o. Á.</i>	56

¿Qué consecuencias para la asistencia se derivan del Estudio Epidemiológico de Patología Dual de Madrid? <i>de Asís Babín Vich, F.</i>	57
Experiencia de una Consulta de Alcoholismo en un Servicio de Medicina Interna <i>de la Calle Cabrera, C.; Novo Veleiro, I.; Domínguez Quiben, S.; Marcos Martín, M.; Laso Guzman, J.</i>	58
Adicción a Internet (¿Un invento o un problema socio sanitario?) <i>de la Gándara, J.J.</i>	59
Detección e intervención en adolescentes con alto riesgo de patología dual <i>Díaz, R.; Goti, J.; Gual, A.; Castro-Fornieles, J.</i>	60
Deterioro neuropsicológico y consumo de drogas <i>Espert Tortajada, R.</i>	61
Papel del receptor CB1 en la regulación del efecto de las benzodiazepinas <i>García Gutiérrez, M.S.; Manzanares, J.</i>	62
El tratamiento psicológico de hombres agresores en el hogar y su relación con el consumo de alcohol y otros tóxicos <i>Garrido Navaridas, D.</i>	63
Tratamiento del insomnio en las drogodependencias <i>Gibert Rahola, J.</i>	64
Buenas prácticas en Responsabilidad Social desde el Tercer Sector <i>Grau Palomar, J.; López y Segarra, J. F.; Galmés Monferrer, I.; Escorihuela Roig, V.; Safont Recatalá, P.</i>	65
Fomentar el autocuidado a través del programa Paciente Experto <i>Griñán Martínez, M. C.</i>	65
La relación entre el consumo de sustancias y la violencia de género: Base empírica y modelo explicativo <i>Heinrich Geldschläger; Oriol Ginés; Álvaro Ponce</i>	66
El papel de la familia en el tratamiento de drogodependientes <i>Hidalgo Portero, I.; Pámpanas Porras, E.</i>	68
Estudio sobre las necesidades asistenciales de las mujeres adictas a drogas en Castilla y León <i>Landa Fernández, I.; Sánchez Sánchez, A.; García Vicario, I.; Redondo Martín, S.</i>	69
Trastorno obsesivo compulsivo y dependencia de heroína de opiáceos (heroína). Impulsividad/compulsividad: a propósito de un caso clínico <i>Leitão, E.</i>	70
Indicador Admisiones a Tratamiento por Abuso o Dependencia de Drogas. Indicador clave de las demandas de tratamiento ambulatorio. <i>Llorens Aleixandre, N.; Ramirez de Molina, V.; Sánchez Máñez, A.</i>	71
Procesos de intervención con mujeres drogodependientes. Aplicación de la perspectiva de género <i>Martínez Redondo, P.</i>	72
Abuso de benzodiazepinas e impulsividad <i>Mendes, L.</i>	73
Evaluación del Proyecto "Más Vida, Menos Drogas" <i>Méndez Garrido, J.M.</i>	73
Intervención con adolescentes consumidores de cannabis y otros tipos de sustancias <i>Justo Nieto, M^e.J.</i>	74
Disfunción sexual por psicofármacos: ¿Adiós al amor? <i>Montejo, A. L.; Majadas, S. y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos.</i>	76

Programas de cooperación transfronteriza entre Extremadura y Portugal: colaboraciones, dificultades e intercambio <i>Montero Correa, Q.</i>	77
El alcohol en el contexto de los accidentes de tráfico en España <i>Montoro González, L.</i>	78
Odisea: proyecto piloto de prevención en centros de Garantía Social <i>Moreno Arnedillo, G.; Gamonal García, A.</i>	79
Leyes y diferencia de género en tabaquismo <i>Nerín, I.</i>	80
El alcoholismo en el trabajo como inadaptación laboral. Aspectos psicológicos y psiquiátrico forenses <i>Noriega de Castro, J.</i>	81
Diferencias de género en el tratamiento de la dependencias de sustancias <i>Ochoa Mangado, E.</i>	82
Qualicert, un modelo plural de calidad: El referencial de calidad de servicio de CD Qualicert-Asecedi <i>Oria Mundín, J.C.</i>	83
Intervención ante el fracaso terapéutico en adicciones <i>Palacios Ajuria, L.</i>	84
Recursos en la intervención en adicciones: Tratamientos ambulatorios y tratamientos residenciales <i>Palacios Sanibo, M.</i>	84
Ventajas de la aplicación del EFQM en la gestión de un centro de drogas <i>Pérez Sanz, T.</i>	86
Estudio de costes de los tratamientos a enfermos drogodependientes de Galicia <i>Plaza, M.*; Carrera, I.</i>	87
Nuevas alternativas para la integración sociolaboral <i>Portilla Serrano, F.J.</i>	88
Gasto público en Europa generado por drogodependencias <i>Prieto, L.</i>	89
Aportaciones del Indicador Urgencias y Mortalidad relacionadas con el consumo de drogas. <i>Ramírez de Molina, V; Llorens Aleixandre, N; Sánchez Mañez, A.</i>	90
Lo impulsivo y lo adictivo: Alcohol, juego y parafilia, a propósito de un caso <i>Ramírez López, J.</i>	91
Potencial terapéutico de los cannabinoides en psicosis <i>Ramos Atance, J.A.</i>	92
Instrumentos de evaluación de costes asistenciales: DAT-CAP <i>Rebollo, P.; Cuervo, J.; Fernández, L.</i>	93
Avances y dificultades en la implantación del modelo de prevención familiar del consumo de drogas en Castilla y León <i>Redondo Martí, S.; de las Heras Rener, Mª D.; Santos Goñi, M.; Martínez González, F.</i>	94
Necesidad de una Nueva ley en España <i>Riesco Miranda, J.A.</i>	95
Análisis de posibles variables predictoras de la reincidencia y del tratamiento de comunidad terapeutica intrapenitenciaria <i>Roca Tutusaus, F.X.1; Caixal, G.2</i>	96

Evaluación del Insomnio en Unidades de desintoxicación <i>Roncero, C.; Díaz, S.; Grau, L.</i>	96
Estudio ASMI. Prevalencia y registro del consumo perjudicial de alcohol en hospitales españoles <i>Rosón Hernández, B.</i>	97
Factores asociados al juego problema y juego patológico en adolescentes <i>Salgado Ruiz, A.; Fernández-Alba, A.; Martínez-Arias, R.</i>	98
Intervención con adictos consumidores de opiáceos <i>Sánchez Vázquez, R.</i>	99
Estilos educativos, violencia hacia los ascendientes y adolescentes abusadores de sustancias: Programa de Prevención Indicada Soporte. <i>Sancho Acero, J.L.</i>	100
Tratamiento psicológico del insomnio <i>Secades Villa, R.</i>	101
Hacia un nuevo modelo penal. La justicia restaurativa <i>Segovia Bernabé, J.L.</i>	102
Los servicios de drogodependencias como derivadores y receptores de casos. Propuesta operativa dentro del protocolo y circuito sanitario de atención a la violencia de género de Catalunya <i>Segura, L.; Fernandez, C.; Colom, J.</i>	102
Factores predictores de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones <i>Sirvent Ruiz, C.</i>	104
Detección y prevalencia de patología dual en adultos <i>Szerman, N.</i>	105
Propiedades psicométricas del CSFQ-14. Análisis de la validez y fiabilidad del BSFI <i>Vallejo-Medina, P.; Guillén-Riquelme, A.; Sierra, J.C.</i>	106
Perfiles de las víctimas y de los agresores en tratamiento en los centros de atención a las drogodependencias: detección e intervención <i>Valls Puente, E.</i>	107
¿Patología dual en un Centro de Drogodependencias? <i>Vega Astudillo, P.</i>	108
Tratamiento psicológico para hombres violentos. Programa Fénix <i>Ventola Barrado, L.</i>	109
Importancia del análisis de las demandas de tratamiento por alcohol como elemento innovador de cohesión y consenso en los Sistemas de Información Estatal del consumo problemático de drogas. <i>Verdú i Asensi, F.; Sánchez Mániz, A.; Llorens Aleixandre, N.</i>	110
Menores y adicción a Nuevas Tecnologías <i>Villadangos, S. M^a.; Labrador, F.J.</i>	111

COMUNICACIONES

Cómo risperidona ILD ayuda a la adherencia en pacientes dependientes a cocaína y/o alcohol <i>Alonso, J.M.; Rodríguez, P.</i>	115
Prevalencia de la infección por VIH en una unidad móvil de reducción del daño <i>Álvarez Rodríguez, J.; Martínez Gegúndez, A.; Mencía Blanco, I.; Montero Marcos, J.; Gutiérrez, Perera, J.</i>	116

TDAH, espectro impulsivo y herencia. <i>Alvarez, J.C.; Poveda, R.; Durántez, M.J.</i>	117
Calidad en el CAD " San Juan de Dios". Palencia <i>Alvarez, J.C.; Poveda, R.; Durántez, M.J.; Couceiro, C.</i>	118
Estilos de vida universitarios y la preparación de exámenes <i>Añaños Bedriñana, F.</i>	119
Las creencias sobre las drogas de los niños de la calle en Perú <i>Añaños Herrera, C.</i>	120
Impulsividad y <i>craving</i> en pacientes con dependencia de cocaína tratados con oxcabazepina <i>Andrés, I.; Batlle, E.; Fernández, T.; Gironès, V.; Martínez, J.; Mola, M.; Rivas, I.; Roig, J.; Romero, C.; Vázquez, G.; Tremoleda, J.</i>	121
Alcoholismo y discapacidad intelectual: estudio descriptivo y comparativo de dos casos <i>Antelo Lorenzo, M.A.; Mejías Verdú, D.</i>	122
Impacto esperado de la crisis económica en el consumo de alcohol en jóvenes deportistas <i>Antonio J. Monroy Antón, A.J.; Sáez Rodríguez, G.; Rodríguez López, Á.</i>	123
Perfil del paciente con trastorno psicótico comórbido a drogodependencias ingresado en una unidad de desintoxicación hospitalaria <i>Bajo Lema, J.; Dopico González, I.; González Santos, M.; Gómez Pardiñas, S.; Serrano Cartón, M.C.; Miguel Arias, D.</i>	124
La emoción, la más olvidada <i>Baldellou Bitria, A.</i>	125
Perfil de las usuarias y resultados del tratamiento en régimen residencial mixto de la comunidad terapéutica Alborada <i>Bastón Martínez, E.</i>	126
La NDSS-S (Escala Breve de Evaluación del Síndrome de Dependencia de la Nicotina) en fumadores españoles <i>Becoña, E.; Fernández del Río, E.; López Durán, A.; Míguez Varela, M.C.; Castro Vereja, J.; Nogueiras Fernández, L.; Florez, G.; Alvarez, S.; Vázquez, D.</i>	127
Comorbilidad en policonsumidores de alcohol y cocaína en tratamiento ambulatorio <i>Belda, L.; Tomás, V.; Cortés, M.T.</i>	128
Ganancia de peso en fumadores con tratamiento multicomponente <i>Bernabé Barrios, M.J.; Barrueco Ferrero, M.; Fernandez Pertierra, A.; Palomo Cobos, L.; Fernández del Valle, P.</i>	128
Prevalencia del uso de alcohol y otras drogas en una muestra clínica de ámbito privado sin diagnóstico de TUS <i>Bobes Bascarán, M.T.; Casares, M.J.; Díaz Mesa, E.M.; Bascarán, M.T.; Ibañez, E.</i>	129
Consumo crónico de alcohol asociado con deficiencia de andrógenos puede comprometer la estructura mineral ósea <i>Bortolin Lodi, K.; da Silva Rovai, E.; Deco Porto, C.; Abrahao Martin, A.;do Espírito Santo, A.M.; Fernandes da Rocha, R.</i>	130
Intervención con población sin hogar con problemas de adicción en la ciudad de Madrid <i>Cáceres Santos, A.; Colomer Rodríguez, M.C.</i>	131
Características clínicas diferenciales en pacientes alcohólicos con o sin consumo de cocaína <i>Caldero Alonso, A.; Ávila Escribano, J.J.; Hernández Sánchez, A.I.</i>	132
Influencia del consumo de cocaína en la respuesta terapéutica y evolución de la enfermedad alcohólica <i>Caldero Alonso, A.; Ávila Escribano, J.J.; Hernández Sánchez, A.I.</i>	133
Delirio de formicación. A propósito de un caso. <i>Calvo Estopiñán, P.; Abad Vicente P.</i>	134
Rol de la enfermería en la unidad de desintoxicación hospitalaria <i>Capilla Llistó, M.J.; Rivero Rodríguez E.; Ramón San Cristóbal, M.A.</i>	135

Comparación de la gravedad de la adicción entre pacientes dependientes de heroína y de cocaína <i>Cappai, R.; Roncero, C.; Muscas, E.; Daigre, C.; Rovira, M.; Comin, M.; Gonzalvo, B.; Sánchez, L.; Casas, M.</i>	136
Evaluación de factores de riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes <i>Carballo Crespo, J.L.; García Fernández, G.; Fernández Artamendi, S.; Cerezo Menéndez, R.; García Rodríguez, O.; Fernández Hermida, J.R.; Secades Villa, R.</i>	137
Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a internet y el abuso de móvil <i>Carbonell, X.; Beranuy, M.; Chamarro, A.; Graner, C.</i>	138
El consumo de drogas en Galicia 1988-2008 <i>Carrera, I.; Fraga, J.; Osorio, J.; Pedreira, V.</i>	138
Evaluación de los tratamientos de drogodependencias en Galicia 2008. <i>Carrera, I.; Fraga, J.; Osorio, J.; Pedreira, V.</i>	139
Cambios en el perfil de personalidad tras un año de estancia en la Unidad Terapéutica y Educativa del centro penitenciario de Villabona <i>Casare, M.J.; González-Menéndez, A.; Bobes -Bascarán, M^a. T.; Fernández-Hermida, J.R.; Secades, R.</i>	140
Mujeres y relación entre consumo de drogas y actividad laboral <i>Celorio Bustillo, M.L.; Sánchez Gallardo, P.; Santiago Cabrera, M.</i>	141
Programa de intervención com menores U.C.A. Albacete <i>Celorio Bustillo, M^a.L.; Esparcia Moreno, M.</i>	143
Componentes emocionales de los trastornos de personalidad en adictos <i>Chicharro Romero, J.</i>	144
¿ <i>Binge drinking</i> , consumo en atracón, episodio de consumo intensivo...? buscando el consenso conceptual <i>Cortés, M.T.; Giménez, J.A.; Pedrero, E.; Guardia, J.; Pascual, P.; Espejo, B.; Tomás, I.; Sancerni, M.D.</i>	145
Uso de risperidona en el tratamiento de trastornos adictivos por cocaína. Revisión de la literatura actual. <i>Crespo Ramos, F.; Consuegra Sánchez, R.; Rosagro Escamez, F.; Valcárcel Lencina, V.; Pérez Molina, B.; Egea Cánovas, E.</i>	146
El fenómeno de las drogas en las mujeres reclusas del centro penitenciario de Albolote (Granada): <i>Del Pozo Serrano, F. J.</i>	147
Gravedad percibida por los pacientes con trastorno por uso de sustancias <i>Díaz Mesa, E.M.; Bobes Bascarán, M.T.; Al-Halabí, S.; Flórez, G.; Terán, A.; Guardia, J.; Carreño, E.; Rubio, G.; Ochoa, E.; Pereiro, C.; Sáiz, P.A.; García-Portilla, P.</i>	148
Diferencias en la evolución de pacientes con trastorno por uso de sustancias en función de la sustancia principal de consumo <i>Díaz-Mesa, E.M.; Bobes, M.T.; Al-Halabí, S.; Flórez, G.; Terán, A.; Guardia, J.; Carreño, E.; Rubio, G.; Ochoa, E.; Pereiro, C.; Sáiz, P.A.; García-Portilla, P.</i>	149
¿Interacción farmacocinética entre metadona y metamizol? A propósito de 45 casos detectados en la unidad de patologías adictivas <i>Domeque Valiente, N.; Prieto Andrés, P.; Conca Moreno, C.; Lozano Ortiz, R.; Andrés Arribas, I.</i>	150
Determinando los diferentes tipos de consumo de riesgo que los jóvenes realizan durante el botellón <i>Espejo, B.; Cortés, M.; Giménez, J.A.; Martín del Río, B.; Gómez, C.</i>	151
Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población consumidora y no consumidora de sustancias psicoactivas <i>Espelt, A.; Brugal, T.; Guitart, A.; Pére, A.; Castellano, Y.; Aibar, I.; Rodríguez-Martos, A.</i>	152
Evaluación de la adherencia al tratamiento por dependencia a cocaína en Barcelona, 2005-2007 <i>Espelt, A.; Guitart, A.; Castellano, Y.; Aibar, I.; Rodríguez-Martos, A.; Brugal, M.T.</i>	153
Niveles asistenciales del tabaquismo en La Rioja <i>Esteban Herrera, A.; González Izquierdo, A.; Hessel Mozún, M.A.; del Pozo Irribarria, J.</i>	154
Análisis del consumo de drogas de abuso en un grupo de mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo. <i>Falcón, M.; Rotolo, M.C.; Pichini, S.; de la Torre, R.; García Algar, O.; Luna, A.</i>	155

Consecuencias psicosociales asociadas al consumo de cánnabis y alcohol en adolescentes <i>Fernández Artamendi, S.; Carballo Crespo, J.L.; García Fernández, G.; García Rodríguez, O.; Fernández Hermida, J.R.; Secades Villa, R.</i>	156
Evolución de la situación de los consumidores de drogas en la ciudad de Valencia tras una intervención policial intensiva <i>Ferrer, X.; Delicado, A.; Badia, S.; Castellanos, M.; Alvarez, R.; Alarcón, I.; Sanmartín, J.V.; Lafarga, S.</i>	157
Evolución de pacientes alcohólicos en tratamiento <i>Franco, C.; Maia, J.; Vale, J.</i>	158
Otros usos del bupropion: analgesia. A propósito de un caso <i>Fuentes Barco, M.; Conde Amado, M.; Arias Fernández, N.</i>	159
Estudio de caso único: patología dual <i>García Escudero, M^a. J.; Pando Fernández M^a. P.; Melero Cañadas, R.; Isabel García, L.; Montoya Crous, I.</i>	160
Perfil neuropsicológico de pacientes adictos a la cocaína tras un año de tratamiento <i>García Fernández, G.; García Rodríguez, O.; Secades Villa, R.; Fernández Hermida, J.R.; Martín Contero, C.; Sánchez Hervás, E.</i>	161
Programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para la adicción a la cocaína: resultados a los doce meses de tratamiento <i>García Fernández, G.; García Rodríguez, O.; Secades Villa, R.; Sánchez Hervás, E.; Zacarés Romaguera, F.; Fernández Hermida, J.R.</i>	162
Rasgos patológicos de personalidad asociados al consumo de drogas. La experiencia desde una UAD. <i>García Gómez, M^a.N.; Ramos Marrero, M^a.Z.; Socorro Ledesma, D.; Jimenez Sosa, A.</i>	163
Consumo de tabaco en la infancia y adolescencia temprana <i>Gil Juliá, B.; Ballester Arnal, R.; Gil Llario, M.D.; Ruiz Palomino, E.; Gómez Martínez, S.</i>	163
Perfil del paciente dual <i>Gómez G.; Maeso A.; Niubó I.; Peña J.; Labad A.</i>	164
Actuación policial ante la influencia de drogas tóxicas <i>Gómez López, C.; Cazorla Botella, F.; Pascual Pastor, F.</i>	165
Medio laboral y drogodependencias. Acuerdo de colaboración y otras actuaciones <i>González Izquierdo, A.; Esteban Herrera, A.; Hessel Mozún, M.A.; del Pozo Iribarria, J.</i>	166
Mapa de riesgos en materia de drogodependencias de la comunidad de La Rioja. <i>González Izquierdo, A.; Esteban Herrera, A.; Hessel Mozún, M.A.; del Pozo Iribarria, J.</i>	167
Consumo de sustancias y conducta suicida <i>González Medrano, J.; Díaz Menéndez, S.; López Rodríguez, J.L.</i>	169
Diferencia en el perfil de pacientes que ingresan en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria para desintoxicación vs por patología dual. <i>González Santos, M.; Gómez Pardiñas, S.M.; Bajo Lema, J.; Ferrero Álvarez, T.; Segade Rodríguez, S.; Miguel Arias, D.</i>	170
Socioadicciones: adicciones no farmacológicas <i>González, V.; Merino, L.; Cano, M.; Perlado, M.</i>	171
Consumo de cánnabis en población psiquiátrica adolescente. Epidemiología e implicaciones clínicas <i>Goti Elejalde, J.; Aso Gros, L.; Díaz Hurtado, R.; Baeza Pertegaz, I.; Castro Fornieles, J.</i>	172
Diferencias clínicas y demográficas según género en pacientes con patología dual <i>Grau-López, L.; Barral, C.; Fernández, L.; Esteve, O.; Ortega, R.; Voltés, N.; Rodríguez-Pascual, M.; Roncero, C.; Casas, M.</i>	173
Desintoxicaciones previas como factor de predicción de reingresos en pacientes con trastorno por dependencia de sustancias <i>Grau-López, L.; Daigre, C.; Sánchez, L.; Díaz, S.; Rodríguez, L.; Egido, A.; Álvarez Beltrán, A.; López-Ortiz, C.; Roncero, C.</i>	174
Impacto de la abstinencia en la calidad de vida de las mujeres alcohólicas <i>Guimeráns Freijeiro, C.</i>	175

Trastornos de la personalidad y psicosis en hospitalización: diferencias clínicas y asistenciales <i>Guisado, J.A.; Méndez, F.; Zamora, F.; Teva, M.ª.I.</i>	176
Amisulpride: control de la sintomatología psicótica en pacientes drogodependientes <i>Henche Ruiz, A.I.; Almoguera Montero, J.; Díaz Ruano, A.</i>	177
Utilidad del topiramato en consumidores con agresividad, unida o no a psicoterapia <i>Hernández González-Nicolás, J.J.; Garrido Ureña, B.; Sanjuan, P.; Galera, O.; Moreno, P.; Radinova, T.; Molina, G.</i>	178
Prevalencia y detección del consumo de alcohol y tabaco en un Hospital Universitario <i>Hernández-Ribas, R.; Rosón Hernández, B.; Morchón Ramos, S.; Martínez Gonzalo, A.; Bolao Baró, F.; Lázaro Díaz, M.; Ramon Torrell, J.M.; Menchón Magriñá, J.M.; Pujol Farriols, R.</i>	179
Propuesta de recursos terapéuticos para adictos de edad avanzada <i>Lagares Roibás, A.; López Melendro, A.I.; Gallego Montes, M.J.</i>	180
El paciente con polipatología en el Hospital General. Un reto difícil <i>Lligoña Garreta, A.</i>	181
Influencia la presencia o ausencia de trastorno por uso de sustancias en una muestra de pacientes ingresados con trastorno de la personalidad <i>López-Ortiz, C.; Daigre, C.; Rodríguez-Pascual, M.; Salavert, J.; Coronado, M.; Grau-López, L.; Roncero, C.</i>	181
Nivel de impulsividad y retención al tratamiento ambulatorio en sujetos dependientes de la cocaína <i>López-Solà, C.; Astals, M.; Roquer, A.; Torrens, M.</i>	182
La administración de pregabalina reduce la preferencia condicionada de lugar inducida por cocaína en ratones <i>Manzanares, J.; Aracil, A.; Molinos, L.; Pérez-Ortiz, J.M.; García-Gutiérrez, M.S.</i>	184
Barreras psicológicas en la cesación tabáquica. Mitos y leyendas <i>Marín B.; de Miguel M.; Edivia Muriel, M.</i>	185
Tratamiento de tabaquismo de pacientes indigentes alcohólicos en rehabilitación en la Associació Rauxa <i>Marín Puig, M.L.</i>	185
Evaluación del síndrome de abstinencia en el proceso de deshabituación tabáquica. <i>Marqueta Baile, A.; Jiménez-Muro Franco, A.; Nerín de la Puerta, I.; Beamonte San Agustín, A.; Gargallo Valero, P.</i>	186
Tasa de recaída al finalizar un tratamiento de deshabituación tabáquica. <i>Marqueta Baile, A.; Jiménez-Muro Franco, A.; Nerín de la Puerta, I.; Beamonte San Agustín, A.; Gargallo Valero, P.</i>	187
Resultados de la evaluación y entrenamiento en competencia social en drogodependientes: aplicación de un programa específico en usuarios del centro de día "Cercado del Marqués" <i>Martín Caballero, A.R.; Bethencourt Pérez, J.M.; García Medina, P.; Fernández Valdés, A.</i>	188
Consumo de tabaco, alcohol y cánnabis en adolescentes castellano-manchegos <i>Martínez-Lorca, M.; Alonso-Sanz, C.; Montañés-Rodríguez, J.</i>	190
El consumo de drogas y la educación. ¿Posible relación? <i>Mavrou, I.</i>	191
Cribado del consumo de alcohol: AUDIT en trabajadores marroquíes <i>Medina Abellán, M.D.; Muñoz Arranz, C.; Noguera Velasco, J.A.; Pereñiguez Barranco, J.E.; Luna Maldonado, A.; Pérez-Cárceles, M.D.</i>	192
Patología dual, relación con consumo de sustancias adictivas y calidad de vida <i>Mejías Verdú, D.; Antelo Lorenzo, M.A.</i>	193
Consumos recreativos e accidentes rodoviários na região centro de Portugal <i>Mendes, F.; Almeida, R.</i>	193
El vínculo sectario como adicción no farmacológica <i>Merino, L.; Perlado, M.; González, V.; Cano, M.</i>	194

Estudio de variables predictoras de maltrato de género en población adicta. Propuesta de intervención. <i>Miguel Agustino, C.; Morera Bielsa, A.; Navarro Porrero, D.;</i>	195
Heterocontrol en codependientes: perfil diferencial <i>Moral Jiménez, M.V.; Blanco Zamora, P.; Sirvent Ruiz, C.</i>	196
Identidad y límites relacionales en dependientes afectivos <i>Moral Jiménez, M.V.; Blanco Zamora, P.; Sirvent Ruiz, C.; Rivas Reguero, C.</i>	197
Variables predictivas de éxito en la unidad de deshabitación tabáquica de la Asociación Española Contra el Cáncer de Burgos <i>Morato, A.; Sota, C.; Cordero, J.</i>	198
Impacto del consumo de alcohol y otras drogas en las urgencias del área sanitaria de Vigo: una oportunidad para el tratamiento y la prevención <i>Mosquera, J.; Gómez, B.; Guimeráns, C.; Davila, N.</i>	199
Sintomatología psicótica alucinatoria cenestésica en pacientes dependientes de cocaína <i>Muscas, E.; Roncero, C.; Cappai, R.; Gonzalvo, B.; Comin, M.; Daigre, C.; Díaz, S.; Martínez, N.; Corominas, M.; Sánchez, L.; Grau-López, L.; Casas, M.</i>	200
Conducta adictiva en los psiquiatras. ¿Existen diferencias con el resto de los médicos especialistas? <i>Navarro, M.C.; Romaguera, A.; Szyjer, A.; Gual, A.; Lusilla, P.; Casas, M.</i>	201
Programa de educación para la salud en pacientes consumidores de cánnabis <i>Novo Rosario, M.; Piñeiro Gabino, N.</i>	202
Violencia de género en mujeres adictas que realizan tratamiento en el CAD del distrito de Latina, Madrid <i>Olmos Espinosa, R.; Díaz Moreno, H.</i>	203
Resultados de la validación de los instrumentos de evaluación de las familias en la adaptación española del programa de competencia familiar (<i>strengthening family program</i>) en España. <i>Orte, C.; Ballester, L.; Fernández, C.</i>	204
Evaluación cualitativa del proceso de implementación del programa de competencia familiar (<i>strengthening family program</i>) en servicios sociales de atención primaria <i>Orte, C.; Pascual, B.; Oliver, J.L.</i>	205
Vardenafilo en el tratamiento de la disfunción eréctil en pacientes con dependencia al alcohol. Ensayo clínico doble ciego cruzado controlado con placebo (Estudio Desea) <i>Ortega, M.L.L.; Matraj, S.; Gual, A.</i>	206
El hábito tabáquico en el programa de actividades preventivas de la Comunidad Valenciana <i>Pascual, F.; Ponce, F.; Coves, C.; Fontoba, J.; Pereira, A.; Gil, V.F.</i>	207
Cumplimiento y eficacia del programa de deshabitación tabáquica de Petrer. Análisis de los primeros 126 fumadores. <i>Pascual, F.; Ponce, F.; Coves, C.; Fontoba, J.; Pereira, A.; Gil, V.F.</i>	208
La adicción ¿cambia la personalidad? <i>Pedrero Pérez, E.J.</i>	209
Estudio comparativo entre usuarios en medidas penales alternativas y usuarios sin medidas penales alternativas de la población atendida en el CAS Alt Empordà <i>Pelegrina, S.; Rodríguez, C.; Nadal, M.; Estaún, E.</i>	210
Estudio descriptivo de la población atendida en el CAS Alt Empordà <i>Pelegrina, S.; Rodríguez, C.; Nadal, M.; Estaún, E.</i>	211
Implementación de un programa de incentivos para aumentar la adherencia en consumidores de cocaína en tratamiento en el CAID de Getafe en el contexto de un modelo de calidad (EFQM) <i>Pérez Sanz, T.</i>	212
"No te pases de vuelta", programa de prevención de los accidentes de circulación relacionados con el consumo de drogas, en las autoescuelas <i>Picado Valverde, E. M^a.; Martín Sanchez, F.</i>	213

Programa de prevención de accidentes de circulación relacionado con el consumo de drogas " Vuelve a casa" <i>Picado Valverde, E. M^o; Martín Sanchez, F.</i>	214
Programa "Hablemos de drogas" (prevención del consumo de drogas en los jóvenes) <i>Prats, J.; Solé, M.</i>	215
Sistematización de la información en un registro de intervención en familias <i>Real, A.; Herrero, F.; Fernández, A.; Crespo, P.; Lucas, F.; Cuesta, R.; López, G.; López, F.; Domínguez, C.; Gómez, A.; Castaños, A.; Catalán, D.; Gallud, M.; Delicado, A.; Tomás S.; Ramírez, P.; Verdú, F.; Castellano, M.</i>	216
Acciones para mejorar el servicio de dispensación de metadona según el modelo EFQM <i>Rodríguez Reinado, C.; Millán Carrasco, A.; Venegas Sánchez, J.; Pérez Lázaro, J.J.; Montes Oca, M.</i>	217
De marcha con el deporte. La práctica del deporte como instrumento para la prevención del consumo de drogas. <i>Rodríguez-Martos, A.; Corbella, M.; Fernández, H.</i>	218
Evaluación neurológica del desempeño ocupacional en adictos <i>Rojo Mota, G.</i>	219
House ¿ficción o realidad?: Perfil del médico adicto a opiáceos <i>Romaguera Piñol, A.; Navarro Marfisis, M.C.; Prat Galbany, M.; Roncero Alonso, C.; Lusilla Palacios, P.; Casas Brugué, M.</i>	220
Presencia diferencial de trastornos de personalidad en pacientes politoxicómanos y monotoxicómanos ingresados en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. <i>Roncero, C.; Díaz, S.; Grau-López, L.; Sánchez, L.; Rodríguez, L.; Castrillo, E.; Egido, A.; Daigre, C.; Saéz-Francas, N.; Casas, M.</i>	221
Caracterización psicopatológica de pacientes abusadores de analgésicos en el Cas Vall Hebrón. <i>Roncero, C.; Pozo-Rosich, P.; Gómez-Baeza, S.; Jacas, C.; Díaz, S.; Álvarez, A.; Alvarós, J.; Egido, Á.; Sánchez, L.; Casas, M.</i>	222
Participación y recogida de datos en diversos programas de terapia a través de la aventura (<i>Adventure Therapy</i>) para el tratamiento de adolescentes en Estados Unidos, semilla para establecer un programa para adolescentes con conductas adictivas en Valencia. <i>Rose, A.</i>	223
Consumo de alcohol y su influencia en el uso del preservativo durante las relaciones sexuales <i>Ruiz, E.; Ballester, R.; Gil, M.D.; Gil, B.; Giménez, C.</i>	224
Estudio de la prohibición del consumo de tabaco en los hábitos deportivos de la sociedad madrileña <i>Sáez Rodríguez, G.; Monroy Antón, A.; Rodríguez López, Á.</i>	225
Evaluación de la calidad de vida en los pacientes toxicómanos: revisión en nuestro centro de la patología dual en tratamiento con risperidona consta <i>Samper Villar, F.J.; Garriga Ramón, T.; Celma Merola, J.; Reyes Campos, S.; Hernández Fernández, E.; De la Paz Llena, C.</i>	226
¿Cuál es el perfil encontrado en alcoholismo femenino a lo largo de dos años en una unidad de conductas adictivas? <i>Sánchez de la Nieta Aragonés, P.; Sánchez Fernández, M.M.</i>	227
Características y calidad de vida de los pacientes con trastorno psicótico o trastorno bipolar y Trastorno por Uso de Sustancias comórbido incluidos en el programa de servicios individualizados o gestión de casos del sector de Mollet del Vallès <i>Sánchez García, J.M.; Pelegrín Marín, M.; Segura Mateos, V.; Jiménez Reinoso, S.; Álvarez Llorca, O.; Corominas Díaz, A.</i>	228
La monitorización del consumo predice la abstinencia de los dependientes a la cocaína en tratamiento <i>Sánchez Hervás, E.; Secades-Villa, R.; Santonja Gómez, F.J.; Zacarés Romaguera, F.; García Rodríguez, O.; Calatayud Francés, M.; García Fernandez, G.</i>	229
Seguimiento de pacientes alcohólicos con trastorno psiquiátrico primario <i>Sánchez Peña, J.F.; Fernández Pérez, I.; Rodríguez Solano, J.J.</i>	230
Evolución a los 3 meses de la terapia de grupo para dependientes de cocaína <i>Sánchez, L.; Fernández, L.; Díaz, S.; Soler, C.; Daigre, C.; Coromin, M.; Gómez-Baeza, S.; Grau-López, L.; Gonzalvo, B.; Roncero, C.; Casas, M.</i>	231
Cánnabis como droga secundaria en pacientes diagnosticados de TUS y en tratamiento ambulatorio <i>Sánchez, L.; Fernández, L.; Gonzalvo, B.; Roncero, C.; Casas, M.</i>	232

Finalización prematura del tratamiento en dependientes a la cocaína <i>Santonja Gómez, F.J.; Zacarés Romaguera, F.; García-Rodríguez, O.; García Fernández, G.; Martín Yanez, E.; Sánchez-Hervás, E.; Secades-Villa, R.</i>	233
Perfil de pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) <i>Segade Rodríguez, S.; Pérez Ramírez, L.; Serrano Cartón, M.C.; González Dopico, I.; Bajo Lema, J.; Miguel Arias, D.</i>	234
Empleo de psicofármacos en la desintoxicación de sustancias: indicaciones y efectos indeseables. A propósito de un caso. <i>Segura Escobar, E.; Ramírez García, A.J.; Belda Moreno, G.; Baón Pérez, B.S.; Baos Sendarrubias, P.</i>	235
Psicosis por setas alucinógenas vs esquizofrenia paranoide. A propósito de un caso <i>Serrano Cartón, M.C.; Ferrero Álvarez, T.; Serrano Cartón, M.M.; Segade Rodríguez, S.; Pérez Ramírez, L.; Miguel Arias, D.</i>	236
Alcohol y género. Adaptación del tratamiento de alcoholismo para mujeres. <i>Serrano, J.; Melgarejo, M.; Gil, A.; Treviño, L.; Homs, N.; Rodríguez, R.</i>	237
Características de adolescentes y jóvenes con trastornos por uso de sustancias (TUS) Atendidos en CAS de Cataluña. <i>Serrano, J.; Moragas, I.; Roda, M.; Olsas I.;</i>	238
Trimorbilidad: alcohol, TDAH adultos y trastornos de personalidad <i>Short Magdalena, A.; Ortega Vila, F.; Torres Díaz, E.; Blanes Castañer, R.; Moranta Cladera, C.</i>	239
Prevalencia del TDAH adultos en una unidad de desintoxicación alcohólica <i>Short Magdalena, A.; Ortega Vila, F.; Torres Díaz, E.; Moranta Cladera, C.; Blanes Castañer, R.; Clar Forteza, O.</i>	240
Evaluación de las dependencias interpersonales: comparación de indicadores psicométricos del I.D.I. y del I.R.I.D.S.-100 <i>Sirvent Ruiz, C.; Moral Jiménez, M.; Blanco Zamora, P.</i>	241
Derivaciones a recursos sociales en pacientes duales del CAS Vall Hebron <i>Solé, C.; Álvarez, A.; Rodríguez, L.; Rodríguez-Cintas, L.; Grau, L.; Barral, C.; Fernández, L.; Esteve, O.; Sentís V; Roncero, C.; Casas, C.</i>	242
Análisis del perfil de usuario y las derivaciones a recursos sociales en pacientes drogodependientes del CAS Vall Hebron <i>Solé, C.; Rodríguez, L.; Álvarez, A.; Sanagustín, C.; Rodríguez-Cintas, L.; Serra, A.; Balladriga, T.; Rovira, M.; Roncero, C.</i>	243
Eficacia del consejo sanitario en función de la fase de abandono del tabaco <i>Tabera Hernández, M.C.; Barrueco Ferrero, M.; Plaza Martín, D.; Gómez-Escolar Pérez, M.; Herrero Antón, R.M.; Valladares Lobera, B.</i>	244
En qué medida es eficaz la información cognitiva conductual facilitada al fumador durante la deshabitación tabáquica <i>Tabera Hernández, M.C.; Herrero Antón, R.M.; Valladares Lobera, B.; Torrecilla García, M.; Gómez-Escolar Pérez, M.; Plaza Martín, D.</i>	245
Es necesaria una mayor implicación de atención primaria en el abordaje del tabaquismo <i>Tabera Hernández, M.C.; Valladares Lobera, B.; Herrero Antón, R.M.; Torrecilla García, M.; Plaza Martín, D.; Gómez-Escolar Pérez, M.</i>	246
¿Qué opinan sobre el tabaquismo en los colegios? <i>Tabera Hernández, M.C.; Torrecilla García, M.; Gómez-Escolar Pérez, M.; Herrero Antón, R.M.; Valladares Lobera, B.; Plaza Martín, D.</i>	247
Risperidona inyectable de larga duración (RILD) en el tratamiento de la patología dual <i>Terán, A.; Duránte, M.J.; Poveda, R.; Alvarez, J.C.</i>	248
Políticas de la Generalitat Valenciana, en materia de prevención de drogodependencias, a través de las entidades locales <i>Tomás Dols, S.; Cano Pérez, L.; Álvarez Pascual, M.ª J.; Verdú Asensi, F.; Delicado Torres, A.; Rosado Malo, N.; Oltra Ponzoda, A.; Ramírez Queralt, P.</i>	249
Concienciación de los padres sobre la repercusión del consumo del tabaco en el domicilio familiar <i>Torrecilla García, M.; Tabera Hernández, M.C.; Plaza Martín, D.; Barrueco Ferrero, M.; Herrero Antón, R.; Gómez-Escolar Pérez, M.</i>	250
Espacio abierto: recurso de pretalleres de baja exigencia <i>Vacas Muñoz, R.J.; Cambroner Martín, G.; Rodríguez García, I.</i>	251
Abuso de biperideno en psiquiatría. A propósito de un caso <i>Valcarcel Lencina, V.; Rosagro Escamez, F.; Peñalver Garceran, I.; Crespo Ramos, F.; Ayala Viguera, I.; Pozo Navarro, P.</i>	252

La efectividad de la naltrexona en el tratamiento de la dependencia alcohólica es independiente de la edad, el sexo y la comorbilidad: estudio de cohortes retrospectivo <i>Vargas, M.L.; Bermejo, A.; Díez, J.; Del Brío, A.M.; Fernández, M.L.; Franco, M.A.</i>	253
El tabaco en los establecimientos de restauración y hostelería: estudio observacional en Barcelona, 2008 <i>Villalbí, J.R.; Baranda, L.; López, M.J.; Nebot, M.</i>	254
Evaluar los planes de acción sobre drogas: experiencia en Barcelona, 2006-08 <i>Villalbí, J.R.; Brugal, M.T.; Guitart, A.; Casas, C.</i>	255
Programa CRA para dependientes a la cocaína: un estudio de seguimiento de seis meses <i>Zacarés Romaguera, F.; Sánchez-Hervás, E.; Secades-Villa, R.; García-Rodríguez, O.; García Fernández, G.; Santonja Gómez, F.J.</i>	256

| Ponencias

Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día

AMOR, P.*; DEL CORRAL, P.**; BOHÓRQUEZ, I.*;
ORIA, J.C.***; RODRÍGUEZ, M.****; LÓPEZ, F*****;
CALDERÓN, D.*****

* Universidad Nacional de Educación a Distancia. Psicólogo.
** Universidad del País Vasco. Psicóloga.
*** Universidad Nacional de Educación a Distancia. Psicóloga.
**** Asociación Centro Oasis, Centro de Día Zuria. Pamplona. Psicólogo
***** Centro de Día Cáritas de Salamanca. Psicólogo.
***** Centro de Día Patim. Castellón. Sociólogo.
***** Centro de Día ANTARIS. Dos Hermanas (Sevilla). Psicólogo.

Enviar correspondencia a:
Enviar correspondencia a: Domingo Calderón Llorente, Plaza
Compositor Manuel Castillo s/n, Dos Hermanas (Sevilla) 41700.
antaris@centroantaris.org

Introducción

La violencia de género es un a de las violaciones contra los derechos humanos más grave y frecuente en nuestra sociedad, un enorme problema, tanto por su alta incidencia en la población, como por las graves consecuencias físicas y psicológicas que produce en las víctimas. En España, sufren maltrato doméstico entre el 9,6 % y el 12.4 % de la población femenina.

Cuando existe un consumo abusivo de sustancias por parte de los agresores y/o las víctimas, la problemática aumenta. Para conocer mucho mejor esta realidad – incidencia de la violencia de pareja en un contexto de consumo abusivo de drogas, perfil de las personas que agreden y vulnerabilidad de las víctimas, tipos de violencia sufridos y consumo de drogas, etc.- se realizó un trabajo exploratorio en personas que acudieron a diversos Centros de Día pertenecientes a entidades españolas asociadas en ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día).

El objetivo de dicho estudio es el conocimiento del consumo de sustancias como variable intermediaria en la violencia de género, pero no como relación causal, ya que las drogas, lo que hacen es activar las conductas violentas derivadas de unas actitudes hostiles previas.

Material y método

Se contó con diferentes muestras según la fase de investigación. En una primera, se administró a 120 personas un screening – para determinar la tasa de prevalencia de la violencia doméstica. En una segunda fase, de los 120 casos se mantuvieron 78 por estar relacionados con la violencia de pareja, y se amplió el tamaño muestral hasta disponer de 118 casos de violencia de pareja.

Se ha empleado un diseño descriptivo de carácter transversal, mediante la evaluación de las víctimas y de los agresores a partir de un screening sobre el sufrimiento de violencia y de un cuestionario sobre violencia en la relación de pareja y adicción a drogas.

Se realizaron múltiples análisis estadísticos tanto descriptivos (medidas de tendencia central y de dispersión, porcentajes, etc.) como inferenciales, en función del nivel de medida de las variables y de los objetivos propuestos. Asimismo, para conocer la relación de proximidad entre múltiples variables se realizaron diversos análisis cluster jerárquicos.

Resultados y discusión

Aunque en muchas investigaciones se señala que el consumo abusivo de sustancias tóxicas y la violencia de pareja están relacionados, se conoce poco acerca de las consecuencias derivadas de los episodios de violencia. Lo cierto es que el consumo por parte del agresor o de ambos miembros de la pareja incrementa la probabilidad de que exista violencia dentro de la relación.

En nuestra investigación el 64 % de las personas que acudieron a CD, habían vivido una situación de violencia dentro de sus relaciones familiares o de pareja, porcentaje muy superior al de la población general.

Se realiza un estudio de las características sociodemográficas tanto de la víctima como del agresor. Se analiza el tipo de violencia, episodio violento más reciente, consumo de drogas, riesgo de homicidio, etc. para dar respuesta a un importante reto de futuro: Confeccionar programas de tratamiento multidisciplinarios, dentro de un contexto de violencia de pareja.

Patología dual en psicosis ¿qué es lo relevante para el diagnóstico y tratamiento?

ARIAS HORCAJADAS, F.

Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Enviar correspondencia a:
Francisco Arias, Unidad de Psiquiatría, Fundación Hospital Alcorcón, 28922 Alcorcón (Madrid). E-mail: farias@fhacorcon.es

Ante un paciente adicto con un episodio psicótico se nos plantea el problema del diagnóstico diferencial entre si se trata una psicosis inducida por el consumo o si la psicosis es un trastorno primario, diagnóstico que puede tener repercusiones pronósticas y terapéuticas. La evolución del cuadro va a ser fundamental para establecer un diagnóstico definitivo pero no está establecido si existen una características clínicas diferenciales que nos puedan ayudar en un corte transversal. Hemos estudiado 264 pacientes ingresados por episodios psicóticos no afectivos, un 22% con diagnóstico de psicosis inducida al alta (por cannabis o cocaína), 18% con diagnóstico de esquizofrenia y dependencia de cannabis o cocaína asociada y el resto con esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme sin dependencia de drogas. Todos los pacientes se valoraron con la escala PANSS y el EuropASI durante el ingreso y fueron seguidos durante una mediana de 20 meses. La edad del primer ingreso fue menor en los pacientes psicóticos que presentaban dependencia de cannabis. Los sujetos con psicosis inducidas tenían menos síntomas negativos y menor severidad de las alucinaciones y mayor hostilidad. El humor depresivo era más frecuente en los consumidores de cocaína y el expansivo en los de cannabis y el consumo también se asocio con mayor riesgo de ideación o tentativas autolíticas. El 10% de los pacientes con psicosis inducidas cambiaron el diagnóstico a esquizofrenia durante el seguimiento. Por lo tanto, pueden existir diferencias clínicas entre las psicosis asociadas al consumo y la esquizofrenia en no consumidores, como la menor presencia de síntomas negativos, menos alucinaciones o más síntomas afectivos y conductas suicidas, aunque no se pueden establecer características patognomónicas. El consumo en sujetos con esquizofrenia se asocia con un peor curso evolutivo.

Factores de vulnerabilidad genéticos en las psicosis asociadas al consumo de cannabis

ARIAS HORCAJADAS, F.

Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Enviar correspondencia a:
Francisco Arias, Unidad de Psiquiatría, Fundación Hospital Alcorcón, 28922 Alcorcón (Madrid). E-mail: farias@fhacorcon.es

La esquizofrenia y la dependencia de drogas son trastornos psiquiátricos complejos, de etiología ambiental y genética no dilucidada. Múltiples estudios recientes sugieren que el sistema cannabinoide está implicado en la etiopatogenia de las psicosis y en los mecanismos de refuerzo de las adicciones. El objetivo de este trabajo es valorar la asociación entre varios polimorfismos genéticos del gen del receptor cannabinoide CB1 (CNR1), de la enzima amidohidrolasa de ácidos grasos (FAAH) que degrada los endocannabinoides y de la enzima Catecol-O-Metil transferasa (COMT) y las psicosis asociadas al consumo de cannabis. La muestra está compuesta de 43 pacientes con psicosis asociada al consumo de cannabis (psicosis inducidas y esquizofrenia con dependencia de cannabis, sin otras drogodependencias asociadas excepto a nicotina), 78 pacientes con esquizofrenia sin

dependencia de drogas, 23 dependientes de cánnabis sin psicosis asociada y 116 controles sanos. Hemos estudiado un micro-satélite del gen CNR1 que consiste en la repetición del triplete AAT y el haplotipo denominado TAG por Zhang et al. (2004) del mismo gen, el polimorfismo del gen de la enzima FAAH cDNA 385 C_A y el polimorfismo del gen de la COMT (Val158Met). No observamos diferencias en las frecuencias alélicas o de genotipos entre pacientes con esquizofrenia, dependencia de cánnabis y controles. Existe una menor frecuencia de los genotipos A/A y A/C y del alelo A del gen de la FAAH en el grupo de psicosis asociadas al consumo de cánnabis cuando se compara con el grupo control y controlando por posibles variables de confusión como edad, sexo y otros genotipos (OR=0.19, IC 95%: 0.06-0.60, P=0.005; OR=0.32, IC 95%: 0.12-0.89, P=0.03, respectivamente). Los datos apoyan la hipótesis de que variantes genéticas en el sistema cannabinoide pueden estar implicadas en la patogénesis de las psicosis en dependientes de cánnabis.

Evaluación de la efectividad del programa de prevención del consumo de cánnabis en jóvenes «xkpts.com»

ARIZA, C.*; PÉREZ, A.**; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.***;
DIÉGUEZ, M.****; NEBOT, M.*****

Agència de Salut Pública de Barcelona, *Médico, **Bióloga, ***Farmacéutica, ****Psicóloga, *****Médico

Enviar correspondencia a:
Carles Ariza. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps 1
08023-Barcelona. Tel. 932027743.cariza@aspb.cat

Introducción

El aumento del consumo de cánnabis en adolescentes en los últimos años requiere la adopción de estrategias de prevención para hacerle frente. Existe la controversia sobre si las intervenciones preventivas de drogodependencias deben abordar de forma integrada el consumo de todas las sustancias o si conviene individualizar los mensajes para cada sustancia. En Barcelona se inició en 2004 el diseño y evaluación de una intervención preventiva focalizada en el consumo de cánnabis, dirigida a población escolar. Los objetivos de este estudio son: 1) Describir la efectividad de la intervención ("xkpts.com") sobre la evolución al consumo habitual de cánnabis en una muestra de escolares; 2) Identificar los efectos de esta intervención sobre el consumo del resto de sustancias (tabaco, alcohol y cocaína) de sus destinatarios.

Material y métodos

Estudio cuasi-experimental con grupo control. Se administró una encuesta antes de la intervención y a los 15 meses. El grupo intervención (GI) (1863 escolares) fue expuesto a un programa preventivo del consumo de drogas, incluyendo dos unidades específicas sobre cánnabis, y comparado con un grupo control (CG) (1326). Se estudió la incidencia de nuevos consumidores habituales (en los últimos 30 días) de cánnabis en ambos grupos y de la progresión al consumo habitual de cánnabis y su asociación con algunas variables sociodemográficas, psicosociales y de entorno. También se estudió la incidencia de nuevos consumidores regulares (semanal o diario) de tabaco, de borracheras y de nuevos consumidores experimentales de cocaína (haber probado) en ambos grupos. Se definió un indicador para identificar la intervención realizada correctamente. En el análisis, se utilizó el cálculo de proporciones y el test de ji cuadrado y un análisis multivariado de regresión logística para el estudio de los factores asociados con el consumo de cánnabis.

Resultados

A los 12 meses de la intervención, el 8,3% de escolares del GI pasaron a consumir cánnabis habitualmente frente al 11,6% en el GC ($p<0.05$) disminuyendo al 4,3% con la intervención correcta ($p<0.05$). La incidencia de nuevos consumidores regulares de tabaco al año fue de 9,5% en el GI y 8,2% en el GC, y 9,2% con la intervención correcta. La incidencia de borracheras

al año fue de 20,5% en el GI y 19,2% en el GC, y 21,3% con la intervención correcta. La incidencia de nuevos consumidores experimentales de cocaína al año fue de 0,9% en el GI y 2,2% en el GC, y 1,2% con la intervención correcta. Los escolares que no realizaron el programa tuvieron un riesgo 2,4 veces mayor que los del GI de evolucionar al consumo habitual de cannabis (OR=2,4; IC 95%=1,3-4,4). Otros factores asociados a la evolución del consumo al año fueron ser fumador regular (OR: 1,6; 1,1-2,4), emborracharse en los últimos 6 meses (OR: 1,8; 1,2-2,5), tomar 5 o más consumiciones alcohólicas en una misma ocasión (OR: 1,4; 1,0-2,0) mostrar baja autoeficacia (OR:1,6 (1,1-2,2)), tener fácil acceso al cannabis (OR: 1,9; 1,2-2,9), tener amigos consumidores (OR: 2,3; 1,2-4,1) y la intención de consumir cannabis en el futuro (OR: 4,0; 2,8-5,8).

Discusión

Los resultados reflejan la efectividad de la intervención preventiva sobre el consumo de cannabis, pero no sobre el resto de sustancias, incluso cuando se estratificó para la calidad de la implementación realizada. Estos resultados soportan la necesidad de mensajes específicos sobre el uso de una sustancia cuando se quiere disminuir su consumo específico. El consumo de tabaco y alcohol y un entorno favorable al cannabis predicen la evolución en el consumo de cannabis.

Intervención en consumidores de alcohol

ÁVILA ESCRIBANO, J. J.

Psiquiatra. Unidad de Alcoholismo. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Salamanca.

Enviar correspondencia a:
José Juan Ávila Escribano. C/ Toro, 84, 3º D. 37002- Salamanca
Correo electrónico: javilae@hotmail.es

Introducción

La prevalencia de los trastornos por uso de alcohol es muy alta, de manera que en algunos países afecta al 8,46 de la población, según el estudio NERSAC. En España, según los últimos estudios epidemiológicos, el 5,5 de la población general presenta un consumo alcohólico de riesgo, lo que ocasiona una repercusión sanitaria importante por su alta morbilidad y mortalidad. Sin embargo, uno de los factores que más interfiere en el tratamiento de estos trastornos es el bajo porcentaje de pacientes que cumple correctamente el tratamiento, bien por abandono precoz del mismo o por incumplimiento adecuado. Por tales motivos, las intervenciones en este campo deben realizarse lo más precozmente posible y deben estar implicados diferentes dispositivos sanitarios. Además, las intervenciones deben realizarse de forma secuencial, siguiendo una serie de etapas, y adecuando el tipo de tratamiento y el ámbito de intervención a los niveles de consumo.

Niveles de consumo y tipo de intervención

Cuando el consumo es de riesgo bajo (≤ 17 UBE/semana, en el hombre y ≤ 11 UBE/semana en la mujer) se aconseja llevar a cabo estrategias de prevención sanitaria. Si existe un consumo de riesgo (≥ 40 gr./día = 4 UBE/día = 28 UBE/semana. ≥ 50 gr. = 5 UBE/ocasión. AUDIT: 8-15 en el hombre y en la mujer ≥ 20 gr./día = 2 UBE/día = 17 UBE/semana. ≥ 40 gr. = 4 UBE/ocasión. AUDIT: 8-15) deben realizarse intervenciones breves y descartar que exista un problema de más entidad. Cuando el consumo es nocivo, que equivale al diagnóstico de abuso de alcohol, pues existen repercusiones en el ámbito familiar, laboral o afectación a la salud física y mental, o cuando la puntuación en el AUDIT es superior a 16, se recomienda, inicialmente, realizar intervenciones breves. Si con este tipo de intervenciones no se obtuviera resultado alguno, es conveniente derivar para la realización de un tratamiento específico. Cuando el consumo de alcohol se acompaña de síntomas y signos indicativos de la presencia de un síndrome de dependencia del alcohol, deben realizarse intervenciones específicas. En estos casos, juntamente con el tratamiento psicofarmacológico destinado a aliviar los síntomas de abstinencia y el deseo por el alcohol, el tratamiento psicoterapéutico debe incluir principalmente, estrategias de motivación, técnicas cognitivo-conductuales y técnicas grupales.

Referencias

Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence. *Alcohol Research and Health* 2006, 29: 79-91. Informe sobre alcoholismo de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero de 2007. Madrid. Guardia J, Jiménez-Arriero MA, Pascual P, Flórez G, y Contel M. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. *Socidrogalcohol*, 2007.

Influencia de la derivación a un servicio de Medicina Interna en el seguimiento de pacientes alcohólicos

ÁVILA ESCRIBANO, J.J.*; ÁVILA ALONSO, P.**; MARCOS MARTÍN, M.***; LASO GUZMÁN, J.****

* Psiquiatra. Unidad de Alcoholismo. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Salamanca.
** Médico Residente de Cardiología. Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.
*** Médico Residente de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna II del Hospital Universitario de Salamanca
**** Jefe de Servicio de Medicina Interna II del Hospital Universitario de Salamanca.

Enviar correspondencia a:
José Juan Ávila Escribano. C/ Toro, 84, 3º D. 37002- Salamanca
Correo electrónico: javilae@hotmail.es

Introducción

El alcoholismo es una enfermedad multisistémica, es decir afecta a diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, lo que ocasiona que diferentes especialistas puedan atender a este tipo de pacientes sin hacer hincapié en el tratamiento de la dependencia. Además, cuando se aborda terapéuticamente la adicción se constata que la tasa de abandonos prematuros es relativamente alta (50-80%, según algunos estudios) 1. Ambas características inciden de manera negativa en el tratamiento y recuperación de esta enfermedad. El objetivo del presente estudio era atender conjuntamente el problema de la adicción y sus consecuencias somáticas por dos unidades diferentes (psiquiatría y medicina interna) y comprobar su influencia en el tratamiento del alcoholismo.

Material y método

Es un estudio retrospectivo y longitudinal en el que se comparó un grupo de 200 pacientes (Grupo 1) atendidos por especialistas de la Unidad de Alcoholismo (psiquiatra y psicólogo) con otro grupo de 100 pacientes (Grupo 2) que recibió atención por los especialistas de dicha unidad y especialistas en Medicina Interna. Se analizaron las diferencias en la abstinencia y tasa de retención en ambos grupos.

Resultados

Ambos grupos presentaban una edad similar (43,6 versus 46,2) y las características sociodemográficas y médicas eran similares. En cuanto al diagnóstico en el grupo 2 había significativamente más pacientes con diagnóstico de dependencia del alcohol que en el grupo 1 ($p=0,001$). Sin embargo, los pacientes del segundo grupo, atendidos conjuntamente por psiquiatría y medicina interna presentaban, a los 3 y 12 meses, unas tasas de abstinencia (a los 3 meses: 74% versus 56,5%; $p=0,03$. A los 12 meses: 47% versus 35%; $p=0,045$) y retención (a los 3 meses: 81% versus 67%; $p=0,011$. A los 12 meses: 57% versus

43% ; $p=0,02$) significativamente mayores que el otro grupo. Otros factores asociados con la abstinencia eran el estado civil (casado) y ser mayor de 44 años.

Discusión

La mayor tasa de retención en pacientes derivados a Medicina Interna, así como el mayor número de pacientes abstinentes, refuerza la importancia de un abordaje multidisciplinar en el tratamiento del alcoholismo.

Referencias

1.- Pettinati H.M.: Improving medication adherence in alcohol dependence. J. Clin. Psychiatry, 67 (suppl 14): 23-28, 2006.

Características clínicas de las psicosis asociadas al consumo de cánnabis

BAÑO RODRIGO, M^ª.D

Directora. Médico-Psiquiatra, Centro de Atención Integral al Drogodependiente. CAID Majadahonda (Madrid). Avda. Guadarrama nº 36

Enviar correspondencia a:
M^ª Dolores Baño Rodrigo. Ada.Guadarrama nº 34. 1º. Majadahonda
28220

Introducción

No es mucho lo que se conoce acerca del significado clínico y pronóstico de los síntomas psicóticos inducidos por el consumo de cánnabis. Varios autores aceptan que dichos síntomas pueden constituir un signo de una psicopatología subyacente, y con frecuencia se confunden con la esquizofrenia. Aunque el cuadro particular no está definido con claridad, hay consenso sobre la existencia de síntomas psicóticos inducidos por la sustancia y sobre la desaparición rápida y completa de los mismos. Los síntomas se han asociado con la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas y visuales de carácter transitorio tras el consumo. Por un lado se han descrito las denominadas psicosis tóxicas con presencia de síntomas confusionales y alucinaciones sobretodo visuales en relación con el consumo de dosis elevadas o preparados muy potentes siendo cuadros limitados en el tiempo. Por otro lado, el consumo de cánnabis puede producir psicosis agudas indistinguibles de un episodio de psicosis funcional, apareciendo en un porcentaje pequeño de consumidores habituales de cánnabis no quedando claro si existen características clínicas diferenciales entre estos cuadros inducidos por el consumo de cánnabis en relación a las psicosis funcionales. Desde el año 1989 hasta el momento actual se han publicados un número importante de estudios de cohortes apoyando una relación causal entre el consumo de cánnabis y psicosis. Disponemos de posibles explicaciones sobre los mecanismos biológicos de la inducción de psicosis por el consumo de cánnabis. Se sabe que el sistema dopaminérgico juega un importante papel en la aparición de síntomas psicóticos. El consumo de cánnabis interacciona con el mismo y favorece la inducción de psicosis. Por otra parte van surgiendo múltiples datos experimentales que apoyan un papel del sistema cannabinoide en la patogenia de la psicosis. El consumo de cánnabis se asocia con un incremento del número de ingresos por psicosis, siendo el riesgo mayor que para otras drogas y es un factor de riesgo para las recaídas en pacientes con esquizofrenia posiblemente actuando sobre el sistema dopaminérgico ,empeora el cumplimiento terapéutico , acorta el tiempo hasta la siguiente recaída de 5 a 10 meses y además, puede repercutir en la respuesta al tratamiento con neurolépticos aumentando la resistencia al mismo. Aunque no todos los trabajos son concordantes, la mayoría de los autores observan una modificación en las características clínicas de pacientes esquizofrénicos en relación con el consumo de cánnabis, incrementando los delirios y alucinaciones La hipótesis de esta comunicación sería evaluar a través de los diferentes casos clínicos presentados en el último libro de la SEIC, las diferentes modificaciones de las características clínicas de los cuadros psicóticos asociados al consumo de cánnabis y determinar si existe algún tipo de homogeneidad en cuanto a sus manifestaciones clínicas y curso evolutivo, determinando los factores de riesgo biológicos y ambientales en cada uno de los casos.

Tratamiento en Unidades ambulatorias de Patología Dual

BARRAL PICADO, C.*; GRAU LÓPEZ, L.*; RONCERO ALONSO, C.**

*Programa de patología Dual. Psiquiatra Adjunto. CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron.
**Coordinador CAS Vall d'Hebrón. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:
Carmen Barral Picado. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría. 5ª planta Escuela de Enfermería. Passeig Vall d'Hebron 119-129. CP:08035 Barcelona.cbarral@vhebron.net

Introducción

Patología dual se define como la coexistencia de un trastorno psiquiátrico clásico con un trastorno por uso de sustancias. Es una realidad muy presente en la práctica clínica diaria, aunque, en nuestro medio, existe escasa experiencia en el tratamiento de programas ambulatorios estructurados. Los pacientes duales precisan de un abordaje integral (psicofarmacológico y psicoterapéutico) que incluya tanto la atención de la toxicomanía como el del trastorno psiquiátrico. En los últimos años, los esfuerzos se han centrado en la creación de dispositivos de tratamiento especializado para estos pacientes duales, a nivel hospitalario (Unidades de Patología Dual). Aún así, los recursos son insuficientes y no hay centros especializados para el abordaje de estos pacientes duales a nivel ambulatorio. Se presenta la experiencia del Programa de Patología dual ambulatorio de drogodependencias (CAS) del Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Material y método

La muestra del estudio se obtuvo a partir de los pacientes con Trastorno por uso de sustancias y diagnóstico del eje I que acudieron al CAS de Vall d'Hebron para tratamiento durante el periodo de Septiembre 2007-2008. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y actividad laboral), diagnóstico y sustancia principal de consumo.

Resultados

La muestra final obtenida es de 73 pacientes. 66% hombres y 34% mujeres con una media de edad de 39 +/-9 años. La mayoría están solteros (54,8%), tienen estudios básicos (Graduado escolar 42%) y están pensionados (40%). El diagnóstico psiquiátrico más prevalente es el de Trastorno psicótico (26%) y el consumo más importante es el de alcohol, si bien la mayoría de los pacientes son politoxicómanos (71%).

Conclusiones

Son necesarios recursos asistenciales específicos dedicados al diagnóstico y tratamiento de pacientes con diagnóstico de patología dual.

El usuario de drogas organizado en defensa de sus intereses

CARBONELL VISCASILLAS, J.

Gestor de Entidades Sociales, Presidente de las Asociaciones: APDO y AUMMO APDO (Asociación de Pacientes Dependientes a Opiáceos). AUMMO (Asociación de Usuarios en Mantenimiento con Metadona Organizados) Coordinador del Área de Gestión & Administración de GRUP IGIA.

Enviar correspondencia a:
José Carbonell Viscasillas. Asociación APDO. Calle Enrique Granados 116 1º 2ª Despacho C. 08008 Barcelona (España).
info@apdoweb.org

La figura del paciente dentro del marco de tratamiento de las drogodependencias, emerge principalmente después de un proceso de consolidación en el tiempo y de continuidad de servicio de los tratamientos de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, estos tratamientos que en una primera instancia se consideraban ó pretendían ser de carácter "transitorio" ó temporales, de una duración aproximada de 6 meses dirigido a personas que ya habían intentado otros tratamientos y habían fracasado (descendiente mientras se abandonaba el consumo problemático) se han convertido en muchos de los casos tratados como tratamientos de carácter crónico, creándose una "bolsa" de población atendida, que solo en la comunidad catalana asciende a 9.500 pacientes directos, siendo su numero "aproximado" en el territorio español de una población directa atendida de 90.000 personas. A todos estos pacientes directos habría que añadirles "como afectados" su círculo mas próximo de familiares (Que conviven y se sienten afectados por como reciben dicho tratamiento su hijo, padre, madre, hermano, marido, etc....). Una de las cuestiones, (quizá la más importante de todas) es la consideración marginal que se ha dado a estos tratamientos. Siendo dispensados habitualmente en centros y con normativas diferenciadas del circuito normalizado de atención sanitaria pública. Esta "peculiaridad" en la forma de prestar el servicio, a dificultado que estos pacientes atendidos puedan recuperar una "normalidad" de ciudadanía, debido entre otras cosas, a una incompatibilidad de horarios (respecto al cumplimiento de horarios laborales) a la falta de estos servicios en sus entornos mas próximos (barrios, municipios, etc..) teniendo que trasladarse, (en muchos casos diariamente), teniendo que dedicar tiempo y dinero a estos

desplazamientos, a la falta de recursos paralelos como podrían ser los centros de día ó espacios propios (de auto-apoyo ó asociativos) dentro de las instalaciones donde se dispensan dichos servicios, etc.. Actualmente la reivindicaciones sobre estas cuestiones de servicios ó de necesidad de recibir un tratamiento integral en nuestros problemas de salud, siempre se habían situado desde una posición de usuario/drogadicto de una ó otra sustancia, pero no desde una posición de pacientes dentro del marco sanitario, esta "posición anterior" debilitaba muchas de las cuestiones a reivindicar, que son generalmente asumidas y respetadas en otros marcos de tratamiento general, como recoge " La carta de derechos y deberes de los Pacientes" en la que recoge también otros importantes reconocimientos, como el derecho a la no discriminación por causa alguna, a la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso de tratamiento, a la información mas completa, continuada, verbal y escrita, al paciente y a sus familiares sobre su proceso, a la participación de este en las Instituciones sanitarias, a través de los representantes elegidos, a reclamar y recibir respuestas de las mismas, a elegir medico y centro sanitario, por citar algunos de ellos. Estos derechos de igualdad en cuanto a otros pacientes se amparan también en el llamado "Decálogo de los Pacientes" Barcelona, Mayo 2003.

Programas de cooperación transfronteriza entre Galicia y Portugal

CARRERA, I.*; FERREIRA, A.**; PEDREIRA, V.*; MACHADO, F.**; MORÁN, J.*; SANTOS SILVA, J.A.**

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

**Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodependência de Portugal, IP

Enviar correspondencia a:

Indalecio Carrera Machado. Dirección Postal: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. 15703 Santiago de Compostela. Teléfono: +34 881 541859/60/63. E-mail: indalecio.carrera.machado@sergas.es

La naturaleza fronteriza de las regiones de Galicia y del Norte de Portugal ha suscitado, a lo largo del tiempo, un conjunto de afinidades históricas, sociales y culturales. La apertura de sus fronteras en el marco de la Unión Europea determinó que la relación entre ambas regiones fuera mucho más estrecha. Esta tradición de convivencia luso-galaica es bien antigua y se materializa actualmente en la Eurorregión formada por Galicia y el Norte de Portugal, configurando un espacio de fuerte relación social, económica y cultural, con un gran potencial de desarrollo futuro. En este contexto debemos situar la Comunidad de Trabajo Galicia-Norte de Portugal, constituida el 31 de octubre de 1991 y que fue creada para promover y facilitar una dinámica de encuentros regulares entre Galicia y el Norte de Portugal, abordando asuntos de interés común, coordinando iniciativas y explorando posibilidades de solución a los problemas comunes, a través de acuerdos u otras propuestas a las autoridades competentes. En este marco y desde 1998, vienen trabajando conjuntamente la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, a través del Plan de Galicia sobre Drogas, y la entonces denominada Direção Regional do Norte de Portugal do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, actualmente Delegação Regional do Norte do Instituto das Drogas e Toxicodependências IP, articulando varios proyectos de cooperación. El objetivo último que perseguían, era llegar a establecer una red asistencial transfronteriza de utilización conjunta por parte del colectivo de enfermos drogodependientes de la zona fronteriza de nuestra comunidad, ofertando una cartera de servicios completa, con todos los programas de tratamiento, al igual que en el resto de los centros asistenciales de los respectivos territorios. En definitiva, dada la gran dispersión poblacional de esta zona de nuestra comunidad, cuando se persigue la mejora de la eficiencia de los recursos creados, sólo es posible lograrla al trascender los marcos nacionales, planificando y gestionando servicios comunes para la población de ambos lados de la frontera, evitando así, la duplicidad de recursos y contribuyendo a una consolidación e institucionalización de los mecanismos de cooperación transfronteriza. De este modo, se llegó a la situación actual, en la cual se dispone de una red transfronteriza, que por parte gallega, está conformada por un dispositivo asistencial que incluye un total de nueve centros del sur de las provincias de Pontevedra e Ourense. En el norte de Portugal, actualmente se atienden enfermos derivados por los centros de la red del Plan de Galicia sobre Drogas, en la Comunidade Terapéutica do Norte-Ponte da Pedra en Porto y en el centro transfronterizo de Chaves. En total, se presentaron cuatro proyectos que abarcaron acciones comunes en el área asistencial, formación y evaluación y en la última convocatoria, se incluyó también el área de prevención, constituyendo la vía para efectuar la unificación de los materiales educativos en drogodependencias de las campañas preventivas comunes, realizadas a ambos lados de la frontera luso-galaica. En la presente ponencia nos proponemos presentar una evaluación de estos proyectos de cooperación y gestión bilateral, analizando su desarrollo, problemas en la ejecución de sus acciones, grado de consecución de los objetivos planteados, fortalezas y debilidades, teniendo en cuenta, fundamentalmente, la prioridad y sostenibilidad de los mismos. En el futuro, ambos socios tienen prevista la continuidad de este modelo de cooperación y ampliarlo a otros ámbitos dentro de las actuales competencias (dependencia alcohólica) y también, extenderlo a la gestión compartida de recursos de salud mental para la población afectada de la zona transfronteriza de nuestra Comunidad. En definitiva, aunque la geografía sitúe a Galicia y al norte de Portugal en posición periférica, tanto en el contexto europeo como en el peninsular, esperamos que estos proyectos no sean más que la punta de un iceberg que progresivamente vaya aflorando y potencie actuaciones conjuntas en la población luso-galaica, en la línea de ese anhelo de la Comunidad de Trabajo Galicia-Norte de Portugal y extensible a todos, como ciudadanos europeos que somos: "que el río Miño no separe dos casas, sino dos habitaciones de una misma casa". PALABRAS CLAVE: drogodependencias, evaluación, proyectos de cooperación transfronteriza.

Prevalencia de patología dual en el entorno penitenciario

CASARES LÓPEZ, M.J.

Psicóloga. Grupo de Investigación en Conductas Adictivas.
Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia a:
casaresmaria.uo@uniovi.es

Introducción

La patología dual hace referencia a la concurrencia de, al menos, un trastorno por consumo de sustancias junto a un trastorno psiquiátrico. Aunque las tasas de prevalencia del fenómeno varían en función de los estudios y de las prisiones, los trabajos realizados durante los años 90 estimaban un porcentaje de entre el 10 y el 23 % de patología dual en reclusos (Edens, Peters y Hills, 1997; Swartz y Lurigio, 1999). En el nuevo siglo, con el aumento del interés y la conciencia por el fenómeno, las tasas de prevalencia se incrementan notablemente, estimándose ahora en un rango entre el 20% y el 50 % (Lapham et al, 2001; Peters, LeVasseur y Chandler, 2004; Smith, Sawyery Way, 2002). El interés por el estudio de la patología dual no se ha traducido, sin embargo, al contexto penitenciario. La revisión de estudios realizada por Cacciola y Dugosh (2003), encontró que de 241 publicaciones sobre patología dual realizadas en EEUU, solamente 6 de ellas se realizaron en cárceles. Dado que el panorama en España es aún más pobre, uno de los objetivos de este trabajo fue realizar una estimación de la prevalencia de diagnóstico dual –cursando con trastornos de personalidad– en población reclusa de una cárcel española.

Material y método

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 108 reclusos encarcelados en el C.P. de Villabona (Asturias). De todos ellos, 87 eran reclusos que decidieron ingresar voluntariamente en la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) del C.P. y los 21 sujetos restantes procedían de otros módulos no terapéuticos de la misma prisión. A todos los sujetos se les realizó una valoración de la gravedad de la adicción mediante la Versión Europea del Addiction Severity Index (Kokkevi y Hartgers, 1995), así como una evaluación de la personalidad por medio del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon, 1997).

Resultados

La media de edad del conjunto de la muestra se situó en torno a los 32 años, y todos los sujetos presentaron una estancia media en prisión superior a los 4 años, además de un número de condenas anteriores cercano a seis. El estado psicopatológico de los internos que ingresaron en UTE fue más grave, observándose una mayor historia de trastornos del Eje I a lo largo de la vida. El 78.7 % presentaba además comorbilidad con algunos trastornos de personalidad, siendo el más predominante el Trastorno de Personalidad Antisocial. Además, de estos, un 55.3 % informó de otros problemas médicos crónico (VHC y/o VIH mayoritariamente) añadidos a sus problemas duales. Comparativamente, los pacientes de la UTE presentan un perfil de gravedad mayor, y un mayor número de trastornos de personalidad asociados.

Discusión

A la vista de estos resultados, parece una tarea urgente establecer un protocolo de evaluación de patología dual que permita realizar, al ingreso en prisión, una evaluación psicológica apropiada de los posibles trastornos (tanto del Eje I como del II) que en ocasiones concurren con los problemas adictivos. Esto redundaría, sin duda, en una elección y planificación óptimas de las intervenciones más adecuadas para cada interno.

Patologías físicas emergentes relacionadas con el consumo de psicoestimulantes

CLIMENT DÍAZ, B

Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria, C.
Hospital General Universitario de Valencia

Enviar correspondencia a:

B. Climent Díaz. Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria, C. Hospital General Universitario Valencia. Avda Tres Cruces 2, 46014 Valencia. Email: climent_ben@gva.es

El mundo de las drogas de abuso y sustancias psicoactivas se encuentra en continua evolución. El conocimiento de las patologías físicas relacionadas con las sustancias utilizadas, es importante para todos los profesionales sanitarios, no solo los implicados en su abordaje clínico-terapéutico y prevención. Este conocimiento es a menudo limitado y en algunos casos pasarán desapercibidos, por lo que no serán notificados y los pacientes no serán derivados a los dispositivos asistenciales en drogodependencias. La no recogida de esta información sobre los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas impide que se llegue a comprender completamente el impacto de su consumo en la salud pública. La percepción del riesgo intrínseco al consumo de estas sustancias es escasa entre los consumidores. En los diferentes foros toxicológicos europeos y norteamericanos podemos apreciar indirectamente las tendencias actuales emergentes en el consumo de drogas y sustancias psicoactivas, al constatar los efectos tóxicos producidos por su uso. El consumo de sustancias con fines psicoestimulantes recreativos (alucinógeno, euforizante, relajante, afrodisíacos, vigorizantes, etc), se ha ido extendiendo progresivamente abriendo un amplio abanico de posibilidades de uso. El número de estas sustancias es enorme y en continuo aumento e incluye desde drogas "clásicas" como la cocaína, anfetaminas, éxtasis, cánnabis, hasta plantas y hongos, fármacos de uso legal o sus copias y sustancias químicas no autorizadas como las piperacinas o nuevas triptaminas. La cocaína constituye la principal sustancia psicoestimulante responsable de asistencia en los servicios de urgencias de los hospitales españoles, pero también está generando un aumento de las consultas en diferentes especialidades médico-quirúrgicas, cuyo coste sanitario no ha sido medido. Los problemas de salud asociados a la cocaína pueden afectar a consumidores que probablemente no se consideren en riesgo. El consumo crónico de cocaína puede causar importantes problemas de salud, la mayoría de ellos cardiovasculares (arteriosclerosis, cardiomiopatía, arritmias, crisis hipertensivas, isquemia del miocardio), neurológicos (accidentes cerebrovasculares, convulsiones, cefaleas) y psiquiátricos. Estos problemas pueden verse agravados por factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias en pacientes en los que pueden no existir los factores clásicos de riesgo cardiovascular. Además de estas complicaciones, el consumo de cocaína está produciendo patologías en otros órganos y sistemas. Entre ellos destacan las complicaciones musculares con rhabdmiolisis severas y posterior necrosis tubular aguda e insuficiencia renal, golpe de calor, hepatitis tóxicas, patologías dermatológicas (pyoderma gangrenoso, pénfigo, vasculitis), patologías otorrinolaringológicas (perforación y necrosis tabique nasal y paladar, sinusitis crónicas y abscesos). En numerosas ocasiones se desconoce el impacto del policonsumo de diferentes sustancias psicoestimulantes en la aparición de patologías. Además, la mayoría de las nuevas sustancias no se determinan rutinariamente en la práctica clínica. El uso concomitante de diferentes sustancias y fármacos prescritos o no puede condicionar la aparición de interacciones farmacológicas de graves consecuencias (alargamiento QT, sobredosificación por inhibición de la metabolización, potenciación de efectos secundarios tóxicos, etc). Las características epidémicas del fenómeno del consumo de sustancias psicoestimulantes y las consecuencias deletéreas para la salud hace imprescindible que todos los profesionales sanitarios participen activamente tanto en el conocimiento de las patologías secundarias como en la prevención, diagnóstico y tratamiento.

Programas de cooperación transfronteriza entre Castilla y León y Portugal: experiencia acumulada y perspectivas de futuro

CORREIA, R.

Director do Centro de Respostas Integradas da Guarda do IDT, I.P.
Centro de Respostas Integradas da Guarda do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

Enviar correspondencia a:
Rui Correia. CRI da Guarda, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Praça Luís de Camões, n.º 16, 6300-725 Guarda, Portugal. E-Mail: rui.correia@idt.min-saude.pt

En la presentación se procederá a una breve descripción de todo el conjunto de actividades e iniciativas ya llevadas a cabo en el ámbito de los Proyectos transfronterizos y se discutirán vías de mayor pertinencia para el desarrollo de los Proyectos en curso. Serán también presentadas y propuestas líneas estratégicas de cooperación susceptibles de potenciar, desde la perspectiva portuguesa, aportes en salud para los habitantes de Castilla y León y de la Región Centro de Portugal.

Sistema de gestión de calidad por procesos en el centro asistencial San Juan de Dios de Palencia.

COUCEIRO, C.*; MARTÍN, V.**

*Directora técnica; **Director gerente_Centro asistencial San Juan de Dios de Palencia

Enviar correspondencia a:
Carmen Couceiro. Centro San Juan de Dios. La Carbajala s/n 34005. E-mail: Palencia.dirtecnico@hsjd.es

La calidad no es solo un requisito técnico, es una filosofía para gestionar las empresas que pretenden la mejora continua. Según Fredy Alvarez Olán: El sistema de gestión de la calidad es el conjunto de elementos interrelacionados de una empresa por los cuales se administra de forma planificada, la búsqueda de satisfacción de sus clientes.

Elementos:

- Estructura de la organización,
- Procesos,
- Documentos,
- Recursos.

El sistema de gestión de calidad se apoya en el manual de calidad y una serie de documentos, procedimientos, instrucciones técnicas, registros y sistemas de información. En el CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS los responsables de Calidad son los Coordinadores de Unidad.

El SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD pretende servir de apoyo para identificar, analizar y mejorar procesos. Se define proceso como "el conjunto de actividades secuenciales que se realizan para la consecución del objetivo definido así como su alcance". Los pasos propuestos para reconocer y mejorar los procesos de cada servicio son:

- *Definir la Misión del Servicio.* La misión identifica el objetivo fundamental del servicio. Aspectos a considerar:

- Qué hacemos (los servicios que ofrecemos),
- Cómo lo hacemos (qué procesos seguimos),
- Para quién lo hacemos (a qué clientes nos dirigimos).

- *Identificar Clientes y sus Necesidades.* El fin de cualquier Sistema de Calidad es satisfacer las necesidades de sus clientes. Para poder cumplir con ello es necesario identificarlos. Conviene diferenciar entre dos tipos de clientes: internos y externos. Para identificar a nuestros clientes nos preguntaremos ¿quiénes reciben nuestros servicios? Y poder definir sus necesidades.

- *Identificar Procesos Estratégicos, Procesos Clave y Procesos de Soporte.* Un proceso son los pasos que se realizan para conseguir diseñar la organización de un servicio, a partir de los recursos con los que contamos.

- a. Identificación de procesos estratégicos.
- b. Construcción del mapa de procesos.
- c. Asignación de procesos clave a sus responsables.
- d. Desarrollo de instrucciones de trabajo de los procesos.

Tipos de procesos:

- *Procesos estratégicos:* aquellos que proporcionan directrices a los demás procesos y definidos por el Comité de Dirección.
- *Procesos clave:* Son las actividades esenciales del Servicio, su razón de ser.
- *Procesos fundamentales:* Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad; Realiza auditorias de calidad; Elabora propuestas de mejora; Colabora en el diseño o rediseño de nuevos servicios; Apoya técnicamente los sistemas de autoevaluación basados en el modelo Europeo de Gestión de Calidad Total; Evaluación de la docencia y los servicios; Registra, conserva, analiza y da respuesta.
- *Procesos de soporte:* los procesos que realizan otros Servicios del CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS y nos ayudan a la hora de realizar nuestros procesos fundamentales: Mantenimiento...etc.



Las consecuencias médicas del consumo de drogas con respecto a los accidentes de tráfico. Aspectos médico-legales y forenses

CURIEL LÓPEZ DE ARCAUTE, A-M* ; DOMINGUEZ-GIL GONZÁLEZ, M.**

*Vicepresidente Sociedad Española de Criminología y Ciencias Forenses (SECCIF). Coordinador del Área Biomédica de la Universidad Camilo José Cela. Médico especialista en Medicina legal

Enviar correspondencia a:
Aitor M. Curiel López de Arcaute. C/ ANGUSTIAS, 34. 4º DERECHA.
VALLADOLID 47003. acuriel@ucjc.edu.

Se ha avanzado mucho en el estudio y análisis de los Aspectos médico-legales y forenses del consumo de drogas en los accidentes de tráfico. Fundamentalmente se produjo una revolución derivada de la generalización de los estudios toxicológicos en todos los fallecidos en accidentes de tráfico, tanto conductores como peatones atropellados. Hasta hace no muchos años se planteaban serios dilemas éticos derivados de la posible modificación en las indemnizaciones y responsabilidades derivadas de los resultados. Esta primera barrera se superó y se aportaron numerosos datos de gran interés científico, aunque lógicamente aparecieron nuevas dificultades. Pudimos afirmar que entre el 30 y 50 % de los fallecidos daban positivo a alcohol y que entre el 5 y el 15 % lo eran a otras drogas. Esto demostró la necesidad de crear importantes medidas de control y prevención

y se generalizaron los controles preventivos de alcoholemia aumentando paulatinamente las sanciones derivadas de la positividad en los mismos. Posteriormente se está trabajando en la generalización de los controles de otros tipos de drogas y actualmente tratando de conseguir que desde los propios centros hospitalarios se informe de antecedentes y tratamientos médicos que pudieran afectar a la conducción. Medida esta última que parece muy controvertida, como en su día lo eran las pruebas toxicológicas a todos los fallecidos y que cuenta además con problemas éticos y legales como el secreto profesional o la ley de protección de datos. Nosotros en este pequeño trabajo tratamos de analizar los cambios en los Aspectos médico-legales y forenses en los accidentes de tráfico y su evolución en los últimos años. Analizamos los cambios en la praxis habitual tanto a nivel preventivo como en fallecidos y los resultados obtenidos a través de estudios propios y de otros autores parangonando resultados y tratando de sacar conclusiones. Del mismo modo también tratamos de analizar la tendencia y las posibles medidas futuras, así como sus previsibles resultados. Hemos podido observar cómo se cumplían las cifras habituales de fallecidos con resultados positivos a alcohol y otras drogas y cómo las medidas desarrolladas parecen haber dado sus frutos, no solo a nivel global, en las cifras de fallecidos, sino en los resultados toxicológicos analizados. Han disminuido los resultados positivos de forma muy llamativa. Las medidas funcionan y los estudios nos ayudan a programar nuevas medidas de prevención, por lo que consideramos imprescindible continuar con estudios científicos en este sentido.

Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes

DE ÁLVARO PRIETO, M^a. Á.

Comisionado Regional para la Droga. Jefe del Servicio de Asistencia a Drogodependientes

Enviar correspondencia a:
M^a Ángeles de Álvaro Prieto. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León. Avda. Mieses, 26. 47009 Valladolid. Email: alpri-
ma@jcy.es

La integración social y laboral del drogodependiente constituye un objetivo prioritario desde el inicio de la política pública planificada en materia de drogodependencias en Castilla y León, del que se acaban de cumplir 20 años con la finalización del V Plan Regional sobre Drogas (2005-2008). La utilización de la metodología de gestión por procesos como herramienta de calidad nos permite facilitar a los profesionales un instrumento de trabajo que suponga una mejora de la intervención en la integración sociolaboral del drogodependiente, evitando la variabilidad derivada de la diversidad de entidades, recursos y programas dirigidos a la asistencia e integración de este colectivo en Castilla y León. Los objetivos específicos del Modelo y de la Guía de profesionales para la gestión de los procesos de integración sociolaboral de drogodependientes de Castilla y León son:

- Identificar el mapa de este proceso de integración sociolaboral y las áreas que lo componen.
- Establecer un modelo de actuación que asegure la continuidad asistencial y la coordinación entre los profesionales de la Comunidad y las Entidades, públicas o privadas, de las que dependen.
- Mejorar la efectividad y la eficiencia del proceso de integración sociolaboral y aumentar el nivel de satisfacción de las personas implicadas.
- Identificar puntos de mejora en los procesos de intervención dirigidos a la integración sociolaboral de las personas con problemas de drogodependencia.
- Disponer de más información para la toma de decisiones.
- Identificar los recursos necesarios para la consecución de los objetivos marcados.

Para el diseño de este Modelo de Gestión se han tenido en cuenta:

- Los diferentes perfiles de la población que accede a los servicios asistenciales y sus cada vez más diferentes necesidades: desde drogodependientes sin grandes dificultades en materia de integración social, en su mayoría jóvenes consumidores de cocaína y/o cánnabis, y con una historia de consumo generalmente reducida, aunque con afectación

negativa de la vida familiar y social; hasta drogodependientes, frecuentemente a opiáceos con problemas asociados y situaciones de exclusión y marginación social (carencia de empleo, falta de apoyos sociales, desvinculación familiar, actividades delictivas y/o marginales, desajustes psicológicos, problemas importantes de salud...)

- La apuesta del V Plan Regional sobre Drogas por la normalización en el tratamiento de las drogodependencias, y por la integración funcional de los centros específicos asistenciales en los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales, con en fin de optimizar y racionalizar los recursos disponibles, mejorar la calidad de la atención prestada (proporcionando el acceso a más y mejores prestaciones) y evitar la estigmatización de los drogodependientes. Este esfuerzo integrador exige una mayor implicación de los diferentes sistemas tanto de salud como de bienestar social, en consonancia con lo establecido por la legislación reguladora de las competencias en materia de servicios sociales, empleo, vivienda, educación, etc. y por nuestra propia Ley de Drogodependencias (Ley 3/1994 modificada por Ley 3/2007), forzando una mayor implicación de otros Departamentos de la Administración Autonómica y de las Administraciones Locales en el impulso de políticas en materia de incorporación social.

¿Qué consecuencias para la asistencia se derivan del estudio epidemiológico de patología dual de Madrid?

DE ASÍS BABÍN VICH, F.

Director del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid * En representación del Grupo Español de Trabajo para el Estudio de la Patología Dual

Enviar correspondencia a:
Dr. Francisco Babín Vich. Instituto de Adicciones "Madrid Salud".
C/ Juan Esplandiú 11-13. 28007 Madrid.
e-mail: babinvfa@munimadrid.es

Introducción

La patología dual es una realidad clínica de creciente reconocimiento a nivel internacional y no exenta de controversias sobre su existencia. Los estudios epidemiológicos de que se disponía hasta la actualidad, eran originarios de los EEUU en su casi totalidad. Entre los más conocidos y citados se encuentran los siguientes:

- ECA study (1990)
- National Comorbidity Survey (1995)
- National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (1995)
- International Consortium Psychiatric Epidemiology (2001)
- NESARC (2004)

Todos ellos muestran que "humor, ansiedad y trastorno antisocial de la personalidad tienen fuertes vínculos con el uso de Alcohol y otras Drogas, y la odds ratio fue más elevada para Dependencia que para Abuso" (Compton WM et al Am J Psychiatry 2005). Estos trabajos, muy rigurosos a nivel metodológico, no están exentos de carencias, como por ejemplo, el no valorar el conjunto de los trastornos de personalidad, o ser originarios de realidades socioculturales muy alejadas de nuestro medio.

Material y Métodos

El trabajo denominado, "Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid", incluye a 837 pacientes procedentes de las redes públicas de asistencia a drogodependencias y salud mental existentes en la Comunidad de Madrid. En él han participado 81 investigadores y se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de carácter transversal, mediante el que, a través de diversos instrumentos, se evalúan las

prevalencias de los distintos tipos de patologías incluidas dentro del complejo "patología dual", así como aspectos relativos a la práctica clínica. Discusión y Resultados: Conocemos de forma cualitativa que la patología dual tiene para nuestros pacientes implicaciones etiológicas, diagnósticas, evolutivas y de respuesta al tratamiento; y que estos usuarios presentan más problemas en diferentes áreas vitales, más gravedad psiquiátrica, más problemas legales, más hospitalizaciones y éstas, más prolongadas. Los resultados obtenidos en nuestra investigación, muestran diferencias significativas, tanto en la distribución de las distintas patologías que constituyen el complejo "patología dual" entre las diversas redes asistenciales que tratan a estos pacientes, como relativos a la práctica clínica. Los resultados permiten disponer, por primera vez en España del conocimiento previo esencial para el establecimiento de consensos relativos a buenas prácticas en relación con estos pacientes, en todos los servicios públicos que los tratan: la red de drogodependencias y la de salud mental. Igualmente se puede afirmar que no es posible planificar la asistencia sanitaria a la patología dual, sin una adecuada coordinación entre las distintas redes que tratan a nuestros pacientes y el desarrollo paulatino de una asistencia integral.

Experiencia de una consulta de alcoholismo en un Servicio de Medicina Interna

DE LA CALLE CABRERA, C.; NOVO VELEIRO, I.; DOMINGUEZ
QUIBEN, S.; MARCOS MARTÍN, M.; LASO GUZMAN, J.

Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de
Salamanca.

Enviar correspondencia a:
Cristina de la Calle Cabrera. C/ Reyes Católicos, nº11, 2ºA,
CP:37002, Salamanca. cristinacalle10@hotmail.com

El alcohol es la segunda sustancia de abuso más consumida por la población española, por detrás del tabaco, y es responsable de una elevada morbimortalidad por sus múltiples consecuencias orgánicas sistémicas. En el diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y sus complicaciones asociadas se requiere una inversión significativa de recursos sanitarios, en todos los niveles asistenciales. Además, precisa de una valoración multidisciplinar, donde la intervención del internista juega un papel destacado. En consonancia con lo expuesto, se presenta el análisis de la cohorte de pacientes evaluada por la Unidad de Alcoholismo del Servicio de Medicina Interna II del Hospital Universitario de Salamanca entre los años 1992 y 2008. Los pacientes atendidos habían sido derivados fundamentalmente desde la Unidad de Tratamiento del Alcoholismo, integrada por equipos psicosociales, así como desde Centros de Atención Primaria. La valoración de los pacientes se realizó de acuerdo con un protocolo en el que se recogieron un conjunto de datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. Los resultados concretos del estudio serán expuestos de forma detallada al presentar la ponencia. En todo caso, hay que destacar que la valoración conjunta del paciente alcohólico, mediante la intervención de internistas y psiquiatras, permitió un mejor abordaje diagnóstico de las complicaciones orgánicas, así como un tratamiento precoz de las mismas y una optimización del cumplimiento terapéutico.

Adicción a internet ¿un invento o un problema socio sanitario?

DE LA GÁNDARA, J.J.

Jefe del Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Burgos.

La adicción a Internet, en sentido estricto, no es aceptada por todos los expertos, pero es una realidad incuestionable. En principio fue una "broma científica" que acabó dando vuelta al mundo por email. En un foro de salud mental celebrado en New York en 1995, Ivan Goldberg afirmó irónicamente haber descubierto un nuevo "Síndrome de adicción a Internet", incluso llegó a proponer el primer "cibergrupo de ciberadictos anónimos". En la actualidad se estima que es una adicción frecuente y en expansión preocupante, sobre todo en varones con personalidades introvertidas, acentuadas por los cambios de carácter propios de la edad. Según estudios epidemiológicos serios, afectaría a un 10% de los usuarios habituales de la red. En España el estudio más ilustrativo es la "Encuesta sobre el uso problemático de Internet, ludopatías y adicciones al trabajo y compras" llevado a cabo por el Govern de les Illes Balear en 2006, evidenció que el 38% de los residentes utiliza Internet. Los varones de 16 a 25 años son los más afectados: el 17 % de ellos cumplen entre 4 y 7 "criterios de uso problemático". Estos datos serían válidos para el resto de España, aunque pocos de ellos consultan con los sistemas sanitarios. El medio en si mismo es atractivo y adictógeno, ya que favorece el anonimato, la sensación de intimidad, los sentimientos de desinhibición y la pérdida de ataduras. El patrón típico de un adicto a Internet es una persona joven, urbana, con conocimientos de inglés y manejo de ordenadores, de profesión liberal y de clase media-alta. Pero realmente no importa tanto si Internet en si mismo es adictivo o no, o si sólo es un medio para otras conductas adictivas, como las relaciones, el sexo, la compra o el juego. Asimismo hay que considerar que tanto el uso normal como el abusivo de Internet suscita riesgos, ya sea por los contenidos (pornografía, juego, sectas), los contactos (engaños, estafas, secuestros), o los productos comercializados (falsificaciones, fármacos, etc.). Asimismo el abuso afecta a la salud física (posturas, vista), y psíquica (obsesividad, ansiedad, abstinencia). Se da curiosa circunstancia de que hay muchas páginas web para su detección, prevención y tratamiento. Sin embargo en la asistencia sanitaria o psicológica es difícil detectarlo, ya que el nivel de aceptación del problema por los afectados es mínimo, y el desconocimiento de los familiares es lo habitual. Aun así, las estadísticas de incidencia y prevalencia son cada mayores, y tan cambiantes que no vale la pena dar hoy datos que mañana ya habrán cambiado. Baste saber que sólo el "World of Warcraft", uno de los juegos más adictógenos, cuenta en este mismo momento, con más de 9,3 millones de adeptos en el mundo entero. En definitiva parece que hay razones más que suficientes para aceptar que la adicción a Internet constituye un nuevo problema socio-cultural, que de no ser controlado acabará siendo un problema socio-sanitario.

DetECCIÓN e intervención en adolescentes con alto riesgo de patología dual

DÍAZ, R.*; GOTI, J.*; GUAL, A.**; CASTRO-FORNIELES, J.*

* Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Clínic. Barcelona _ ** Unidad de Alcoholología. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic. Barcelona

Enviar correspondencia a:
Rosa Díaz. UNICA-A (Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes). Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clínic Universitari. C/Villarroel, 170 – 08036 – Barcelona. e-mail: rdiaz@clinic.ub.es

Objetivos

La disminución de la percepción de riesgo de las drogas, y el consiguiente aumento del consumo de cánnabis y de estimulantes en la última década, son factores que podrían estar incidiendo en la prevalencia de la patología dual en adolescentes. Los objetivos del proyecto PEEDRO consistían en evaluar los patrones de consumo de sustancias en estos adolescentes y evaluar la efectividad de una intervención motivacional breve para producir cambios relacionados con el consumo. Posteriormente se planteó la validación de instrumentos de detección precoz y de evaluación de la gravedad de la adicción, así como la optimización de programas preventivos y terapéuticos específicos para esta población. A raíz del proyecto citado, se creó en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clínic, la UNICA-A (Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes) que atiende fundamentalmente casos con alto riesgo de patología dual. Material y método En el periodo entre marzo del 2004 y junio del 2005 iniciaron tratamiento en el servicio 324 pacientes. Se administraron entrevistas sobre datos sociodemográficos, psiquiátricos y consumo de drogas, el Teen Addiction Severity Index, el Youth Self Report y el Adolescent Cánnabis Problem Questionnaire, entre otros. Se analizaron los datos de 237 pacientes (33% varones) de 12 a 17 años, con una edad media de 14.75_1.48. Los adolescentes consumidores de sustancias (54%) fueron asignados aleatoriamente a dos grupos. El grupo experimental (inicialmente n=61), de los que aceptaron participar, adicionalmente al tratamiento habitual para su trastorno, recibió una intervención motivacional breve individual de 60 minutos, a la vez que sus padres participaron en una sesión psicoeducativa sobre prevención de problemas con drogas. El grupo control (inicialmente n=65) recibió únicamente el tratamiento habitual. Los participantes fueron reevaluados tras la intervención, a los 6 y a los 12 meses, con escalas de conocimientos sobre drogas, actitudes, percepción de riesgos, problemas e intención de consumo.

Resultados

Según los resultados del Teen-ASI, el 42.3% de pacientes no tenía ningún problema con las drogas (excluyendo el tabaco), el 10.7% un problema leve, el 14.9 un problema moderado, el 14.6 considerable y el 7.4% un problema muy grave. Utilizando los criterios DSM-IV, el 3.4% presentaba abuso o dependencia del alcohol, el 23.2% del tabaco, el 10.1% del cánnabis y el 0.4% de otras drogas. Los diagnósticos psiquiátricos primarios más prevalentes entre los consumidores masculinos fueron el trastorno por déficit de atención (42.5%) y los trastornos de conducta (27.5%). En las chicas, los trastornos alimentarios (60.6%), los trastornos de conducta (12.7%) y los afectivos (9.9%). La intervención motivacional breve produjo un cambio significativo ($p < 0.05$) pre-post intervención en los conocimientos sobre drogas, aunque no en los cuestionarios de actitudes, percepción de riesgo, intención de consumo o problemas percibidos con las drogas.

Conclusiones

La elevada prevalencia de consumo y problemas por uso de sustancias entre los adolescentes con trastornos psiquiátricos en nuestro entorno, obliga a desarrollar programas preventivos y de tratamiento específicos. Instrumentos de evaluación de la adicción como el Teen-ASI pueden resultar útiles para diseñar y evaluar las intervenciones, aunque es preciso elaborar criterios más específicos para valorar esta variable en adolescentes españoles. La intervención motivacional breve resulta útil en esta población para incrementar los conocimientos sobre las drogas, pero no para cambiar actitudes o percepción del riesgo, por lo que se sugiere la necesidad de intervenciones más intensivas e integrales. Se describen las características específicas del programa de intervención integral de la UNICA-A para adolescentes con alto riesgo de patología dual.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a una beca de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, así como a una ayuda FIS del Instituto Carlos III (PI07/90428)

Deterioro neuropsicológico y consumo de drogas

ESPERT TORTAJADA, R.

Dpto. de Psicobiología, Facultad de Psicología
(Universitat de València)

Enviar correspondencia a:
Raul Espert Tortajada. Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez
21, 46010 Valencia. E-mail: raul.espert@uv.es

Introducción

Todas las drogas (legales o ilegales, blandas o duras) son sustancias naturales o de síntesis que tienen la capacidad de alterar algunos sistemas de neurotransmisión y neuromodulación cerebral, amplificando o reduciendo la actividad neuronal. Como consecuencia de ello se pueden producir distorsiones cognitivo-emocionales, alteraciones atencionales y/o mnésicas, de las funciones ejecutivas, perceptivas, lingüísticas o incluso motoras en el consumidor de drogas en función de la sustancia consumida, la dosis administrada o incluso el contexto del consumo. La presente ponencia pretende revisar hasta qué punto el consumo de diversas drogas puede provocar alteraciones neuropsicológicas y si dichos déficit son solamente agudos o bien pueden provocar cambios cerebrales permanentes que justifiquen alteraciones cognitivas crónicas con consecuencias jurídico-legales (incapacidades laborales). También hay que considerar la vulnerabilidad genética a la acción de las drogas dado que no todos los consumidores responden de la misma forma ante la presencia de una sustancia activa en el cerebro.

Metodología

Se revisará la literatura científica buscando las posibles alteraciones neuropsicológicas de las principales drogas de abuso consumidas en España atendiendo a los datos del PNSD.

Resultados

Las principales drogas denominadas "duras" tienen la capacidad de producir alteraciones cognitivas que suelen afectar en mayor medida a los lóbulos frontales (funciones ejecutivas), a los lóbulos temporales (hipocampos) y al sistema límbico (agresividad y/o cambios emocionales con posibles consecuencias psiquiátricas), dando como resultado trastornos mnésicos (en ocasiones dosisdependientes), en forma de problemas para codificar, organizar o recuperar la información previamente aprendida. Los mencionados trastornos neuropsicológicos suelen mejorar sustancialmente o revertirse completamente con la abstinencia, con períodos que oscilan desde semanas a varios años de alteraciones neuropsicológicas atribuibles a la droga. Sin embargo, hay autores que opinan que dichas consecuencias cognitivas del consumo no son más que el resultado del sesgo de determinados investigadores, que dan por supuesto que determinadas drogas producen alteraciones neuropsicológicas, sin poder demostrarse científicamente que esto sea cierto, ya sea por el tamaño de la muestra, el policonsumo, el estado general de salud u otras variables metodológicas no controladas completamente.

Papel del receptor CB1 en la regulación del efecto de las benzodiazepinas

GARCÍA GUTIÉRREZ, M.S.*; MANZANARES, J.**

Instituto de Neurociencias de Alicante, Universidad Miguel Hernández-CSIC, San Juan de Alicante *(Becaria Predoctoral), **(Profesor Titular de Farmacología e Investigador del Instituto de Neurociencia

Introducción

Nuestro laboratorio ha puesto de manifiesto que la eliminación del gen del receptor CB1 en ratones produce un fenotipo conductual caracterizado por un alto grado de ansiedad e hipersensibilidad de la respuesta al estrés psicológico. Además, este fenotipo se acompaña de alteraciones en la secreción basal de las hormonas del estrés como la corticosterona y una falta de respuesta ansiolítica tras la administración de benzodiazepinas. Este hecho farmacológico sugiere: 1) que la incapacidad de respuesta a la administración de estos fármacos ansiolíticos podría explicarse por alteraciones funcionales en la regulación de subtipos del receptor GABAA inducidos por la eliminación del receptor CB1 y 2) que la administración de benzodiazepinas puede modificar la funcionalidad de receptores CB1. El objetivo de este estudio fue: 1) determinar si la eliminación de los receptores CB1 altera la expresión genica de las subunidades α_1 y α_2 del receptor GABAA en la amígdala de ratones CB1 KO, 2) estudiar el efecto de alprazolam sobre la actividad ansiolítica de ratones y sobre la funcionalidad del receptor CB1 y 3) el efecto de la administración del antagonista de receptores CB1, AM251 sobre la actividad ansiolítica, la función cognitiva (amnesia) y la actividad motora (ataxia) inducidas por distintas dosis de alprazolam en ratones.

Material y Método

Se emplearon ratones machos Swiss (CB1 KO y naturales). La evaluación de la actividad ansiolítica tras la administración de alprazolam (20, 40 y 80 $\mu\text{g}/\text{kg}$; i.p.) se llevó a cabo utilizando la prueba de la caja clara y oscura. La prueba de inhibición de la evitación de la bajada del escalón se empleó para valorar la alteración de función cognitiva a corto y largo plazo y una escala neurológica para evaluar el grado de ataxia inducidos alprazolam (0,5 mg/kg, i.p.). La expresión génica de las subunidades α_1 y α_2 del receptor GABAA se midió con la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real. La funcionalidad de los receptores CB1 se evaluó empleando la autoradiografía de unión a receptores CB1 WIN-55,212-[35S] α_1 -GTP.

Resultados

La eliminación del receptor CB1 produce una disminución de la expresión génica de las subunidades α_1 y α_2 del receptor GABAA en la amígdala. La administración de alprazolam (40 $\mu\text{g}/\text{kg}$, i.p.) produjo un aumento del tiempo de permanencia de los ratones en la caja clara y oscura y redujo significativamente la unión a receptores CB1 WIN-55,212-[35S] α_1 -GTP en la amígdala y en el área CA1 del hipocampo. La administración del antagonista AM251 (3 mg/kg, i.p.) bloquea la acción ansiolítica del alprazolam (40 $\mu\text{g}/\text{kg}$, i.p.), reduce significativamente la sedación (ataxia) y las acciones amnésicas (a corto plazo, 1 h después de la descarga eléctrica) inducidas por alprazolam (0,5 mg/kg).

Discusión

En conjunto, estos hallazgos señalan que el receptor cannabinoide CB1 desempeña un papel crucial en las acciones farmacológicas de las benzodiazepinas. Además, estos resultados sugieren que el bloqueo de receptores cannabinoides CB1 podría resultar útil en el tratamiento de pacientes con problemas relacionados con el consumo de benzodiazepinas. Es necesario realizar ensayos clínicos controlados para evaluar esta hipótesis.

El tratamiento psicológico de hombres agresores en el hogar y su relación con el consumo de alcohol y otros tóxicos

GARRIDO NAVARIDAS, D.

Psicólogo del Programa Gakoa_ *Instituto de Reintegración Social de Bizkaia (I.R.S.E. Bizkaia)

Enviar correspondencia a:

David Garrido Navaridas. I.R.S.E. Bizkaia. C/ Tendería 28, 1º.
48005 Bilbao. Email: gnavaridas2003@yahoo.es

Introducción

La práctica terapéutica con hombres violentos en el hogar pone de manifiesto la frecuente vinculación de la violencia contra la mujer con el consumo de alcohol y/o otros tóxicos. De hecho, este tema ha sido objeto de fuertes polémicas relacionadas con la(s) causa(s) de la violencia de género ya que, actualmente, no ha dejado de ser un tópico la atribución de la violencia contra la mujer a personas con problemas de alcoholismo. Sin embargo, la recurrente convivencia entre la violencia de género y el consumo de tóxicos está ampliamente descrita en la literatura científica. Por otro lado, estamos comenzando a tomar conciencia de otra evidencia social alarmante que es el aumento del consumo de múltiples tóxicos entre los jóvenes y su relación con este tipo de violencia.

Metodología

Un dato especialmente relevante de cara a la práctica clínica es la necesidad de adaptar los tratamientos al tipo de pacientes. En este sentido, si bien es sobradamente aceptado que no existe un patrón típico de agresor, la investigación ha revelado la importancia de determinados factores psicológicos vinculados a esta problemática. Así, se ha puesto de manifiesto que determinadas patologías de personalidad (trastorno límite, antisocial, o narcisista de la personalidad) altamente asociadas con el consumo de alcohol y/o otros tóxicos correlacionan frecuentemente con conductas violentas hacia la pareja. **Discusión y Resultados:** maltrato y tóxicos dentro del programa psicoterapéutico Gakoa El programa Gakoa, desarrollado por el Instituto de Reintegración Social de Bizkaia (I.R.S.E. Bizkaia) en Bizkaia y Gipuzkoa está fundamentalmente dirigido a hombres condenados por delitos catalogados como violencia de género sobre los que judicialmente se aplica una medida alternativa que permite realizar el trabajo psicoterapéutico en un contexto de libertad (fundamentalmente mediante el artículo 83.1.5º del Código Penal que permite la suspensión de condena como medida alternativa a la pena privativa de libertad). Los objetivos específicos del programa se desarrollan mediante una metodología de trabajo de terapia grupal y se enumeran a continuación:

- Ahondar en el conocimiento personal en cuanto a sentimientos, pensamientos y comportamientos en relación a la conducta de violencia.
- Lograr la responsabilización sobre las conductas violentas.
- Adquirir estrategias de reconducción de las actitudes agresivas.
- Identificar las dinámicas que conducen a una escalada de la violencia.
- Adquirir las habilidades, actitudes y comportamientos coherentes con la responsabilidad y la ausencia de violencia en las relaciones.
- Desarrollar la empatía con la víctima.
- Abordar las problemáticas de abuso o dependencia de alcohol y drogas en los casos en los que existe concomitancia.
- Modificar los mitos y las creencias de corte sexista

Actualmente, el programa Gakoa se desarrolla en Bilbao y San Sebastián y hasta este momento, en él se han atendido a 269 personas con dicha problemática.

Tratamiento del insomnio en las drogodependencias

GIBERT RAHOLA, J.

Departamento de Neurociencias. Facultad de Medicina de Cádiz.
Catedrático de Farmacología.

Enviar correspondencia a:
Juan Gibert Rahola, Dpto de Neurociencias, Facultad de Medicina,
Pza Falla, 9, 11003 Cádiz

El insomnio es uno de los problemas más prevalentes en la sociedad actual y su tratamiento no es de fácil solución en la mayoría de los casos. Se considera que hay dos tipos principales de insomnio: primario y comórbido. El primario se define como el que no se debe o está relacionado con enfermedades o trastornos médicos, psiquiátricos o del sueño, mientras que el comórbido, cuya prevalencia es mucho mayor, está relacionado, aunque no siempre producido, con otras patologías o trastornos. Entre los diversos factores de riesgo para la aparición del insomnio crónico se encuentran la edad, sexo femenino, divorcio/separación/viudedad, trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad y afectivos), enfermedades médicas, fumadores, consumo de alcohol y de café y determinados fármacos. En el caso de las drogodependencias, el problema del insomnio es muy complicado. En primer lugar, la relación entre ambos es bi-direccional. El abuso de sustancias produce insomnio y el insomnio es inductor de abuso de sustancias. Esta interrelación es muy evidente en los adolescentes en los que los problemas de sueño, especialmente los retrasos de fase y la somnolencia diurna, son favorecedores del consumo de drogas (estimulantes, alcohol, cánnabis). Por otra parte, los trastornos del sueño también son un factor de riesgo para las recaídas. El otro aspecto que complica el tratamiento del insomnio en las drogodependencias es la patología psiquiátrica asociada, ya que es frecuente que el paciente tenga cuadros de ansiedad o trastornos afectivos concomitantes o, como es frecuente, que nos encontremos ante verdaderos casos de patología dual. El tercer problema es la posible capacidad adictiva de los fármacos que podemos utilizar, por lo que deberíamos descartar a priori a las benzodiazepinas hipnóticas. Dependiendo del paciente, tenemos las siguientes opciones terapéuticas:

- Antipsicóticos sedativos: quetiapina y olanzapina
- Antidepresivos: trazodona, mianserina, mirtazapina
- Fármacos melatoninérgicos: melatonina de acción prolongada, agomelatina, ramelteón
- Fármacos GABA-érgicos: zolpidem, zopiclona, eszopiclona, gaboxadol.

Hay pocos estudios clínicos específicos, destacando alguno realizado con quetiapina en nuestro país y alguno de estos fármacos todavía no disponemos de ellos, pero podrían ser buenas opciones de futuro como son los melatoninérgicos.

Buenas prácticas en responsabilidad social desde el Tercer Sector

GRAU PALOMAR, J.*; LÓPEZ Y SEGARRA, J. F.**; GALMÉS MONFERRER, I.***; ESCORIHUELA ROIG, V.****; SAFONT RECATALÁ, P.*****

* Patim, Responsable de Comunicación** Patim, Presidente y Director Técnico*** Patim, Coordinadora de Programas**** Patim, Educador***** Patim, Educador

Enviar correspondencia a:
Patim, Plaza Tetuán 9, 3º. 12001. Castellón. patim@patim.org

La Responsabilidad Social adquiere cada día mayor protagonismo entre las empresas. Su implantación supone un cambio en la cultura empresarial que afecta a todas las áreas de trabajo y que genera una ventaja competitiva a medio plazo. En este proceso, las entidades del Tercer Sector suelen contemplarse como meras receptoras de las buenas prácticas, estableciéndose una comunicación que en demasiadas ocasiones se enfoca como una respuesta puntual. Pero ¿acaso las ONG y fundaciones pueden permitirse no intervenir ante este fenómeno? El Tercer Sector debe asumir un papel activo frente a un proceso que tiene unas consecuencias directas en la acción social. Ser sólo el complemento necesario o un agente pasivo –al estilo de la antigua beneficencia– conlleva minimizar los efectos de esta tendencia. Hoy en día, las entidades del Tercer Sector no pueden acomodarse en la idea de que su actividad en sí ya es socialmente responsable. Desarrollan una actividad económica, contratan gente, trabajan con proveedores, manejan subvenciones y generan una actividad susceptible de afectar a la comunidad en la que se encuentran. Por ello, algunas entidades sociales ya han comenzado a desarrollar esta segunda faceta, implementando la cultura que emana de la responsabilidad social en sus estrategias, actuaciones y servicios, para reforzar dos principios demandados por la sociedad al Tercer Sector: coherencia y transparencia. Patim asume este compromiso y ha comenzado a dar los primeros pasos en este sentido.

Fomentar el autocuidado a través del Programa Paciente Experto

GRIÑÁN MARTÍNEZ, M. C.

Directora y Gestora de Desarrollo de Proyectos. Pedagoga._Fundación Educación Salud y Sociedad

Enviar correspondencia a:
Enviar correspondencia: carmenpacienteexperto@gmail.com

Introducción

"La educación es un hecho social". La frase parece de Perogrullo pero define desde hace mucho tiempo como se concibe la educación desde la perspectiva de las sociedades. El hecho social se reconoce por un poder de coerción externa que se ejerce sobre los individuos y que cuya característica esencial es la difusión de la misma que presenta al interior del grupo. Esta educación es similar en todas las sociedades, ya que se da una educación conforme a tradiciones, costumbres, reglas explícitas o implícitas, en el cuadro de las instituciones, de las familias, de los grupos... y en cada uno de estos momentos los educadores educan y los niños son educados, y en todo momento se está aprendiendo algo, incluso cuando uno ya es adulto porque el proceso es el mismo. Al igual que la educación es un hecho social los des-aprendizajes en salud también lo son. Desde niños se nos enseña a tomar una alimentación saludable, a los beneficios del ejercicio físico, el cuidado de nuestro cuerpo, pero es a partir de cuando uno es adulto cuando comienza el des-aprendizaje.

Material y Método.

Trataremos de dar respuesta mediante la propuesta de implementación del Programa Paciente Experto a la prevención en salud, sus causas y efectos en las personas que padecen una enfermedad crónica como es la dependencia a cualquier tipo de sustancia. Una nueva perspectiva social, profesional e institucional desde la "pedagogía del autocuidado" centrada en el paciente y bajo el Nuevo Modelo de Atención de Cuidados Crónicos adaptado por la Organización Mundial de la Salud para la creación del "Perfil Innovador de la atención a las condiciones crónicas" (2003).

El CDSMP (Chronic Disease Self Management Programme) comenzó en Estados Unidos a finales de los años ochenta y se ha extendido a más de veinte países, y está previsto que sea recibido por 100.000 pacientes en Inglaterra, en el año 2012. Ha sido reconocido como un programa eficaz en conseguir mejoras en salud en los pacientes crónicos y en disminución del gasto sanitario, por lo que ha sido adoptado de forma gratuita para todos sus pacientes por compañías sanitarias privadas en EEUU, como es la compañía Kaiser Permanente.

Resultados

La Fundación Educación Salud y Sociedad comenzó hace dos años a desarrollar el Programa Paciente Experto, como una actividad pionera en España y como el centro de referencia en España para el desarrollo del programa de Autocuidado de la Salud para enfermos crónicos de la Universidad de Stanford. Se han formado a través del PPE a 300 pacientes con enfermedad crónica siendo esta actividad reconocida como de interés científico sanitario por la Consejería de Sanidad de Murcia dos años consecutivos y obteniendo resultados favorables en la mejora de la salud de pacientes con enfermedad crónica y en especial con pacientes y familiares de drogodependientes.

Discusión

La participación de los pacientes drogodependientes y sus familiares en el proceso de atención puede ser vital para el diseño de una buena atención sanitaria, junto con estrategias de educación sanitaria grupal basada en la evidencia y la incorporación de experiencias del paciente experto.



La relación entre el consumo de sustancias y la violencia de género: base empírica y modelo explicativo

HEINRICH GELDSCHLÄGER*; ORIOL GINÉS**;
ÁLVARO PONCE***

* Fundación Instituto de Reinserción Social, coordinador del Servicio de Apoyo a las Familias contra la Violencia Machista ** Fundación Instituto de Reinserción Social, psicólogo del Servicio de Aten

Enviar correspondencia a:
Heinrich Geldschläger. Fundación Instituto de Reinserción Social.
C/ Álaba, 61, 1º. 08005 Barcelona. heinrich@iresweb.org

Introducción

El consumo problemático de alcohol y otras sustancias y la violencia de género en la pareja han sido reconocidos como graves problemas sociales y sanitarios por la OMS (2006) y otras instituciones nacionales e internacionales. Las opiniones de la población en general y de los y las profesionales que trabajan con las dos problemáticas sugieren que existe una relación entre los dos fenómenos. El consumo de sustancias, tanto en sus efectos agudos (intoxicación) como en sus patrones más crónicos (adicción, dependencia) se asocia a la violencia en las relaciones afectivas y aumentaría la probabilidad tanto de ejercerla como de padecerla.

Material y Métodos

Se realizó una extensa revisión tanto de la literatura científica empírica y teórica como de las guías de buenas prácticas dirigidas a profesionales publicadas sobre la temática a nivel nacional e internacional.

Resultados

Una creciente cantidad de estudios empíricos con diferentes muestras (encuestas representativas, personas atendidas en servicios especializados para ambas problemáticas) han corroborado la relación entre el consumo de sustancias y la violencia de género y varios meta-análisis recientes (Foran & O'Leary, 2008; Moore et al., 2008) la han confirmado. Esta relación empírica entre ambas problemáticas se ha estudiado y explicado desde diferentes perspectivas (principalmente la biológica, la psicológica, la relacional y la socio-cultural) y modelos teóricos que no siempre coinciden, e incluso, a veces, se contradicen. Muchos de los modelos explicativos revisados muestran diferentes insuficiencias en abordar la complejidad de la relación entre el consumo de sustancias y la violencia de género: limitarse a una de las perspectivas mencionadas, asumir una causalidad lineal entre las dos problemáticas, descontextualizarlas de las historias personales y del entorno socio-histórico y excluir la perspectiva de las personas involucradas.

Conclusión

Para superar estas limitaciones proponemos un modelo que aprecia el fenómeno desde una perspectiva orientada a los procesos considerando la complejidad de diferentes factores interrelacionados en diferentes niveles, desde una perspectiva epistemológica constructivista evolutiva y desde una perspectiva de género. En este modelo entendemos el consumo de sustancias y la violencia de género como dos procesos que se constituyen a través de las experiencias y praxis vitales que participan en la construcción de la identidad. Por una parte, estos dos procesos pueden coincidir y desarrollarse paralelamente por factores de riesgo comunes. Entre ellos podemos distinguir factores distales que inciden en edades tempranas del desarrollo (por ejemplo, abusos en la infancia) y factores proximales que actúan en el momento y contexto actual (por ejemplo, conflictos en la pareja, trastornos psicológicos, etc.). Por otra parte, factores mediadores pueden propiciar el paso de un proceso al otro. Una persona que ha desarrollado un consumo de alcohol puede llegar a usar la violencia contra su pareja a través de los efectos farmacológicos, las expectativas sobre estos efectos o los conflictos que se producen en la pareja por el consumo. Así mismo, una persona que ha desarrollado una praxis de violencia contra su pareja, puede llegar a consumir sustancias para tener excusa, para disminuir sentimientos de culpa o para evadirse de la situación conflictiva.

Referencias

- Foran, H. M. & O'Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1222 - 1234.
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C. & Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 247 - 274.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Violencia infligida por la pareja y alcohol. Nota descriptiva. Accedido en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate_es.pdf

El papel de la familia en el tratamiento de drogodependientes

HIDALGO PORTERO, I.*; PÁMPANAS PORRAS, E.**

Vocal de la Junta Directiva de FERMAD. ** Psicóloga. Coordinadora Área Asociativa de FERMAD.

Enviar correspondencia a:
FERMAD, c/ Conde de Romanones 9º 4ª dcha. 28012 Madrid.
913694448. fermad@telefonica.net

Se pretende mostrar desde la experiencia, el papel activo que tiene la familia en el tratamiento de las personas drogodependientes y la evolución que ha experimentado con los años. La sociedad está en continuo dinamismo marcado por periodos económicos, políticos y sociales que, conllevan una serie de cambios sociales que, repercuten directamente en la composición de la familia y en el afrontamiento de los problemas. Estamos en conjunto, en una sociedad más rica y con más recursos materiales, pero... se ha pasado del predominio de los valores basados en el esfuerzo, el trabajo y la responsabilidad, al éxito social y el dinero. Antes de 1975 el comercio y el consumo de heroína eran desconocidos en España. Hoy en día hemos integrado las drogas en nuestra vida cotidiana y sustancias como la cocaína, cánnabis, alcohol, tabaco, psicofármacos ... son habituales. Se ha producido evolución en las estructuras y funciones de la familia que funciona como red social, en la que sus miembros se ayudan unos a otros. Se pierde la transmisión de valores la familia extensa y los contactos suelen estar más propiciados por celebraciones comunes. Existe el retraso en la incorporación de los hijos al mercado laboral y en la independencia. ¿Cuál ha sido la respuesta de las familias? Desde mi experiencia, gracias a las familias, se constituyeron grupos, asociaciones y federaciones como FERMAD que represento: Las familias hemos forzado y creado movimientos con muchas dificultades, con escasos apoyos y reconocimiento social. Las madres tenían muchas dificultades: mujeres amas de casa, desconocimiento de consecuencias y falta de recursos... Aparecen Asociaciones de familiares afectados y afectadas por la drogodependencia y aparecen las asociaciones de base. Últimamente, la falta de percepción de riesgo, hace que las demandas sean diferentes, aunque revisten la misma gravedad. La necesidad asociativa de las familias de agruparnos con el fin de fortalecer nuestro peso como estructura social desde la que desarrollar programas y proyectos, propició la aparición de las federaciones, como FERMAD (Federación Madrileña de asociaciones para la asistencia al drogodependiente y su familia), que desde 1986 y con 35 asociaciones de Madrid federadas, ha cumplido un papel fundamental en el desarrollo de programas preventivos, de apoyo a las familias, de acompañamiento, de tratamiento y por supuesto, en reinserción e inserción sociolaboral. Es necesario partir de un análisis objetivo de la realidad, conocer otro tipo de adicciones y educar en la salud y en el manejo saludable del tiempo libre y ser soporte afectivo. FERMAD apuesta porque:

- Las familias partan de un análisis objetivo de la realidad, conocer otro tipo de adicciones y educar en la salud y en el manejo saludable del tiempo libre y ser soporte afectivo.
- Coordinación en red y reivindicación.
- Potenciar el papel de la asociación y el voluntario.

La capacidad de la federación y abre nuevos campos de reflexión y crítica en esta sociedad del Siglo XXI en la que la familia nos queremos incorporar desde nuevas realidades.

Estudio sobre las necesidades asistenciales de las mujeres adictas a drogas en Castilla y León

LANDA FERNÁNDEZ, I.*; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, A.**; GARCÍA VICARIO, I.***; REDONDO MARTÍN, S.****

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León: *Jefe de Sección de Drogodependencias del Departamento Territorial de Palencia; **Técnico del Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas del Comisionado Regional para la Droga; ***Becaria del Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas del Comisionado Regional para la Droga; ****Jefa del Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas del Comisionado Regional para la Droga.

Enviar correspondencia a:
Isabel Landa Fernández. Sección de Drogodependencias.
Departamento Territorial de Familia e Igualdad de Oportunidades.
C/ Obispo Nicolás Castellanos 10. 34001 Palencia.
E-mail: lanferis@jcy.es

Introducción

El problema de las drogodependencias surge como un fenómeno principalmente masculino, determinando que el abordaje terapéutico estuviera orientado hacia las necesidades de los varones. En los últimos años, diversas investigaciones identifican diferencias biológicas, psicológicas y sociales

importantes en función del género, así como dificultades de acceso a los tratamientos, menor adherencia y peores resultados en las mujeres atendidas por recursos que no tienen en cuenta sus necesidades específicas. Estos datos determinan que el Comisionado Regional para la Droga se plantee un estudio con los siguientes objetivos:

- Constatar si existen diferencias entre mujeres y hombres atendidos por los Centros de tratamiento ambulatorio (CAD) y las Comunidades Terapéuticas (CT).
- Conocer el perfil actual de las mujeres con dependencia a alcohol y otras drogas en tratamiento.
- Detectar necesidades específicas para adecuar el tratamiento.

Material y método

El estudio consta de dos etapas: la primera, describe y analiza los datos del Indicador Admisiones a Tratamiento Ambulatorio (2003-2005) y datos de Comunidades Terapéuticas (2003-2006), comparando el perfil, accesibilidad y resultados de tratamiento entre hombres y mujeres. Se han estudiado 947 pacientes de CT (805 hombres, 142 mujeres) y 12.037 de centros ambulatorios (10.207 hombres, 1.830 mujeres). Se utilizó la Chi cuadrado para la comparación de proporciones, la T de student para dos medias y Anova para varias medias. La segunda, es un estudio cuantitativo sobre el perfil de estas mujeres. El trabajo de campo se realizó entre octubre y diciembre de 2008, mediante un muestreo bietápico, estratificado y aleatorio para cada estrato, según tipo de centro y tipo de adicción (n=147). Se analizaron variables sociodemográficas, variables sobre la dependencia y el tratamiento y variables psicosociológicas descritas como factores de riesgo (ansiedad, dependencia, autoestima, malos tratos infantiles, violencia de género...). La recogida de información se ha realizado a través de: hoja de registro de admisión a tratamiento, cuestionarios ad hoc, escalas validadas y cuestionario autoadministrado para explorar datos sensibles. De forma complementaria, para concretar las necesidades específicas de tratamiento, se realizará un estudio cualitativo mediante grupos de discusión y entrevistas.

Resultados

La presencia de los hombres es 5 veces superior en centros ambulatorios y 7 en CT. La accesibilidad de las mujeres que están en recursos residenciales no presenta diferencias respecto a los varones, salvo en la estancia media: los hombres están 141,9 días frente a 122,1 de las mujeres ($p < 0,05$). No se detectan diferencias significativas en las altas. Las mujeres atendidas en centros ambulatorios tienen edades de inicio similares a los hombres, no presentan un acceso más tardío a la Red y conviven un 3% más que los hombres con sus hijos. Están ligeramente más desempleadas. Consumen más heroína que los hombres (66%

frente al 64%), seguida por la cocaína. La vía de consumo principal es la fumada o inhalada al igual que los hombres. Presentan cifras más altas de infección por VIH y de trastornos mentales.

Discusión

Los datos obtenidos en esta primera parte del estudio muestran algunas diferencias que son coherentes con la literatura (responsabilidades familiares, adherencia, mayor desempleo), mientras que en la accesibilidad no se detectan diferencias significativas. Sin embargo es importante profundizar en el perfil de estas mujeres para poder obtener los datos que permitan actuar específicamente con ellas y mejorar los resultados.

Trastorno obsesivo compulsivo y dependencia de heroína de opiáceos (heroína). Impulsividad/compulsividad: a propósito de un caso clínico

LEITÃO, E.

Psiquiatra- IDT (Instituto da Droga e Toxicoddependência),
DRLVT- CRI-Oriental, Equipa de Tratamento de Loures (Grande
Lisboa -Portugal)

Enviar correspondencia a:
Emília Leitão - emilia.leitao@idt.min-saude.pt

A propósito de un caso clínico de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Dependencia de heroína la autora revisa los conceptos, características y trastornos nucleares de la impulsividad y compulsividad tratando de analizar si los comportamientos impulsivo y compulsivo son los opuestos polares de un continuum del control del propio y de los otros. No obstante, las diferencias observadas en la clínica evidencian entidades difícilmente identificables como estados puros que podrán ser causadas por variación a lo largo de un continuum bidimensional, de diferentes combinaciones de compulsividad versus impulsividad (¿Estados mixtos?)

Indicador admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Indicador clave de las demandas de tratamiento ambulatorio

LLORENS ALEXANDRE, N; RAMIREZ DE MOLINA, V; SÁNCHEZ MÁÑEZ, A.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Enviar correspondencia a:
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Sánchez Máñez, A. asanchezm@msc.es.

Introducción

El Indicador admisiones a Tratamiento inició su recogida de datos en 1987 en las 17 comunidades autónomas en el marco del entonces Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías; actual Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD). El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) planteó en el 2001 a los Estados miembros de la Unión Europea la convergencia de los sistemas de información sobre tratamiento de drogodependencias hacia un protocolo estándar europeo, el Treatment Demand Indicator (TDI). El Indicador español lleva funcionando más de 20 años y nos permite establecer comparaciones con el TDI y mantener la comparabilidad histórica. El indicador admisiones a tratamiento en su versión actual (Protocolo 2003) se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en una comunidad autónoma y en un año dado..

Material y método

Las principales características que presenta son: Conjunto mínimo de datos, consensuado entre todas las comunidades autónomas, basado en la notificación individual y exhaustiva de todas las admisiones a tratamiento por parte de los centros ambulatorios. Cuenta las personas admitidas a tratamiento anualmente y no los episodios de admisión a tratamiento, recoge tratamientos por abuso o dependencia de drogas, y no otras intervenciones, monitoriza los centros con financiación

pública que realizan tratamientos ambulatorios y los programas de tratamiento de prisiones. El criterio de notificación es la apertura de historia clínica y no permite el seguimiento individualizado de los pacientes notificados a nivel estatal.

Resultados

En 2006, el indicador mostró que las admisiones a tratamiento están cambiando con rapidez, con un descenso continuo de las admisiones por heroína y un aumento de las admisiones por cocaína y por cánnabis. Continúa descendiendo el número de inyectores de drogas, siendo la pulmonar la vía de consumo preferente de los tratados por heroína y la intranasal la de los tratados por cocaína. Una alta proporción de admitidos a tratamiento por cocaína o heroína consumen alcohol, hipnosedantes y cánnabis, aunque el registro de drogas secundarias tiene limitaciones. Ha descendido mucho la proporción de inyectores jóvenes infectados por VIH.

Discusión

El indicador de admisiones a tratamiento, en su versión actual, permite describir las características sociodemográficas y algunos patrones de consumo relevantes (y sus tendencias temporales) de los consumidores problemáticos de drogas psicoactivas. Proporciona también información sobre el uso de algunos servicios por parte de los usuarios de drogas. Contribuye, junto con los indicadores Urgencias y Mortalidad, a alcanzar objetivos más globales como estimar las tendencias temporales de algunos problemas importantes asociados al consumo de sustancias psicoactivas; proporciona información general para diseñar y evaluar programas destinados a reducir problemas de drogas, y puede ayudar a realizar estudios más específicos, como estimaciones de la prevalencia e incidencia del consumo problemático de drogas, estudio de la mortalidad de grupos de consumidores.

Procesos de intervención con mujeres drogodependientes. Aplicación de la perspectiva de género

MARTÍNEZ REDONDO, P.

Educadora Social y Antropóloga.

Enviar correspondencia a:
Patricia Martínez Redondo. Correo electrónico: kiruconk@yahoo.es.
C/ Mesón de Paredes, 64 Esc. 3 Piso 1º-2 CP: 28012. Madrid.

Esta ponencia es resultado de diversos estudios e investigaciones, acciones formativas e intervención directa, en género y drogodependencias .

Resumen

El objetivo principal de esta ponencia es establecer la perspectiva de género como teoría explicativa y herramienta de análisis de la realidad, exponiendo su aplicación a la intervención en drogodependencias. Generalmente, se emplea el término 'género' como sinónimo de 'sexo', y se abordan como características dadas las diferencias percibidas en el consumo de sustancias de hombres y mujeres. Sin embargo, la perspectiva de género ofrece todo un cuerpo teórico para poder examinar las drogodependencias, introduciendo cuestiones que hasta ahora no eran tenidas en cuenta, y que pueden ofrecer un referente para al análisis de esas diferencias. El género es un principio de organización social que genera subjetividad e identidad. Es un concepto relacional, procesual y dinámico, estando su contenido en continua transformación. Sin embargo, sus bases son: la dicotomía 'hombre-mujer' (estableciéndola como algo natural), y que conlleva la subordinación y minusvaloración de lo asociado al género femenino.

En esta comunicación se hace especial hincapié en los factores que afectan a las mujeres en el consumo de sustancias, dificultades de acceso al tratamiento, y los itinerarios de atención (una vez demandado el tratamiento), estableciendo un análisis desde perspectiva de género:

- Abordaje de consumos invisibilizados
- Relaciones interpersonales y de pareja
- Malos tratos
- Doble penalización social
- Sexualidad y relación con el cuerpo
- Maternidad y Presencia de hijos/as en el tratamiento
- Dificultades en el acceso al Mercado Laboral
- Autoestima (específicamente por cuestión de género)

Finalmente se argumenta la necesidad del trabajo en grupos específicos de mujeres, dentro de las redes de atención a la drogodependencia.

Conclusiones

Se hace necesaria una revisión integral de los protocolos y programas para personas con problemas de drogodependencias, ya que las dificultades de acceso y permanencia en los tratamientos para las mujeres son de carácter social-estructural. El 'género' viene a incorporarse al análisis de las problemáticas desde el Enfoque Multidimensional (o Multisistémico) propuesto por Carrón y Sánchez (1995) para las drogodependencias, intentando por tanto relacionar los diversos aspectos (procesos individuales de la persona, reglas explícitas y valores sociales implícitos en la organización social, tipo de sustancia como elemento material en sí mismo, etc.) que se puedan presentar en las diversas problemáticas para su comprensión global, y en el que la perspectiva de género nos introduce elementos innovadores en el diseño de programas, protocolos y tratamientos. Debemos fortalecer y mejorar la intervención interdisciplinar de los equipos de los centros de atención específica, la coordinación con los recursos comunitarios y específicos para mujeres, y dinamizar y posibilitar la intervención con los demás agentes sociales; sin olvidar, por supuesto, la responsabilidad de las administraciones públicas en la puesta en marcha de programas que posibiliten una adecuada intervención sobre realidades tan complejas como presentan muchas mujeres en interacción con su drogodependencia.

Abuso de benzodiacepinas e impulsividad

MENDES, L.

Psiquiatra. IDT - DRLVT – UD. Centro das Taipas. Lisboa.Portugal

Enviar correspondencia a:
luisabaena@sapo.pt

Paciente sexo femenino de 35 años de edad con trastorno de dependencia de opiáceos desde los 18 años. La paciente inicia tratamiento en el Centro de Taipas en 1999. Mantiene breves periodos de abstinencia hasta integrar programa de sustitución opiácea. Después de iniciar medicación con benzodiacepinas por presentar quejas de insomnio, evoluciona para cuadro de abuso de benzodiacepinas con comportamiento desorganizado e impulsividad.

Evaluación del proyecto “Más vida, menos drogas”

MÉNDEZ GARRIDO, J.M.

Profesor titular de universidad. Profesor investigador y co-responsable del proyecto Universidad de Huelva

Enviar correspondencia a:
Juan Manuel Méndez Garrido. Facultad de ciencias de la educación. Avda. de las fuerzas armadas, s/n. 21007 Huelva (España).
jmendez@uhu.es

Si el consumo de drogas entre los jóvenes es cada vez más un fenómeno de mayor preocupación social, la universidad no puede mantenerse al margen y estar ajena a ello. Como institución de la ciencia y el saber, debe implicarse al máximo y no sólo con la realización de estudios como viene siendo lo habitual sino con la puesta en práctica de actuaciones preventivas que ofrezcan, al alumnado universitario y de forma general a todos los jóvenes, alternativas inteligentes frente al mundo de las drogas y que fomenten el desarrollo de una vida saludable sin drogas. En este sentido, la Universidad de Huelva desarrolló en el período 2003–2006, al amparo de una Iniciativa Comunitaria de Cooperación Transfronteriza España-Portugal, una experiencia pionera en ámbito de la prevención de la drogodependencias en las universidades: el Proyecto Drog@. El principal objetivo consistió en la elaboración y la implementación de un amplio programa de prevención en el ámbito del consumo de drogas mediante el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, realizándose tres cursos de formación de mediadores universitarios para la prevención de las drogodependencias, la creación de los portales www.stopdrogas.net y www.drogalia.net, la elaboración de numerosos recursos y materiales tanto gráficos como multimedia, la celebración de Jornadas y Congreso y un estudio empírico que proporcionó datos significativos sobre los hábitos de consumo de drogas en los jóvenes de nuestra población universitaria. Esta iniciativa ha sido reconocida con el Premio de Comunicación 2007 de la Universidad Carlos III de Madrid, al mejor proyecto de divulgación científica en el ámbito universitario. En octubre de 2006, y para poder aprovechar toda esta experiencia en el campo de la prevención en drogodependencias, se firmó para el bienio 2007–2008 (renovado para el 2009) un convenio de colaboración en materia de drogodependencias y adicciones, entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y la Universidad de Huelva, con el apoyo económico de la primera, que ha propiciado la puesta en marcha de un nuevo Proyecto denominado «Más vida, menos drogas». Este Proyecto ha generado las siguientes actuaciones en el ámbito de la prevención:

1. Curso de formación de líderes universitarios en prevención de drogas, a través de la plataforma de teleformación de la UHU, en el que han participado más de cien alumnos.
2. Campaña de sensibilización, mediante la edición de carteles publicitarios y material de marketing, distribuidos por todos los Campus.

3. Diseño de una web específica para el proyecto: www.uhu.es/vida-drogas abierta a toda la comunidad universitaria.
4. Edición multimedia de un CD con gran cantidad de recursos y materiales, siendo entregado a todos los líderes formados, a diferentes servicios universitarios y a organismos vinculados a la temática de la drogodependencias y las adicciones.
5. Estudio científico sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en el alumnado de la Universidad de Huelva, a partir de la información recogida de una muestra significativa de 1200 estudiantes universitarios de todas las titulaciones. Como datos interesantes podemos señalar que aunque el tabaco es la sustancia más consumida, existe un 67,3% que no hacen, lo que demuestra una reducción notable con los datos registrados en 2006 en otro estudio. Es preocupante el consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación en los fines de semana (43,9% de los estudiantes). Sólo el 24,5% ha consumido cánnabis, de los que un 7,5% lo realizan con cierta frecuencia. El consumo de las llamadas «drogas duras» entre la población universitaria no es llamativo ya que el número de sujetos que son consumidores habituales de estas sustancias son inapreciables. Como valoración del Proyecto «Más vida, menos drogas», podemos afirmar que estas iniciativas preventivas son claramente necesarias, por lo que se tienen que generalizar para que lleguen a la totalidad de la población estudiantil, con propuestas de intervenciones atractivas y altamente reflexivas, para la consolidación de jóvenes universitarios saludables.

Intervención con adolescentes consumidores de cánnabis y otros tipos de sustancias

JUSTO NIETO, M^a. J.

Psicóloga. Programa de Prevención Indicada "Lazarillo" Cáritas Diocesana de Salamanca

Enviar correspondencia a:
M^a Jesús Justo Nieto. Programa Lazarillo – Cáritas Diocesana
C/ San Claudio 16, Salamanca 37007. lazarillo@caritasalamanca.org

Introducción

El abordaje terapéutico del consumo de sustancias por parte de los adolescentes en España se remonta a los años 90, con programas como Suspertu o los programas de la comunidad de Madrid, junto a otros. En este tratamiento también se cuenta con la referencia de Programas Americanos como: FOF (Focus on Families), SFP (Strengthening Families Program), etc. Es en el año 2004, cuando la Junta de Castilla y León junto con los Planes Municipales y Provinciales de la mayoría de las provincias ponen en marcha los Programa de Prevención Indicada a través de entidades como Proyecto Hombre y Cáritas: Burgos, León, Valladolid, Zamora, Segovia y Salamanca.

Material y método

El objetivo de la Prevención Indicada, concretamente del Programa Lazarillo, es evitar que se consolide una drogodependencia en los adolescentes que acuden a los recursos, a través del fortalecimiento de sus Factores de Protección y potenciando o desarrollando con ellos, con las familias y con los agentes comunitarios, habilidades personales y/o herramientas que les permitan transformar los Factores de Riesgo. A veces, esperamos que sean los adolescentes los que den el paso de acudir al recurso, planteando su problema, pero ese problema, en el 98% de los casos, solo está a la vista de los adultos que forman parte de su día a día y que no es solo la familia, sino sus profesores, su médico de atención primaria, sus vecinos, los educadores de calle o monitores de otras actividades. Por ello, previamente a realizar una intervención terapéutica, el recurso ha tenido que Salir al encuentro de todos esos agentes "capaces de convertirse en antenas que detecten el problema o la situación del joven, generando un enganche con él que permita sugerir, proponer..." (J. Funes) y a partir de aquí los programas de Prevención Indicada se convierten en una herramienta más con la que cuenta la tan ansiada y necesaria "prevención comunitaria". La intervención será terapéutica – educativa adaptada a las necesidades de cada situación, teniendo en cuenta que se trata también de jóvenes

en pleno proceso evolutivo y familias adaptándose a ese proceso. La intervención está basada en entrevistas individuales y familiares, junto con una intervención grupal con las familias (Escuela de Familias), y manteniendo el Trabajo en red. El modelo de trabajo utiliza la entrevista motivacional, terapia sistémica, terapia racional emotiva (a través de cuentos), habilidades de comunicación.

Resultados

El programa tiene una duración aproximada de 8 meses más una fase de seguimiento, siempre teniendo como referencia los objetivos planteados a lo largo del proceso y que se han definido en torno a diferentes Áreas: Salud (consumo,...), Familiar, Educativa /Laboral, Personal, Social, Ocio y Tiempo libre. Los perfiles de los jóvenes y de las familias así como algunos datos serán expuestos en el Precongreso.

Discusión /resumen

A modo de conclusión resaltar algunos aspectos importantes que hemos podido extraer del trabajo durante estos cuatro años:

- La intervención con todo el núcleo familiar como indicador de cambios positivos en el proceso. Cuando la familia no está presente o no se puede intervenir con ella, importante la presencia de un adulto de referencia que acompañe el proceso.
- Intervención flexible y cercana
- Constante renovación de compromisos.
- Adaptando las intervenciones según la etapa evolutiva en la que se encuentre el joven o la joven.
- Dificultades a la hora de realizar un trabajo grupal con jóvenes.
- Dificultades a la hora de recoger los cuestionarios pre y postest que nos permitan evaluar los cambios.
- Importancia del trabajo comunitario.

Referencias

- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas, Plan Nacional sobre Drogas.
- Fernández Hermida, José R., Secades Villa, R. (2002). Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias. Plan Nacional Sobre Drogas.
- H. Fishman. (1990).Terapia Familiar. Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar. Ed. Paidós
- José Carlos Bermejo, Pere Ribot (2007). La relación de ayuda en el ámbito educativo. Material de Trabajo. Sal Terrae
- MACI, (1993) Inventario Clínico para Adolescentes de Millon. Millon, T. TEA Ediciones
- Paulo Freire (1997). Pedagogía de la Autonomía. Saberes para la práctica educativa. Siglo Veintiuno Editores.
- J. Funes (1990) Nosotros, los adolescentes y las drogas. Ministerio De Sanidad y Consumo.
- Waters, V., (1998). Cuentos Racionales para Niños. Ediciones del Optimismo.

Disfunción sexual por psicofármacos: ¿adiós al amor?

MONTEJO, A.L.; MAJADAS. S. Y GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES SECUNDARIAS A PSICOFÁRMACOS.

Profesor titular de universidad. Profesor investigador y co-responsable del proyecto Universidad de Huelva

Enviar correspondencia a:
Dr. Ángel Luis Montejo. Director Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental. Hospital Universitario de Salamanca. Av Comu-
neros 27. Salamanca 37003. amontejo@usal.es

Los psicofármacos (fundamentalmente algunos antidepresivos y antipsicóticos, aunque afortunadamente no todos) se asocian frecuentemente con la aparición de disfunción sexual (DS) provocando descenso del deseo, retraso del orgasmo y/o eyaculación así como disfunción eréctil o de lubricación vaginal en más del 60% de los pacientes y en el 80% de voluntarios sanos. La causa es el incremento de serotonina asociado o el incremento de prolactina secundario al uso de antipsicóticos. Los antidepresivos que más problemas sexuales provocan incluyen principalmente todos los ISRS, venlafaxina, duloxetina y clomipramina. Otros con diferente mecanismo de acción provocan mucha menos DS (mirtazapina, moclobemida) o no la producen (bupropion y agomelatina). Entre los antipsicóticos, risperidona, amisulpride y haloperidol deterioran intensamente la vida sexual y otros como aripiprazol, quetiapina y ziprasidona apenas la afectan. Los pacientes que sufren dependencias con frecuencia se les prescribe un psicofármaco por síntomas acompañantes muy diversos y están en riesgo de padecer DS que puede pasar desapercibida si no se explora directamente. Lamentablemente la incidencia real está subestimada y es preciso emplear cuestionarios específicos para detectarla (15% con comunicaciones espontáneas vs 60% con cuestionarios como el SALSEX). El incremento de la serotonina que va unido a los antidepresivos ISRS e ISRN (receptores 5HT_{2A}) es responsable del retraso de la función orgásmica y del bajo interés sexual. La disfunción eréctil parece ser secundaria a inhibición del Oxido Nítrico y a la activación adrenérgica. La hiperprolactinemia que aparece con algunos antipsicóticos provoca hipogonadismo secundario y disfunción sexual como consecuencia. La peor consecuencia del problema es la falta de adherencia al tratamiento y el abandono en pacientes con tratamientos a medio largo plazo. Los varones parecen ser más sensibles a este problema y un 40% han pensado abandonar el tratamiento y toleran muy mal la disfunción. El manejo de la DS cuando aparece en los pacientes y es mal tolerada incluye: la espera de la remisión espontánea (solo en muy pocos casos), reducción de dosis, cambio por otro fármaco con menor perfil de afectación de la función sexual o empleo de "antídotos" como sildenafil. El primer paso para no provocar DS debería ser preguntar directamente al paciente acerca de su vida sexual y en aquellos sexualmente activos que manifiesten que su vida sexual es importante se debe elegir un psicofármaco que NO provoque problemas desde el inicio. La investigación rutinaria de la función sexual durante el seguimiento detectará la existencia y la aceptación por el paciente de DS evitando el incumplimiento terapéutico y el deterioro de la calidad de vida.

Programas de cooperación transfronteriza entre Extremadura y Portugal: colaboraciones, dificultades e intercambio

MONTERO CORREA, Q.

Secretaría Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Dependencia.

Enviar correspondencia a:
Quintín Montero Correa. Secretaría Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Av. De las Américas, 2. 06800 Mérida (Badajoz)

Desde principio de la década de los 90, con una red extremeña de atención a los drogodependientes cada vez más completa, comenzamos a observar que la prevalencia de pacientes portugueses en nuestros centros iba en aumento. El consumo de heroína en el país vecino había comenzado unos años después que en España, y estaban reproduciendo el modelo por el que habíamos pasado nosotros años antes. Atravesaban una fase de estupor, de incredulidad hasta una presión social a veces difícil de canalizar. Desde Elvas (ciudad a una decena de Kilómetros de Badajoz) hasta Lisboa no existía ningún recurso para atender a personas con problemas de drogas. Para un tratamiento de desintoxicación de heroína debían recorrer casi 300 kilómetros. Los programas de tratamiento con metadona no han existido en las regiones portuguesas vecinas de Alentejo y Centro hasta fechas muy recientes. Esto ha motivado un flujo de pacientes de estas regiones que acudían a los centros extremeños para ser incluidos en los programas de desintoxicación. Así, durante los años previos a la implantación de estos programas en Portugal, se atendió en Extremadura a cerca de medio millar de pacientes portugueses que, además de seguir el tratamiento con metadona, se sometían a un control diario y a un tratamiento psicológico. Más adelante, se implantaron en Portugal los programas de desintoxicación con metadona, por lo que durante los últimos años la asistencia de portugueses a consultas extremeñas ha sido anecdótica. Para llegar a esto mantuvimos múltiples contactos con las autoridades portuguesas y colaboramos en la planificación de su red asistencial. Les invitamos a participar en los congresos regionales organizados por el movimiento asociativo de nuestra región, reservamos plazas en nuestra Universidad para profesionales portugueses, les ofrecimos estancias en nuestros Centros y hospitales, les permitimos traducir nuestros protocolos de intervención, compartimos con ellos nuestros sistemas de información sanitaria, etc. El comenzar años después que nosotros les permitió evitar nuestros errores iniciales. Los centros asistenciales pertenecen a su sistema de salud como un recurso más, se atienden todas las sustancias, los equipos son multiprofesionales con psiquiatra e internista a tiempo parcial, coordinación excelente con salud mental y otros recursos sociosanitarios y programas de metadona de diferentes niveles de exigencia desde un principio.

La situación actual es la existencia de 5 Centros de Atendimento a toxicodependientes (CATs), con las características antes citadas. En la actualidad no existen apenas personas con problemas de drogas de nacionalidad portuguesa tratados en nuestra red de atención. Por otra parte, la Secretaría Técnica para el II Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de la Junta de Extremadura, ha llevado a cabo durante estos años un programa de intercambio de experiencias con los profesionales de las regiones vecinas que ha contemplado, entre otras las siguientes acciones:

- Creación de una Comisión Técnica para la identificación de problemas y actuaciones conjuntas.
- Intercambio y visitas a centros y programas de intervención en materia de drogodependencias.
- Reserva de 6 plazas para portugueses en el curso de formación de formadores en materia de prevención en el ámbito escolar, impartida en Extremadura.

El alcohol en el contexto de los accidentes de tráfico en España

MONTORO GONZÁLEZ, L.

Catedrático de Seguridad Vial. Universidad de Valencia. Presidente de la Fundación Española para la Seguridad Vial (FESVIAL).

Enviar correspondencia a:
luis.montoro@uv.es

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo mueren al año por causa de los siniestros de tráfico cerca de un millón y medio de personas y resultan heridas entre treinta y cincuenta millones. En España en la última década han muerto en accidente unas 53.000 personas y ha habido 1.500.000 heridos (unos 8 millones según las empresas aseguradoras). En este periodo el coste económico de los accidentes de circulación ha sido de unos 160.000 millones de euros, es decir unos 25 billones de las antiguas pesetas. La seguridad vial ha mejorado mucho en los últimos años en España y en otros países, pero según la OMS va a seguir siendo en el futuro uno de los grandes retos sanitarios de las sociedades desarrolladas. Las causas explicativas de los accidentes de tráfico son muy complejas, pero en todo caso hay que buscarlas en los cuatro grandes elementos que componen la seguridad vial: la vía y entorno, el vehículo, la norma y su control y finalmente el factor humano. Todos los estudios apuntan a que el elemento o factor humano es el que se encuentra implicado con mayor frecuencia en los accidentes y posiblemente está presente entre el setenta y el noventa por ciento de los siniestros. A su vez, dentro de los fallos o factores humanos que dan lugar a los accidentes hay un grupo que es especialmente significativo en el que está la velocidad, las distracciones y el alcohol. Tan solo estos tres elementos de riesgo podrían explicar más del cincuenta por ciento de los accidentes mortales en ciudades y carreteras. En concreto sabemos por numerosos estudios realizados en España, que el alcohol se encuentra directa o indirectamente implicado entre el veinte y el cuarenta por ciento de los accidentes mortales, variando este porcentaje en función de factores como las horas, el día, el tipo de vehículo o la edad del conductor. Los importantes y graves efectos del alcohol, sobre las capacidades psicofísicas y comportamiento de los conductores es clara y evidente según un amplio número de sofisticadas investigaciones. El alcohol afecta de manera importante a la comisión de infracciones, al comportamiento, a la actividad motriz, al tiempo e reacción, a los órganos sensoriales, a la percepción de los estímulos, a la coordinación, a la fatiga y somnolencia, así como a la percepción del riesgo. No es de extrañar por todo ello la relación directa del alcohol con la siniestralidad. Se calcula que en el mundo mueren anualmente por esta causa unas 600.000 personas y alrededor de 15.000.000 sufren heridas. En España en los últimos diez años la mezcla de alcohol y conducción ha causado directa o indirectamente unos 20.000 muertos y alrededor de 500.000 heridos, calculándose los costes económicos directos en la última década, por la relación alcohol-accidente de tráfico, en unos 50.000 millones de euros.

Odisea: proyecto piloto de prevención en centros de Garantía Social

MORENO ARNEDILLO, G.*; GAMONAL GARCÍA, A.**

*Psicólogo, Fundación Ilundáin Haritz Berri (Navarra). **Psicólogo, director de E-form

Enviar correspondencia a:
Gorka Moreno Arnedillo, c/ Talluntze, 21 – 2º izda. Zizur Mayor (Navarra).CP: 31180. e-mail: moreno.gorka@gmail.com

Introducción

El Programa ODISEA es una iniciativa de prevención selectiva dirigida a alumnos/as que participan en Programas de Garantía Social, un colectivo que presenta prevalencias de consumo de drogas superiores al promedio de los adolescentes de su edad. Para ello, trata de fortalecer la capacidad del profesorado en el diseño e implantación de acciones y programas preventivos adecuados a sus características particulares.

Material y método

El programa Odisea consiste en la aplicación-piloto de la "Guía fácil de prevención de las drogodependencias en Programas de Garantía Social y Escuelas-Taller", financiada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y editada en 2006. Esta guía, que rescata multitud de situaciones típicas en estos centros, desarrolla los elementos-clave a considerar en el desarrollo de un programa eficaz de prevención en este tipo de recursos formativos, y que son: la integración del plan en la cultura del centro, el manejo de las normas sobre drogas, la organización de talleres grupales, el abordaje de los alumnos más difíciles en tutoría, y la colaboración con las familias y con los recursos comunitarios. Se realizó una aplicación experimental, financiada por el Plan Nacional sobre Drogas, en dos comunidades autónomas españolas (Galicia y Castilla-León) en el curso 2007/2008, con la colaboración de los respectivos planes autonómicos de drogas y con la participación de cuatro centros educativos. La aplicación consistió en la celebración de un curso de formación en los contenidos de la guía, de veinte horas de duración, dirigido a los profesores de los centros participantes, y en el posterior diseño y desarrollo por parte de éstos de su propio programa de prevención, supervisados por el equipo técnico del programa Odisea. Para la evaluación se utilizó un diseño pre-post con grupo de control no equivalente. Se utilizaron cuestionarios para alumnos y profesores, entrevistas en profundidad y grupos de discusión.

Resultados y discusión

Los resultados de esta implantación y numerosas aplicaciones realizadas con posterioridad reflejan una importante mejora de los conocimientos y habilidades de los profesores respecto a la prevención, la promoción en los centros de programas de prevención de gran calidad y adecuación a su realidad concreta, y respecto al impacto de los mismos, una importante repercusión de sus acciones en el clima general respecto al consumo de drogas, mejoras en el cumplimiento de las normas (descenso de incidencias), una implicación más positiva de los alumnos en los talleres de prevención y en las tutorías, menor estimación por parte de los profesores del consumo en el centro, y mayor del impacto de sus intervenciones en sus alumnos respecto a las drogas. La medición posttest se realizó tres meses después del inicio de la aplicación de los proyectos en los centros, no pudiendo establecerse el impacto del programa en la conducta de los alumnos. En cualquier caso, los resultados resaltan la motivación y la capacidad de los trabajadores de estos centros para diseñar sus propias intervenciones, si cuentan con los recursos necesarios para ello, y constatan la necesidad de emprender acciones preventivas dirigidas específicamente a estos colectivos de adolescentes de mayor riesgo.

Leyes y diferencia de género en tabaquismo

NERÍN, I.

Doctora en Medicina. Licenciada en Psicología. *Unidad de Tabaquismo, Prof^a Dpto de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza

Enviar correspondencia a:
Dra. Isabel Nerín. Dpto de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, edificio B. C/Domingo Miral s/n. 50009 Zaragoza.
E.mail: isabelne@unizar.es

Las mujeres se incorporan al consumo de tabaco más tarde que los hombres, condicionadas por factores socioculturales relacionados con su incorporación al mundo laboral y el movimiento de igualdad de derechos. En España, en 1980 fumaba el 64% de los hombres y el 16% de las mujeres, mientras que en el año 2006 fumaban el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres. Sin embargo, este último dato puede resultar engañoso al incluir todos los rangos de edad. Precisamente por la influencia que tiene el contexto en la incorporación de las mujeres al consumo de tabaco, apenas un 2% de las mujeres españolas mayores de 65 años fuman, mientras que el 35% de las mujeres entre 25 y 44 años son fumadoras. Por otra parte, el hecho de que hasta ahora la patología relacionada con el tabaquismo afectara fundamentalmente a los hombres, ha contribuido a transmitir la percepción de que la mujer es "un fumador" de menor riesgo, con una baja sensibilización como problema de salud pública específico para las mujeres. Todo ello justifica la adopción de políticas sensibles a las desigualdades de género no solo en el análisis del problema, sino también en la prevención y en el tratamiento del tabaquismo. En el ámbito nacional se han desarrollado diversas medidas legales, aunque con escasa o nula perspectiva de género. El Real Decreto 192/1988, consideró por primera vez la protección dirigida a las mujeres, aunque no por el hecho intrínseco de serlo, sino en su condición de futuras madres, al introducir la prohibición de fumar en centros laborales donde trabajasen mujeres embarazadas. Posteriormente la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, señala explícitamente la necesidad de incorporar la perspectiva de género en todas las estrategias que se lleven a cabo para controlar el tabaquismo y reconoce que "el fenómeno del tabaquismo no se manifiesta de igual manera en hombres y mujeres". Esta ley prohíbe fumar en todos los centros de trabajo, a excepción de los relacionados con el ocio y la hostelería, sectores en los que, por cierto, trabaja un mayor porcentaje de mujeres que de hombres (53%). Para garantizar un enfoque de género, el marco político para el control del tabaquismo debe estar integrado por: medias legales, que garanticen la protección de toda la población frente a los riesgos de la exposición pasiva al humo de tabaco, junto con medidas fiscales que disminuyan la accesibilidad y la disponibilidad del producto; medidas educativas y formativas y medidas asistenciales sensibles a las necesidades de género, con actuaciones de promoción y apoyo de la cesación tabáquica para los grupos de mujeres más jóvenes, y aquellos integrados por mujeres en situación de alto riesgo. Por último se deben contemplar medidas de seguimiento y monitorización, como programas de investigación en los que se incluya una perspectiva de género y evaluación a corto, medio y largo plazo de las medidas adoptadas.

Referencias

Nerín I, Jané M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. - Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

Nerín I. El tabaquismo en la mujer: Una atracción fatal. Arch Bronconeumol 2005; 41(7):360-2.

El alcoholismo en el trabajo como inadaptación laboral. Aspectos psicológicos y psiquiátrico forenses

NORIEGA DE CASTRO, J.

Medico-Forense I. M. L. de Salamanca

Enviar correspondencia a:

Julián Noriega de Castro Avd Italia nº 26 3ºB 37006 Salamanca.

E.mail: noriega1@ono.com

El alcoholismo constituye un fenómeno complejo, multicausal y pluridimensional. Naturaleza tan diversa requiere un enfoque interdisciplinario, y un abordaje multimetodológico. El problema del alcohol es que es una de las drogas más consumidas en todo el planeta y lo que agrava este problema es que su incidencia va en aumento. Nadie es ajeno al protagonismo del alcohol, ya que está totalmente enraizado en los estilos de vida que la propia sociedad se encarga de reproducir. Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol. España ocupaba en el año 2003 el sexto lugar en el ranking de consumo mundial de alcohol, con 10 litros de alcohol puro per cápita. El alcohol se nos presenta, junto con el tabaco, como la droga más consumida en todo el territorio español. El abuso o consumo perjudicial del alcohol, según la clasificación que se utilice, indica que el mismo está causando un daño para la salud, tanto mental como física, ya sea porque el sujeto abandona sus obligaciones personales, o bien porque consume en situaciones de riesgo, o se asocia a problemas legales, o porque continúa consumiendo a pesar de las consecuencias negativas que le está ocasionando. Estamos ante un problema que está pidiendo a gritos una atención más seria, más profesional, menos voluntarista, menos condescendiente. El alcoholismo es causa y efecto, constituye un problema que es susceptible de afectar a las distintas condiciones y procesos en los cuales se desarrolla todo trabajo, y, por otro lado, determinadas condiciones, procesos y medio ambiente de trabajo van a afectar (generar, mantener, potenciar) en el consumo abusivo de bebidas alcohólicas. En cuanto a los trastornos relacionados con los efectos directos del alcohol sobre el cerebro, también denominados trastornos inducidos podemos citar: intoxicación por el alcohol. abstinencia alcohólica, delirio por abstinencia, trastorno amnésico, síndrome de Wernicke-Korsakow con demencia, trastornos psicóticos, con delirios o alucinaciones, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos del sueño. Estos cuadros producen un descenso en el rendimiento del trabajo, aumento del absentismo, bajas por enfermedad y accidentes laborales. El consumo de alcohol puede ser causa de despido.

Bibliografía

- 1º. Ministerio de Sanidad y Consumo. Alcohol. Informes de la Comisión Clínica. 2007. 83-86
- 2º Alcoholismo y Farmacodependencia. J.S. Madden. Ed. Manuel Moderno 1986.
- 3º El alcoholismo en el trabajo como inadaptación laboral: una propuesta de reflexión, conceptualización e intervención. Esteban Agulló Tomás .Universidad de Oviedo
- 4º Manual de Psiquiatría legal y forense. J.J. Carrasco y J.M. Maza. Ed. La Ley 2003. 962-963
- 5º Psiquiatría Legal y Forense. S. Delgado Bueno. Ed. Colex. 1994. 375-376

Diferencias de género en el tratamiento de la dependencias de sustancias

OCHOA MANGADO, E.

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

Enviar correspondencia a:
Enriqueta Ochoa. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra Colmenar Km 9,100. 28034 Madrid. Tfno: 913368391. e-mail:eochoa.hrc@salud.madrid.org

Introducción

Numerosos factores han sido estudiados en relación con su implicación en la respuesta terapéutica de la dependencia de sustancias. Pocos son los trabajos que han tratado específicamente de contrastar en dicha vertiente la importancia del género. A la hora de estudiar esta variable se prefiere asumir más el concepto de género, más global ya que integra las connotaciones culturales, que el término sexo, de carácter puramente biológico. No se trata sólo de una cuestión terminológica, ya que precisamente las implicaciones culturales y sociales de género pueden proyectar diferencias.

Objetivos

Sobre una muestra amplia de seguimiento de pacientes adictos a opiáceos, se estudia la importancia predictora del factor género en la evolución del tratamiento. Igualmente y asumiendo la amplia implicación de variables socioculturales en la variable género, se plantea como segundo objetivo diferenciar qué características concretas están diferenciando ambos géneros.

Material y Métodos

1432 pacientes (83.1% varones y 16.9% mujeres) que sucesivamente y durante 12 años inician tratamiento con naltrexona en la Unidad de Toxicomanías. Estudio observacional retrospectivo, con diseño de grupo de tratamiento sin grupo control. Evaluamos el papel del género en la retención con la prueba de Mantel-Cox. Con tablas de contingencia se analizan las diferencias en función del género.

Resultados

La retención al año de iniciarse el tratamiento para el total es de 29.75%, siendo de 30.92% para varones y de 23.97% para mujeres. Esta diferencia al año es significativa según la prueba de Mantel-Cox (estadístico: 8.38; gl: 1; sign: 0.0038). Las mujeres presentan menor frecuencia de consumo y uso de la vía intravenosa para cocaína, menor frecuencia de consumo de alcohol, menor tiempo de consumo de heroína y mayor proporción consumen sólo heroína. Cuentan con menos parejas no consumidoras, dependen más de su pareja y con mayor frecuencia su pareja es consumidora, contando con menor apoyo para el tratamiento de una pareja no consumidora. Conclusiones: Existen diferencias relevantes respecto a las características del consumo, apoyo social y evolución del tratamiento según el género (sea varón o mujer). Los varones tienen mejor pronóstico que las mujeres en la población estudiada. Dichas diferencias parecen deberse al contenido sociocultural del concepto género.

Qualicert, un modelo plural de calidad: el referencial de calidad de servicio de CD QUALICERT-ASECEDI

OCHOA MANGADO, E.

Psicólogo Clínico. ACOAD Servicios Asistenciales. Director de CD "Zuria", Servicio Navarro de Salud

Enviar correspondencia a:

Juan Carlos Oria Mundín. ACOAD Servicios Asistenciales Av.San Jorge 81. 31012 Pamplona-Iruña. joria@aoad.org

Osasunbidea. ASECEDI.

Los centros de día de tratamiento de drogodependencias nacieron en España a mediados de los años 80, como una propuesta para completar los recursos existentes (centros residenciales y servicios ambulatorios). Desde el inicio, los diferentes recursos fueron dirigidos por profesionales, con un abordaje interdisciplinar y basados en conocimientos científicos. Durante la década de los 90 se produjo una rápida implantación en las redes asistenciales en todas la CC.AA. En diversos foros científicos del ámbito de las adicciones, profesionales y entidades mostramos interés por la constitución de una asociación que una vez consolidados los recursos, propiciase la mejora continua de los servicios prestados a las y los pacientes. Este proceso comenzó en Santiago de Compostela en 1993 y se consolidó en 2003 con la constitución de ASECEDI. Con objeto de garantizar esta mejora, ASECEDI incluyó en sus estatutos la exigencia de certificar la calidad asistencial, para ser socio de la entidad. Tras un estudio de los diferentes CD, y con objeto de facilitar a la gran diversidad de CD, ASECEDI optó por la Certificación de servicio mediante el sello QUALICERT del organismo de certificación del Grupo SGS. La Certificación de Servicio está regulada a través de la norma europea EN 45001 (Guía ISO 65) Con la certificación de servicio pretendemos:

- Mejorar la calidad de los servicios prestados
- Garantizar a los/las usuarios/pacientes la mejora constante de los servicios prestados
- Garantizar a los/las usuarios/pacientes la mayor información, transparencia, control y satisfacción.
- Diferenciar el servicio de los Centros de Día certificados.
- Garantizar a las administraciones públicas y a la sociedad en general la calidad de los servicios ofertados.
- Controlar y supervisar los requisitos de prestación del servicio.

La gran capacidad de adaptación de este modelo asistencial no implica una indefinición del recurso. Los CD de adicciones, son recursos de atención a personas con problemas de dependencia, con una orientación bio-psico-social y que permiten la monitorización y observación directa (y mantenidas durante un horario diurno suficientemente amplio) del comportamiento y evolución de los sujetos que acuden a ellos. Son centros integrados en una red asistencial más amplia. Están atendidos por equipos multidisciplinares al objeto de intervenir sobre los diferentes factores psicológicos, sociales, de salud y educativos susceptibles de actuación inmediata y de supervisión cercana y mantenida. La intervención está estructurada en torno a una cartera de servicios bien delimitada. Las vías de ingreso están definidas y explicitadas y los circuitos de derivación se encuentran coordinados y garantizados. Dependiendo del tipo de red en la que estén integrados, pueden incidir más en áreas terapéuticoeducativas, de incorporación socio-laboral o ambas. El certificado de servicio Qualicert para el "TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LAS DEPENDENCIAS EN CENTROS DE DÍA -ASECEDI", se estructura en torno a 6 características de calidad certificada y medios de aplicación:

- a. Accesibilidad e Instalaciones adecuadas
- b. Un equipo de profesionales multidisciplinar
- c. Atención y evaluación del usuario / paciente
- d. Realización de técnicas de tratamiento y asistencia de calidad contrastada
- e. Seguimiento de la satisfacción de los usuarios / pacientes
- f. Formación del personal

Posteriormente se desarrollan 15 subcaracterísticas, 46 detalles y sus correspondientes registros. El certificado se obtiene tras auditoria externa. Se desarrollan auditorías internas semestrales y anualmente una externa. Cada tres años debe renovarse el Certificado. Actualmente han obtenido el Certificado de Servicio Qualicert-Asecedi 10 centros.

Intervención ante el fracaso terapéutico en adicciones

PALACIOS AJURIA, L.

Fundación Instituto Spiral. Coordinador Asistencial.

Enviar correspondencia a:
Leandro Palacios Ajuria. c/ Marqués de Valdeiglesias, 2. 28004
MADRID. lpa@institutospiral.com

El alto porcentaje de adictos que abandonan prematuramente los tratamientos supone una realidad cuyas repercusiones afectan por igual a clínicos y a gestores sanitarios. De hecho, las numerosas dificultades implícitas tanto en el reclutamiento de adictos subsidiarios de asistencia profesional como en su adherencia a los procesos de recuperación no sólo cimientan la bien merecida fama que poseen las adicciones de ser problemas complejos de tratar sino también justifican la exigencia de capacitación clínica en este campo y generan una buena parte de la presión asistencial que soportan los profesionales, entidades y recursos que se dedican a dichas patologías. Puesto que conocer las causas principales de abandono permite circunscribir la intervención a objetivos neutralizadores del alta prematura, nos centraremos en aquellas actuaciones fundamentalmente psico y socioterapéuticas factibles en entornos profesionales diversos como los centros ambulatorios, los centros de día y los centros residenciales. Se intentará además desarrollar algunas de las principales técnicas e instrucciones para prevenir el fracaso del tratamiento mediante acciones y actuaciones concatenadas que incluyan protocolos de intervención ante un deseo o un intento de claudicación, una crisis motivacional y cualquier otra incidencia que haga peligrar la continuidad terapéutica. También se hará lo propio con la manera de hacer copartícipe de dicha intervención a la familia del paciente si ello resultase viable. Por motivos de brevedad y de ajuste al espíritu práctico de la ponencia, se tendrán principalmente en cuenta las etapas iniciales del tratamiento pues durante las mismas "éxito" resulta un sinónimo de adherencia - que no de "retención" en su sentido más peyorativo e incondicional - y "fracaso" de abandono precoz. Ello es debido a que, si bien una tasa de pacientes consigue un restablecimiento temprano que se mantiene en el tiempo incluso tras su abandono prematuro, sin un margen temporal suficiente que permita que las medidas de intervención den fruto resultará inviable alcanzar objetivos de mayor calado terapéutico.

Recursos en la intervención en adicciones: tratamientos ambulatorios y tratamientos residenciales

PALACIOS SANIBO, M.

Psicóloga. Comisionado Regional para la droga.

Enviar correspondencia a:
Mercedes Palacios Sanibo. c/ Mieses, 26. 47009 Valladolid.
palsanme@jcy.es

Las drogodependencias es un fenómeno complejo y en continua evolución e íntegramente relacionado con el modelo social en que vivimos, sobre el que inciden múltiples determinantes y del que se derivan muy diversas consecuencias para el individuo y la sociedad. Tanto la aparición de personas con problemas de abuso de drogas, como la respuesta que se da a ese problema, tienen que ver con el modelo socio-económico-político en que nos hallamos. A medida que este complejo problema se ha ido incorporando a las sociedades modernas, se han ido diseñando y poniendo en marcha diferentes iniciativas o recursos tendentes a solucionarlo o a minimizar algunos de los síntomas del problema. Desde que irrumpieron los consumos de heroína en España, en que el único recurso asistencial que había a disposición de los drogodependientes eran las comunidades terapéuticas, se han producido progresos muy notables a nivel teórico y metodológico en relación con el tratamiento de las drogodependencias,

también en ámbitos como la formación de los profesionales, la dotación de los recursos asistenciales, los sistemas de información y evaluación, etc. Unos avances que se han traducido en la consolidación de una red asistencial amplia, diversificada y suficiente (que comparte los mismos principios programáticos) y en un incremento notable de la calidad de los servicios prestados a los pacientes. También en los últimos años se ha establecido un amplio consenso a nivel técnico y político respecto a la pertinencia de integrar y normalizar las redes asistenciales para el tratamiento de las drogodependencias en los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales, con el fin de evitar la estigmatización de los drogodependientes, optimizar y racionalizar los recursos existentes y mejorar la calidad de la atención prestada, proporcionando un acceso a más y mejores prestaciones y posibilidades terapéuticas. La Ley 3/2007, de 7 de marzo, por la que se modifica la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, define el Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE) como una red asistencial de utilización pública diversificada, que integra, de forma coordinada, centros y servicios generales de los sistemas sanitarios y de acción social y especializados para el tratamiento de las drogodependencias. Por su parte, el V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2005-2008), establece, a través de su estrategia la ordenación y funciones de los dispositivos y servicios, que configuran el circuito terapéutico para la asistencia al drogodependiente, en tres niveles funcionales de intervención escalonados según su grado de especialización y de accesibilidad. El Primer Nivel constituye la principal puerta de entrada al Sistema. Sus principales cometidos son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a los servicios especializados para iniciar tratamiento y la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas del drogodependiente y de su familia. Los recursos que forman parte de este nivel pertenecen a dos categorías diferenciadas: recursos generales del nivel de Atención Primaria de Salud y de Acción Social y recursos específicos con programas diversos de baja exigencia: Equipos de Atención Primaria de Salud (EAPS). Centros de Acción Social (CEAS). Centros Específicos de Primer Nivel (CEPN). Servicios de Orientación y Asesoramiento a drogodependientes en Juzgados. Programas de reducción de daños para drogodependientes (Programas de mantenimiento con opiáceos de baja exigencia, Servicios móviles, Servicios de emergencia social, etc.). El Segundo Nivel es el eje en torno al cual se vértebra buena parte del proceso de asistencia al drogodependiente. Estos dispositivos, además del diseño y desarrollo de planes individualizados de tratamiento especializado, asumen la coordinación con otros dispositivos asistenciales del Sistema. De hecho, los centros específicos de atención ambulatoria a drogodependientes (CADS) actúan como recursos de referencia para el tratamiento ambulatorio de las drogodependencias. Los recursos que forman parte de este nivel presentan diferente grado de especialización, pudiendo agruparse en dos categorías: recursos especializados de carácter general (Equipos de Salud Mental de Distrito) y Recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias (CADS, UTAS, Centros de día para drogodependientes y programas asistenciales en centros penitenciarios). El Tercer Nivel está compuesto por recursos específicos con un elevado grado de especialización, que permite una respuesta asistencial intensiva, para el tratamiento de las drogodependencias. Se accede a ellos por derivación de los dispositivos del segundo nivel. Son recursos propios de este nivel las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), Unidad de patología dual, Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes (CTD), Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos (CRA), Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP). En la actualidad una parte muy importante de la asistencia e integración a drogodependientes recae en centros específicos acreditados dependientes de entidades privadas sin ánimo de lucro. Es necesario reforzar ahora los mecanismos de coordinación e integración funcional de estos centros en el Sistema de Salud y de Servicios Sociales de Castilla y León para optimizar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones. Pero existe un elemento a mayores que obliga a llevar a cabo una nueva adaptación funcional de los programas asistenciales, como es la centralidad, que los pacientes/usuarios de los servicios de tratamiento, tienen en la organización de las respuestas asistenciales de las organizaciones que apuestan por la gestión de calidad. Así, la gestión de calidad obliga a establecer una "Cartera de servicios" a los que el paciente accede libremente, en función de sus necesidades o preferencias, cartera a partir de la cual se construye o elabora el Plan Individualizado de Tratamiento. Avanzando en esta línea, en Castilla y León se está trabajando, impulsado por el Comisionado Regional para la Droga y de común acuerdo con las entidades asistenciales acreditadas, en la mejora de la calidad de los servicios, a través de "Guías de procesos y procedimientos" que integran toda la actividad de los tratamientos ambulatorios y residenciales, así como los flujos que siguen los pacientes y las interrelaciones existentes entre el conjunto de servicios específicos que participan directamente en el tratamiento de las drogodependencias, así como una serie de medidas tendentes a la mejora de la comunicación y coordinación de los profesionales de los distintos recursos específicos implicados en el proceso asistencial. Y todo ello no sólo para una mejor gestión de los recursos sino especialmente para una mejor asistencia al usuario. Las estrategias de intervención en los equipos de tratamiento se deben basar en intervenciones flexibles y adaptadas a la situación particular de cada usuario en cada momento, con decisiones terapéuticas surgidas del diálogo entre el profesional y el usuario, en un clima de cooperación, y donde el usuario es sujeto activo de su proceso, tanto en la definición de los objetivos como en la forma de llevarlos a cabo.

Concluyendo, el empeño de la asistencia, como área de intervención que es, supone atender las demandas derivadas del consumo de drogas desde una red de atención ágil, amplia, integrada y normalizada en los sistemas públicos de salud y servicios sociales, abierta a todas las intervenciones que se hayan demostrado útiles y estén científicamente avaladas y que permita ofrecer una respuesta asistencial adecuada a las necesidades de la población drogodependiente, garantizando la equidad en toda la comunidad de Castilla y León. La integralidad de la respuesta, es una condición indispensable para enfrentar al problema de la droga con eficacia, por lo que estamos apostando por el acompañamiento terapéutico a las personas con consumo problemático de drogas, en un enfoque biopsicosocial de intervención y comprensión del fenómeno, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción.

Ventajas de la aplicación del EFQM en la gestión de un centro de drogas

PÉREZ SANZ, T.

Centro de Atención Integral a las Drogodependencias.
Ayuntamiento de Getafe. Jefe de Negociado.

Enviar correspondencia a:
Teotiste Pérez Sanz. Centro de Atención Integral a las Drogodependencias. Ayuntamiento de Getafe. Plaza Juan Vergara s/n.
28904-Getafe (Madrid). Mteotiste.perez@ayto-getafe.org

Introducción

Desde la puesta en marcha de los primeros recursos de prevención y atención de las drogodependencias en la Comunidad de Madrid (década de los 80) se ha carecido de la necesaria protocolización y estandarización en las intervenciones. Además, la gestión de los centros se ha realizado sin la pertinente acreditación ni homologación de los mismos, no pudiendo realizar la evaluación de los resultados ni comparar la efectividad inter e intra-centros, desconociendo qué funciona y qué no de las diversas actuaciones de los profesionales. Esta realidad impuso en la dirección del CAID del Ayuntamiento de Getafe la necesidad de gestionar el centro de tal manera que tuvieran respuesta todas las incógnitas mencionadas, al tiempo que se obtuvieran resultados objetivables, tanto en términos de eficacia como de eficiencia en el abordaje de las demandas de nuestros clientes. Para esta ambiciosa tarea hemos aplicado el modelo de gestión de calidad EFQM, obteniendo en 2006 la certificación ISO 9001, y recientemente el Sello de Excelencia Europea "+ de 400 puntos".

Material y metodología

El liderazgo político y técnico determinan la Misión y la Visión del CAID, y ponen en marcha una Planificación Estratégica orientada a su consecución. Para ello, la dirección reorienta la estructura organizativa a nivel horizontal, según se desarrollan los procesos y bajo la gestión de propietarios o gestores de los mismos, que son los profesionales. Los seis mecanismos clave para gestionar el CAID son:

- La gestión por procesos
- La norma ISO 9001.2000
- El Comité de Calidad
- Las reuniones funcionales en la multidisciplinaridad de los profesionales
- La gestión de objetivos a través de indicadores
- Los grupos de mejora continua.

Se diseñó una aplicación informática (AZERTIA) para registrar los indicadores de proceso y resultados objetivables.

Resultados y discusión

En la presentación mostramos, aparte de la materialización de los principios del EFQM en la práctica diaria de nuestro trabajo, algunos de todos los resultados registrados. Estos resultados están publicados en la "Memoria C.A.I.D. Getafe 2007", y presentados según términos del EFQM. Así, por ejemplo:

- En el apartado resultados en los clientes: comparando los cuatro últimos años, encontramos que mantenemos el 100% de la demanda atendida, disminuimos el tiempo de espera de 15 a 10 minutos, disminuye a 2 días el tiempo de 1ª consulta,...
- En resultados en las personas: según la encuesta de satisfacción del profesional, la media de satisfacción global de los profesionales es de 7,10 sobre 10 puntos, y solamente 2 profesionales de 27 puntúan su satisfacción por debajo de 5.
- En resultados clave: la comparativa del número de usuarios atendidos en cada CAID en el año 2006 (no hay datos posteriores) muestran cómo el CAID de Getafe es el centro con más pacientes atendidos en el año y con mayor media mensual de pacientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid, con excepción los CAIDs de la capital. En cuanto al número de altas terapéuticas, en relación a la salidas, se aprecia un repunte de mejora en el 2007 en el que alcanzamos el 49% de rehabilitaciones,.....

Estudio de costes de los tratamientos a enfermos drogodependientes de Galicia

PLAZA, M.*; CARRERA, I.**

*A.C.L.A.D. Coruña, Director-gerente;

**Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, Jefe de Servicio de Asistencia, Formación e Investigación

Enviar correspondencia a:

Miguel Plaza, La Ermita nº 2 – 15008 de A Coruña ; e-mail: miguel.plaza@asoc-aclad.es

I. Modelo asistencial actual

Situación de la red asistencial

Objetivos

II. Metodología:

Fuentes de información

III. Resultados y conclusiones:

Estimación de los gastos asistenciales: red, unidad de día, comunidad terapéutica y por tipología de gastos.

I. Modelo asistencial actual

En la actualidad la red gallega de atención al enfermo drogodependiente efectúa las siguientes modalidades de tratamiento: ambulatorio, semirresidencial y residencial. Estas modalidades de tratamiento se desarrollan a través de las siguientes tipologías de dispositivos:

- Unidades Asistenciales Drogodependencias/Alcoholismo
- Servicios tipo Dispensario
- Unidades móviles para administración de metadona
- Unidades de Día
- Comunidades Terapéuticas
- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria
- Centros colaboradores para administración de metadona (Centros de Salud y Oficinas de Farmacia)
- Servicios médicos de Entidades Penitenciarias

Mediante el siguiente trabajo pretendemos estimar el gasto que comporta la atención sanitaria al colectivo drogodependiente en la red del Plan de Galicia sobre Drogas (año 2007) y determinar las tipologías de gasto en la red asistencial de drogodependencias: características del gasto según el dispositivo asistencial (unidades ambulatorias, comunidades terapéuticas y unidades de día).

II. Metodología

En relación a la metodología y fuentes de información, se han empleado las siguientes:

1. Modelos estandarizados de memorias económicas anuales para obtención de datos sobre las distintas tipologías de gasto en cada centro asistencial, con ajustes en diversas partidas por no implicar gasto.
2. Sistema de Evaluación Asistencial para obtención de indicadores de volumen asistencial y de carga asistencial.
3. Recetas del Servicio Gallego de Saúde con las prescripciones de fármacos realizadas por los facultativos de la red para estimación del gasto farmacéutico.
4. Coste de exploraciones complementarias: estimación en base al Catálogo de Programas Asistenciales, datos de SAA e técnica grupo nominal con profesionales de la red (médicos).
5. Gasto realizado por la Unidad Central de Elaboración y Distribución de derivados opiáceos (UCED).

III. Resultados y conclusiones

El primer dato obtenido del presente estudio es el gasto por paciente/año dentro de la red asistencial gallega, el cual en el 2007 ascendió a 1.285,90 €, siendo el gasto de personal el de más relevancia dentro de la tipología de gastos (61,53%), seguido de los gastos en productos farmacéuticos sanitarios (22,77%) y servicios exteriores (13,41%) Por unidades asistenciales, el gasto por paciente ascendió a 714,55 €, siendo el concepto de personal, con un 79,25%, la partida más elevada, seguida por servicios exteriores con un 17,60 %. En relación a las comunidades terapéuticas, el gasto por paciente arroja una cifra de 6.071,81€, situándose el concepto de personal en el 74,48% y el de servicios exteriores en el 15,78%. Por último, en las unidades de día el gasto por paciente ascendió a 3.414,22€, con un 82,52 % del total de gasto dedicado a personal y un 15,15% a servicios exteriores. Dada la práctica de intervención directa con paciente basada, fundamentalmente, en el apoyo de los distintos profesionales, el concepto de gasto de personal se revela como el concepto más importante de la estructura de gastos dentro de la red asistencial gallega. Esta misma estructura se mantiene en los distintos dispositivos asistenciales, ya que estos dispositivos basan su atención en la intervención directa con los pacientes y presentan una menor rotación de los mismos debido, fundamentalmente, a las respectivas modalidades de tratamiento. La tendencia del predominio de este tipo de gasto se puede ver incrementada debido a la necesidad de incorporar personal especializado, principalmente en las Comunidades Terapéuticas. Respecto de los otros componentes del gasto en los dispositivos asistenciales, las variaciones vendrían dadas por la aparición de nuevos fármacos que podrían incrementar la partida de prescripciones farmacéuticas, y por el efecto que un incremento en el IPC produciría en el apartado de servicios exteriores.

Nuevas alternativas para la integración sociolaboral

PORTILLA SERRANO, F. J.

Coordinador del Área de Inserción Laboral de Cáritas Diocesana de Salamanca y miembro del Patronato de la Fundación Salamanca Integra

Enviar correspondencia a:
Francisco Javier Portilla Serrano. Cáritas Diocesana de Salamanca. Centro de Promoción y empleo. c/ Rector Lucena, 15, bajo. 37002 Salamanca. empleo@caritasalamanca.org.

Introducción

La perspectiva tradicional de los itinerarios de inserción sociolaboral de personas en situación de exclusión social y, más en concreto, de personas con problemas de drogodependencia, suele encontrar dificultades serias en los momentos finales del itinerario, en los que se debe dar el salto desde los programas de acompañamiento y formación al empleo propiamente dicho, a la puesta en marcha de las destrezas, habilidades y actitudes supuestamente adquiridas a lo largo del proceso. Esas dificultades, relacionadas fundamentalmente con el nivel de productividad exigido por el mercado laboral ordinario suelen ser fuente de frustraciones, de fracasos en las inserciones y, con frecuencia, de recaídas o de retorno a fases previas del proceso que se creían ya superadas. A esta realidad intentan responder las denominadas "Empresas de Inserción" que no son otra cosa que estructuras formativo – empresariales que establecen una relación laboral convencional con las personas en proceso de inclusión para favorecer el acceso al empleo desde una actividad productiva "tutelada".

Desarrollo

La publicación en el Boletín Oficial del Estado de la Ley 44-07 de 13 de diciembre para la regulación del régimen de las empresas de inserción viene a reconocer la realidad y la eficacia de ese tipo de alternativas para la inserción sociolaboral de las personas en situación de exclusión social, partiendo de la constatación de que "el empleo es y será para los más desfavorecidos y excluidos uno de los principales vectores de inserción y una forma de participación en la actividad de la sociedad" . Cáritas Diocesana de Salamanca y la Fundación Salamanca Integra llevan tiempo apostando por la incorporación de personas en situación de exclusión social a través de itinerarios personalizados en los que cada persona pueda tener a su disposición una serie de recursos que se van secuenciando y adaptando a las necesidades individuales y que culminan con una experiencia de trabajo

en la que se asume el déficit de productividad provocado por las dificultades que han provocado la exclusión del sistema y en la que, a través del acompañamiento y del trabajo tutelado se pueda llegar a un nivel de empleabilidad óptimo y acorde con las exigencias del mercado laboral. Desde la perspectiva de las empresas de inserción, la fase final del proceso se afronta desde dentro del propio sistema, desde estructuras tan básicas como las empresas y entendiendo el empleo no solo como fin, también como medio que proporciona estabilidad, autoestima, confianza, afrontamiento de conflictos, recursos económicos, etc. Aun en periodos de dificultades económicas y laborales tan acentuadas como en el momento actual, el empleo se sigue constituyendo como un elemento fundamental del concepto de ciudadanía: puede que no sea una garantía suficiente pero sí es una condición necesaria para la incorporación real y en condiciones de igualdad a la sociedad en la que vivimos.

Gasto público en Europa generado por drogodependencias

PRIETO, L.

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal.

Enviar correspondencia a:
Luis.Prieto@emcdda.europa.eu

Introducción

El término «gasto público» se refiere al valor de los bienes y servicios adquiridos/utilizados por el Gobierno de un país con vistas a ejecutar cada una de sus funciones. La cuantificación del gasto público relacionado con la droga es un primer paso para realizar una evaluación económica de las intervenciones de política sobre drogas. Uno de los objetivos de la Unión Europea (UE) en la lucha contra la droga es obtener estimaciones del gasto público relacionado con ellas. Para probar una metodología común de cuantificación, este trabajo reunió las cifras de gasto público en el año 2005 proporcionadas por los países de la UE y otros socios del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

Material y método

La metodología propuesta tiene dos componentes: el gasto «consignado» (cifras en las cuentas oficiales de los gobiernos sobre gasto planificado), y el gasto «no consignado» (estimación de otros gastos no identificados inicialmente como relacionados con el problema de las drogas). Ambos gastos fueron identificados por la red de puntos focales nacionales (PFN) del OEDT (27 Estados miembros de la UE, Noruega y países candidatos a la UE) durante el año 2007. Para el gasto consignado se elaboró una lista con todos los fondos, relacionados con la droga, encontrados tras revisar los presupuestos y/o las cuentas de las administraciones públicas del ejercicio 2005. Los gastos identificados se clasificaron mediante la Clasificación Internacional de las Funciones del Gobierno (COFOG), y la división de programas (prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños) propuesto por Reuter. Para el gasto no consignado se utilizaron enfoques de modelado basados en la identificación de «proporciones atribuibles».

Resultados

Veintitrés (77%) de un total de 30 países proporcionaron cifras de gasto consignado. Nueve (30%) notificaron gasto no consignado sobre aspectos de orden público y seguridad, y 6 (20%) sobre aspectos sanitarios. Se identificaron cifras totales de gasto (consignado y no consignado) en 11 países, que agregadas ascendieron a 15.400 millones de euros. Según estos datos, se estimó que en 2005 el gasto público total relacionado con la droga en Europa fue de 34.000 millones de euros, equivalente al 0,3% de la suma del PIB de todos ellos. Esto significa que, de media, por cada millón de euros del PIB de un país europeo, el gasto público en asuntos relacionados con la droga fue de 3.000 euros, lo que representa un gasto medio de 60 euros por ciudadano europeo al año.

Discusión

Aunque las líneas presupuestarias sobre las cuestiones relacionadas con las drogas son aún demasiado genéricas, demasiado agregadas, supra-incluyentes o simplemente no identificables; en general, los países analizados disponen de una cantidad y una calidad de información considerables sobre el gasto público relacionado con la droga. La metodología propuesta en este trabajo para obtener las estimaciones del gasto público resultó factible y científicamente consistente. En todo caso, las limitaciones del estudio ponen de relieve la necesidad de mejorar en el futuro las estimaciones realizadas.

Aportaciones del indicador urgencias y mortalidad relacionadas con el consumo de drogas

RAMÍREZ DE MOLINA, V; LLORENS ALEIXANDRE, N;
SÁNCHEZ MAÑEZ, A.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo

Enviar correspondencia a:
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas,
Sánchez Máñez, A. asanchezm@msc.es

Introducción

Los indicadores de Mortalidad y Urgencias forman parte del Sistema Estatal de Información Permanente sobre adicciones a drogas (SEIPAD). El indicador mortalidad recoge información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas. Empezó a funcionar de forma sistemática en 1990 en las principales áreas urbanas, actualmente su cobertura es prácticamente la mitad de la población española y ha ampliado el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva. El indicador de Urgencias recoge información sobre los episodios de urgencias en los que se menciona el consumo no médico de sustancias psicoactivas. Aunque se viene recogiendo desde el año 1987, se han producido algunos cambios en los hospitales y áreas geográficas monitorizadas así como en la definición del indicador a largo del tiempo.

Metodología

Mortalidad. Los casos son seleccionados si existen antecedentes de consumo reciente de sustancias psicoactivas (evidencias clínicas, signos físicos externos, presencia de sustancias psicoactivas o utensilios para consumirlas en el lugar de fallecimiento, consumo reciente referido por familiares). También se incluyen aquellos casos en los que existen análisis toxicológicos positivos, hallazgos anatomopatológicos compatibles o existe un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva. Las fuentes de información fundamentales son los forenses e institutos de toxicología. **Urgencias.** Se realiza una recogida activa en los Hospitales seleccionados (con un número alto de urgencias o proporción alta de urgencias en consumidores de drogas) durante una semana al mes. El equipo de recogida de datos selecciona los casos en los que se refiere en la historia clínica el consumo no médico de una sustancia psicoactiva y cumplimenta una hoja de registro que es posteriormente codificada y grabada a nivel autonómico.

Resultados

El número de muertes en las 6 ciudades principales del país (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza, Bilbao), aumentó drásticamente entre 1983 (82 muertes) y 1991 (579), habiendo disminuido de forma progresiva desde entonces (215 muertes en 2006) En el caso del indicador urgencias, los cambios en el número de hospitales monitorizados en cada área, los cambios en las zonas de referencia de los hospitales y algunos cambios del indicador, dificultan las comparaciones temporales en números absolutos. La proporción de muertes en las que se detectan exclusivamente opioides ha disminuido de forma paula-

tina desde un 21,6% en el periodo 1983-1989 a un 9,1% en 1998-2001, un 6,5% en el periodo 2002-2004 y un 4,4% en 2005-2006. Al contrario que sucede con los opioides, la proporción de fallecidos en los que se encuentra solo cocaína ha aumentado mucho desde un 0,6% en el periodo 1983-1989 a un 3,2% en 2001, un 15% en 2004 y un 18,5% en 2006. El indicador urgencias, por su parte, pone de manifiesto una disminución de la proporción de urgencias por reacción aguda a sustancias con mención a heroína desde un 62,5% en 1996 hasta un 21,8% en 2006 y un incremento en la proporción de urgencias en las que se menciona el consumo de cocaína desde un 27,4% en 1996 hasta un 59,2% en 2006. La proporción de muertes por reacción aguda en las que el forense aprecia signos recientes de venopunción ha pasado de un 89,6% en 1996 a un 40,6% en 2006. La prevalencia de infección por VIH entre los muertos por reacción aguda a opiáceos o cocaína (la mayoría de ellos inyectores) muestra una tendencia ligeramente descendente (52,3% en 1996, 47,3% en 2002 y un 36,9% en 2006)

Discusión

Los indicadores que integran el SEIPAD nos proporcionan información sobre la evolución del consumo problemático de sustancias, permitiéndonos monitorizar tanto la magnitud del problema (número de casos) como los patrones de consumo y las características sociodemográficas de los consumidores. Esta información tiene una gran importancia en el diseño y evaluación de políticas y programas destinados a reducir el consumo de sustancias psicoactivas y sus problemas relacionados. Otra aportación fundamental de estos indicadores es que pueden ser fuente de hipótesis para iniciar nuevos estudios y proporcionar información para realizar estudios de estimación de la prevalencia de consumo de algunas drogas ilegales. Los indicadores de urgencias y mortalidad tienen además un papel relevante, aunque aún no desarrollado completamente en el momento actual, en la vigilancia epidemiológica.

Lo impulsivo y lo adictivo: alcohol, juego y parafilia; a propósito de un caso

RAMÍREZ LÓPEZ, J.

Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Huelva. Médico Psiquiatra. Coordinador Asistencial.

Enviar correspondencia a:
Juan Ramírez López, SPDA, c/ Cantero Cuadrado s/n, 21004 Huelva, e-mail: jramirez@diphuelva.org

La impulsividad forma parte de la vida humana, siendo esta a veces adaptativa y funcional y portanto adecuada para la resolución de situaciones conflictivas, y en otras ocasiones lo que provoca son dificultades para la persona o para el entorno de la misma por lo que estaríamos ante una impulsividad desadaptativa y disfuncional y por tanto patológica (Dickman et al, 2000). Moeller (2001) define la impulsividad patológica como: "La predisposición a reacciones rápidas no planificadas a estímulos externos o internos, sin consideración de las consecuencias negativas de esas reacciones para el individuo impulsivo o para los demás".

La impulsividad no constituye una categoría diagnóstica independiente en las clasificaciones nosológicas actuales (DSM-IV-TR, CIE-10), pero si es un rasgo presente en muchos trastornos de personalidad y también una característica, estado, clave en muchas patologías psiquiátricas (trastornos adictivos, tdah, trastornos del control de los impulsos, parafilias, trastorno bipolar, trastorno de conducta, suicidio).

Según las últimas investigaciones neurobiológicas todos estos trastornos comparten junto con la impulsividad elementos comunes en sus bases neurobiológicas (serotonina, dopamina, noradrenalina, gaba, glutamato, cannabinoides) así como los sustratos neuroanatómicos (núcleo accumbens del estriado, la región basolateral de la amígdala y la corteza orbitaria prefrontal), de tal modo que podemos presuponer que aquellos agentes farmacológicos capaces de disminuir la conducta impulsiva podrían contribuir al tratamiento de estos trastornos.

Desde esta perspectiva presentamos el caso que nos ocupa: Lo impulsivo y lo adictivo: Alcohol, juego y parafilia, a propósito de un caso. Donde se describe el caso de un varón joven con un diagnóstico de trastorno por dependencia de alcohol, juego patológico y parafilia y se analizan las estrategias diagnósticas y terapéuticas llevadas a cabo así como las hipótesis etiopatogénicas del mismo y las posibles relaciones entre los diagnósticos comórbidos, todos ellos pertenecientes al espectro impulsivo.

Potencial terapéutico de los cannabinoides en psicosis

RAMOS ATANCE, J.A.

Catedrático del Departamento de Bioquímica y Biología Molecular.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Avenida de la
Complutense s/n. Ciudad Universitaria. Madrid-28040.

Enviar correspondencia a:
José A. Ramos Atance. Departamento de Bioquímica y Biología
Molecular. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Ave-
nida de la Complutense s/n. Ciudad Universitaria. Madrid-28040.
Correo electrónico jara@med.ucm.es

La alteración en la funcionalidad del sistema cannabinoide previamente existente en el organismo o producida por el consumo de cánnabis puede estar relacionada con la aparición y/o el desarrollo de psicosis. La esquizofrenia es una enfermedad cuya etiología está asociada a perturbaciones producidas durante el desarrollo del sistema nervioso central, y el sistema cannabinoide participa en la regulación de la diferenciación de las células progenitoras neuronales. Así, durante la corticogénesis, la actuación de la anandamida es indispensable para la especificación de las neuronas corticales y en la ejecución de los patrones de conectividad entre neuronas. La inhibición de la síntesis de este compuesto atenúa la diferenciación neuroquímica de las células piramidales y conduce a una prematura formación de las correspondientes sinapsis. (Mulder et al, 2008). El que el sistema cannabinoide pueda estar implicado en la esquizofrenia induce a pensar que su vuelta

a la normalidad pueda servir para curar a los pacientes, o al menos para el tratamiento de alguno de los síntomas que caracterizan esta enfermedad. Los antagonistas selectivos de los receptores CB1, rimonabant y AM251, pueden tener un perfil antipsicótico, dado que revierten la alteración de la inhibición prepulso (PPI), producida por la administración de fenciclidina. La recuperación es comparable a la producida por clozapina. Sin embargo, en el único artículo existente en la literatura sobre el tema, no se hallaron diferencias significativas entre pacientes esquizofrénicos y controles tras la administración de rimonabant (Meltzer et al, 2004). Estudios realizados en modelos animales sugieren que el cannabidiol (CBD) posee propiedades antipsicóticas con un perfil farmacológico similar al de los antipsicóticos de segunda generación. Los estudios realizados en humanos también sugieren un perfil antipsicótico para el CBD, salvo en el caso de pacientes resistentes. La mejoría es similar a la obtenida con amisulpride, pero disminuyen los efectos secundarios producidos por este último (síntomas extrapiramidales, hiperprolactinemia, aumento de peso) (Leweke et al, 2005).

El tratamiento con cannabidiol de pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson, acompañada de psicosis durante un periodo superior a tres meses, muestra una disminución significativa de los síntomas psicóticos, sin que empeore la función motora, ni se observara la aparición de efectos adversos. (Zuardi et al, 2008). En cuanto a la posible utilización en el tratamiento de la esquizofrenia de otros compuestos relacionados con el sistema cannabinoide, los estudios que se vienen realizando en modelos animales abren la puerta a la aplicación en un futuro no muy lejano de inhibidores de la recaptación de endocannabinoides o de inhibidores de la actividad de las enzimas relacionadas con su degradación.

Referencias

- Leweke AJ, Koethe D, Gerth CW, Nolden BM, Schreiber D, Hänsel A, et al. (2005). Cannabidiol as an antipsychotic: a double-blind controlled clinical trial on cannabidiol vs amisulpride in acute schizophrenics. 2005 IACM 3rd Conference on Cannabinoids in Medicine. Leiden, The Netherlands, 9-10 September 2005.
- Meltzer HY, Arvanitis L, Bauer D, Rein W. (2004). Placebo-controlled evaluation of four novel compounds for the treatment of schizophrenia and schizoaffective disorders. *Am J. Psychiatry* 161:975-84.
- Mulder J, Aguado T, Keimpema E, Barabás K, Ballester CJ, Nguyen L et al. (2008). Endocannabinoids signaling controls pyramidal cell specification and long-range axon patterning. *Proc Natl Acad. Sci USA*. 105:8760-5.
- Zuardi AW, Crippa JAS, Hallak JEC, Pinto J, Chagas M, Rodrigues G et al (2008). Cannabidiol for the treatment of psychosis in Parkinson's disease. *J. Psychopharmacol.* Nov 21 (Epub ahead of print).

Instrumentos de evaluación de costes asistenciales: DAT-CAP

REBOLLO, P.*; CUERVO, J.**; FERNÁNDEZ, L.***

*Director Científico. BAP Health Outcomes. Oviedo._**Project Manager. BAP Health Outcomes. Oviedo._***Project Manager. BAP Health Outcomes. Oviedo.

Enviar correspondencia a:
Pablo Rebollo. Director Científico. BAP Health Outcomes. Pg.Ind.
Espíritu Santo. Parc, 37, 1º B. 33010. Oviedo. pablo@baphealth.com

En las últimas décadas se han realizado numerosos intentos para clasificar los trastornos por abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas (CIE de la Organización Mundial de la Salud y DSM de la Asociación de Psiquiatría Americana), que no han conseguido categorizar adecuadamente la gravedad clínica de los pacientes. También ha habido problemas a la hora de recoger esta gravedad clínica a través de diferentes cuestionarios, aunque el equipo de McLellan de Filadelfia desarrolló hace ya algún tiempo un índice, el Addiction Severity Index (ASI) que viene imponiéndose como el sistema mejor de diagnóstico y evaluación de la gravedad de los problemas relacionados con la adicción. En nuestro país recientemente se ha realizado la validación de la última versión de este cuestionario, el ASI-6. La gestión clínica de nuestras unidades asistenciales está tomando mucha importancia y resulta cada vez más necesario disponer de instrumentos que permitan, en la práctica clínica habitual, realizar diagnósticos y evaluaciones de la gravedad clínica de nuestros pacientes, así como una evaluación de las necesidades de cuidados y tratamientos que presentan y una comparación de los diferentes programas de tratamiento y rehabilitación de toxicomanías. Por otro lado, cada vez son más utilizadas las evaluaciones económicas en el marco de la evaluación de resultados de intervenciones sanitarias. Sin ser el criterio "guía", estas evaluaciones persiguen proporcionar criterios suplementarios a la efectividad de la intervención que se considera para devolver niveles aceptables de salud al paciente. Aunque se han desarrollado diversas técnicas para evaluar programas en el ámbito de la atención primaria, en el caso de las adicciones el desarrollo metodológico es muy pequeño. Recientemente French et al ha planteado una metodología novedosa para el análisis coste-beneficio del tratamiento de adicciones. El método plantea la utilización de un sistema informatizado de evaluación del coste de los servicios implicados en el tratamiento de la adicción, denominado DATCAP y la utilización del cuestionario ASI para la evaluación del beneficio. El ASI facilita, a partir de la información reportada por el paciente en el momento de entrada en el programa y después de un tiempo variable, la cuantificación de los cambios en ese periodo de tiempo que pueden ser atribuibles al programa que se esté evaluando en cada caso. El DATCAP es una sencilla aplicación informática que facilita la estimación de los costes de los diferentes servicios o unidades de atención a la adicción. El instrumento está estructurado en diferentes categorías: personal, suministros y materiales, servicios contratados, edificios e instalaciones, equipamientos y otros costes. El DATCAP se centra en el concepto de coste de oportunidad, que hace referencia al gasto requerido para conseguir el recurso de acuerdo a su uso actual o, alternativamente, al valor del recurso en su utilización ideal. El DATCAP permite una estimación del coste total anual por categorías individuales así como el coste total del programa de atención a la adicción. También permite el cálculo del coste medio del tratamiento considerado por individuo tratado y el coste de cada episodio de tratamiento, facilitando así la comparación entre programas.

Avances y dificultades en la implantación del modelo de prevención familiar del consumo de drogas en Castilla y León

REDONDO MARTÍ, S.*; DE LAS HERAS RENER, M^a D.**;
SANTOS GOÑI, M.***; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, F.****

Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Droga. Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad.

Enviar correspondencia a:
Susana Redondo Martín. Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León. C/ Mieses 26. 47009 Valladolid. E-mail: redmarsu@jcy.es

Introducción

El Consumo de drogas comienza a los 13 años iniciándose con tabaco y alcohol. Los consumos se producen en el contexto del ocio y existe una potente asociación entre jóvenes, diversión y consumo de alcohol y otras drogas. La familia es el primer y principal ámbito educativo y socializador de que disponen los adolescentes, marcando de forma importante los principales hábitos de vida. Posteriormente el grupo de iguales va incrementando su influencia a la par que disminuye la de la familia y en este momento aparece el modelo asociado diversión-joven-consumo. Sin embargo aunque los jóvenes en la actualidad parecen desvinculados de la familia, en el último estudio del INJUVE el 80% de los encuestados declara que está es lo más importante.

Material y método

Desde el año 2003, la Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León impulsa un modelo escalonado y enlazado de prevención familiar, cubriendo las necesidades en función del riesgo de las familias o de sus hijos. El programa "Moneo" de prevención universal, es de corta duración e interviene sólo con padres. Los programas de prevención selectiva "Dédalo" y "Alfil" trabajan con familias con factores de riesgos; su intensidad y duración es mayor (20 y 16 sesiones), y trabajan con padres e hijos. Estos tres programas intervienen con familias de hijos con edades previas al inicio del consumo (9-13 años). Los programas de prevención indicada intervienen con adolescentes y jóvenes de hasta 21 años que presentan problemas con el consumo de drogas; son programas psicoeducativos (media 9 meses duración) y con intervención individualizadas, trabajando tanto con padres como con hijos. Se trabajan aspectos informativos, pero principalmente habilidades educativas que están identificadas como factores de protección (comunicación, resolución de conflictos, supervisión de los hijos,...). La metodología utilizada es participativa e interactiva, y cuenta con situaciones de role-playing para el modelaje.

Resultados

Desde el año 2003 se han formado 9.507 padres/madres en Moneo, 925 padres/madres y 805 hijos en Dédalo y 153 padres/madres y 11 hijos en Alfil, 690 padres y 433 hijos en prevención indicada. La adherencia a los programas es superior al 85% y el grado de satisfacción alto. Las principales dificultades encontradas han sido: predominio de participación materna, dificultad en la captación de las familias con mayores necesidades (mala coordinación, baja conciencia del problema), dificultades con los horarios, estigmatización y dificultad de acceso a los programas en la población rural, dificultades para el desarrollo de los role-playing.

Discusión

La prevención familiar es uno de los ámbitos más importante de prevención del consumo de drogas, incluso el 86% de la población general así lo considera, según datos del 2008 del Observatorio Regional. Sin embargo, los cambios sociales en el ámbito familiar (nuevos perfiles, incorporación de la mujer al trabajo sin distribución equitativa de tareas, endurecimiento de las condiciones laborales...) dificultan la participación de las familias, y en especial aquellas con mayor riesgo, siendo necesario aumentar los esfuerzos para llegar a ellas. Diferentes estudios plantean la efectividad de los programas de prevención familiar en un modelo combinado con intervenciones escolares, comunitarias y normativas, siendo este el modelo desde el que se está trabajando, pero en el que sin duda hay que tener un mayor liderazgo, logrando una mayor implicación social, con el objetivo de capacitar a los adolescentes, a las familias para evitar los problemas relacionados con el consumo.

Necesidad de una nueva ley en España

RIESCO MIRANDA, J.A.

Servicio de Neumología. Hospital San Pedro A. Cáceres. Coordinador del Área Tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

El tabaquismo es la principal causa de morbimortalidad evitable y constituye el principal problema de salud pública en los países "desarrollados". En España, el tabaquismo activo causa la muerte prematura a más de 50.000 personas cada año, correspondiendo la mitad de esas defunciones a sujetos en edad productiva, es decir, entre los 35 – 69 años de edad. Además, también debemos destacar que el tabaquismo pasivo (ó exposición involuntaria al humo de tabaco-HAT) es causa, en nuestro país, de más de 3000 fallecimientos por año. En cualquier caso, cifras muy superiores a las documentadas y comunicadas como consecuencia de los accidentes de tráfico. En nuestro país, y en los últimos 10 años, se han producido cambios cualitativos que suponen un importante avance en las políticas de control del tabaquismo, refiriéndonos particularmente a la ya "popular" Ley 28/2005 de medidas de control del tabaquismo.... Pero la realidad es que el impacto de la misma es bastante limitado según lo expresado en los resultados de los estudios epidemiológicos publicados por diferentes sociedades científicas (SEPAR, CNPT, Grupo Evaluación de La Ley) y organizaciones sociales (OCU, AECC). Según éstos, aún estamos lejos de alcanzar los objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del Convenio Marco del Control del tabaquismo y cuyas principales disposiciones son: – protección contra la exposición al humo de tabaco ajeno en los lugares de trabajo, transporte público y los espacios públicos cerrados – aumentar los impuestos del tabaco –prohibir las ventas a los menores de edad – fortalecer la legislación para combatir el contrabando –solicitar pruebas, mediciones y regulaciones del contenido y de las emisiones de los productos del tabaco. Los retos pendientes en nuestro país una vez analizados los parámetros fundamentales que regulan el cumplimiento y alcance de los objetivos de la misma, los podemos resumir en:

1. Necesidad de un mejor control de la promoción que conllevará un incremento de las acciones dirigidas a la prevención entre los más jóvenes con el fin de conseguir una reducción de la prevalencia del consumo de tabaco entre los más jóvenes y un retraso en la edad de inicio
2. Incremento del cumplimiento de la ley en los lugares de ocio y hostelería, que sin duda supone uno de los principales vacíos de este nuevo marco legislativo: Son muchos los trabajadores de este sector que continúan expuestos al HAT sin evidenciar ninguna actitud que indique una necesaria e ineludible defensa de su salud. Actualmente se sabe que la autorregulación en los locales de superficie inferior a 100 metros cuadrados, aproximadamente llevada a cabo en el 80 % del total, no ha servido porque la mayoría de los hosteleros han permitido fumar en sus locales.....por miedo a perder ingresos si no permiten fumar a sus clientes. Por otro lado, el incumplimiento en los locales regulados por ley (20% del total) es superior al 60%, lo que indica que un porcentaje superior al 40 % de la población española estará expuesta en estos locales al HAT, que es considerado cancerígeno clase I
3. Se observa una deficiente información acerca de las consecuencias del tabaquismo pasivo como lo demuestran los elevadas cifras de exposición de los niños en el hogar (superior al 30 %) ó el elevado porcentaje de mujeres embarazadas fumadoras (34 %)
4. La prevalencia no se ha reducido en los límites esperables
5. En algunas Comunidades Autónomas se detecta un incremento de la venta del número de cigarrillos
6. La vigilancia y el control del cumplimiento de la ley, transferido a las propias autonomías, se ha realizado tardíamente y con muchas dificultades en aspectos relacionados con la formación y competencia de los técnicos encargados
7. No se ha desarrollado un circuito adecuado de asistencia al fumador y el tratamiento de éstos adolece de un incremento de consultas especializadas y de un desarrollo de programas integrales de atención que incluyan aspectos tan importantes como la financiación
8. España sigue estando considerada como el estanco de Europa como consecuencia del pobre impacto de las medidas fiscales aplicadas hasta el momento.

En definitiva, son muchos los argumentos que nos inducen a exigir una ampliación de la Ley que contribuya a cumplir con los objetivos de la misma y que están claramente expresados en el artículo 43 de la Constitución Española que reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los españoles y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Análisis de posibles variables predictoras de la reincidencia y del tratamiento de comunidad terapéutica intrapenitenciaria

ROCA TUTUSAUS, F.X.*; CAIXAL, G.**

*Psicólogo Clínico. Coordinador del DAE del Centro Penitenciario de Brians 2 **Trabajador Social del DAE del Centro Penitenciario de Quatre Camins

Uno de los objetivos de las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias es el de facilitar la reinserción y la rehabilitación de internos que presentan dependencia a drogas. En este sentido es de esperar que estos programas ofrezcan datos relevantes relacionados con las consecuencias del consumo de drogas, en especial, el de la reincidencia en nuevos delitos. En esta ponencia señalamos las principales variables de predicción de la reincidencia del delito que hemos encontrado en la población que ha realizado tratamiento en comunidad terapéutica intrapenitenciaria y en centro de día extrapenitenciario entre los años 1990 y 1998 con un seguimiento hasta el 2006. Posteriormente presentamos resultados de la validez cruzada de estas variables con los internos que han participado en los mismos programas entre los años 1999 y 2001 con un seguimiento realizado hasta el 31 de Diciembre de 2008. Las técnicas utilizadas han sido el análisis de supervivencia, la regresión de cox y la regresión logística mediante el paquete estadístico SPSS. Asimismo se presentaran las conclusiones más relevantes de este trabajo.

Evaluación del insomnio en unidades de desintoxicación

RONCERO, C.*; DÍAZ, S.**; GRAU, L.***

*Coordinador CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebron. Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. ** Psicóloga. CAS Vall Hebrón. Barcelona ***Psiquiatra. CAS Vall Hebrón. Unidad Hospitalaria de Desintoxicación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall Hebron. Barcelona.

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 (Karam-Hage, 2004), en mujeres podrían existir alteraciones específicas del patrón del sueño por el consumo de drogas (Karam-Hage, 2004). En algunos casos dichas alteraciones pueden ser tan severas que podrían interferir el tratamiento precipitando recaídas (Tepli y cols., 2006). Existen pocos estudios sobre su importancia y la influencia percibida por el paciente. Material y Método: Con el objetivo de explorar la percepción de las alteraciones de sueño preexistentes al ingreso, se ha desarrollado un cuestionario autoaplicado sobre la percepción subjetiva de la calidad de sueño, tipo Likert de 11 ítems (0-7). Se estudia una muestra de 86 pacientes (64 hombres y 22 mujeres, edad media 38,74%) drogodependientes hospitalizados en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación del Hospital Universitario Vall d'Hebron (64 hombres y 22 mujeres). El 56,9% habían realizado desintoxicaciones previas. La sustancia motivo principal de ingreso fue: 39 alcohol, 23 cocaína, 19 opiáceos, 3 cannabis, 2 benzodiazepinas y 39 policonsumidores.

Resultados

Los pacientes informan haber tenido problemas del sueño preingreso en la UHD en un 69,4%; 63,4% 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 hipersomnia mantenida, 31%

hipersomnias en desintoxicaciones previas y 41,86% hipersomnias en periodos de abstinencia. Un 60,57% utilizan benzodiazepinas recetadas y el 71,43% sin prescripción. No se encontraron diferencias significativas de género en la percepción subjetiva de la calidad de sueño. El 63,43% de los hombres (70,14% mujeres) utilizan benzodiazepinas recetadas y el 58,79% hombres (54,48% de las mujeres) sin prescripción.

Discusión

La percepción de padecer trastornos del sueño es muy frecuente en adictos. 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 durante la fase de desintoxicación hospitalaria, ya que pueden ser un factor que precipite la recaída o el alta contra consejo médico. El tratamiento de estas alteraciones debería compaginar estrategias farmacológicas y psicoeducativas para aumentar la conciencia de enfermedad, facilitar la detección de síntomas de alerta e incrementar la adhesión al tratamiento (Roncero y cols, 2007). El tratamiento combinado podría ayudar a mejorar los hábitos de sueño, educar sobre la higiene del sueño y modificar la calidad del sueño. Es importante evaluar las alteraciones del sueño desde la perspectiva del género.

Estudio ASMI. Prevalencia y registro del consumo perjudicial de alcohol en hospitales españoles

ROSÓN HERNÁNDEZ, B.*

En representación del *Grupo de estudio ASMI. Grupo de Estudio de Alcohol y Alcoholismo de la FEMI

Enviar correspondencia a:
Beatriz Rosón Hernández. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Feixa Llarga s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Objetivos

Determinar la prevalencia de consumo de alcohol entre los pacientes hospitalizados en Servicios de Medicina Interna (MI). Conocer los métodos utilizados por el médico para evaluar el consumo de alcohol.

Material y métodos

Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de 21 hospitales españoles. Se interrogó a todos los pacientes hospitalizados en servicios de MI de los centros participantes el 12 de marzo de 2008, mediante los tests AUDIT-C y el Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA). El AUDIT se realizó en pacientes con AUDIT-C positivo (> 4 en varones y > 3 en mujeres). El patrón de consumo se determinó mediante evaluación clínica y los criterios CIE-10. La información sobre registro del consumo de alcohol se extrajo de la historia clínica del ingreso actual.

Resultados

Se entrevistaron 1049 pacientes hospitalizados [557 varones (53%); edad media (SD) 71,7 (16,0) años]. Los patrones de consumo detectados fueron: abstinencia 541 pacientes (52%), consumo de bajo riesgo 353 (34%), consumo de riesgo/dañino 85 (8%), dependencia 39 (4%), dependencia en remisión 25 (2,4%), sin especificar 6 (0,6%). Los pacientes con consumo perjudicial de alcohol fueron con más frecuencia varones y más jóvenes que los abstemios/bajo riesgo. Hubo diferencias significativas

en la prevalencia de consumo perjudicial de alcohol entre los diferentes centros (0% a 30%), así como en distribución geográfica siendo más frecuente en la zona Sur (19%) que en el resto de zonas, Norte (11%), Este (12%), Centro (8%). Se detectó consumo perjudicial con mayor frecuencia 16% en centros de pequeño tamaño (<200 camas), que en 10% medianos (200-600 camas) ó 13% grandes (>600 camas). Se revisaron 1031 (98%) historias clínicas de los 1049 pacientes interrogados. El consumo de alcohol se registró en 607 (59%) pacientes, siendo más frecuente el registro en aquellos identificados como bebedores mediante ISCA (64% vs 36%). El registro de consumo se realizó en UBEs en 68 pacientes (7%), gramos/día 43 (4%), semicuantitativo 98 (leve 47, moderado 26, importante 22) o cualitativo 393 (bebedor 54, no bebedor 337). De los 469 pacientes con ISCA>0 se cuantificó el consumo en 85 (18%), con mayor frecuencia en hospitales de mediano tamaño (12% de los casos) y en la zona Centro (19%).

Conclusiones

La prevalencia del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en pacientes hospitalizados en servicios de MI del 12% (4% con criterios clínicos de dependencia). Nuestros datos muestran que la cuantificación del consumo de alcohol, que es el primer paso para determinar de forma correcta el patrón de consumo, se realiza raramente en nuestro medio. Así en el 40% de los pacientes ingresados no se registra el consumo de alcohol en la historia clínica, y en los casos en que se registra, raramente se cuantifica (18% de las historias con registro). Hubo diferencias significativas tanto en la prevalencia de consumo como en la frecuencia de registro entre los centros y en las diferentes regiones estudiadas. Se debe destacar la necesidad de realizar medidas para incrementar y mejorar la detección y el registro del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en pacientes hospitalizados.

Factores asociados al juego problema y juego patológico en adolescentes

SALGADO RUIZ, ALFONSO*; FERNÁNDEZ-ALBA, ANA**;
MARTÍNEZ-ARIAS, ROSARIO***

*Facultad de Psicología. U. Pontificia de Salamanca. Profesor Titular
**Facultad de Psicología. U. Complutense de Madrid. Profesor Titular
*** Facultad de Psicología. U. Complutense de Madrid.

Enviar correspondencia a:
Susana Redondo Martín. Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León. C/ Mieses 26. 47009 Valladolid. E-mail: redmarsu@jcy.es

Introducción

El rango de edad de 18-30 años es el más proclive al juego problema y juego patológico. A pesar de que el acceso a los juegos de azar está prohibido a los menores, el número de personas que presentan el problema en edades inferiores es aún mayor. De hecho, la tasa de prevalencia del juego patológico en niños y adolescentes oscila entre el 1,7% y el 11,2%. Por su parte, los pocos estudios que establecen la tasa de prevalencia de jugadores problema indican una tendencia a duplicar el porcentaje de jugadores patológicos. No obstante, hay que destacar la ausencia de datos epidemiológicos en nuestro país.

Los objetivos de este estudio fueron:

- establecer la tasa de prevalencia del juego patológico y juego problema en la población madrileña entre los 11-18 años
- establecer el patrón de conductas de juego de azar: tipos, parámetros, historia y lugar de juego, así como la comisión de delitos para financiarse el juego o cubrir deudas y distorsiones cognitivas referidas al azar
- determinar los factores de riesgo y protección del juego: patrón de consumo de drogas, valoración del ocio, rendimiento académico y evaluación del entorno familiar y social.

Materiales y método

Participantes

Participaron 2.865 adolescentes de la CAM (49,5% varones y 50,3% mujeres) de entre 12 y 19 años ($M = 14,85$; $Sx = 1,88$).

Variables

Se midieron ocho grupos de variables: (a) sociodemográficas y de tipo académico; (b) actividades de ocio; (c) patrones de uso de televisión, videojuegos y nuevas tecnologías; (d) patrones de uso de juegos de azar; (e) patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas; (f) percepción subjetiva del riesgo de realizar determinadas actividades; (g) reglas de funcionamiento en el hogar; (h) variables de adaptación psicológica y problemas en el colegio o con la policía.

Procedimiento

El estudio se realizó en tres fases.

- Fase 1: diseño de la encuesta y estudio piloto para optimizar el instrumento de medida.
- Fase 2: selección de los centros escolares y participantes, según un muestreo de conglomerados bietápico y proporcional. El tamaño muestral se estableció mediante muestreo aleatorio simple, con $p = q = 0.50$ (error máximo del 5%).
- Fase 3: aplicación del instrumento por encuestadores entrenados.

Resultados

El uso de juegos de azar por los adolescentes madrileños es menor que en otras poblaciones, mientras que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales se ajusta al perfil habitual. El juego de azar con apuesta es mayor entre los consumidores. El análisis de perfiles de jugadores patológicos, problema y no jugadores indica la presencia de factores demográficos, familiares, escolares y referidos al ocio y la percepción de riesgo claramente diferenciadores entre los sujetos. Los adolescentes con peor rendimiento escolar, consumidores de tabaco y alcohol y una peor valoración de su ocio y adaptación familiar y social tienen más riesgo de juego problema y juego patológico.

Discusión

La correlación positiva entre todas las conductas de riesgo de ser adictivas obliga a la consideración conjunta de las mismas en el diseño de programas de prevención.



Intervención con adictos consumidores de opiáceos

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, R.

Médico del Centro de Atención a Drogodependientes. Cruz Roja Salamanca.

El Trastorno por Uso de Sustancias, y en concreto, el Consumo Perjudicial y la Dependencia de Opiáceos, viene definido como enfermedad crónica y recidivante por la O.M.S. Sus criterios diagnósticos se categorizan en clasificaciones (CIE – 10) y manuales (DSM – IV), los cuales constituyen el marco referencial de estudio. La asistencia a enfermos consumidores de opiáceos se sustenta en un trípede formado por Trabajo Social, Psicología y Medicina, los cuales, interactuando con la debida ponderación y adecuación a cada caso particular, individualizan y personalizan el tratamiento aplicable a cada enfermo. Para poder llevar a efecto la implementación del tratamiento, se hace imprescindible contar con una buena historia clínica previa, lo más exhaustiva posible, en la cual los profesionales de cada área vuelcan los resultados de entrevistas clínicas, tests psicométricos, pruebas complementarias, informes, escalas de evaluación, etc. Integrando esta información, y para ello es imprescindible el trabajo en equipo, se llegará a un correcto diagnóstico no sólo de la dependencia y su severidad, sino también de otros factores de influencia, tales como trastornos psiquiátricos comórbidos (patología dual), sociopatías y carencias sociales, alteraciones de

la conducta, infecciones asociadas y otras complicaciones. El diagnóstico multidimensional posibilita el diseño de un tratamiento ajustado a la realidad que los profesionales se encuentran delante, con unos objetivos concretos aunque, a veces, sean muy generales y de baja exigencia. Desde la óptica del Trabajo Social, se procurará atender y gestionar aspectos básicos en primer lugar (siguiendo la pirámide de Maslow), tales como vivienda o techo, alimentación, higiene. Se perseguirá la integración social del sujeto, de acuerdo con la oferta de las redes de servicios sociales y sanitarios de cada comunidad: ocupación y trabajo, formación, atención a asuntos jurídico-penales, familia, etc. La Psicología, especialmente desde sus escuelas sistémica y cognitivo-conductual, propondrán la modificación de actitudes, siguiendo el esquema clásico del cambio de Prochanska y Diclemente, a través de intervenciones psicoterapéuticas seriadas y continuadas en el tiempo (pueden ser preciso varios años). En el Área Médica, el estudio se efectúa en base a una historia clínica clásica (anamnesis exhaustiva, exploración física) complementada por pruebas complementarias (analítica general con bioquímica, hematimetría, serologías para hepatitis y VIH, IDR de Mantoux, RX de tórax, cultivos, ECG, etc.) y una desarrollada historia toxicológica de consumo (drogas consumidas, desde cuándo, por qué vías, etapas de consumo y de abstinencia, tratamientos previos, etc.). Tras llegar a un diagnóstico de dependencia, severidad, complicaciones asociadas y patologías comórbidas, se implantará un tratamiento de control del consumo, bien por la vía "Libre de drogas" (desintoxicación farmacológica e implantación de antagonista a largo plazo: Naltrexona para opiáceos o alcohol, cianamida cálcica o Disulfiram para alcohol), bien por la vía "Agonista o sustitutiva" (Metadona o Buprenorfina a dosis equipotentes a las de heroína consumidas). Se usan también fármacos "anticraving" o eutimizantes, como los antiepilépticos y otros destinados a tratar la sintomatología de privación o al control de trastornos concomitantes: hipnóticos, sedantes, anti-depresivos, neurolépticos, analgésicos, antirretrovirales, tuberculostáticos, PEG-interferón, Rivabirina, etc. Los campos del futuro, actualmente ya algunos en experimentación, tales como vacunas anticocaína o antinicotina, uso de heroína parenteral de forma controlada, heroína oral como sustitutivo, y otros, abren siempre nuevas expectativas ante una enfermedad en la que hace treinta años estábamos casi en la prehistoria.

Estilos educativos, violencia hacia los ascendientes y adolescentes abusadores de sustancias: programa de prevención indicada soporte

SANCHO ACERO, J.L.

Psicólogo, Coordinador del Área de Menores y Prevención de CES Proyecto Hombre Madrid.

Enviar correspondencia a:
José Luis Sancho Acero. c/ Donoso Cortés 61. 28015 Madrid.
menores@cesphmad.com.

Uno de los factores de riesgo y protección más potentes y de los más estudiados son los estilos educativos de las familias. Nos encontramos que, siguiendo la clasificación de Baumrind (1971), los estilos autoritario y permisivo son aquellos que están más presentes en la posibilidad de consumir drogas en los adolescentes junto con el sobreprotector. Mientras que el asertivo sería el que, por el contrario, protegería frente a la realización de dicha conducta. El Programa de adolescentes y familias, Soporte trabaja con adolescentes consumidores abusivos de sustancias. Hemos constatado, al igual que otros muchos profesionales que trabajan con esta población, que el consumo de sustancias no deja de ser una conducta disruptiva más, dentro de un amplio abanico de conductas similares, SUD (substance use disorder). Dentro de este rango de conductas disruptivas hemos ido observando como en los últimos años, junto con la demanda de ayuda para conseguir que los adolescentes abandonen el consumo de sustancias, ha ido aumentando la presencia de conductas violentas de los adolescentes hacia sus padres, es lo que Cottrel (2004) denomina "parent abuse" y González-Cieza (2007) habla de "violencia hacia los ascendientes". En la presente ponencia vamos a hablar de los modelos educativos de los padres que han sido agredidos por sus hijos e hijas adolescentes que, además, son consumidores abusivos de sustancias. Estos modelos de referencia son los que inicialmente mencionábamos y el análisis de su presencia, junto con el estudio de las conductas violentas, se ha realizado con las entrevistas estructuradas de la Asociación Proyecto Hombre RIF y RIA (Registro Inicial Familiar y Registro Inicial Adolescente). Un programa de prevención indicada como el nuestro entiende que las intervenciones han de realizarse en función de las combinaciones específicas de factores de riesgo y protección de cada caso en particular. Al analizar la mayoría de los casos en los que se produce este fenó-

meno, nos encontramos con que no existen diferencias significativas en factores de riesgo o protección con otros iguales que no ejercen violencia contra sus ascendientes. Ante ello nos planteamos un proceso de atención similar al de cualquier otro adolescente y familia. Entendemos como usuarios del programa a toda la familia puesto que, en general, un adolescente no tiene percepción de problema. Esto implica que hemos de pensar en un la aparición de al menos dos procesos de cambio simultáneamente activos., como señala el modelos de motivación al cambio. Por un lado se va a realizar un trabajo intensivo con la familia en la que lo que se pretende es ayudarla a recuperar la autoridad perdida y recuperar aquellas potencialidades educativas de las que dispone, "empoderar". Por otra parte, con el adolescente, siguiendo el modelo de Kim et al (1998) , se busca dar oportunidades al mismo de demostrar éxito y convertirse en una fuente de riqueza para su entorno cercano, analizando y sustituyendo las conductas y cogniciones problema realizando un trabajo educativo y terapéutico que, en función de la situación personal, será de mayor o menor profundidad y conjugando el trabajo individual con el trabajo de grupo.

Referencias

- Baumrind, D. (1971): Current patterns of parental authority. *Developmental psychology* 4, vol. (1), pp. 1-103.
- Cottrell, B. (2001) Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children, The Family Violence Prevention Unit, Health Canada.
- González- Cieza. L (2007). Programa de intervención de la ARMMI en los casos de violencia intrafamiliar. ARMMI. Congreso internacional sobre violencia juvenil: responsabilidad individual y social. Tomo I, pp 83-87. Madrid. Consejería de Justicia.
- Kim, S.; Crutchfield, C.; Williams, C.; Hepler, N. (1998): "Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: youth development and empowerment approach." *Journal of Drug Education*. Vol 28 (1).

Tratamiento psicológico del insomnio

SECADES VILLA, R.

Director de la Unidad de Neuropsicología, Hospital Clínico Universitario (Valencia)

Enviar correspondencia a:
Roberto Secades Villa. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n, 33003 Oviedo. Email: secades@uniovi.es

El abuso de drogas (sobre todo de alcohol) se ha relacionado con problemas de sueño, tanto en muestras clínicas como comunitarias. La asociación entre abuso de drogas y problemas de sueño es bidireccional. En particular, los adictos a drogas pueden experimentar problemas de sueño, asociados o no a trastornos afectivos, durante varios meses después del último consumo, sin que esté del todo claro la relación entre insomnio y probabilidad de recaídas. Debido al reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos en el inicio y el mantenimiento del insomnio, en los últimos años ha habido un interés creciente en el estudio de los tratamientos psicológicos de este problema. Las terapias psicológicas pueden alterar de forma eficaz varios parámetros asociados al sueño tanto en pacientes con insomnio primario como en los casos en los que el insomnio está asociado con trastornos médicos o psicopatológicos, incluyendo aquí los casos de abuso prolongado de agentes hipnóticos y abuso o dependencia a otras drogas, principalmente al alcohol. Varias revisiones meta-analíticas recientes señalan que al menos cinco tipos de intervenciones conductuales se pueden considerar, en menor o mayor medida, empíricamente validadas: el control estimular, la relajación, la intención paradójica, la restricción del sueño y la terapia cognitivo conductual. Estos tratamientos son además coste-efectivos cuando se comparan con otro tipo de programas. En concreto, las terapias psicológicas mencionadas se han aplicado con éxito a abusadores y adictos a sustancias, tanto adultos como adolescentes. La combinación más frecuente implica la utilización de un componente educacional (higiene de sueño) con tratamiento conductual (control estimular, restricción del sueño, relajación) y terapia (reestructuración) cognitiva, dirigida a modificar las creencias irracionales y las actitudes disfuncionales relacionadas con el sueño. Las futuras líneas de investigación deben ir dirigidas a analizar la relación entre el tratamiento del insomnio y la prevención de recaídas en los diferentes tipos de sustancias, a valorar el efecto de las terapias psicológicas, no solo en la reducción de los síntomas del insomnio si no también en otras variables relacionadas con la calidad de vida de los pacientes y, por último, a analizar la combinación de las técnicas psicológicas más eficiente y adecuada para cada tipo de paciente.

Hacia un nuevo modelo penal. La justicia restaurativa

SEGOVIA BERNABÉ, J.L.

Jurista-criminólogo. Universidad Pontificia de Salamanca

Enviar correspondencia a:

José Luis Segovia Bernabé, C/. López Grass 44 bis-parr, 28038
MADRID, Tfno. 91 328 54 16, 606 28 63 98 8 (sms) y
jsb45678@gmail.com

La intervención tratará de presentar los principales postulados del sistema de justicia restaurativa como marco de la institución de la mediación en el ámbito penal. No se trata de un "modo nuevo" de hacer "lo mismo". D ahí la importancia de asegurar los presupuestos filosóficos y metodológicos. Se analizarán los precedentes y los facilitadores para la implantación de este sistema en el ordenamiento jurídico español. Seguidamente se presentará la experiencia que realiza desde hace años la Asociación Apoyo y su modelo de mediación penal comunitaria, trabajando mayoritariamente con infractores drogodependientes sin límite punitivo. A pesar de que la bibliografía reseña importantes dificultades para trabajar con este colectivo, nuestra experiencia, apoyada por el Ayuntamiento de Madrid, a través de Madrid-Salud es muy gratificante. Junto con los protocolos de actuación utilizados, bajo la supervisión de la Fiscalía del tribunal Superior de Justicia de Madrid (que ha destinado a una fiscal para coordinar este programa), se pondrán de manifiesto los resultados obtenidos y las propuestas de lege ferenda que a nuestro juicio deberían ser tenidas en cuenta.

Los servicios de drogodependencias como derivadores y receptores de casos. Propuesta operativa dentro del protocolo y circuito sanitario de atención a la violencia de género de Catalunya

SEGURA, L.*; FERNANDEZ, C.**; COLOM, J.***

*Psicóloga. Subdirección General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. *Psicóloga. Subdirección General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. ***Subdirector General de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Enviar correspondencia a:

Lidia Segura Garcia. Subdirección General de Drogodependencias
Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Roc Boronat
81-95. 08005 Barcelona. lidia.segura@gencat.cat

Introducción

La creciente sensibilización social y los avances legislativos en violencia de género de los últimos años han motivado el desarrollo, de numerosos protocolos y circuitos de atención a dicha problemática en todo nuestro país. Catalunya no es una excepción. En la actualidad se está diseñando un protocolo y circuito integrado en el marco del Programa para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres. El grupo de trabajo sobre Drogas y Violencia intrafamiliar y de Género, impulsado por la Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, ha estado traba-

jando en los últimos 3 años con el objetivo no sólo contribuir al desarrollo de dichos instrumentos sino de visibilizar en ellos la complejidad del abordaje de la violencia de género cuando se da conjuntamente con las drogodependencias, y sobretodo clarificar el papel de los centros de atención a las drogodependencias como derivadores y receptores de casos, tanto hombres como mujeres, de violencia de género. Así, el trabajo de dicho grupo se orienta principalmente a garantizar la adecuada inclusión de los centros de drogodependencias en el circuito de atención a la violencia de género y a articular los mecanismos necesarios para la buena coordinación de los mismos con el resto de servicios de la red sociosanitaria de la comunidad y viceversa.

Material y métodos

Se han utilizado diferentes metodologías para el análisis de la situación actual en nuestra comunidad desde la revisión de experiencias, el trabajo de campo mediante encuestas y los grupos focales o de expertos.

Resultados

Un 30% de los centros de drogodependencias refiere no derivar a las mujeres que padecen violencia de género a servicios especializados, aumentándose hasta el 70% en el caso de los posibles agresores y hasta un 60% en el caso de los hijos de víctimas i/o agresores. Cuando sí se derivan se opta mayormente por recursos de intervención para la mujer y de carácter asistencial (centros de salud mental y de atención primaria).

Conclusiones

A pesar de los avances ocurridos en los últimos años, para una adecuada inclusión de los centros de drogodependencias en la red de atención a la violencia conviene prestar especial atención a cuatro aspectos: Por un lado mejorar las derivaciones procedentes o hacia los recursos del sistema judicial y sobretodo formar a los profesionales en los aspectos jurídico-legales derivados de su intervención. Por otro evitar la doble victimización de la que son objeto las mujeres drogodependientes que además sufren violencia de género, garantizar el acceso y derivación de dichas pacientes a los recursos de atención a la mujer y priorizar el tratamiento de su drogodependencia. Así mismo y teniendo en cuenta que el 80% de los pacientes que atiende la red asistencial de drogodependencias son hombres, hay que desarrollar instrumentos de detección y de intervención en la violencia de género a partir de los posibles agresores y establecer circuitos y recursos especializados para la derivación de los mismos. Finalmente para la buena derivación y el adecuado acompañamiento de los casos, es imprescindible promover la formación específica en violencia de género por parte de los profesionales en drogodependencias y viceversa.

Factores predictores de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones

SIRVENT RUIZ, C.

Psiquiatra. Director Técnico. Fundación Instituto Spiral.

Enviar correspondencia a:
Carlos Sirvent. C/ Marqués de Valdeiglesias, 2 – 28004 Madrid
csr@institutospiral.com

Introducción

La evaluación asistencial es inherente a la propia atención como un todo indisoluble. Las administraciones desarrollan sistemas de valoración de eficacia y eficiencia, así como de control de calidad cada vez más complejos. Por otra parte los indicadores asistenciales incorporan habitualmente los conceptos "abandono" como sinónimo de fracaso y "adherencia" como equivalente de cumplimiento terapéutico. Para profundizar sobre el concepto "abandono del tratamiento" procede comentar nociones afines y/o complementarias tales como el cumplimiento, la adherencia o adhesión, las variables predictoras de éxito o fracaso e incluso la resistencia al tratamiento

Investigación

Los objetivos principales son dos:

1. La obtención estructurada, razonada, jerárquicamente ordenada y vigente de los principales factores de abandono y adherencia al tratamiento de sujetos diagnosticados de trastorno por uso de sustancias atendidos en diferentes dispositivos de esta institución,.
2. La elaboración de un inventario de evaluación que determine las variables predictoras tanto de abandono como de adherencia al tratamiento para ser posteriormente aplicado con un doble uso: como instrumento de valoración y como arma terapéutica que advierta tanto de un potencial riesgo de abandono o fracaso para neutralizarlos, como de los elementos de adherencia o éxito para reforzarlos y potenciarlos terapéuticamente

Material y método

La revisión de altas (archivo de registros) se ha efectuado sobre 517 sujetos en el período 2007-2009, en tanto que la muestra testada (sujetos a los que se les aplicó el test) estaba formada por 185 pacientes diagnosticados de trastorno por uso de sustancias (CIE-10), de los cuales 117 lo constituían el denominado grupo control adherente y 78 el denominado grupo abandono atendidos en los centros ambulatorios y residenciales de la institución. Los datos se analizaron mediante paquete estadístico SPSS. Para los análisis comparativos se emplearon –según pertinencia– la prueba "T" de comparación de medias y análisis de variancia y el chi cuadrado de Pearson en variables categóricas.

Instrumentos de medida:

1. 1ª fase del estudio Pre-test abierto: historial de abandonos y superación de intentos de claudicación, datos clínicos y sociodemográficos
2. 2ª fase: Pretest semiabierto: mismas preguntas más toxicofilia, conciencia del problema, motivación, sentimientos afirmativos, conflictos internos, conflictos o agentes externos, tratamientos, comorbilidad
3. 3ª fase: Pretest cerrado: tiene 8 escalas, 26 componentes y 321 factores (o ítems). Las escalas son toxicofilia, conciencia del problema, motivación, sentimientos afirmativos, conflictos internos, conflictos o agentes externos, tratamientos, comorbilidad

El inventario definitivo cerrado consta de 150 factores con 8 escalas y 26 componentes.

Resultados

La amplia revisión bibliográfica previa ha servido no solo para confeccionar el test y matizar conceptos, sino para extremar el rigor semántico y la precisión investigadora. Tras un exhaustivo trabajo de confección, elaboración y revisión de sucesivas tandas de pretests finalmente se consiguió un inventario muy depurado, el VP-150 (Sirvent, 2008), que se demuestra válido y fiable para predecir y evaluar el potencial de abandono y/o adherencia al tratamiento y subsiguientemente permite emitir un pronóstico bastante preciso. Pero el VP-150 no solo es un inventario. Sirve además de eficaz instrumento terapéutico que advierte del riesgo de abandono y sugiere medidas para neutralizarlo. Por otra parte, identifica elementos de adherencia al tratamiento para reforzarlos y potenciarlos terapéuticamente.

Discusión

Se estima la conveniencia de profundizar sobre los factores de abandono y adherencia al tratamiento y –lo que es más importante– sobre las variables predictoras respectivas al objeto de mejorar la eficacia, eficiencia y calidad asistencial de los programas de atención. Así como hay disponibles instrumentos para evaluar las recaídas y la eficacia de programas terapéuticos, apenas existen pruebas y cuestionarios que evalúen pormenorizadamente el abandono y la adherencia terapéutica. Una vez objetivada la validez y utilidad no solo diagnóstica sino terapéutica del inventario VP- 150 (Sirvent, 2008), se propone y oferta como un instrumento evaluativo preciso, relativamente rápido de aplicar y –sobre todo– útil por su capacidad de profundizar en aspectos individuales de categoría pronóstica. Con este inventario se tiene una precisa evaluación del potencial comportamiento de abandono o adherencia y un repertorio de propuestas de trabajo terapéutico basadas en escalas sumamente personalizadas

DetECCIÓN Y PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN ADULTOS

SZERMAN, N.

Consulta de Patología Dual, Hospital Virgen de la Torre, Madrid

Enviar correspondencia a:
nszerman.scsm@salud.madrid.org

Los avances en neurociencias por medio de los estudios epidemiológicos comienzan a confirmar lo que todos los clínicos conocen como el desafío de la patología dual: la inmensa mayoría de los pacientes que demandan asistencia en la red de drogodependencias presentan otros trastornos psíquicos y un número considerable de sujetos que consultan en la red de salud mental presentan trastornos de abuso o dependencia a alcohol y otras drogas. Tenemos un enfermo y dos redes asistenciales para tratarles. Esta afirmación tiene ahora en España el respaldo de datos propios, como lo revela el "estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid" promovido por la Asociación Española de Patología Dual. Estudio que ha confirmado la presunción de que estamos en presencia de una realidad clínica infradiagnosticada que demanda de profesionales con formación y actitud terapéutica orientada a la detección y tratamiento de la patología dual. Según aumenta la gravedad de las enfermedades mentales, aumenta la comorbilidad con sustancias, por lo que no es posible organizar la asistencia de las enfermedades severas sin planificar la patología dual. Se deberá cambiar la antigua y errónea percepción de dos trastornos categorialmente separados para

abordar el diagnóstico y tratamiento integral de la patología dual, incorporando en este diagnóstico los trastornos del denominado Eje II del DSM- IV o trastornos de personalidad, cuya importancia a cobrado renovado vigor.

Propiedades psicométricas del CSFQ-14. Análisis de la validez y fiabilidad del BSFI

VALLEJO-MEDINA, P.¹; GUILLÉN-RIQUELME, A.1; SIERRA, J.C.²

1. Doctorando de la Universidad de Granada. 2. Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada.

Enviar correspondencia a:
Juan Carlos Sierra. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18071 Granada (España). E-mail: jcsierra@ugr.es

Introducción/objetivos

Numerosas investigaciones (Ávila Escribano et al. y Peugh y Belenko. 2001) han manifestado una clara influencia del consumo de drogas en la función sexual. Parece ser que a corto plazo y a dosis bajas las drogas podrían tener un efecto beneficioso sobre la sexualidad, pero a medio-largo plazo o a dosis elevadas ésta se vería seriamente perjudicada (Vallejo-Medina et al., en prensa) Este estudio instrumental responde a la necesidad de adaptar dos instrumentos de autoinforme que evalúen el funcionamiento sexual en población drogodependiente.

Material y método

Participantes

La muestra se compone de 104 sujetos con historia de consumo de droga, con una edad media de 31,91 años (DT = 9,14). Todos ellos participaron voluntariamente en la investigación, firmando un consentimiento informado.

Instrumentos

- Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-14; Keller et al., 2006) Este cuestionario está constituido por 14 ítems contestados en una escala de tipo Likert, que permite evaluar cinco dimensiones del funcionamiento sexual.
- Brief Sexual Function Inventory (BSFI; O'Leary et al., 1995) Evalúa cinco dimensiones de la respuesta sexual masculina mediante 11 ítems con cinco alternativas de respuesta.
- Addictive Behavior Questionnaire (ABQ; López-Torrecillas, Godoy, Pérez y Godoy, 2000) Permite recoger el tipo de sustancia que el sujeto consume, la vía de administración, la severidad y la cronicidad de consumo.

Procedimiento

Se procedió a la adaptación lingüística del CSFQ-14 y del BSFI siguiendo las directrices propuestas por Carretero-Dios et al., 2007. La escala fue administrada por un solo evaluador que presentó unas instrucciones homogéneas para todos los participantes.

Resultados

Primeramente se analizaron los ítems, tanto del CSFQ-14 como del BSFI, depurando o eliminando aquellos que poseían unas propiedades psicométricas deficientes. A continuación se realizó un análisis factorial exploratorio siguiendo las directrices del marco teórico empleado. En el CSFQ-14 se obtuvo una factorización de tres dimensiones que explicaba el 56,36% de la varianza total. Las dimensiones Deseo ($\alpha = 0,73$), Orgasmo-excitación ($\alpha = 0,67$) y Pacer (sólo un ítem) muestran una adecuada fiabilidad y cierta independencia entre las subescalas, encontrándose una correlación máxima de 0,43 ($p < 0,01$) entre Deseo y Orgasmo-excitación. La factorización del BSFI mostró cinco dimensiones: Impulso sexual ($\alpha = 0,75$), Satisfacción ($\alpha = 0,63$), Erección ($\alpha = 0,70$), Eyaculación ($\alpha = 0,74$) y Problemas ($\alpha = 0,70$). Se ha comprobado que las dimensiones presentan una fuerte relación significativa entre ellas, oscilando las correlaciones entre 0,55 y 0,25. Ambos instrumentos han mostrado puntuaciones similares a las halladas por otros investigadores en otras muestras clínicas, y puntuaciones inferiores a la población normal. Asimismo se ha encontrado una fuerte relación, estadísticamente significativa, entre las dimensiones homólogas del CSFQ-14 y el BSFI.

Discusión/conclusión

Se puede concluir que tanto el CSFQ-14 como el BSFI parecen ser fiables y válidos. Ambos representan fielmente el funcionamiento sexual a través de diversas poblaciones y culturas, mostrando una dimensionalidad estable, una adecuada consistencia interna, y adecuados indicadores de validez, tanto discriminante como convergente. No obstante, se debería tener en cuenta varias limitaciones existentes. Agradecimientos al Recurso de la Red de Servicios Sociales de la Junta de Andalucía "Cortijo Buenos Aires" de Granada, a Proyecto Hombre Granada, y a la Unidad de Trastornos Emocionales y Adictivos del Hospital Internacional Medimar de Alicante, por permitir y facilitar el acceso a la muestra.

Perfiles de las víctimas y de los agresores en tratamiento en los Centros de Atención a las Drogodependencias: detección e intervención

VALLS PUENTE, E.

Trabajadora Social. Asesora en temas de violencia y de género de la Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya.

Enviar correspondencia a:
Ester Valls Puente. C/ Sardenya, 333-335. 4º 2ª. 08025 Barcelona.
estervallsp@gmail.com

Introducción

La detección y tratamiento de la problemática de la violencia contra la pareja no es fácil, pero lo es mucho menos si se da en el contexto del consumo de drogas, puesto que se requerirá primero poder hacer un buen diagnóstico diferencial. Entre los factores que no permiten en muchas ocasiones la adecuada detección e intervención por parte de los profesionales de dichos casos encontramos por un lado la elevada prevalencia y reiteración de episodios violentos en las relaciones de pareja en los usuarios de los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) y el bajo número de denuncias y la carencia de antecedentes penales en la mayoría de los agresores y por otro el silencio de la víctima, con frecuencia debido a la no identificación del problema, el miedo a sentirse doblemente juzgada o la desconfianza por la posibilidad de perder a sus hijos. El objeto del presente estudio fue conocer mejor el alcance del problema sociosanitario de la violencia contra la pareja entre los usuarios de los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias de Cataluña, los posibles perfiles en hombres y mujeres y las actuaciones preventivas y asistenciales que se estaban llevando a cabo.

Material y método

Para ello se diseñó un cuestionario dirigido a todos los centros organizado en diferentes apartados: la detección, el diagnóstico, la intervención, la organización y el registro, y las necesidades por parte de los profesionales.

Resultados

Obtuvimos respuestas de 35 centros. El 65,7% consideran que hasta un 20% de sus pacientes ejercen este tipo de violencia. La detección de posibles víctimas de violencia sólo se hace habitualmente en 31,4% de los centros y la de personas que ejercen violencia sólo en una cuarta parte de ellos. Un 82,9% de los centros dicen no disponer de un sistema de detección en primera visita, el 48,6% disponen de un protocolo de actuación y en un 85,7% se registran los diagnósticos relacionados con la violencia de género o intrafamiliar en la historia clínica. Un 48,6% consideran muy importante la adquisición de habilidades para la detección y la intervención. Se reconoce la existencia de diferentes perfiles psicosociales de víctimas y de agresores en los que se dan al mismo tiempo, violencia de género, y problemas relacionados con el uso de sustancias, y presentan sobretodo trastornos por dependencia del alcohol, trastornos por consumo de opiáceos, de cocaína y patología dual.

Conclusión

En los centros de drogodependencias ni la detección de las víctimas ni de los agresores es habitual y el tratamiento no es frecuente. El abordaje, si se hace, es individual. No está establecido un sistema de detección consensuado para la exploración que se realiza en la primera visita, pero los datos quedan registrados a la historia clínica del paciente. Se detecta una elevada sensibilización hacia el tema por parte de los profesionales y se considera necesario crear un protocolo de actuación específico y formar a los profesionales en habilidades, recursos y sobre aspectos jurídico-legales. La identificación de los posibles perfiles de víctimas como de agresores entre los pacientes atendidos por problemas de drogas puede ayudar a mejorar los instrumentos de detección e intervención que se disponen en este momento, facilitando a su vez el trabajo de los profesionales de dicho ámbito. Los centros de atención a las drogodependencias son, a pesar de las dificultades mencionadas, uno de los recursos sanitarios privilegiados para la detección y el abordaje tanto de los agresores como de las víctimas en toda su variada tipología.

Referencias

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON.

HIRIGOYEN, Marie-France. (2006) Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja. Barcelona. Paidós.

VALLS PUENTE, ESTER. (2005) Jornadas de Trabajo Social y Conductas Adictivas. Un espacio de encuentro necesario. Valencia. conAdictos.

| ¿Patología dual en un centro de drogodependencias?

| VEGA ASTUDILLO, P.

| Médico Instituto de Adicciones

En esta ponencia se desarrollará cuál es la evolución del trastorno psicopatológico y de abuso o dependencia de sustancias a los 3 y 6 meses de la salida de la unidad de patología dual del Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Hasta la actualidad en la literatura científica no encontramos demasiadas referencias sobre evolución y pronóstico de estos enfermos. Hay artículos que dicen que los individuos tratados en programas que disponen de dispositivos específicos de patología dual tienen una ratio superior de utilización de estos servicios y los pacientes muestran más mejoría en el funcionamiento psicológico y menor consumo de sustancias a los 3 y 6 meses de seguimiento, por ello, sugieren la necesidad de establecer planes integrados para el tratamiento de estos pacientes duales. Los programas que se dirigen a la psicopatología o la adicción explícitamente tiene resultados peores. Los trastornos más frecuentemente observados en estos estudios son ansiedad, depresión, por déficit de atención y Trastorno bipolar. La investigación sobre programas integrados es aun muy escasa, pero si se ha demostrado que la presencia de patología dual no parece afectar a la retención de los pacientes internados y si la disponibilidad de un staff profesional adecuado, así como una suficiente duración del tratamiento en la evolución de estos pacientes. La utilidad de los dispositivos específicos de atención dual, es aún más útil, en pacientes crónicos con ingresos hospitalarios previos en unidades hospitalarias no específicas, resultando en una disminución del coste y carga asistencial de su tratamiento.

Tratamiento psicológico para hombres violentos. Programa Fénix

VENTOLA BARRADO, L.

Psicóloga del Programa de violencia de género de la Junta de Castilla y León para Salamanca.

Enviar correspondencia a:
Luisa Ventola Barrado. C/ Varillas n. 17-19-2º C- 37001
Salamanca. luisavent@hotmail.es

Introducción

El abordaje del problema de la violencia de género requiere una atención integral, incluyendo, como una de las actuaciones, el tratamiento psicológico de los hombres violentos, con la finalidad de terminar con la violencia de género. Esta actuación, se lleva a cabo a través de un programa de carácter nacional denominado Fenix

Material y métodos

Objetivos generales del programa Fénix en Castilla y León:

1. Detener la violencia contra las mujeres desde el control de los propios agresores
2. Preservar la integridad física y psicológica de las mujeres sometidas a maltrato de género.

Objetivos específicos:

1. Conseguir una reestructuración cognitiva en cuanto a género
2. Eliminar las conductas de violencia física de los agresores
3. Eliminar la violencia psicológica de los agresores
4. Conseguir dinámicas de relación afectivo-adaptativas.

En el tratamiento con éstos hombres se trabajan como mínimo tres áreas fundamentales:

- Área conductual
- Área cognitiva
- Área afectivo-relacional

La modalidad de intervención es básicamente individual, con posibilidad de realizar terapia grupal cuando el profesional lo considere oportuno.

La intervención profesional pasa por cuatro fases:

1. Fase de información y motivación
2. Fase de evaluación y diagnóstico
3. Fase de tratamiento psicológico (si se le ha considerado apto). El tratamiento, en ésta fase. puede terminar por dos 2 motivos:
 - abandono de la terapia
 - incumplimiento del contrato terapéutico
4. fase de evaluación e informe final

El tratamiento tiene duración de un año, con seguimiento a los seis meses y al año de terminada la terapia.

Resultados y discusión

La discusión sobre si las terapias con maltratadores están justificadas, creo que ha quedado obsoleta, desde que fueron incluidas en la Ley Integral de Violencia. En ello que coinciden ahora la mayoría de los expertos y sobre todo en la necesidad de un mayor desarrollo en los tratamientos. Entre los problemas habituales, con los que nos encontramos a la hora de abordar las terapias, son la ausencia de motivación, la negación del hecho, la falta de deseos de cambio, la culpabilización de la víctima de la violencia, las tendencias agresivas, y la duda de la necesidad del tratamiento. Sin embargo, esto es algo que va cambiando a lo largo de las terapias, hasta el punto de que la valoración final que hacen, es la de que les ha servido como crecimiento personal a todos los niveles, lo cual perciben como muy positivo. En cuanto a los resultados del P. Fénix como tal, desde que se implantó en el año 2004 en Castilla y León, y más concretamente en Salamanca, no pueden ser más satisfactorios ya que en todo éste tiempo, no ha habido ninguna reincidencia en el maltrato por parte de los hombres que han intervenido en el Programa. Todo esto nos anima en la creencia de que el tratamiento con éstos hombres ayuda a cambiar las pautas de relación con las mujeres por otras más justas e igualitarias, además de cumplir el fin constitucional de su reinserción social.

Importancia del análisis de las demandas de tratamiento por alcohol como elemento innovador de cohesión y consenso en los sistemas de información estatal del consumo problemático de drogas

VERDÚ I ASENSI, F.;** SÁNCHEZ MÁÑEZ, A.*; LLORENS ALEIXANDRE, N.*

*Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo

**Dirección General de Drogodependencias. Conselleria de Sanitat.

Enviar correspondencia a:
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Sánchez Máñez, A. asanchezm@msc.es.

Introducción

La monitorización del uso y los problemas por alcohol se ha basado hasta ahora en la medida de la evolución del consumo (sobre todo datos de consumo per cápita derivados de la oferta, y encuestas poblacionales) y en la medida de algunos problemas relacionados con alcohol (básicamente mortalidad por algunas causas directamente relacionadas con alcohol o morbilidad como las hepatopatías alcohólicas...). Dentro del Indicador de admisiones a tratamiento, no se incluyen las admisiones en las que la droga principal de demanda era el alcohol. Únicamente llegan a la Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) aquellos casos que eran tratados en centros específicos de drogodependencias de algunas comunidades autónomas (CCAA), lo que impedía el análisis de esta información, por la incapacidad de saber qué parte del total de tratamientos por abuso o dependencia de alcohol representaban. La necesidad de contar con datos sobre el consumo de alcohol en nuestro país es un hecho evidente. Las dificultades que entraña la recogida de datos no deben de ser un obstáculo para que se sienten las bases para la recogida y se fomente la cohesión necesaria entre los distintos proveedores de datos y sus administradores. Por ello urge la inmediata puesta en marcha de un sistema de información lo más próximo a la realidad del consumo del alcohol.

Material y método

La DGPNSD diseñó un cuestionario para conocer la cobertura del tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, de los centros que notifican actualmente en cada una de las Comunidades Autónomas al Indicador de admisiones a tratamiento del OED. El cuestionario exploraba los centros y servicios a los que acudía un paciente desde que solicitaba tratamiento, o se le indicaba que lo precisa, hasta que lo obtenía, así como la disponibilidad de datos individuales. Cada Comunidad Autónoma (CCAA) completó el cuestionario y así se obtuvo un mapa de la situación de las demandas de tratamiento por alcohol en toda España.

Resultados

En todas las CCAA se realizan tratamientos por alcohol en los centros específicos de tratamiento de las drogodependencias y en todas ellas, se obtienen datos individualizados. La forma de entrada al circuito es muy diversa, pero el paso por determinados niveles facilita la accesibilidad a los datos. La información facilitada por las CCAA indica la viabilidad del Indicador de admisiones a tratamiento por alcohol.

Discusión

El registro y análisis conjunto de las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol nos informará de las peculiaridades del consumo de esta droga, tan arraigado, en nuestra sociedad; ayudara a la toma de decisiones que, en materia de tratamiento se deben de promocionar desde los distintos niveles políticos en la materia; y permitirá ofrecer información de la situación de los problemas generados por el consumo de alcohol a los profesionales y ciudadanos, así como a la industria alcoholera. Todo ello ayudara en la sensibilización de los daños irreparables asociados al consumo de alcohol, en especial en los más jóvenes. Finalmente, el consenso obtenido entre todas las CCAA y la administración estatal permitirá la puesta en marcha de dicho indicador.



Menores y adicción a nuevas tecnologías

VILLADANGOS, S. M^a.*; LABRADOR, F.J.**

*Asociación Protégeles; **Universidad Complutense de Madrid
*Psicólogo; **Catedrático

Enviar correspondencia a:
Silvia M^a Villadangos. C/ José Echegaray, nº8. Edif. 3 1^a Planta
28230 Las Rozas. Madrid. silviav@protegeles.com

1. Introducción

El estudio realizado tenía como principales objetivos:

1. Analizar los hábitos de los menores en el uso de las Nuevas Tecnologías (NT).
2. Detectar posibles situaciones conflictivas derivadas de un mal uso de las mismas.
3. Determinar la percepción subjetiva sobre este uso y sus posibles problemas.

2. Material

Se diseñó un instrumento de evaluación específico el Cuestionario de Detección de Nuevas Adicciones (DNA) (Labrador, Becoña y Villadangos, 2008). El cuestionario consta de 6 apartados. Los dos primeros referidos a la frecuencia de uso y a la percepción subjetiva de problemas. Los cuatro siguientes se refieren de forma específica a cada una de las NT consideradas: Internet, Teléfono móvil, Videojuegos y Televisión.

3. Método

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 1710 menores (entre 12 y 17 años), escolarizados en la Comunidad de Madrid. El 40,88% eran mujeres y el 59,12% varones. El cuestionario fue aplicado en los centros escolares por psicólogos previamente entrenados. La aplicación fue colectiva, aunque cada alumno respondía de forma individual a su cuestionario.

4. Resultados y discusión

1. El uso de las NT es frecuente: más del 80% usa Internet y el Móvil "con frecuencia" o "siempre". La TV es la más utilizada (97,25%) y los videojuegos los que menos (55,26%).
2. Hay diferencias en función del sexo: más uso de Internet y Móvil en mujeres, y menos Videojuegos. En TV no hay diferencias.
3. Existe una correlación positiva entre la percepción subjetiva de problema y el tiempo de uso. La televisión es la tecnología que genera una mayor percepción de problema. Sin embargo, dada la generalización de su uso, es la que menos alarma social ha creado y la menos estudiada en este sentido. Por otro lado, los videojuegos, que son considerados, en muchos casos, quizá por su mayor parecido al juego patológico, como peligrosos son los que se perciben como menos problemáticos. Se observa también una mayor percepción de problema a medida que aumenta la edad. Esto puede señalar bien que, con la mayor frecuencia de uso se perciben o se han experimentado más problemas, bien que conforme aumenta la edad se van identificando mejor los posibles efectos negativos de su uso.
4. En cuanto a los síntomas de adicción, el Alivio que genera su uso es el más señalado. El segundo es el Malestar si no puede utilizarse. Además, otras conductas con puntuaciones elevadas, como Mayor dedicación de tiempo del necesario o Fracasos en los esfuerzos de control indican un evidente parecido con los síntomas que son considerados característicos de las conductas adictivas. A partir de estos resultados puede decirse que hay una serie de síntomas que acompañan al uso de las NT que, dado su parecido con los síntomas habituales de las adicciones establecidas, pueden ser indicativos de que el uso de NT puede generar adicción. La TV e Internet son las que parecen facilitar con más frecuencia e intensidad estos síntomas.

|Comunicaciones

Cómo risperidona ILD ayuda a la adherencia en pacientes dependientes a cocaína y/o alcohol

ALONSO, J.M.; RODRÍGUEZ, P.

CAD-II (Centro de atención al drogodependiente II-Conselleria de Salut i Consumo del Govern de les Illes Balears)

Introducción.

Una de las consecuencias de los dependientes de cocaína y/o alcohol es la falta de adherencia al tratamiento, el incremento de la impulsividad y la dificultad para mantener la abstinencia.

Material y Método.

El objetivo de este trabajo es valorar si el uso de risperidona inyectable de larga duración (ILD) puede ser útil en aumentar la adherencia (Roncero et al. 2007) al tratamiento, disminuir la impulsividad y mantener la abstinencia.

Muestra: para nuestro trabajo se incluyeron a 20 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 30 y 45 años. Todos ellos consumidores de cocaína y /o alcohol. Estos pacientes se fueron incorporando progresivamente desde el 1 de mayo al 30 de septiembre de 2008.

El seguimiento de cada paciente tiene una duración de 3 meses. Cada uno de ellos debe realizar controles de orina semanales, debe acudir cada 14 días al centro a ponerse el inyectable de risperidona y en las visitas basal, primer mes y tercer mes se recogerán las diferentes variables que detallamos a continuación.

Recogida de variables: consumo de cocaína (medido en gr/día), consumo de alcohol (medido en UBE/ día), craving de cocaína (medido por el cuestionario de Roger D. Weiss), craving de alcohol (medido por la escala multidimensional de craving de alcohol (EMCA), impulsividad (medido por el test de Barrat), adherencia (medido por el número de visitas programadas), abstinencia (valorada a través de los controles de orina).

Resultados al 3 mes.

Se observa un cumplimiento terapéutico del 90 %.

Los controles de orina con resultado negativo a cocaína es del 77'7 %; y a alcohol del 72'2%.

La puntuación media en el cuestionario de craving de Roger D. Weiss para la cocaína es de 15 (craving moderado).

La puntuación media en la escala multidimensional de craving de alcohol es 20 (craving leve).

La puntuación media en la escala de Barrat a los 3 meses es de 54, observándose una disminución de la impulsividad.

Dosis media de risperidona ILD 25 mg/d.

Conclusiones.

La adherencia al tratamiento se cumple en un alto porcentaje de los pacientes, ya que la mayoría acude a las visitas programadas, lo que contribuye al logro de los Objetivos marcados en su proceso terapéutico.

A su vez se aprecia una notable mejoría en el craving, tanto para la dependencia a la cocaína como a la de alcohol. También objetivamos una disminución de la impulsividad y un importante descenso en los consumos tanto de cocaína como de alcohol. Por todo ello, concluimos que el uso de risperidona ILD en este tipo de población dependiente es una alternativa a tener presente.

Referencias.

Batlle E,A.I; Fernández,T; et al. (2004). Patología dual y risperidona de larga duración: efectos sobre el craving y consumo de sustancias. Poster VII congreso nacional de Psiquiatría.Bilbao.

Palabras clave.

Risperidona, craving, impulsividad y adherencia.

Prevalencia de la infección por VIH en una unidad móvil de reducción del daño

ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, J; MARTÍNEZ GEGÚNDEZ, A;
MENCIA BLANCO, I; MONTERO MARCOS, J; GUTIÉRREZ,
PERERA, J;

Madrid Positivo

Introducción.

MADROÑO es una unidad móvil de Madrid Salud gestionada por Madrid Positivo que interviene con personas drogodependientes sin hogar con alto grado de deterioro (OUT-REACH) Su actividad se desarrolla a través de programas de reducción del daño y mantenimiento con metadona ampliados con protocolos específicos de VIH y tuberculosis, que incluyen la realización de analíticas de sangre con recuento de CD4 y Mantoux así como la administración diaria de Tratamientos Directamente Observados (TDO).

Objetivos.

Conocer la prevalencia y características epidemiológicas de la infección por VIH en la población sin hogar del centro de Madrid atendida por MADROÑO.

Material y Método.

Se analizan los datos referentes a los 446 usuarios a los que se les ha realizado analítica de sangre en el dispositivo desde Mayo de 2005 a Noviembre de 2008.Resultados: De los 446 usuarios analizados 96 resultan positivos para el VIH (21,5%%), siendo la vía de infección intravenosa en un 86% y la vía sexual en un 14%.De estos, 72 eran varones y 24 mujeres, inmigrantes en un 30% y con una mediana de edad de 38 años. El 53% presentaba una cifra inferior a 350 CD4.

Se administró TARGA de forma directamente observada a 18 pacientes, de los cuales 7 se han derivado a recursos normalizados, 2 están en prisión y 9 continúan en nuestro dispositivo.

Conclusiones.

La elevada prevalencia de la infección por VIH y el deterioro inmunológico intenso que presenta la población drogodependiente sin hogar en Madrid justifican la existencia y ampliación de los clásicos programas de mantenimiento con metadona y de reducción del daño con protocolos de VIH y Tuberculosis de alta especificidad que mejoran la accesibilidad del diagnóstico y del tratamiento en dicha población.

TDAH, espectro impulsivo y herencia

ALVAREZ, J.C.; POVEDA, R.; DURÁNTEZ, M.J.

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

Introducción.

La investigación de los antecedentes familiares es fundamental en el diagnóstico clínico en general y muy especialmente en las enfermedades mentales donde, en muchas de ellas, el componente genético juega un importante papel. Este es el caso del TDAH donde la herencia representa el factor etiológico principal. Es precisamente en el TDAH de adultos donde, además de la investigación obligada de los antecedentes, el estudio de la descendencia representa un factor orientador en el diagnóstico. Así, la presencia de TDAH en los hijos de los adultos que acuden a la consulta de psiquiatría orienta a la posible existencia de un TDAH en ellos, mucho más, si como sucede en muchos casos los adultos refieren sentirse identificados con los comportamientos y la forma de ser de sus hijos diagnosticados de TDAH.

Material y Método.

Se describe la historia familiar de dos pacientes atendidos en nuestro centro por adicción a las drogas, en los que además se diagnosticó un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En ambos casos, la anamnesis detallada de la situación clínica en el momento del ingreso, los cuestionarios/escalas de valoración de síntomas específicos (CAADID, ADHD, ASRS) y el estudio de los antecedentes personales, principalmente de la infancia adolescencia, fueron fundamentales en el diagnóstico. Sin embargo, fue el estudio de los antecedentes/descendientes familiares los que aportaron una información inestimable en el diagnóstico final.

Caso 1: mujer de 70 años que acude al centro por dependencia alcohólica diagnosticada a raíz de sufrir un Duelo Complicado tras la muerte de su esposo. El estudio de los antecedentes no aportaba información de interés; no así el de los descendientes que reveló la existencia de un único hijo diagnosticado de TDAH y los dos hijos nacidos del matrimonio de este, es decir nietos de la paciente, en tratamiento con metilfenidato por TDAH. Realizada la desintoxicación se completó historia clínica retrospectiva confirmándose que cumplía criterios, a pesar de su avanzada edad, para ser diagnosticada de TDAH.

Caso 2: varón de 15 años atendido en nuestro centro por abusos de alcohol y cannabis. Diagnosticado desde los 11 años de TDAH combinado y en tratamiento con Metilfenidato desde esa edad, la anamnesis en el momento de la admisión a tratamiento reveló además del consumo de tóxicos la existencia de un Trastorno de Conducta Oposicionista/Desafiante. La información de los antecedentes familiares aportada por sus padres mostraba la presencia, en la rama paterna, de un tío carnal en tratamiento psiquiátrico por un Trastorno del control de Impulsos y otro de sus tíos carnales, hermano del anterior, adicto a la cocaína en tratamiento en nuestro centro y diagnosticado en el curso evolutivo de TDAH combinado. Finalmente, la entrevista clínica retrospectiva con los padres de estos últimos (abuelos del paciente más joven) buscando la confirmación diagnóstica del TDAH en la infancia, nos permitió comprobar el carácter de la abuela, que en todo momento identificaba el comportamiento de sus dos hijos y su nieto como propio, además de significar que a lo largo de su vida había sido tratada de ansiedad/depresión y en la actualidad estaba diagnosticada de fibromialgia.

Conclusiones.

El estudio de los antecedentes familiares y cada día con más importancia el de los descendientes, puede ser una ayuda inestimable en la confirmación diagnóstica del TDAH de adultos, siempre complementando la información aportada por la historia clínica detallada, el análisis de los antecedentes personales, los cuestionarios de apoyo en el diagnóstico y la evolución de los síntomas.

Calidad en el CAD “ San Juan de Dios”. Palencia

ALVAREZ, J.C.; POVEDA, R.; DURÁNTEZ, M.J.;
COUCEIRO, C.

Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes “San Juan de Dios”. Palencia

Introducción.

La aprobación del Sistema de Gestión de Calidad por el Comité de Dirección del Centro Asistencial San Juan de Dios en el que se encuentra integrado el Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes “San Juan de Dios”, puso en marcha el nuevo modelo de trabajo el 21 de marzo de 2006, después de trece años de asistencia a la población drogodependiente de la ciudad y provincia de Palencia. En el se combinan los valores y principios fundamentales de la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios, del Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia y los compromisos establecidos en el convenio con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.

Dicho sistema está orientado al tratamiento integral de las personas con problemas de drogas que posibilite su rehabilitación o modifique y mejore sus condiciones de vida, de forma que se favorezca su reinserción social y laboral. Para ello tanto el Comité de Dirección como todos los miembros del equipo que constituyen el CAD, se comprometen a:

- * Desintoxicar, deshabituarse y rehabilitar de forma ambulatoria a drogodependientes derivados desde el primer nivel y/o desde los Equipos de Salud Mental de Distrito.
- * Apoyar los tratamientos de drogodependientes realizados por los Equipos de Salud Mental de Distrito * Educación sanitaria relacionada con el consumo de drogas y apoyo psicológico a toxicómanos VIH+ o enfermos de SIDA.
- * Derivar a Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Centros de Día y Comunidades terapéuticas acreditadas.

Estos Objetivos se desarrollan a través de programas y planes individualizados de intervención que incluyen, junto al drogodependiente, a familiares u otras personas significativas del núcleo de convivencia que estén afectadas por su problemática.

Material y Método.

Exponemos el desarrollo del Sistema de Gestión por Procesos (ISO) llevado a cabo en nuestro centro a lo largo del 2007, tiempo en el que se atendieron un total de 331 pacientes: 165 en PMM y 166 en PLD; con la siguiente distribución por droga principal en la demanda de tratamiento: heroína 51,35%; cocaína 19,63%; cannabis 3,02%, alcohol 24,77%, benzodiazepinas 0,90%, otras 0,60%; para la que se definieron cinco objetivos principales a desarrollar a lo largo del año, que fueron evaluados a partir de indicadores de asistencia así como de cuestionarios destinados a mediar la satisfacción de los usuarios y de las instituciones con las que trabajamos a diario.

Conclusiones.

La auditoria realizada en fecha 14.02.2008 no detecto no conformidades valorándose positivamente el trabajo realizado a lo largo del año así como la consecución de los objetivos programados. Así mismo se destaca la valoración realizada por los usuarios a partir de un cuestionario de calidad alcanzo la calificación 8,5, valor que fue superado por la realizada por las instituciones/equipos con los que a diario comparte la actividad el CAD (Juzgados, UDH, CT, Atención Primaria, otros CAD, etc) y que alcanzó el 9,0.

Estilos de vida universitarios y la preparación de exámenes

AÑAÑOS BEDRIÑANA, F.

Universidad de Granada

Enviar correspondencia a:
fanntab@ugr.es

Introducción.

El objetivo de este estudio es conocer y analizar los estilos de vida de los estudiantes de la Diplomatura de Educación Social, de la Universidad de Granada, en relación a sus hábitos para afrontar los exámenes.

Métodos.

Se empleó una metodología descriptiva e interpretativa, con datos tanto cuantitativos como cualitativos. Se aplicaron cuestionarios semiestructurados y la muestra estuvo compuesta por 146 estudiantes de los tres cursos, seleccionados de forma aleatoria, hombres (13,7%) y mujeres (86,3%).

Resultados.

Las actividades efectuadas fuera de la Facultad, con frecuencia (2-3 veces semana), son ver/visitar amigos/as (39%), pasear/caminar (24,6%), navegar por Internet (23,4%); a diario, navegar por Internet (49%), chatear -Internet/móvil- (29,5%), pasear/caminar (44,4%) y ver televisión (36,8%); y los fines de semana, salir de "marcha" (47,6%), salir de "tapas" (37%), salir de "botellón" (15,8%); también, ver películas en casa (21,2%) y asistir a actividades culturales (20,4%).

En la Facultad, "estar-hablar con los amigos/as" (77,9%), entrar en Internet y buscar información preferente (45%) y leer en la biblioteca textos de libre elección (26%). En contra, viven como obligaciones el asistir a clase (40,3%), hacer trabajos (34,3%) y leer textos indicados (20,3%). La mayoría asiste a diario (69,9%), el 26,7% acude entre 3-4 veces a la semana, y sólo el 3,4% una o dos veces a la semana. El rendimiento académico es de notable (79,2%), aprobado (13,9%), sobresaliente (6,3%), y matrícula de honor (0,7%).

El tiempo empleado en preparar los exámenes se centra en las fechas próximas (74,7%), a última hora -1 o 2 días antes- el 3,4%. Efectúan un repaso 2-3 veces a la semana el 19,2% y, sólo el 2,1% lo hace a diario.

Los elementos para conseguir mayor rendimiento en la preparación de los exámenes son: en los días previos, café (25,2%), tabaco (18,8%), redbull-bebidas energéticas (4,7%) y pastillas o estimulantes cerebrales (4%); el 11% indicó otras variables: dormir/descansar (2,1%), escuchar música (1,4%), levantarse temprano (0,7%), hacer deporte (0,7%), asimismo, consumir hachís o speed (1,4%), comer chocolate (1,4%) y frutos secos (0,7%), beber guaraná o ginseng (2,1%) y tomar jalea real (0,7%).

Existen estudiantes que sus consumos son frecuentes en el curso, por ejemplo, beben café o té (22,1%), coca cola o refrescos energéticos (15,4%), fuman tabaco (15,6%) y marihuana (3,3%), y pastillas o tónicos cerebrales (3,2%). Este último dato sube al 15,3% cuando es de forma ocasional.

Discusión.

Las actividades realizadas fuera de la Facultad todos los días están relacionadas al uso de Internet y chatear, pasear- caminar y ver la televisión; en cambio los fines de semana se vinculan a la diversión y socialización, fundamentalmente de noche, muchas de ellas compatibles, en el que las drogas están presentes. En épocas de exámenes suelen consumir preferentemente café o té y suele incrementarse el consumo de tabaco, marihuana, pastillas-tónicos, bebidas energéticas, etc., la mayor parte de ellas admitidas socialmente, que estimulan el sistema nervioso central y que causan adicción. De acuerdo con estos datos, en otros términos, estaríamos situándonos en una "cultura de drogas" en la que, entre otros factores, se asocian a diferentes representaciones sociales, donde los consumos se perciben como beneficios esperados de orden cognitivo, psicológico, neurológico, físico,... con el fin de obtener mayor rendimiento académico.

Las creencias sobre las drogas de los niños de la calle en Perú

AÑAÑOS HERRERA, C.

Trabajadora Social. Doctoranda de la Universidad de Granada

Enviar correspondencia a:
carlah@correo.ugr.es

Introducción.

Muchos niños ayacuchanos que se encuentran en condiciones difíciles, por ser niños y niñas que a causa de la pobreza extrema, el hambre, la disolución de las familias, el aislamiento social, abandonaron o fueron expulsados de sus hogares, estos niños(as) trabajan exponiéndose a los peligros que muestran las calles ayacuchanas, estos niños corren el riesgo de caer en la prostitución, el consumo de drogas y varias formas de conducta criminal. Por un lado se entiende que el consumo de drogas por parte de estos niños tiene un sentido de fuga de la dura realidad que deben enfrentar en las calles y se sostiene que algunas de estas sustancias tóxicas que utilizan por inhalación quitan al niño la sensación de hambre u otras, que euforizan, quitan la sensación de cansancio. Esas actividades constituyen a veces los únicos medios de supervivencia. La mayoría de estos niños(as) son consumidores e incluso adictos a los inhalantes, tales como el terocal que es un pegamento de zapato o los solventes de pintura, keroseno, gasolina, etc. Muchas veces estos niños son utilizados los que traen como consecuencia una serie de problemas físicos y psicológicos que incluyen alucinaciones, edemas pulmonares, fallos en los riñones y daños cerebrales irreversibles. En este sentido, muchos niños de la calle quedan atrapados en la pobreza, violencia y delincuencia, carentes de todo tipo de atención: salud, alimentación, educación y supervisión.

Material y Método.

Se hizo un estudio descriptivo y observacional. El trabajo se orienta al análisis de "los y las niños y niñas de la calle" desde de las representaciones sociales (creencias), haciendo aproximaciones contextuales y viendo la relación con las drogas, especialmente del alcohol, tabaco e inhalantes. El estudio se hizo en Lima (Perú) entre DEVIDA y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Métodos.

La propuesta metodológica de la investigación fue descriptiva e interpretativa de índole cualitativa y cuantitativa. Se realizaron 28 entrevistas en profundidad aleatorias a niños y niñas entre 9 y 17 años que desarrollan su vida en este espacio (cercado o casco histórico de la ciudad de Lima).

Resultados.

Estos menores provienen del interior del país (55,6%) y el resto ha nacido en la capital, el 66,7% no está escolarizado, el 66,7% responde que trabaja en la calle entre 4 a 19 horas al día (77,8% dice laborar 11 horas), tras las necesidades básicas el 55,6% reconoce que guarda parte de su presupuesto para comprar drogas.

Identifican las sustancias como drogas: tabaco (100%), alcohol (33,3%) e inhalantes (77,8%). Sin embargo, llegan a probar el 88,9% los inhalantes (sobre todo pegamentos industriales, también consumen gasolina y keroseno), el 88,9% tabaco y el 77,8% alcohol.

Las creencias vistas como beneficios del consumo son: psicológicos, tranquilizadoras y de alivio (inhalantes: 44,4%; tabaco: 66,7%), vivir mejor en el medio (tabaco: 44,4%; inhalantes: 33,3%; alcohol: 33,3%), sensaciones gratas y festivas (33,3%) y, sensaciones de valentía y seguridad que proporciona la sustancia (alcohol 33,3%, tabaco e inhalantes 22,2%, respectivamente). A nivel sanitario, evita o reduce la sensación de frío (tabaco: 77,8%; inhalantes: 55,6%), calma o reduce el hambre (inhalantes: 55,6%; alcohol: 11,1%; tabaco: 22,2%) y, propiedades analgésicos de mitigar el dolor (alcohol: 33,3%; inhalantes: 22,2%; tabaco: 11,1%). A nivel social, relación con los iguales y ampliar el círculo de amigos (inhalantes: 66,7%; alcohol:

22,2%; tabaco: 22,2%), buscar climas de confianza y estrechamiento de la amistad (tabaco: 33,3%; alcohol: 22,2%; inhalantes: 22,2%), para ligar (tabaco: 11,1%; inhalantes: 22,%; alcohol: 11,1%), como potenciadores de deseos sexuales y su inicio (tabaco: 22,2%, alcohol: 11,1%; inhalantes: 11,1%), sentir la sensación de compañía o de estar en el grupo (alcohol: 33,3%; inhalantes: 11,1%; tabaco: 11,1%, todos).

Conclusiones.

Panorama desolador con gran desarraigo, soledad, necesidad imperiosa de buscar afecto, protección y seguridad; alto índice de absentismo/abandono escolar, explotados laboralmente en un medio hostil... donde están presentes distintos riesgos y, las adicciones, sobretodo de los inhalantes, alcohol y tabaco, es la punta de un enorme iceberg.

La relación drogas-beneficios, se vehiculan mediante las necesidades de los menores a cubrir o satisfacer sus necesidades primarias, y lo más preocupante es la creencia que las drogas pueden ayudarles a cumplir el deseo o el gusto.

Los beneficios coinciden con el trabajo de Añaños Bedriñana (2006) como elementos que corroboran las percepciones o valoraciones llenas de benignidad que se otorgan a las drogas: propiedades medicinales, terapéuticas, estéticas, ayudas personales y/o sociales, etc. No obstante, son barreras que dificultan o limitan desarrollar sus potencialidades, así como de disfrutar el hecho de ser Nino/a.



Impulsividad y *craving* en pacientes con dependencia de cocaína tratados con oxcarbazepina

ANDRÉS, I.; BATLLE, E.; FERNÁNDEZ, T.; GIRONÉS, V.;
MARTÍNEZ, J.; MOLA, M.; RIVAS, I.; ROIG, J.; ROMERO,
C.; VÁZQUEZ, G.; TREMOLEDA, J.

(*)CAS Granollers
(**) Centre d'Atenció a les Drogodependències, Servei de Psiquiatria, Hospital de Mataró,
(***) Unitat d'Alcoholisme i Drogodependències, Hospital de Calella
(****) Centre Delta, Badalona
(*****) Centre d'investigació i tractament d'addiccions (CITA)

Enviar correspondencia a:
Inés Andrés, CAS Granollers, c. Joan Camps i Giró núm 3, 08401.
Granollers tel 938601415

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

Objetivos.

Evaluar la eficacia del tratamiento con oxcarbazepina en la reducción del craving y el consumo de cocaína, así como de los síntomas y conductas relacionadas con impulsividad en pacientes diagnosticados de abuso o dependencia de cocaína.

Métodos.

Estudio preliminar, observacional y multicéntrico, que evalúa retrospectivamente datos de 115 pacientes con criterios de abuso o dependencia de cocaína atendidos en centros especializados de drogodependencias y que han recibido tratamiento con oxcarbazepina. Se analizan variables sociodemográficas, de consumo y craving para cocaína y alcohol y se relacionan con niveles de impulsividad registrados en escalas clínicas.

Resultados.

Se incluyen en el estudio 115 pacientes, de los cuales 20 son diagnosticados de abuso y 95 de dependencia de cocaína, que reciben tratamiento con oxcarbazepina durante 12 semanas. El análisis de Resultados muestra una reducción en los niveles medios craving (EAV de 8,1 basal a 3,4 a las 12 semanas) y en la frecuencia de consumo de cocaína, de forma paralela a una reducción de los niveles de impulsividad (Escala de Barratt 74,9 basal a 60,8 a las 12 semanas).

Conclusiones.

Los Resultados sugieren que oxcarbazepina puede ser eficaz en el tratamiento del abuso y la dependencia de cocaína, especialmente en pacientes con niveles altos de impulsividad.

Alcoholismo y discapacidad intelectual: estudio descriptivo y comparativo de dos casos

ANTELO LORENZO, M.A.; MEJÍAS VERDÚ, D.

*Psicólogo del Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza **Psiquiatra del Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza *Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza. (Servicio Murciano de Salud)

Enviar correspondencia a:
Avenida de Italia s/n. CP: 30010. Cieza (Murcia).
mangeles.antelo@gmail.com

Los problemas de alcoholismo pueden afectar a cualquier miembro de la sociedad, si bien hay grupos de riesgo claramente diferenciados. Entre ellos, las personas con discapacidad intelectual son especialmente vulnerables ante la exposición al consumo de ciertas sustancias. La investigación que presentamos, es un estudio descriptivo y comparativo, realizado con dos pacientes de edades y grado de discapacidad intelectual similar, y se llevó a cabo a lo largo del año 2006-2007, con dos Objetivos, analizar el efecto que tiene en personas con discapacidad el uso y abuso del alcohol y estudiar la eficacia de los tratamientos terapéuticos, en cuanto a la frecuencia y su influencia en la recuperación de los pacientes que sufren ambas patologías. Los Resultados de la investigación indican que la mayor frecuencia de tratamiento favorece la recuperación del paciente en lo que se refiere al problema de adicción al alcohol así como en el desarrollo de conductas adaptativas, de relación social y comunicación.

Las dificultades que presenta en la práctica clínica el tratamiento de estas personas, elección y adaptación de terapias que puedan ser comprensibles y les permitan un seguimiento sencillo y eficaz, frecuencia necesaria de las sesiones de terapia, colaboración de la familia, etc., convierten este tema en objeto de estudio interesante, debido a la escasez de experiencias publicadas y a la necesidad de conocerlo con más profundidad, a fin de conseguir actuar a nivel profesional con la mayor eficacia posible.

Impacto esperado de la crisis económica en el consumo de alcohol en jóvenes deportistas

ANTONIO J. MONROY ANTÓN, A.J.; SÁEZ RODRÍGUEZ, G.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, Á.

Universidad Autónoma de Madrid (1)
Universidad Politécnica de Madrid (2)
Universidad Complutense de Madrid (3)

Enviar correspondencia a:
Antonio J. Monroy Antón, Av. Filipinas, 16, Bajo B, 28003, Madrid,
antonio.monroy@uam.es.

Introducción.

En lo referente a la elasticidad demanda-precio del alcohol, los estudios no son concluyentes. Frente a algunos que lo sitúan como un bien de demanda inelástica, esto es, poco sensible a variaciones en su precio, existen otros que hablan de cierta sensibilidad a los precios, si bien muy variable en función del tipo de bebida consumida. Esto, en principio, podría hacer pensar que la actual crisis económica, aun conllevando una disminución en la renta disponible o renta en términos reales de los consumidores, no afectaría a los niveles de consumo total sino que, en todo caso, provocaría cambios en los hábitos en cuanto al tipo de bebida ingerida. En esta comunicación se intenta comprobar la veracidad de dicho aserto en un sector en el que el consumo de alcohol está aumentando drásticamente en los últimos años y que, al mismo tiempo, puede ser de los más afectados por la crisis: el de los jóvenes que practican deporte regularmente.

Material y Método.

El estudio se ha realizado mediante la encuesta anónima a un grupo de 79 estudiantes universitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid, quienes previamente habían indicado que realizaban deporte un mínimo de 5 horas semanales y que ingerían algún tipo de bebida alcohólica, aunque fuese esporádicamente, al menos una vez por semana. La encuesta dividía el consumo de alcohol de estos jóvenes en tres grupos: consumo mínimo (dos copas o menos por semana o, tratándose de cerveza, tres o menos semanales), consumo moderado (entre tres y seis copas o bien de cuatro a diez cervezas por semana) y consumo alto (más de seis copas o de diez cervezas por semana). Después, se les preguntaba cómo variarían sus hábitos en caso de subir los precios un 20% o de disminuir su renta en la misma cuantía, en cuanto a reducción del consumo de bebidas alcohólicas o al posible cambio a otra bebida.

Resultados.

En el grupo de consumo mínimo (25 estudiantes), el 84% señala que seguiría consumiendo las mismas cantidades y el 92% que no cambiaría de bebida. Un 72% del grupo de consumo moderado (36 estudiantes) indica que no reduciría su consumo. Sin embargo, un 53% buscaría una alternativa más barata. En cuanto al grupo de consumo alto (18 estudiantes), se obtiene un 72% que no modificaría su consumo en cuanto a cantidad, mientras que un 66% cambiaría de bebida, buscando una más barata.

Discusión.

Todo parece indicar que, en el sector de jóvenes deportistas, el consumo de alcohol está bastante arraigado, pues el nivel de consumo no se modificaría mucho por una subida brusca del precio. Sin embargo, el tipo de bebida consumida sí variaría en los sectores de consumo moderado y alto, lo que puede ser una muestra de que la adicción permanece, pero no es realmente una adicción a la sustancia en sí, sino al acto social de beber en grupo, y puede por tanto ser sustituida por otra menos dañina.

Perfil del paciente con trastorno psicótico comórbido a drogodependencias ingresado en una unidad de desintoxicación hospitalaria

BAJO LEMA, J.; DOPICO GONZÁLEZ, I.; GONZÁLEZ SANTOS, M.; GÓMEZ PARDIÑAS, S.; SERRANO CARTÓN, M.C.; MIGUEL ARIAS, D.

*PIR; **MIR; ***FEA del Servicio Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña-Oza. A Coruña.

Enviar correspondencia a:
Domingo Miguel Arias. Servicio de Psiquiatría. CHU A Coruña- Oza. C/ Xubias de Arriba, 84. E-Mail: jbailem@canalejo.org

Introducción y justificación.

La población drogodependiente desarrolla con frecuencia sintomatología psicótica, bien inducida por las propias sustancias o bien en comorbilidad. Esta asociación determina una mayor gravedad de ambos trastornos, dificultades en el tratamiento y, en general, un peor pronóstico.

En este trabajo, queremos analizar las características del paciente que ingresa en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), con un diagnóstico concomitante de trastorno psicótico, así como compararlo con el resto de los pacientes de dicha unidad.

Metodología.

Se consideran todos los pacientes (n=497) ingresados en una UDH desde su puesta en funcionamiento (sep-97) hasta enero del 2008. La información es recogida mediante cuestionario con datos sociodemográficos, toxicológicos, clínicos y terapéuticos. El diagnóstico de trastorno psicótico se realiza siguiendo los criterios DSM-IV-TR.

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 16.0.

Resultados.

Los trastornos psicóticos presentan una prevalencia del 9,5% (n=28) entre los pacientes ingresados en la UDH. De estos, el 35,7% son trastornos psicóticos inducidos por sustancias. El 21,1% ya tienen un diagnóstico previo de trastorno psicótico, mientras que un 28,9% tiene como antecedente psiquiátrico trastorno de personalidad y un 5,3% afectivo. El 44,7% no tiene ningún diagnóstico psiquiátrico previo al ingreso.

La mayoría son varones (84,2%), de 30,7 años de media. Más de la mitad viven con su familia de origen (52,6%) y no trabajan (52,6%). Han sido detenidos el 81,6% y el 42,1% han estado en prisión.

Estos porcentajes son similares a los de la muestra general. Entre la patología somática destaca un porcentaje alto de afectados por VIH+ (28,9%), que dobla el porcentaje general (13,9%).

La droga principal es la heroína u opiáceos, con un porcentaje del 89,4%. Se han administrado por vía intravenosa un 19,4% en el último mes.

El tiempo de consumo medio es de 11,6 años, que no difiere significativamente con la media de consumo de los pacientes ingresados en la UDH (10,5 años).

El tiempo de estancia es de 15,6 días, más del doble de la media del ingreso habitual en la UDH.

Finalizan el tratamiento un porcentaje muy amplio (97,4%), aunque con una importante tasa de reingresos (39,5%).

Conclusiones.

Casi la mitad de los pacientes que ingresan en la UDH con un trastorno psicótico concomitante no tenían un diagnóstico psiquiátrico previo.

El perfil del ingresado en la UDH con trastorno psicótico no difiere significativamente del ingreso habitual en la UDH, salvo por una prevalencia mayor del VIH+.

El diagnóstico de trastorno psicótico concomitante influye en un tiempo mayor de estancia hospitalaria y una tasa mayor de reingresos.



La emoción, la más olvidada

BALDELLOU BITRIA, A.

Prisiones.

Una vez realizado el trabajo de investigación "Motivación para el cambio" el cual presente el año anterior en La Coruña, me di cuenta que además de trabajar la Motivación, debemos tener en cuenta "las emociones" si pretendemos que el paciente siga un camino de abstinencia.

Actualmente estoy trabajando en terapia las emociones de los internos y los Resultados son muy satisfactorios.

Considero que con el modelo cognitivo-conductual, se ha dejado de lado la parte emocional, y esta es necesaria para producir un cambio.

No debemos de olvidar que el toxicomano, no es solo una persona enferma, sino una persona a nivel emocional muy débil (en donde la emoción de la desesperación y tristeza le acompañan en muchos momentos).

Pienso que muchas de las recaídas que tiene un toxicomano, son por no haber trabajado con él, la parte emocional. A finales de febrero lo podré demostrar científicamente. De verdad el trabajo daría para una ponencia.

Perfil de las usuarias y resultados del tratamiento en régimen residencial mixto de la comunidad terapéutica Alborada

BASTÓN MARTÍNEZ, E.*

Comunidad Terapéutica Alborada.

Enviar correspondencia a:
Eva Bastón Martínez. Comunidad Terapéutica Alborada
Piñeiro-Riás 10. 36739 Tomiño, Pontevedra.
E-mail: eva.baston.martinez@ceesg.org.

Introducción.

Este trabajo pretende aportar datos sobre el perfil de las mujeres que realizan un programa en régimen residencial mixto y observar los Resultados del mismo tomando como referente el tipo de alta.

Desde el 2005 hasta finales del 2008, de 227 sujetos, 42 fueron mujeres. De ellas 27 son madres. Los Objetivos terapéuticos que indicaban tratamiento en CT: conseguir el mantenimiento de la abstinencia y realizar un psicodiagnóstico, mejorar habilidades sociales, autocontrol, prevención de recaídas, resolución de problemas, y un 25% refería recuperar, retomar y/o mejorar relaciones materno-filiales.

Se ofrece un tratamiento individualizado con perspectiva de género que permita la consecución de estos Objetivos. Los recursos que ofrece la Comunidad, van encaminados a mejorar su autoestima, sus habilidades sociales, prevención de recaídas y resolución de problemas y, de manera complementaria, trabajar el rol de madre.

Material y Método.

Se ha utilizado el estudio y tratamiento estadístico de 42 casos de mujeres que realizaron tratamiento en Comunidad Terapéutica en el periodo comprendido entre el 1/1/2005 y el 31/12/2008.

Resultados.

De 42 mujeres, 27 eran madres y 15 no. La mayoría comprendidas entre los 35 y los 40 años de edad. Las mujeres sin descendencia, en su mayoría: 9/15, afirman consumir heroína como droga principal.

Y la mayoría está entre 35 y 45 años. De las mujeres con descendencia, 11/27 consumen cocaína. Seguidas por 10 que consumen heroína. Las 6 restantes: alcohol 3, benzodiazepinas 2 y cannabis 1. Se observa un aumento significativo de casos de patología dual, un 80% en el año 2008. Un 44,5% del total, fueron alta terapéutica, un 28% altas voluntarias y un 23% por ciento exclusiones o derivaciones por incumplimiento de Objetivos. De las altas terapéuticas un 70% son de mujeres con descendencia, pero también un 75% de las altas voluntarias lo son.

Los datos segregados según tuvieran o no descendencia nos dicen que casi un 45% de las madres terminan con un alta terapéutica y un 33% de las que no lo son. El porcentaje de las madres que deciden abandonar es de 33% frente a un 20% de las que no tienen descendencia y en exclusiones: 18,5% de madres frente a un 33% que no lo son.

La decisión de alta voluntaria se posterga, para las madres hasta 150 días y las exclusiones, entre las que no tienen descendencia, suele ocurrir entre 120 y 180 días.

Conclusión.

El perfil es el de una madre consumidora de heroína y/o cocaína con una media de edad de 35 años y con patología dual.

Una mujer con descendencia, que realiza el tratamiento, tiene más probabilidad que una sin descendencia de finalizarlo con una alta terapéutica: 44% frente a 33%.

Nuestro programa, como recurso para mujeres y/o madres, aporta una oferta terapéutica que les permite conseguir los Objetivos que traían al ingreso.

La NDSS-S (Escala Breve de Evaluación del Síndrome de Dependencia de la Nicotina) en fumadores españoles

BECOÑA, E.; FERNÁNDEZ DEL RÍO, E.; LÓPEZ DURÁN, A.;
MÍGUEZ VARELA, M.C.; CASTRO VÉREA, J.; NOGUEIRAS
FERNÁNDEZ, L.; FLOREZ, G.; ALVAREZ, S.; VÁZQUEZ, D.

*Unidad de Tabaquismo, Universidad de Santiago de Compostela,
**Distrito Sanitario Málaga,
***Unidad de Conductas Adictivas de Ourense

Introducción.

Dada la alta prevalencia de fumadores de cigarrillos es necesario disponer de instrumentos adecuados para evaluar la dependencia de la nicotina. Uno de los instrumentos más recientes es la Escala para la Evaluación del Síndrome de la Dependencia de la Nicotina (NDSS) de Shiffman et al. (2004), la cual se ha elaborado partiendo de los criterios del DSM-IV. Formada por 19 ítems evalúa un factor general de dependencia de la nicotina y se han derivado factorialmente varias escalas de la misma. El objetivo del presente estudio es elaborar una escala corta a partir del NDSS, el NDSS-S.

Material y Método.

Se ha utilizado una muestra de 1.061 fumadores diarios, de los cuales 637 se han evaluado en 5 centros distintos de atención primaria de España, 183 en una Unidad de Conductas Adictivas y 241 en una Unidad de Tabaquismo.

A todos los fumadores se les aplicó el NDSS y el SCID para evaluar dependencia de la nicotina con criterios DSM-IV-TR junto a distintas variables sociodemográficas y de consumo de cigarrillos.

Resultados.

El factor general de dependencia de la nicotina, obtenido a través de análisis factorial, está formado por 11 de los 19 ítems de la escala. Si seleccionamos los ítems con mayor carga factorial obtenemos una escala corta de 6 ítems. Con esta escala breve obtenemos Resultados semejantes a los de la escala total en las distintas variables del estudio (sociodemográficas y de consumo de cigarrillos). Esto en parte es debido a que la correlación entre ambas es muy alta ($r = 0.95$ $p < .001$). Esta escala discrimina a los fumadores en función de su consumo de cigarrillos y si son o no fumadores dependientes de la nicotina, tal como hemos evaluado con el SCID. Su funcionamiento mediante curvas ROC es excelente (0.84 bajo la curva).

Discusión.

La escala NDSS-C muestra ser una escala fiable ($\alpha = 0.79$) y de fácil utilización por su brevedad, sólo 6 ítems, y con un alto poder discriminativo en función del consumo de tabaco de los fumadores.

Comorbilidad en policonsumidores de alcohol y cocaína en tratamiento ambulatorio

BELDA, L.; TOMÁS, V.; CORTÉS, M.T.

* Dept. Psicología Básica. Fac. Psicología. Universitat València
** UCA Catarroja (Departamento de salud 10 de la provincia de Valencia)

Aún siendo abundante la Bibliografía sobre la comorbilidad en la dependencia a alcohol y en la dependencia a cocaína, son relativamente escasas o nulas las investigaciones sobre la comorbilidad en policonsumidores de cocaína y alcohol (Caballero, 2005). Este estudio pretende clarificar la psicopatología en este tipo de consumidores, ya que actualmente ha aumentando su demanda en los centros de tratamiento. (Pastor, Llopis, y Baquero, 2003; Pérez, Milara, Soler, Ferrando, Caja y Romero, 2006).

Del total de pacientes que demandaron tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (Departamento de salud 10 de la provincia de Valencia) desde enero de 2007 hasta junio de 2008, se seleccionaron aquellos diagnosticados de dependencia a alcohol (n=15), dependencia a cocaína (n=10) y dependencia a cocaína más abuso/dependencia a alcohol (n=15). Estos 40 pacientes cumplieron diferentes pruebas: SCL-90-R, BDI, STAI, MCMI-III y la Escala de Impulsividad de Barrat. Las puntuaciones obtenidas en el SCL-90-R concuerdan con Resultados obtenidos en investigaciones anteriores, tanto en el grupo de alcohol (Bravo, Echeburúa y Aizpiri, 2007; Pérez, de Vicente, García, Romero y Oliveras, 2008) como en el grupo de cocaína (Pedrero, Puerta, Segura y Osorio, 2004; Pedrero y López, 2005; Sánchez, Tomás y Morales, 2001). También se replican los Resultados obtenidos en el cuestionario de personalidad de Millon en los pacientes de alcohol (Bravo y cols, 2007) y en los dependientes de cocaína (López y Becoña, 2006). Los Resultados en cuanto a la sensibilidad de las escalas de dependencia de alcohol y dependencia a sustancias difieren con otros estudios (Pedrero y López, 2005) ya que en este trabajo si han sido sensibles al diagnóstico.

En cuanto a las variables de consumo, al comparar a los dependientes de cocaína con los de alcohol, se confirma al igual que en otros trabajos (Lesswing y Dougherty, 1994; Sánchez y cols., 2001) que los primeros suelen demandar tratamiento tras un menor número de años de consumo, mostrando además una media de edad inferior cuando realizan esta solicitud.

Los pacientes policonsumidores realizan una demanda de tratamiento más temprana, llevan menos años consumiendo y son más jóvenes, estos Resultados apuntan a que el consumo simultáneo de alcohol y cocaína suele asociarse a una presencia de consecuencias negativas a más corto plazo, que el consumo de estas dos drogas por separado.

Además, estos pacientes presentan rasgos de personalidad propios del Cluster B, más frecuente entre los consumidores de cocaína (López y Becoña, 2006; Skinstad y Swain, 2001) y características mixtas de la sintomatología de los alcohólicos y de los dependientes de cocaína. Incluso en el Índice de Malestar del SCL-90 (Derogatis, 1983) muestran puntuaciones más elevadas que los dependientes de alcohol y cocaína por separado, aunque sin alcanzar la significación estadística.

Ganancia de peso en fumadores con tratamiento multicomponente

BERNABÉ BARRIOS, M.J; BARRUECO FERRERO, M.;
FERNANDEZ PERTIERRA, A.; PALOMO COBOS, L.;
FERNÁNDEZ DEL VALLE, P.

Hospital Universitario de Salamanca,
Unidad de Investigación, Gerencia Atención Primaria de Cáceres

La ganancia de peso es uno de los factores que más valoran los fumadores antes de realizar in intento serio de abandono del tabaco y que más influye en las recaídas. El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar la ganancia de peso en un grupo de fumadores que acudieron a la unidad especializada del tabaquismo del Hospital Universitario de Salamanca.

Se han incluido en el estudio un total de 562 fumadores que acudieron a la consulta e iniciaron el tratamiento. En todos ellos se recogieron los datos relativos a la edad, el sexo, el tratamiento propuesto, el éxito o fracaso del mismo y la evolución del peso a lo largo del periodo de un año. Se trata de 562 fumadores, 300 varones y 262 mujeres, con una edad media de $48,37 \pm 11,93$ años y un peso medio en la visita inicial de $71,62 \pm 15,33$ kg. ($78,57 \pm 14,31$ Kg. en varones y $63,67 \pm 12,33$ Kg. en mujeres).

El incremento ponderal en el primer mes es similar tanto para abstinentes como para no abstinentes: 0,529 Kg. frente a 0,460 Kg. El incremento medio de peso observado fue de 0,529 Kg. (EE: 0,40-0,66.) al primer mes, 1,238 Kg. (1,11-1,36) al segundo, 1,689 Kg. (1,52-1,86) al tercero, 2,004 Kg. (1,64-2,31) al sexto y 3,102 Kg. (2,66-3,55) al año. El incremento ponderal medio fue significativamente más alto en las mujeres (3,87 Kg.; 3,25-4,49) que en los hombres, (2,50 Kg.; 1,88-3,12). Se observaron algunas diferencias en función del tratamiento instaurado: el incremento ponderal medio a los 12 meses fue de 2,34 Kg. (1,79-2,89) en los tratados exclusivamente con intervención cognitivoconductual, 2,63 Kg. (1,77-3,49) en los tratados con TSN, de 4,67 Kg. (3,89-5,45) en los tratados con bupropión y de 2,740 Kg. (1,06-4,460) en los tratados con vareniclina. El incremento ponderal a los 12 meses en varones es significativamente más alto con el tratamiento conductual (3,65 Kg.), bupropión (3,96 Kg.) y vareniclina (2,53 Kg.), y no lo es en los tratados con TSN (1,10 Kg.); en mujeres el incremento ponderal es estadísticamente significativo en las tratadas con TSN (4,31 Kg.) y con vareniclina (3,20 Kg.), y no lo es en las que recibieron tratamiento psicológico (1,40 Kg.) o bupropión.

El incremento ponderal tiene lugar desde las primeras semanas del tratamiento y continúa progresivamente hasta el año, siendo mayor en mujeres. Existen algunas diferencias en la ganancia de peso en función del sexo del paciente y del tratamiento instaurado.



Prevalencia del uso de alcohol y otras drogas en una muestra clínica de ámbito privado sin diagnóstico de TUS

BOBES BASCARÁN, M.T.; CASARES, M.J.; DÍAZ MESA, E.M.; BASCARÁN, M.T.; IBAÑEZ, E.

*H.C.U. Valencia-CIBERSAM; **Universidad de Oviedo-CIBERSAM; ***Universidad de Valencia.

Introducción.

El trastorno por uso de sustancias (TUS) afecta a un cuarto de individuos con diagnóstico de TOC, y presenta altas tasas de comorbilidad con trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad y del humor (Grant, 2005; Compton, 2007). De todos ellos, los trastornos de ansiedad y los TUS son las comorbilidades más frecuentes dentro del eje I. Es importante tener en cuenta que los pacientes con trastornos afectivos que presentan otro trastorno psiquiátrico o enfermedad médica coexistente tienen una peor respuesta y remisión al tratamiento comparado con aquellos pacientes sin comorbilidad (Otte, 2008).

Por lo que se refiere específicamente a los trastornos de personalidad, la tasa de comorbilidad de la dependencia del alcohol oscila entre el 40% y el 44% de los casos estudiados. En concreto, la mayor comorbilidad aparece con los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo, antisocial, paranoide y dependiente (Bravo de Medina et al., 2007).

Método.

Se realizó la evaluación de 150 pacientes de una consulta clínica privada que tenían diagnósticos DSMIV- TR en eje I y II, pero que no habían recibido diagnóstico de TUS. Se administraron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y el Inventario de la Personalidad Revisado NEO-PI-R de Costa y Mc Crae.

Resultados.

La muestra estudiada está constituida por mayor porcentaje de mujeres (58%) que de varones (42%). En cuanto a la edad, los pacientes se hallaban entre los 15 y los 67 años, con una edad media de 34,53 (Dt= 11,5). Con respecto al diagnóstico primario, el 29,3% tenía un diagnóstico de TP, un 27,9% de T. ansiedad, un 22,4% de T. afectivo y tan solo un 7,5% recibía un diagnóstico de T. psicótico. Un 62,7% tiene un diagnóstico en eje II, mayoritariamente en las personalidades del Clúster C con un 42,5%, seguido del Clúster B con un 34,2%, y en menor proporción, del Clúster A con un 23,3%. En las escalas de abuso de alcohol y de drogas, no se encontraron diferencias de medias según las variable género o tipo de trastorno, pero sí se hallaron diferencias según el trastorno de la personalidad: los trastornos antisocial y límite de la personalidad presentan una puntuación mayor que otros trastornos de la personalidad en ambas escalas.

Existe una relación importante entre la escala de Abuso de alcohol y las escalas Límite, Antisocial, Autoagresiva, Drogas y Pensamiento psicótico, y entre la escala de Abuso de drogas y las escalas Antisocial, Narcisista, Histriónico, Límite, Hipomanía y Alcohol.

Discusión.

Los Resultados indican una presencia considerable de uso de sustancias en población clínica no diagnosticada de TUS. Existe evidencia empírica de que el consumo puede afectar notablemente al pronóstico y evolución del trastorno principal. Por tanto, debería prestarse especial atención a la prevención e intervención sobre este uso secundario de sustancias.

Consumo crónico de alcohol asociado con deficiencia de andrógenos puede comprometer la estructura mineral ósea

BORTOLIN LODI, K.; DA SILVA ROVAI, E.; DECO PORTO, C.; ABRAHAO MARTIN, A.; DO ESPÍRITO SANTO, A.M.; FERNANDES DA ROCHA, R.

* Universidade Estadual Paulista - UNESP - Brasil;
** Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP - Brasil.

Enviar correspondencia a:
Karina Bortolin Lodi. Dirección postal: Av. Cidade Jardim 2780 apto 81, Bosque dos Eucaliptos - São José dos Campos, São Paulo - Brasil. C.P. 12233002, e-mail : kabortolin@gmail.com.

El consumo excesivo de alcohol (etanol) está ligado a un incremento de la problemática familiar, de la delincuencia, la pérdida de productividad laboral y a un mayor índice de accidentes. También el consumo de alcohol, en particular durante andropausia, puede comprometer de manera espectacular la calidad ósea y aumentar el riesgo de fracturas, lo que acarrea importantes costes sanitarios, económicos y sociales. El objetivo de este estudio fue investigar, en ratos, el efecto de la deficiencia de andrógenos y consumo crónico de alcohol en el contenido mineral óseo (Ca y P). Para esto, se utilizaron análisis bioquímica y técnicas no destructivas de espectrometría de alta sensibilidad. Ratos macho Wistar (n = 54) fueron divididos en orquiectomía (ORQ) o ficticio-operado (SHAM) y subdividido conforme la dieta. Después de un mes de las operaciones, inició las dietas que persistió por 8 semanas.

Los controles fueron subdivididos en dos, un recibió una dieta ad libitum (dieta libre) y el otro era paralimentado (dieta isocalórica libre de alcohol). Calcio y fósforo fueron analizados por la prueba bioquímica clásica en la sangre y por técnica de espectrometría de micro fluorescencia de rayos-X (μ EDXRF) en el fémur. Análisis del suero reveló hiperfosfatemia e hipocalcemia en el grupo etanol, más que en los dos controles (par-alimentado y dieta libre). En la comparación, las técnicas de espectrometría indican una disminución en el contenido de Ca óseo en el grupo orquiectomizado, principalmente en el grupo etanol. De lo contrario, contenido de fósforo y la proporción molar de Ca/P no difiere en todos los 6 grupos. El consumo de etanol afectada la homeostasis del Ca y P en ratos orquiectomizados más que en los animales normales. Las relaciones entre el consumo de etanol y el déficit de andrógenos apoyan la hipótesis de que el etanol afecta directamente la regulación de los minerales y de las hormonas y provocaría el debilitamiento óseo por sus efectos tóxicos sobre las células formadoras de hueso.

Indirectamente el alcohol también puede interferir con el estado nutricional, ya sea alterando la ingestión del alimento, su absorción o la utilización de los nutrientes por el organismo cometer la cantidad y, consecuentemente, la cualidad mineral. Estos hallazgos demuestran que el etanol parece interferir con la respuesta compensatoria del Ca y P y, en animales de experimentación, es más significativa cuando asociada a la deficiencia de andrógenos.

Intervención con población sin hogar con problemas de adicción en la ciudad de Madrid

CÁCERES SANTOS, A.; COLOMER RODRÍGUEZ, M.C.

* Médico. CAD Latina. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
** Terapeuta Ocupacional. CAD Latina. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

Enviar correspondencia a:
Ana M^a Cáceres Santos, CAD Latina, Camarena, 10, 28047, Madrid; caceressam@munimadrid.es

Objetivos.

Describir el programa de intervención con población sin hogar con problemas de adicción en el municipio de Madrid desde el CAD de Latina entre los años 1996 y 2008.

Material y Método.

Estudio retrospectivo de la población atendida durante ese período a través de las historias clínicas respecto a perfiles sociodemográfico y de consumo, con especial atención a la presencia de patología dual y descripción del programa y de los distintos Objetivos de la intervención.

Resultados.

En el Centro de Atención a Drogodependientes de Latina han sido atendidos más de 1500 pacientes sin hogar con abuso/dependencia de sustancias en el periodo estudiado. El perfil general es el de un varón con una edad media de 36 años y un largo periodo en situación de calle. Aproximadamente un 67 % eran politoxicómanos y el 25 % alcohólicos y en un 24% presentaban patología dual. Los Resultados de la intervención integral por un equipo interdisciplinar en un programa diseñado específicamente para esta población han dado como resultado cerca de un 36% de pacientes que finalizan el programa con Objetivos total o parcialmente cumplidos.

Conclusiones.

1. Desde el inicio del programa se ha producido un cambio en el perfil de los pacientes atendidos con un incremento de población inmigrante, un aumento de problemas relacionados con el alcohol y un mayor deterioro físico que han llevado a realizar cambios en la intervención.
2. Es importante el abordaje integral y la coordinación con múltiples recursos para mejorar los Resultados obtenidos en este tipo de población que presenta mayores carencias biopsicosociales.
3. El porcentaje de pacientes en los que se detecta patología dual es similar al que se encuentra en otras poblaciones atendidas en la red municipal de Madrid.

Características clínicas diferenciales en pacientes alcohólicos con o sin consumo de cocaína

CALDERO ALONSO, A.; ÁVILA ESCRIBANO, J.J.;
HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, A.I.

* Médico Residente de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Salamanca

** Psiquiatra. Unidad de Alcoholismo. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Salamanca.

Enviar correspondencia a:
Amaya Caldero Alonso. C/ Juan de Argüelles, 7-15, 5º E 2. 37004-Salamanca. Correo electrónico: amayacaldero@hotmail.com

Introducción.

El consumo conjunto de alcohol y cocaína es un hallazgo muy frecuente entre los pacientes que acuden a tratamiento por Abuso/Dependencia de alguna de estas drogas. El estudio NERSAC ha señalado que el 79% de las personas con dependencia/abuso de cocaína presentaba un trastorno por uso de alcohol y, por otra parte, la cocaína era la que estaba más poderosamente asociada a los trastornos por uso de alcohol (O.R. = 19,2).

El presente estudio tiene como objetivo indagar si existen características clínicas diferenciales en dos grupos de pacientes, uno con abuso y/o dependencia de alcohol, y el otro con abuso y/o dependencia de alcohol y cocaína.

Material y Métodos.

El presente trabajo es un estudio longitudinal y prospectivo de una muestra de 174 pacientes (142 hombres y 32 mujeres) atendidos en régimen ambulatorio y seguidos durante un año, en la Unidad de Alcoholismo de Salamanca. La muestra total se dividió en dos cohortes: 143 pacientes con diagnóstico de abuso y/o dependencia de alcohol (grupo alcohol) y 31 pacientes diagnosticados de abuso y/o dependencia de alcohol y cocaína (grupo alcohol-cocaína).

A los pacientes se les administraba, al inicio del tratamiento, el Europasi y el diagnóstico de la muestra se realizó según criterios del DSM-IV.

El tratamiento estadístico se realizó mediante SPSS, versión 10.0. Se determinaron la frecuencia de las variables cualitativas y la media con desviación típica de las variables cuantitativas. Los estadísticos fueron la "t" de Student para muestras independientes y el Chi².

Resultados.

El grupo alcohol-cocaína era significativamente más joven que el grupo alcohol ($33,06 \pm 7,36$ versus $43,49 \pm 10,12$; $p < 0,000$). La proporción de mujeres/hombres en ambos era similar (1/5). En el grupo alcohol el nivel de estudios era significativamente más bajo. Los Resultados de la puntuación en la escala del Europasi muestran que no existían diferencias significativas entre ambos grupos, excepto en la severidad al alcohol, mayor en el grupo alcohol ($p < 0,05$) respecto al grupo alcohol-cocaína ($p < 0,01$), grupo en que es más significativo la severidad a drogas.

Discusión.

Ambos grupos presentan diferencias sociodemográficas, clínicas y toxicológicas, sugiriendo que el consumo conjunto de alcohol y cocaína acelera la evolución de la enfermedad.

Bibliografía.

González Sáiz F.; Salvador Carulla L.; Martínez Delgado J.M.; López Cárdenas A.; Ruiz Franzi I.; Guerra Díaz D. (2002): Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la entrevista clínica Addiction Severity Index (ASI). En: J. Iraurgi Castillo y F. González Sáiz, eds., Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Madrid. Aula Médica Ediciones. pp.: 271-307.
DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson S.A., 1995.

Influencia del consumo de cocaína en la respuesta terapéutica y evolución de la enfermedad alcohólica

CALDERO ALONSO, A.; ÁVILA ESCRIBANO, J.J.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, A.I.

* Médico Residente de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Salamanca

** Psiquiatra. Unidad de Alcoholismo. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Salamanca.

Enviar correspondencia a:

Amaya Caldero Alonso. C/ Juan de Argüelles, 7-15, 5º E 2. 37004-Salamanca. Correo electrónico: amayacaldero@hotmail.com

Introducción.

Se han descrito muchos factores que intervienen en la evolución y mantenimiento de la abstinencia del alcohol como nivel de consumo, severidad de la dependencia, presencia de comorbilidad, factores de personalidad como autoeficacia, motivación y objetivos terapéuticos marcados. La comorbilidad del consumo de alcohol y cocaína, frecuente en los últimos años, puede influir negativamente en la evolución de ambos trastornos.

El presente estudio tiene como objetivo indagar si existen diferencias en la respuesta al tratamiento y evolución en dos grupos de pacientes, uno con abuso y/o dependencia de alcohol, y el otro con abuso y/o dependencia de alcohol y cocaína.

Material y Métodos.

El presente trabajo es un estudio longitudinal y prospectivo de una muestra de 174 pacientes (142 hombres y 32 mujeres) que fueron atendidos en régimen ambulatorio y seguidos durante un año, en la Unidad de Alcoholismo de Salamanca y cuya metodología ha sido descrita en otro estudio. Todos los pacientes fueron seguidos durante 1 año, durante el cual se realizaron evaluaciones a los 3, 6 y 12 meses en las que se analizaban la situación de abstinencia, (confirmada mediante estudio analítico) y la retención de los pacientes (porcentaje de la muestra que seguía en tratamiento en cada uno de los periodos de evaluación).

El tratamiento estadístico se realizó mediante SPSS, versión 10.0. Se determinaron la frecuencia de las variables cualitativas y la media con desviación típica de las variables cuantitativas. Los estadísticos fueron la "t" de Student para muestras independientes y el Chi2.

Resultados.

Mientras que en el índice de retención de ambos grupos no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, sí se observan éstas a favor del grupo alcohol respecto del grupo alcohol-cocaína en relación al porcentaje de pacientes que se mantienen abstinentes a los 3 y 6 meses ($p < 0,05$). Estas diferencias desaparecen pasado el tiempo igualándose los Resultados.

Discusión.

El consumo de cocaína influye negativamente respecto al mantenimiento de la abstinencia al alcohol en los 6 primeros meses de seguimiento. Por el contrario, podemos destacar que el porcentaje de pacientes que sigue acudiendo con la asiduidad requerida a las revisiones es igual para ambos grupos.

Bibliografía.

1. Adamson S. J.; Sellman J. D.; Frampton C. M. A.: Patient predictors of alcohol treatment: A systematic review. *J. Substance Abuse Treatment*, 36: 75-86; 2009.
2. Caldero A.; Ávila J.J.; Hernández A. I.: Características clínicas diferenciales en pacientes alcohólicos con o sin consumo de cocaína. Póster XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol.

Delirio de formicación. A propósito de un caso

CALVO ESTOPIÑÁN, P.; ABAD VICENTE P.

CSM Tudela, Navarra

Enviar correspondencia a:
Pilar Calvo Estopiñán. C/ San Juan de la Peña, nº1, esc 3, 1ºB.
50410 Cuarte de Huerva (Zaragoza). Mail: piluca@seny.org

Introducción.

Dentro de las complicaciones psicopatológicas del consumo de cocaína los síntomas psicóticos son muy habituales, siendo la paranoia transitoria el más común. También pueden producirse las clásicas alucinaciones de formicación, aunque son poco frecuentes. Este tóxico también puede precipitar la aparición de psicosis en pacientes vulnerables.

Descripción del caso clínico.

Paciente de 41 años que se encuentra en PMM con 140 mgr/d de metadona. El paciente empieza a referir estreñimiento secundario e incrementa la frecuencia del consumo de cocaína (crack), llegando a consumir 3 gr/d, verbalizando que es la única forma de "poder ir al baño". Un día acude a nuestras consultas de forma urgente, acompañado por un amigo. Se encuentra muy nervioso, mirándose continuamente los brazos, manos, incluso se acerca al cristal de la ventana para observarse la cara "¿pero es que no los veis?, mirad, mirad me están saliendo por la piel, ayudadme, ¿no veis a los gusanos?, acercaros, se ven perfectamente, son negros y peludos, quitádmelos". El paciente se sacudía continuamente la cara, brazos y torso intentando deshacerse de "esos bichos", se mostraba muy inquieto y angustiado de forma secundaria a las alucinaciones visuales y hápticas que presentaba de forma muy vívida y con sentimientos egodistónicos. Pudimos objetivar abundantes e importantes lesiones dérmicas, todas ellas recientes, con diferentes formas. Nos explicó que se pellizcaba para matar a los bichos, había llegado incluso a apagar cigarros sobre la piel con esa misma finalidad y había hurgado con un destornillador para intentar acabar con ellos. Se diagnostica de Delirio de Formicación, se instaura tratamiento con pimozida 8 mgr/d y se deriva a dermatología para tratamiento tópico de las lesiones dérmicas.

Después de la primera semana tras la instauración del tratamiento y el abandono del consumo de cocaína el paciente no presentaba ningún tipo de alteración de la sensopercepción. Se ha conseguido reducir la metadona hasta 60 mgr/d y ha cedido el estreñimiento. El paciente continúa consumiendo cocaína fumada de forma esporádica.

Rol de la enfermería en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

CAPILLA LLISTÓ, M.J.; RIVERO RODRÍGUEZ E.; RAMÓN SAN CRISTÓBAL, M.A.

* Universidad Católica de Valencia y Unidad de Desintoxicación Hospitalaria Bétera (Valencia)

** Unidad de Desintoxicación Hospitalaria Bétera (Valencia)

Enviar correspondencia a:

María José Capilla Llistó, c/Alberique, 22 – 4; DP 46008 Valencia; mjose.capilla@ucv.es

Introducción.

La creciente incidencia de los daños asociados al consumo de sustancias psicoestimulantes y sedantes y la gravedad de los trastornos orgánicos asociados hacen replantearse en los últimos años los Objetivos de asistencia a los usuarios de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. El daño producido no es solo orgánico; también deteriora las relaciones con su entorno y la propia estima del individuo. Por ello se precisan nuevos programas específicos de atención a los usuarios de la UDH para disminuir el daño producido y mejorar la calidad de vida.

Material y Métodos.

Confrontamos el catálogo DSM-IV, el CIE-10 y los diagnósticos de enfermería NANDA, para extraer criterios comunes y específicos entre ellos. El material se completa con estudios realizados en la Unidad sobre el perfil de los usuarios, así como registros y memorias que explicitan el contexto de la UDH, junto a la normativa estatal y autonómica sobre drogodependencias.

A partir de dicho material se elaborarán programas y protocolos de actuación aplicando los Métodos de la enfermería: valoración específica de enfermería, elaboración de la historia de enfermería, diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados de enfermería, estableciendo prioridades, Objetivos (NOC) y estrategias (NIC) para las actuaciones de enfermería.

Resultados.

El principal resultado del trabajo es el protocolo de actuación de enfermería en la UDH Bétera, consistente en:

1. Valoración específica de enfermería que comprenda globalmente los aspectos de la vida en que han incidido las sustancias adictivas, tanto patrones de consumo como relaciones con su entorno (afectivas, familiares, sociales, laborales y jurídicas); elaborando con ellos una adecuada historia de enfermería.
2. Identificación de los problemas de salud presentes o potenciales más frecuentes que constituyen los principales diagnósticos de enfermería de estos usuarios.
3. Establecidos los diagnósticos personalizados, los profesionales de enfermería, con acuerdo del paciente, establecerán los Objetivos y determinarán la prioridad de las actuaciones según las necesidades.

Además, dado el papel de la enfermería en la función de información y educación en la salud, se ha desarrollado un programa de educación sanitaria para usuarios de la UDH, cuyos Objetivos son mejorar la calidad de vida del paciente disminuyendo el número y la gravedad de los trastornos de salud asociados al consumo.

Conclusiones.

En los programas de desintoxicación hospitalaria, la valoración correcta desde la perspectiva holística de los hábitos de consumo en el paciente es responsabilidad necesaria de los profesionales de enfermería. En estos programas, la enfermería desempeña un papel muy importante mediante los protocolos de actuación de enfermería y como educadora y modificadora de los hábitos de riesgo en consumidores de sustancias adictivas.

Comparación de la gravedad de la adicción entre pacientes dependientes de heroína y de cocaína

CAPPAL, R.; RONCERO, C.; MUSCAS, E.; DAIGRE, C.;
ROVIRA, M.; COMIN, M.; GONZALVO, B.; SÁNCHEZ, L.;
CASAS, M.

* CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría
** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón
***Universidad Autónoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:
Dr. Carlos Roncero. Coordinador CAS Drogodependencias Vall
d'Hebron, Servicio de Psiquiatría. H. Universitario Vall d'Hebron,
UAB. Paseo Vall d'Hebron, 119-129, 08035 – Barcelona.
Tel: +34 93 489 38 80. Email: croncero@vhebron.net

Introducción.

Diferentes estudios muestran que los dependientes de heroína presentan mayor gravedad en sus patrones de consumo y sufren más problemas asociados que los dependientes de cocaína. El objetivo del presente estudio es observar y comparar las características psicosociales de los usuarios de los programas de heroína y cocaína del CAS del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.

Material y Método.

La muestra se compone de 42 pacientes dependientes de opiáceos y de cocaína que están en tratamiento en el CAS Vall d'Hebron. El instrumento que se utiliza es el Índice de Severidad de la Adicción (EuropASI), una entrevista clínica semiestructurada que evalúa en manera multidimensional los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Se explora además el área psiquiátrica de manera profunda y se recodifican algunos ítems según evalúan síntomas afectivos y los síntomas psicóticos. Se realizaron análisis descriptivos y se utilizó la prueba Chi cuadrado.

Resultados.

De los 42 pacientes, 37 son hombres, 21 son dependientes de opiáceos (67% en PMM) y 21 de cocaína.

La edad media es de 34,75. El análisis del chi-cuadrado revela con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.035$) que los pacientes de opiáceos tienen una situación médica más problemática.

El 26% está infectado con el virus de VIH, de estos, el 21% son pacientes de opiáceos y, el 5% de cocaína.

El 71% de los pacientes de opiáceos utiliza preferentemente la vía de inyectada y en el 71% de los pacientes de cocaína la vía principal es esnifada.

Los problemas de empleo y legales son más graves en los usuarios de opiáceos.

De los pacientes de opiáceos, 9 abusan de cocaína.

Al evaluar los síntomas afectivos que afectan con mayor frecuencia a los dos grupos, se encuentra una diferencia significativa ($p = 0.013$), siendo los síntomas afectivos más frecuentes en los pacientes dependientes de opiáceos. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a la presencia de síntomas psicóticos al comparar los grupos.

Discusión.

Los usuarios del programa de opiáceos presentan un perfil más grave y un mayor deterioro en la mayoría de las áreas evaluadas en el EuropASI, en comparación con los usuarios del programa de cocaína. También presentan sintomatología afectiva con mayor frecuencia. Estos Resultados coinciden con otras investigaciones que abordan la gravedad de la adicción en diferentes grupos de pacientes.

Bibliografía.

Secades R., Caballo J, García O., Fernández J., Errasti J.M., Halabi S., Comparación de pacientes cocainómanos y heroínómanos en el EuropASI. Adicciones: Revista de socidrogalcohol, ISSN 0214-4840, Vol. 17, Nº. 1, 2005, pags. 33-41.

Evaluación de factores de riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes

CARBALLO CRESPO, J.L.; GARCÍA FERNÁNDEZ, G.;
FERNÁNDEZ ARTAMENDI, S.; CEREZO MENÉNDEZ, R.;
GARCÍA RODRÍGUEZ, O.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.;
SECADES VILLA, R.

* Universidad Miguel Hernández (Elche)
**Universidad de Oviedo
***Universidad de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Gloria García Fernández. Facultad de Psicología, Universidad de
Oviedo. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. Correo electrónico:
garcia gloria.uo@uniovi.es

Introducción.

El consumo de sustancias entre los adolescentes asturianos sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública. El estudio de los factores de riesgo que inciden sobre la probabilidad de estos consumos puede ser muy relevante de cara a poner en marcha acciones preventivas. El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de factores de riesgo para el consumo de sustancias en grupos de adolescentes en función de la edad y nivel educativo correspondiente (12- 13, primer ciclo de la ESO; 14-15, segundo ciclo de la ESO; y 16-18; FP y Bachillerato).

Material y Métodos.

Para llevar a cabo este estudio se aplicó una encuesta en la comunidad autónoma de Asturias a cerca de prevalencia de consumo de alcohol y drogas ilegales, y también, de factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias. Este trabajo se contó con un total de 2.784 adolescentes de centros educativos de toda Asturias de entre 12 y 18 años. Los factores de riesgo fueron evaluados con el FRIDA (Cuestionario para la evaluación de Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes).

Resultados.

Los Resultados muestran que el grupo de mayor edad presenta niveles más altos de factores de riesgo, tanto en la puntuación total del FRIDA como en cada uno de los factores evaluados. Discusión y Conclusiones: Existen diferencias puntuales en algunos de los factores de riesgo en función de la edad. Las intervenciones preventivas deberían adaptarse a la edad teniendo en cuenta la presencia de tales factores de riesgo.

Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a internet y el abuso de móvil

CARBONELL, X.; BERANUY, M.; CHAMARRO, A.;
GRANER, C.

1. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte
Blanquerna
2. Universidad Autónoma de Barcelona

Se construyeron dos cuestionarios para evaluar el uso adictivo de Internet y del móvil que se aplicaron a una muestra de 1,879 estudiantes. Los Resultados apoyan un modelo de dos factores, con una aceptable consistencia interna e indicios de validez convergente y discriminante. El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet evaluó conflictos intra e interpersonales relacionados con el uso de Internet. El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Móvil evaluó dos factores: primero, conflictos relacionados con el abuso del móvil, y segundo, problemas debido al uso emocional y comunicacional. Nuestros Resultados indican que el móvil no produce el mismo grado de adicción; más bien se puede hablar de uso problemático. Los hombres presentaron un uso más adictivo de Internet, mientras las mujeres se caracterizaron por usar el móvil como medio para expresar y comunicar las emociones. Parece que el uso de ambas tecnologías es más problemático en la adolescencia y se normaliza con la edad, hacia un uso más profesional, menos lúdico, y con menos consecuencias negativas.

El consumo de drogas en Galicia 1988-2008

CARRERA, I.; FRAGA, J.; OSORIO, J.; PEDREIRA, V.

(*)Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Con-
sellería 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.

Las encuestas epidemiológicas y los indicadores indirectos son tipos de metodologías que se vienen utilizando en España y otros países con el fin de monitorizar la evolución del consumo de drogas. En Galicia, durante el período 1988-2008 se han venido realizando una serie de estudios epidemiológicos periódicos sobre el consumo de drogas con el fin de realizar un seguimiento de los patrones de consumo de las diferentes drogas y factores asociados. El objetivo de este trabajo es analizar los Resultados del último estudio (2008) sobre el consumo de drogas en Galicia y realizar un análisis comparativo con años anteriores.

Material y Métodos.

El universo que se tomó como referencia está formado por la población gallega de 12 y más años, residentes en los distintos hábitats, áreas de salud y zonas de costa e interior de Galicia. La selección de la muestra se realizó mediante afijación simple no proporcional por áreas de salud y grupos de edad, recuperando posteriormente la proporcionalidad. Se llevaron a cabo 2.300 entrevistas personales (margen de error de $\pm 2,04$ %) en el lugar de residencia de los entrevistados, elegidos mediante rutas aleatorias durante diciembre de 2008.

Resultados y Conclusiones (Pendiente de Resultados de 2008).

1. DROGAS LEGALES: En 2006, se evidencia un aumento en la prevalencia del consumo de tabaco diario con respecto a 2004 (medio punto porcentual). Por primera vez, la mujer supera al hombre en consumo diario de tabaco en el intervalo de edad de 12 a 19 años, y las edades en las que este se consume más siguen siendo entre 19 y 24 años, en ambos sexos. Por otra parte, el consumo abusivo de alcohol desciende hasta llegar al 4,5%, cifra más baja de las obtenidas desde 1988.

2. DROGAS ILEGALES: Aumenta el consumo de todas las drogas ilegales, excepto el crack. La sustancia más consumida continúa siendo el cannabis, junto con la cocaína. El perfil del consumidor de estas sustancias presenta un predominio masculino y se concentra en el sector juvenil y adulto-jóven de la población. Otro rasgo muy importante es la marcada conducta de policonsumo.

3. MODELOS DE POLICONSUMO: Se consolida en primer puesto el modelo de los psicoestimulantes detectado en 1996. El modelo de narcóticos pasa 4º al 2º lugar desplazando a la asociación de "tabaco+alcohol+cannabis" y a los psicofármacos al 3º y 4º lugar, respectivamente.



Evaluación de los tratamientos de drogodependencias en Galicia 2008

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.

En Galicia, se viene evaluando la asistencia al drogodependiente de forma sistemática desde 1994 mediante el Sistema de Evaluación Asistencial (SEA), cuya herramienta informática es el GECEAS (Gestión de Centros ASistenciales). Mediante esta herramienta se recoge en cada centro la información solicitada por el sistema, y se exporta a una unidad central que elabora la memoria anual.

El objetivo de este trabajo es analizar las características de los pacientes atendidos en las unidades de la red del Plan de Galicia sobre Drogas (PGD) durante 2008, así como del proceso asistencial en que participan.

Material y Métodos.

El SEA es un sistema de información multicéntrico que realiza una recogida sistemática de datos homogéneos, estableciendo una línea base poblacional y consignando las intervenciones que se realizan con cada paciente durante el tratamiento. Los instrumentos utilizados por este sistema son: a) Ficha de admisión a tratamiento, basada en el concepto de historia clínica, b) Ficha mensual, que recoge las actividades realizadas con cada sujeto en cada programa durante su tratamiento en el centro. Actualmente, existen 21 centros notificadores de los que 17 pertenecen a la red asistencial.

Resultados y Conclusiones (Pendiente de incorporar datos de 2008).

1. La evolución del total de las admisiones a tratamiento en los último cuatro años se mantiene estable en torno a los 3600 casos aproximadamente. Por otra parte, desde 2002, se viene consolidando un aumento progresivo de nuevos

admisiones cuya droga principal es la cocaína y que son asignados al programa de tratamiento para dependencia a psicoestimulantes (PTDP).

2. El perfil del usuario de los servicios varía en función de la presencia de antecedentes de tratamiento y del programa terapéutico al que ha sido asignado. En cuanto al perfil general, presentan mayor grado de deterioro global los pacientes con antecedentes de tratamiento previo. Por lo que respecta al perfil por programa, y de acuerdo con los criterios de asignación, se observa un mayor deterioro en los pacientes del programa PTDO.
3. El porcentaje de pacientes que abandonaron tratamiento en los programas de menor exigencia se sitúa <20% desde 2000. Hay que destacar el elevado porcentaje de abandonos en programas de psicoestimulantes, aunque se mantiene una tendencia decreciente desde su implantación en 2004.
4. Las altas terapéuticas en un programa finalista, como el PTLT, son $\geq 25\%$ de los motivos de salida de este programa. En PTDP, aunque se mejoró en 2007, los elevados porcentajes de abandono, evidencian la dificultad del abordaje terapéutico del cocainómano.

Cambios en el perfil de personalidad tras un año de estancia en la Unidad Terapéutica y Educativa del centro penitenciario de Villabona

CASARE, M.J.; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, A.; BOBES -BASCARÁN, M^a.T.; FERNÁNDEZ-HERMIDA, J.R.; SECADES, R.

*Investigador. Grupo de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. **Profesor Titular del Departamento de Psicología. Grupo de Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo.***Residente de Psicología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

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.

Dentro de los trastornos psiquiátricos asociados a las drogodependencias, uno de los más prevalentes es el trastorno de personalidad -TP-. Numerosos estudios corroboran la elevada incidencia de psicopatología concomitante en sujetos adictos (Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999; Sánchez, Tomás y Climent, 1999; Schneider, Altman, Baumann, Bernsen y Bertz, 2001).

En los centros penitenciarios, existe una mayor tasa de casos con trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad o mixtos y trastornos psicóticos. Parece ser que el patrón de personalidad podría jugar un papel crucial tanto en la predisposición al consumo de sustancias como a la comisión de actos delictivos.

Objetivos.

Estudiar la prevalencia de TP en reclusos dependientes de sustancias, así como evaluar posibles cambios en la intensidad de los rasgos de personalidad tras un año de estancia en el programa de la unidad terapéutica -UTE-.

Material y Método.

Se trata de un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas, realizado en una muestra de 87 internos con trastornos adictivos que decidieron iniciar el programa terapéutico de la UTE. La información se recogió mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II –MCMI-II– (Millon, 1997).

Resultados.

Descripción de la muestra: varones encarcelados con una media de edad de 32.42 años, solteros y con menos de 9 años de educación básica. Presentan un tiempo de estancia media en prisión de más de 4 años de encarcelamiento y con más de 5 condenas diferentes por sujeto. El estado psicopatológico de los internos de la UTE puede considerarse grave, un 77% de usuarios tiene diagnóstico de patología dual y un 50.6 % presenta comorbilidad de TUS + TP + algún problema médico crónico.

En la evaluación pretratamiento, los trastornos medidos con el MCMI-II más prevalentes fueron: Abuso de drogas (51.3 %), Abuso de alcohol (50 %), TP antisocial (48.8 %), Delirios psicóticos (40 %), TP dependiente (40%) y TP autodestructiva (31.3 %).

Tras un año de estancia en la UTE, se observa una disminución estadísticamente significativa en el patrón de Personalidad esquizotípica y en Pensamiento psicótico.

Conclusiones.

Parece importante resaltar las altas tasas de Patología Dual con trastornos del Eje II en el ámbito penitenciario. Algunos trabajos han puesto de manifiesto que la presencia de psicopatología asociada es un factor de mal pronóstico en los tratamientos para el abuso de sustancias (Kranzler, Del Boca y Rounsaville, 1996), que se hace todavía más tortuoso si se acompaña de un trastorno de personalidad (Hunter et al., 2000; Wölver, Burtseid, Redner, Schwartz y Gaebel, 2001).

Por otra parte, los Resultados parecen indicar que el estado de abstinencia y estabilidad postratamiento influyen en la intensidad del rasgo de personalidad y que por tanto, el perfil de personalidad presenta cierta plasticidad y sensibilidad al cambio en las TUS.



Mujeres y relación entre consumo de drogas y actividad laboral

CELORRIO BUSTILLO, M.L.; SÁNCHEZ GALLARDO, P.;
SANTIAGO CABRERA, M.

Unidad De Conductas Adictivas Albacete

Introducción.

El número de mujeres que acude a tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas de Albacete ha ido incrementándose con el paso de los años, motivo por el que hemos diseñado un programa específico de intervención. Para conocer unos determinados aspectos de nuestras pacientes y valorar como influían en su consumo, decidimos realizar un estudio para conocer la relación entre la droga de abuso y la actividad laboral. De esta forma poder mejorar los programas terapéuticos dirigidos a mujeres y facilitar su reinserción y prevención de recaídas.

Objetivo.

Conocer la relación de la sustancia consumida con la actividad laboral que desarrollan las mujeres que acuden a la UCA de Albacete demandando tratamiento durante el año 2007.

Método.

Es un estudio descriptivo de una muestra de 85 mujeres que representa el total de usuarias que demandan tratamiento por dependencia y/o abuso de drogas durante el año 2007 en la UCA de Albacete.

Seleccionamos las variables de sexo, sustancia y profesión y las relacionamos analizando e interpretando los datos obtenidos.

Resultado y comentarios.

Se estudia un total de 85 mujeres, de las cuales:

- 37 tenían problemas con el consumo de alcohol (un 44%).
- 20 eran consumidoras de cocaína (un 24%).
- 13 eran consumidoras de cannabis (un 15%).
- 8 consumían opiáceos (un 9%).
- 3 con dependencia a benzodiacepinas (un 4%).
- 3 con dependencia de tabaco (un 4%).

Las profesiones se reparten de la siguiente manera:

- 17 amas de casa (20%).
- 16 en el paro (19%).
- 11 estudiantes (13%).
- 10 en hostelería (12%).
- 6 empleadas de hogar (7%).
- 5 comerciales (6%).
- 3 auxiliares de enfermería (4%).
- 3 en planes de empleo de integración (4%).
- 2 pensionistas (2%).
- 2 funcionarias (2%).
- 2 licenciadas (2%).
- 2 autónomas (2%).
- 6 que se dedican a otras profesiones (7%).

Conclusiones.

Destacamos que la actividad de las mujeres que mas se repite, relacionada con el abuso de drogas, es la de ama de casa.

Observamos que tanto la inactividad laboral (amas de casa) como determinadas profesiones pueden ser situaciones de riesgo para el consumo de drogas.

Programa de intervención con menores U.C.A. Albacete

CELORRIO BUSTILLO, M^a.L.; ESPARCIA MORENO, M.

Unidad Conductas Adictivas de Albacete
SESCAM

Enviar correspondencia a:
Unidad de Conductas Adictivas. A/A M^a. Luisa Celorrio Bustillo. C/
Miguel Lopez de Legazpi, 2. 02005 – Albacete.
Email: eadalb@terra.es

Objetivos.

1. Informar y orientar a las familias con menores en situación de riesgo.
2. Informar, orientar y dar apoyo técnico a colectivo de profesionales: orientadores, educadores, atención primaria, atención especializada, asociaciones de autoayuda....
3. Detección precoz de los problemas de consumo de drogas en menores.
- 4 Motivación y adherencia a los tratamientos de los menores en la U.C.A. de Albacete.
5. Intervención biopsicosocial especializada de los menores con problemas de consumo de drogas.
6. Intervención con familias.
7. Coordinación con otros recursos (salud mental infanto juvenil) para realizar la intervención conjuntamente o derivar si procede.

Tipos de intervención.

I. Intervención breve.

–Objetivo: Motivar para el cambio. Conseguir implantar hábitos de vida saludable.

–Método:

- * Identificación y Valoración.
- * Información.
- * Estrategias de afrontamiento.
- * Material de apoyo.
- * Intervención grupal "¿Quieres saber?".
- * Seguimiento.

–Concepto: psicoeducativo.

–Indicación: Experimentador, consumo de riesgo, no dependiente.

–Duración: 3 – 6 meses.

II. Intervención en Abuso/Dependencia.

–Objetivo: Desintoxicación y/o Deshabitación de pacientes con abuso/dependencia de sustancias.

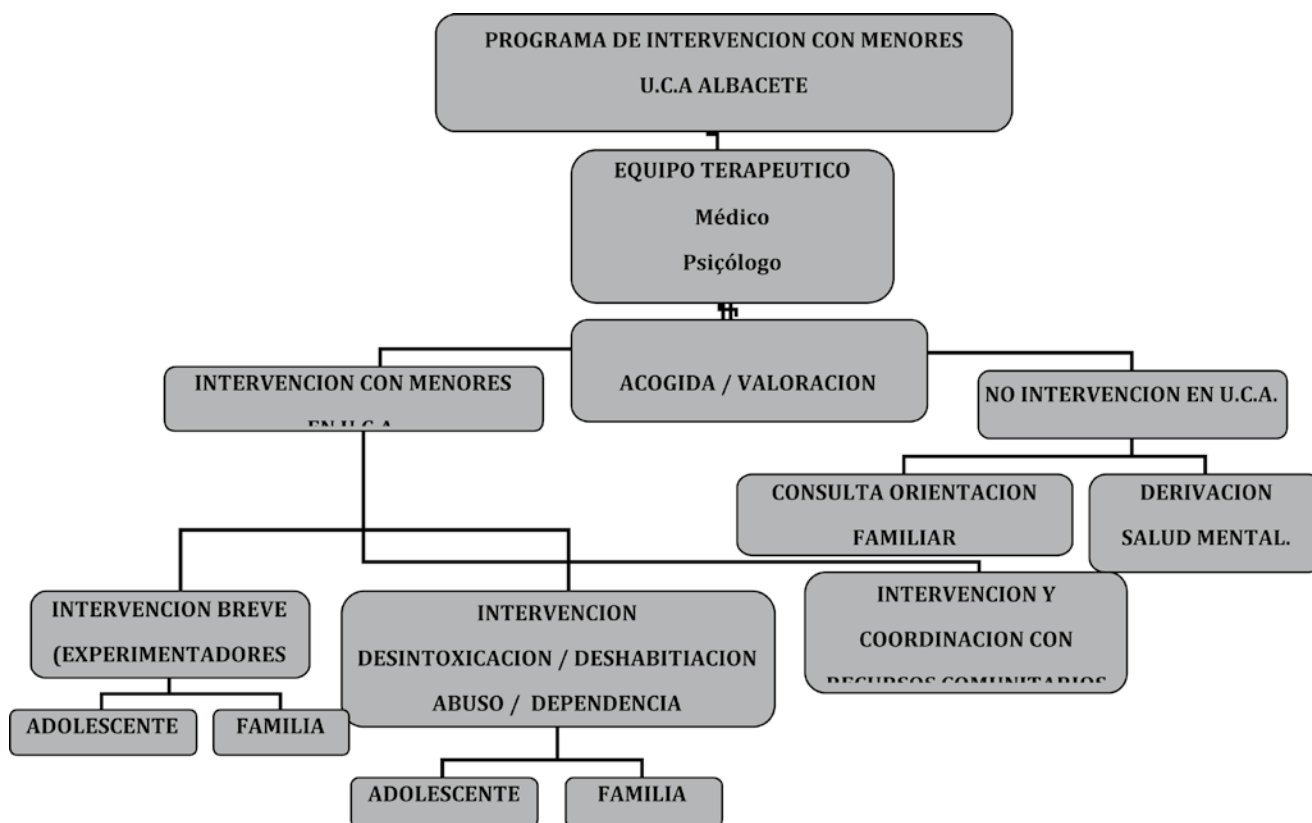
–Método:

- * Diagnóstico.
- * Tratamiento farmacológico.
- * Tratamiento psicológico.
- * Intervención grupal.
- * Seguimiento.

–Concepto: Programa terapéutico ambulatorio.

–Indicación: Abusadores y dependencias leves/moderadas.

–Duración: 6 – 12 meses.



Componentes emocionales de los trastornos de personalidad en adictos

CHICHARRO ROMERO, J.

CAD 4. Instituto de Adicciones. Madrid

Introducción.

El International Affective Picture System (IAPS) es un instrumento con estímulos pictóricos emocionales, normativos, internacionalmente accesibles. Está considerado el sistema más fiable y válido para el estudio de las emociones. Está validado en población española. Los trastornos adictivos son procesos complejos en cuyo desarrollo probablemente las emociones y la forma de interpretarlas juegan un papel primordial. En este estudio pretendemos encontrar diferencias emocionales en las personas con adicciones y su relación con patrones disfuncionales de personalidad.

Método.

La muestra está formada por dos grupos de personas: (a) 24 individuos en tratamiento por adicción (criterios de abuso o dependencia DSM-IV) en un Centro de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid; y (b) una muestra de 24 sujetos de población no-clínica que participaron desinteresadamente. Se seleccionaron 50 imágenes del catálogo IAPS que se clasificaron en distintos grupos. Las diapositivas se presentan aleatoriamente. Para la evaluación se emplea el Maniquí de Autoevaluación (Self-Assessment Manikin, SAM) y cada dimensión viene determinada por cinco dibujos y cuatro espacios obteniendo una escala de estimación de nueve puntos. Los sujetos cumplimentan además el cuestionario MCMI-II.

Resultados.

Los adictos obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en activación, sugiriendo hiperreactividad ante estímulos con contenido emocional. Sin embargo, lo más característico es la tendencia a responder con gran variabilidad, obteniendo medias similares, pero a partir de puntuaciones extremas. En cuanto a las puntuaciones medias de activación y valencia, sólo se aprecia significación en la correlación entre el T.P. esquizoide y bajos niveles de activación emocional, en coherencia con las características de este patrón de personalidad. Sin embargo, la dimensión de Dominio muestra relación significativa con hasta 6 trastornos, siempre en sentido negativo, mientras que la variabilidad en esta dimensión correlaciona positivamente con 9 trastornos.

Conclusiones.

Los adictos obtienen puntuaciones medias similares a los de población no clínica a partir de puntuaciones muy diferentes, esto es, extremas. Si para dos sujetos de población no clínica dos estímulos son puntuados con 6 y 4 puntos en cualquier dimensión evaluada, los adictos probablemente puntuarán 9 y 1. Ambos obtienen 5 puntos como media, pero los adictos han reaccionado mucho más (en negativo o en positivo), han atribuido valencias extremas (en negativo o en positivo) y han experimentado niveles más elevados de control o sensación de dominio ante las mismas imágenes. Esta variabilidad extrema en las puntuaciones parece ser un potente indicador de psicopatología. La dimensión de Dominancia ha sido poco estudiada y, sin embargo, aparece fuertemente vinculada a la existencia de trastornos de la personalidad. En concreto, parece que los adictos experimentan una mayor pérdida de control ante los estímulos emocionales, y esto parece relacionarse con una respuesta agresiva como intento de recobrar el control. Los trastornos que muestran mayor correlación con sensación de ser dominado/controlado son los que se caracterizan por conductas más hostiles o agresivas (Agresivo/Sádico, Negativista/Pasivo/Agresivo, Límite, Paranoide, Narcisista y Antisocial). El estudio de las respuestas emocionales, en combinación con la exploración de funciones ejecutivas frontales, puede proporcionar hipótesis etiológicas para la adicción y para los trastornos psicopatológicos concurrentes.



¿*Binge drinking*, consumo en atracón, episodio de consumo intensivo...? buscando el consenso conceptual

CORTÉS, M.T.; GIMÉNEZ, J.A.; PEDRERO, E.; GUARDIA, J.; PASCUAL, P.; ESPEJO, B.; TOMÁS, I.; SANCERNI, M.D.

Grupo de investigación "Evaluación Binge Drinking". Facultad de Psicología. Universitat de València.

El consumo en atracón representa en la actualidad el patrón de ingesta característico de la población joven europea (Berridge, Thom y Herring, 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2007; 2008; Kellner y cols., 1996; Quigley y Marlatt, 1996; Murgraff y cols., 2001). En líneas generales, se identifica con un consumo de elevadas cantidades de alcohol que se lleva a cabo durante un intervalo temporal limitado.

Pero lo cierto es que existe una amplia controversia entre los investigadores a la hora de delimitar de qué cantidades, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo se produce el consumo, incluyendo en esta polémica más aspectos como la presencia o no de una posible intoxicación, la intencionalidad, etc. Todo ello ha motivado que hasta el momento, a pesar de los intentos de algunos expertos (Courtney y Polich, 2009; Herring, Berridge y Thom, 2007; Ministerio Sanidad y Consumo, 2008; NIAAA, 2004) no se pueda asumir un concepto único que sintetice, de manera fundamentada, los principales parámetros que definen este patrón de consumo y que pueda constituir un punto de unión válido para los profesionales que trabajan en esta área. Al contrario, se asiste a una heterogeneidad terminológica y operativa –binge drinking, episodic heavy drinking, episodio de consumo intensivo de alcohol, consumo en atracón, ...– que dificulta en la mayoría de las ocasiones poder contrastar los Resultados obtenidos en diferentes investigaciones.

Por ello, el objetivo de este trabajo consiste en presentar los Resultados derivados de una revisión exhaustiva de toda la terminología utilizada para definir el patrón de consumo de los jóvenes, prestando especial atención al significado atribuido en cada caso. Esto permitirá extraer las principales variables a considerar en una posible definición compartida, al tiempo que permitirá elaborar una Discusión fundamentada sobre la adecuación o no de los términos utilizados.

Intentando alcanzar la mayor exhaustividad a la hora de operativizar las variables que mejor definen esta conducta, se incluirá un análisis de las principales medidas o instrumentos de evaluación elaborados hasta el momento, lo que llevará a determinar la adecuación o no de los mismos para dar cuenta del patrón de conducta de los jóvenes.

La búsqueda documental a partir de la cual se realizará esta revisión incluye un rastreo desde el año 2000 hasta la actualidad, por las principales bases de datos de centros de documentación de adicciones –PNSD, Agencia Antidroga de Madrid, Cendocbogani, etc.–, las bases electrónicas propias de la Universitat de València –PsycINFO, Medline,...– y la base de revistas electrónicas que incluye tanto publicaciones sobre adicciones como de carácter general.

Uso de risperidona en el tratamiento de trastornos adictivos por cocaína. Revisión de la literatura actual

CRESPO RAMOS, F.; CONSUEGRA SÁNCHEZ, R.; ROSAGRO ESCAMEZ, F.; VALCÁRCEL LENCINA, V.; PÉREZ MOLINA, B.; EGEA CÁNOVAS, E.

(1) UDIF de Salud Mental de la Región de Murcia.
(2) Hospital Psiquiátrico Román Alberca, El Palmar, Murcia.

Introducción y Objetivos.

En el momento actual, existe evidencia que avala el uso de risperidona en el tratamiento de trastornos adictivos por cocaína, en pacientes con o sin patología mental comórbida subsidiaria de dicho tratamiento. Así, distintas guías de práctica clínica manejan datos que apoyarían distintos beneficios producidos por risperidona: disminución de recaídas, disminución de abandonos del tratamiento, mejor adherencia, disminución del "craving" y disminución del uso (cantidad y frecuencia). Dichos efectos beneficiosos tienen apoyo en estudios heterogéneos y en ocasiones con Resultados contradictorios. Nuestro objetivo es realizar una revisión sistemática de la literatura actual sobre este punto concreto, realizando un análisis exhaustivo de las distintas publicaciones a nivel metodológico, intentando señalar el grado de evidencia en cada una de las cuestiones así como los posibles estudios a realizar en el futuro.

Material y Métodos.

Se realiza una revisión de la literatura sobre tratamiento con risperidona en la base de datos COCHRANE, en la NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE y en MEDLINE, utilizando los términos "Risperidone" y "Cocaine-related Disorders /therapy" como descriptores. Posteriormente se realizó un análisis sistemático por pares de la metodología y Resultados de cada una de las publicaciones, así como un rastreo manual de literatura en la Bibliografía de dichas publicaciones.

Resultados y Discusión.

Encontramos 15 trabajos indexados con nuestros descriptores, entre ellos una revisión sistemática incluida en la base de datos de la COCHRANE, entre 1997 y agosto de 2008. De ellos: 1 metaanálisis, 5 ensayos clínicos aleatorizados, 3 ensayos clínicos no aleatorizados, 1 estudio comparativo, 2 series de casos y 3 cartas de opinión y otros.

En conjunto, pese a existir suficiente evidencia para recomendar el uso de risperidona, especialmente en pacientes con comorbilidad psiquiátrica, continúa sin haber evidencia concluyente respecto a algunos posibles beneficios y en la administración intramuscular de duración prolongada en probable relación con la ausencia de estudios con una metodología adecuada.

El fenómeno de las drogas en las mujeres reclusas del centro penitenciario de Albolote (Granada)

DEL POZO SERRANO, F. J.

Ministerio del Interior (Instituciones Penitenciarias)
Mercedarias de la Caridad

Este estudio plantea desde una perspectiva diferencial de género un Estudio de la población femenina relacionada con el fenómeno de las Drogas desde dos enfoques:

- Por un lado, la incidencia de las principales problemáticas y situaciones o factores de riesgo externos a las mujeres reclusas relacionados en el Consumo problemático/Drogodependencia y tráfico de drogas en esta población (delitos contra la salud pública).
- Por otro lado, se expone la realidad del consumo de este colectivo, actividad delictiva y relación con la drogodependencia en estas mujeres.

Todo este análisis descriptivo, se ha realizado mediante una metodología multiMétodo (fundamentalmente cualitativa -entrevistas con las mujeres- y con los datos recogidos de los programas de la Subdirección de Tratamiento del Centro Penitenciario de Albolote).

En estos Resultados globales podemos conocer la relación Delito- Edad (41- 60 años: Delitos contra la salud pública) Consumo anterior a la entrada en prisión (57% de las internas consumían antes de su entrada en prisión) Edad de consumo: La edad de inicio del consumo oscila entre los 12-20 años. Factores de riesgo en las historias familiares: (Alcoholismo del padre, Drogodependencia de hermanos, Trastornos psíquicos de algunas madres y son maltratadas y/o agredidas sexualmente por su pareja o padre en el 50% de los casos) Recursos y Tratamientos: (No existe comunidad terapéutica interna para mujeres, La drogodependencia es tratada terapéuticamente con metadona durante la estancia en prisión en un 30% de las mujeres) etc.

En último lugar, a partir de este conocimiento, se plantean propuestas socioeducativas con perspectiva de género de atención integral para la población, favoreciendo los factores protectores del consumo problemático y la reducción de recaídas y/o reincidencia.

Gravedad percibida por los pacientes con trastorno por uso de sustancias

DÍAZ MESA, E.M.; BOBES BASCARÁN, M.T.; AL-HALABÍ, S.; FLÓREZ, G.; TERÁN, A.; GUARDIA, J.; CARREÑO, E.; RUBIO, G.; OCHOA, E.; PEREIRO, C.; SÁIZ, P.A.; GARCÍA-PORTILLA, P.

*Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo- CIBERSAM; **Universidad de Valencia; *** U.T.C.A., SERGAS, Orense; **** C.A.D. San Juan de Dios, Palencia; *****H. San Pau, Barcelona; *****C. Asturias, Gijón; *****H. C.S.M. Retiro, Madrid; *****H. Ramón y Cajal, Madrid; *****H. U.A.D. Carballo, SERGAS, La Coruña

Enviar correspondencia a:
Eva María Díaz Mesa. Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Facultad de Medicina. Julián Clavería 6, 33006 Oviedo. Correo electrónico: evamdmesa@gmail.com

Introducción.

En el momento actual resulta obligado atender a las necesidades individuales de los pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS), generando intervenciones ajustadas a cada caso (Bobes, 2007). La importancia de la percepción subjetiva del paciente reside en la necesidad de establecer Objetivos consensuados y de realizar una evaluación conjunta de los Resultados obtenidos con la intervención terapéutica (Fernández Miranda, 1999).

Objetivo.

Conocer la relación entre la percepción subjetiva de los pacientes con TUS de su nivel de gravedad de la adicción y la gravedad determinada por las puntuaciones objetivas estandarizadas del Índice de Gravedad de la Adicción (ASI-6).

Material y Método.

Diseño: Estudio multicéntrico, observacional y longitudinal de 6 meses de seguimiento. Pacientes. La muestra está formada por 211 pacientes con TUS. Evaluación: El ASI-6 ofrece las puntuaciones objetivas estandarizadas de nueve áreas primarias y seis secundarias; los ítems subjetivos sobre preocupación y necesidad de tratamiento fueron recodificados según las necesidades. Análisis estadístico: ANOVA.

Resultados.

Muestra formada por 167 hombres (79,1%) y 44 mujeres (20,9%), edad media de 41,44 años (DT= 11,7), 42,7% casados o en pareja y 39,8% eran solteros. Consumían alcohol 25,9 %, cocaína 19% y heroína 16,1%. Los pacientes estables (mismo tratamiento más de 6 meses) eran el 13,7% y el 83,3% acaba de empezar o cambiar de tratamiento. Se encontró una congruencia significativa entre el grado de preocupación y necesidad de tratamiento autopercebido y las puntuaciones objetivas estandarizadas en las escalas de Salud Física ($p < 0,001$) Alcohol y Drogas ($p < 0,001$), Familia/Problemas Sociales ($p < 0,001$), Pareja-Problemas ($p < 0,05$); la preocupación también correlacionó con las escalas de Familia/Apoyo Social ($p < 0,05$), y Familiares- Problemas ($p < 0,001$); asimismo hubo congruencia entre la necesidad de tratamiento percibida y las escalas de Familiares-Apoyo ($p < 0,05$) y Familiares-Problemas ($p < 0,001$) y Salud Mental ($p < 0,001$).

Conclusión.

Los pacientes con TUS tienen una percepción de su gravedad de la adicción congruente con la de las puntuaciones objetivas estandarizadas, excepto en las áreas de empleo y situación legal, relación familiar con los hijos, apoyo que reciben de su pareja y amistades, y problemas que tienen con éstas.

Diferencias en la evolución de pacientes con trastorno por uso de sustancias en función de la sustancia principal de consumo

DÍAZ-MESA, E.M.; BOBES, M.T.; AL-HALABÍ, S.; FLÓREZ, G.; TERÁN, A.; GUARDIA, J.; CARREÑO, E.; RUBIO, G.; OCHOA, E.; PEREIRO, C.; SÁIZ, P.A.; GARCÍA-PORTILLA, P.

*Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo- CIBERSAM; **Universidad de Valencia; *** U.T.C.A., SERGAS, Orense; **** C.A.D. San Juan de Dios, Palencia; *****H. San Pau, Barcelona; *****C. Asturias, Gijón; *****H. C.S.M. Retiro, Madrid; *****H. Ramón y Cajal, Madrid; *****H. U.A.D. Carballo, SERGAS, La Coruña

Enviar correspondencia a:

Eva María Díaz Mesa. Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Facultad de Medicina. Julián Clavería 6, 33006 Oviedo. Correo electrónico: evamdmesa@gmail.com

Introducción.

El inicio del tratamiento se ha asociado a la disminución de la gravedad en las distintas áreas de la vida que se ven envueltas y deterioradas por el uso de sustancias (Gutiérrez, 2001). Además es necesario mantener la diversidad en los tratamientos en función del tipo de sustancia, la etiología y los condicionantes de los trastornos por uso de sustancias (Fernández Hermida, 2000).

Objetivos.

Identificar las diferencias en función de la sustancia principal de consumo en la evolución a los 6 meses de pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS) (alcohol/cocaína/opiáceos) 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 y longitudinal de 6 meses de seguimiento. Pacientes: Un total de 87 pacientes completaron la visita a los 6 meses. Evaluación: ASI-6 (una valencia positiva en la diferencia entre la visita basal y los 6 meses indica un empeoramiento, una valencia negativa indica mejora), escala de Impresión Clínica Global de Gravedad (ICGG) y de Mejoría (ICGM) (1= normal/mucho mejor a 7= muy grave/mucho peor). Análisis estadístico: Chi-cuadrado y ANOVA.

Resultados.

Las sustancias de consumo principal fueron alcohol (57,5%), cocaína (16,1%) y opiáceos (20,7%). Edad media de cada grupo: alcohol 48 años (DT 9,7), cocaína 30,5 años (DT 1,6) y opiáceos 36,5 años (DT 7,1) ($p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la evolución de las puntuaciones objetivas estandarizadas entre los tres grupos en las escalas de Drogas (0,9/5/9, $p < 0,001$) y Alcohol (10/2/-2,41, $p < 0,001$). Los consumidores de alcohol mejoraron significativamente más que los consumidores de opiáceos en la escala de Amistades-Apoyo (-2,2/4,1; $p = 0,03$). No hay diferencias entre los tres grupos en la evolución de la ICGG ni la ICGM.

Conclusiones.

La sustancia principal de consumo fue el alcohol, seguido de opiáceos y cocaína. Los consumidores de opiáceos evolucionan significativamente peor que los otros dos grupos en la escala de Drogas, y significativamente mejor en la escala de Alcohol. Los consumidores de opiáceos progresan significativamente peor que los consumidores de alcohol en la escala de Amistades-Apoyo.

¿Interacción farmacocinética entre metadona y metamizol? A propósito de 45 casos detectados en la Unidad de Patologías Adictivas

DOMEQUE VALIENTE, N.; PRIETO ANDRÉS, P.; CONCA MORENO, C.; LOZANO ORTIZ, R.; ANDRÉS ARRIBAS, I.

*Unidad de Patologías Adictivas. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. **Servicio de Medicina Preventiva y S. Pública. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza. ***Servicio de Farmacia. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Enviar correspondencia a:
Nieves Domeque Valiente. C/Ramón y Cajal, 68. Zaragoza 50004.
ndomeque@salud.aragon.es

Introducción.

En España 78.508 personas siguen Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM) por su adicción a opiáceos. Son pacientes con una amplia patología, y con una mayor sensibilidad al dolor que la población general. La metadona posee un perfil farmacocinético que conlleva un gran potencial de interacciones farmacológicas. El metamizol es un analgésico ampliamente utilizado en nuestro país por su perfil de baja gastrolesividad. El objetivo del estudio es describir varios casos de interacción medicamentosa entre metadona y metamizol en nuestra consulta.

Material y Método.

Se realiza un estudio descriptivo de pacientes desde 2000 hasta 2008 en TMM que presentan un síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO) y tratamiento simultáneo con metamizol, por diversas patologías, prescrito en diferentes ámbitos (atención primaria, especializada y hospitales) o por automedicación.

Resultados.

En mayo de 2000 acude a nuestra consulta una paciente estabilizada en TMM desde hacía 4 años, presentando un cuadro de SAO. Refería "sensación de falta de metadona" desde hacía cuatro días, y tratamiento con metamizol por dolor lumbociático prescrito hacía una semana por su médico de familia.

No seguía otros tratamientos farmacológicos. El cuadro se resolvió cambiando el analgésico y aumentando la dosis de metadona durante unos días, volviendo después a su dosis habitual. Hasta 2008 se han recogido 45 casos de SAO en pacientes en TMM y tratamiento conjunto con metamizol, en algunos con gran repercusión clínica (recaída en el consumo de opiáceos...). El cuadro se presenta no dependiente de la dosis de metadona y sí dependiente de la dosis de metamizol administrada. En otros 4 casos no apareció abstinencia con la administración conjunta de los dos fármacos.

Discusión y Conclusiones.

La metabolización hepática de la metadona se realiza a través del sistema citocromo P450, lo que condiciona sus principales interacciones medicamentosas (inductoras o inhibidoras) conocidas hasta el momento.

Ante la hipótesis de que el metamizol interactuara con la metadona se realizó una búsqueda bibliográfica y se comunicó al Servicio de Farmacovigilancia de la Comunidad Autónoma para identificar casos similares, pero no se encontraron hallazgos en este sentido.

El metamizol es un analgésico cuya farmacología ha sido poco estudiada y en países como Estados Unidos, Suecia, Canadá y otros de la Unión Europea como Reino Unido, está prohibido su uso desde los años 70. En Alemania se dispensa con receta médica.

Por todo ello es importante que los profesionales que trabajan en TMM observen esta interacción y la notifiquen al Servicio de Farmacovigilancia de su Comunidad Autónoma, así como es preciso que se desarrollen más estudios sobre la farmacología del metamizol.

Determinando los diferentes tipos de consumo de riesgo que los jóvenes realizan durante el botellón

ESPEJO, B.; CORTÉS, M.; GIMÉNEZ, J.A.; MARTÍN DEL RÍO, B.; GÓMEZ, C.

* Dpto. Metod. Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universitat de València. ** Dpto. Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universitat de València. *** Dpto. Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante). **** Dpto. Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universitat Jaume I. (Castellón).

Cada vez es más frecuente que los jóvenes consuman alcohol en cantidades elevadas durante un período temporal reducido, constituyendo lo que muchos investigadores denominan consumo de riesgo (Berridge, Thom y Herring, 2007; Kellner y cols., 1996; Murgraff y cols., 2001). La falta de consenso entre los profesionales al operativizar este tipo de consumo ha motivado que expertos españoles se hayan pronunciado, definiendo el episodio de consumo intensivo de alcohol como la ingesta de 60 o más gramos entre los varones y 40 o más gramos entre las mujeres, realizada durante unas 4 horas y llegando a un nivel de intoxicación considerable (Ministerio Sanidad y Consumo, 2008).

Pero este patrón de consumo que está presente en la mayoría de los jóvenes que realizan botellón (Cortés, 2008; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008) no es homogéneo, al contrario, se pueden diferenciar diversas tipologías de consumidores en función de variables como la cantidad de alcohol ingerida o el número de años que llevan realizando esta conducta. Esto ha motivado el interés por concretar qué variables permiten establecer las diferentes tipologías que se aprecian entre los consumidores que realizan botellón y que presentan episodios de consumo intensivo, al mismo tiempo que se trata de comparar estos perfiles con los de los jóvenes que no llegan a realizar estos consumos de riesgo.

La muestra analizada es de 5998 estudiantes (14-26 años) de las tres capitales de provincia de la Comunidad Valenciana. Se realizó una selección aleatoria entre los centros de enseñanzas medias y universitarias facilitando la representación de los diferentes distritos educativos. Todos cumplimentaron un instrumento de evaluación elaborado para dar cuenta del patrón de consumo realizado durante el botellón.

Tras diferenciar los jóvenes que presentaban episodios de consumo intensivo de aquellos que no alcanzaban este criterio, se efectuó un análisis cluster a partir del cual se delimitaron 8 grupos en función de las variables: sexo; grupo –universitario o adolescente–; gramos de alcohol consumidos y número de años que llevan realizando esa práctica, de modo que se pueden diferenciar 4 tipologías en cada una de las dos modalidades –consumo intensivo vs. no intensivo–. De cada una de ellas se detallan características diferenciadoras relacionadas con aspectos cognitivos –motivos y expectativas hacia el consumo–, consecuencias psicosociales derivadas del consumo, relación con otras sustancias, etc.

Este conocimiento permite diferenciar los tipos de consumidores que pueden agruparse bajo la denominación genérica de episodio de consumo intensivo de alcohol, dando cuenta de la heterogeneidad que engloba este patrón de consumo y justificando la complejidad para consensuar su definición entre los investigadores.

Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población consumidora y no consumidora de sustancias psicoactivas

ESPELT, A.; BRUGAL, T.; GUITART, A.; PÉRE, A.; CASTELLANO, Y.; AIBAR, I.; RODRÍGUEZ-MARTOS, A.

*Agència de Salut Pública de Barcelona

Enviar correspondencia a:
M.T Brugal. Plaça Lesseps 1. 08023 Barcelona. España. e-mail:
tbrugal@aspb.cat

Antecedentes/Objetivos.

El estudio de la utilización de los servicios sanitarios es importante porque refleja la demanda que soportan los servicios sanitarios en los diferentes niveles asistenciales y permite identificar el estado de salud, las enfermedades crónicas, los episodios puntuales y la pérdida de salud en una determinada población. El objetivo del presente estudio es determinar las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población consumidora y no consumidora de sustancias psicoactivas en Barcelona en el año 2006.

Métodos.

Estudio transversal cuya población de estudio fueron los hombres y las mujeres residentes en Barcelona el año 2006 de 15 a 49 años, para los consumidores de cannabis y cocaína, y de 15 o más años para los consumidores de tabaco y alcohol. La fuente de información fue la Encuesta de Salud de Barcelona del 2006, siendo la muestra de 5.419 personas. Como variables dependientes se utilizó la visita al psiquiatra, psicólogo, trabajador social, visita a urgencias y visita al médico de cabecera. Como variables independientes se utilizaron la sustancia psicoactiva consumida, el sexo, la edad, la situación laboral, el estado de salud y la salud mental. Se calcularon prevalencias de utilización para cada una de las variables independientes y se ajustaron modelos log-binomiales con sus intervalos de confianza al 95% para determinar la asociación entre la utilización de los servicios sanitarios y el consumo o no de cada una de las sustancias psicoactivas.

Resultados.

En el 2006, declara haber consumido cocaína en los últimos 12 meses un 4,1% de la población de 15 a 49 años mientras que un 11,0% declaró haber consumido cannabis. Entre la población de 15 o más años un 6,1% realiza un consumo de riesgo de alcohol y un 23,9% fumaba tabaco diariamente. En general los consumidores de sustancias psicoactivas son más usuarios de urgencias y de visitas al médico especialista, mientras que no se aprecian diferencias significativas en las visitas al médico general. En este sentido, por ejemplo, los consumidores de cocaína utilizan 1,37 (IC95% 1,07-1,74) veces más los servicios de urgencias y van 2,35 (IC95%: 1,41-3,89) veces más al psicólogo que los no consumidores. No existen diferencias significativas en las visitas al médico de cabecera [1,04 (IC95% 0,90-1,20)].

Conclusiones.

Los Resultados muestran que no existen diferencias en cuanto a las visitas al médico general mientras que sí que existen diferencias en las visitas a especialistas como el psicólogo o en la utilización de los servicios de urgencias.

Evaluación de la adherencia al tratamiento por dependencia a cocaína en Barcelona, 2005-2007

ESPELT, A.; GUITART, A.; CASTELLANO, Y.; AIBAR, I.;
RODRÍGUEZ-MARTOS, A.; BRUGAL, M.T.

*Agència de Salut Pública de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Albert Espelt. Agència de Salut Pública de Barcelona. Plaça Les-
seps 1. 08023 Barcelona. España. E-mail: aespelt@aspb.cat

Introducción.

Durante el último lustro, la cocaína es la sustancia psicoactiva ilegal que más problemas de morbilidad ha ocasionado y actualmente el número de admisiones a tratamiento por dependencia a cocaína supera las admisiones por heroína. El objetivo del estudio es conocer la adherencia al tratamiento por dependencia a cocaína en Barcelona así como las características socio-sanitarias que favorecen dicha adhesión.

Métodos.

Estudio longitudinal de una cohorte de personas que iniciaron tratamiento por abuso o por dependencia de cocaína en los centros de tratamiento de Barcelona en el período 2005-2006 (n=1591). El seguimiento se realizó hasta el 31/12/2007. Se utilizó una encuesta clínico-epidemiológica al inicio que recogía variables socio-sanitarias; edad, sexo, zona de residencia, país de origen, nivel educativo, situación laboral, patrones de consumo, tiempo de consumo, tratamientos previos y VIH auto reportado. Como variable dependiente se empleó el tiempo en que dicha persona había estado en tratamiento hasta que se produjo el abandono y se censuraron todos aquellos casos en que no se produjo abandono. Se realizó un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) para determinar las probabilidades de permanecer en tratamiento en cada uno de los tiempos. Finalmente para poder determinar los factores de riesgo asociados con el abandono del tratamiento se estimaron, bajo el supuesto de riesgos proporcionales, las razones de densidad de incidencia instantánea mediante regresiones de Cox.

Resultados.

Alrededor de un 20% de las personas que iniciaron tratamiento por abuso o por dependencia de cocaína abandonan el tratamiento antes de los 6 meses y menos de un 40% supera el año de tratamiento. En mediana las personas están en tratamiento 223 (IC95%: 206,4-239,6) días. Dependiendo de las características sociales de las personas estos tiempos varían. Por ejemplo, existen diferencias significativas en las medianas de días en tratamiento entre los que entran por iniciativa propia [187 (IC95%: 167,7-206,3)] y los que proceden de una derivación médica [264 (IC95%: 215,1- 312,9)] o entre los que están en paro [260 (IC95%: 226,2-293,8)] y los que tienen un contrato indefinido [187 (IC95%: 171,9-202,1)]. En este sentido, el riesgo de abandonar la terapia de los que tienen trabajo indefinido es de 1,27 (IC95%: 1,10-1,45) respecto a los que están en paro. Entre hombres y mujeres no se observan diferencias significativas aunque en mediana las mujeres siguen más el tratamiento.

Conclusión.

Las variables socio-sanitarias son variables clave para entender la adhesión al tratamiento de las personas con dependencia a la cocaína. Conocer que variables socio-sanitarias influyen más en la adhesión al tratamiento es de vital importancia para diseñar protocolos de atención específicos.

Niveles asistenciales del tabaquismo en La Rioja

ESTEBAN HERRERA, A.; GONZÁLEZ IZQUIERDO, A.;
HESSEL MOZÚN, M.A.; DEL POZO IRRIBARRÍA, J.

*Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja. C/ Gran Vía, 18 – 8º. 26071 Logroño. 941 29 18 70.

Enviar correspondencia a:
Ana Esteban Herrera. C/ Gran Vía, 18 – 8º. 26071 Logroño.
ana.esteban@larioja.org

Introducción.

Se pretende fomentar el abandono del tabaco entre los riojanos y poner a su alcance los medios necesarios para ayudarles en este propósito.

Nuestro objetivo es definir y describir los diferentes niveles asistenciales del tabaquismo en La Rioja.

Material y Método.

Se han llevado a cabo diferentes actuaciones en función de los Objetivos, la población y del periodo de ejecución.

Resultados y Discusión.

Dos de los servicios de primer nivel incluidos en el circuito asistencial son Atención Primaria e Internet.

La Red de Atención Primaria tiene un papel fundamental en el abordaje del consumo de tabaco y se atiende a todos los fumadores de forma individual o grupal. Sin embargo, estas intervenciones que se están llevando a cabo son diferentes no sólo en cuanto al formato sino fundamentalmente en la intensidad del abordaje ofreciendo así desde el primer nivel asistencial los dos tipos de tratamientos.

Nuestro reto es que ambos se ofrezcan de forma continua y sistematizada en todos los Centros de salud de La Rioja.

El programa para dejar de fumar a través de internet "La Rioja sin tabaco" (www.lariojasintabaco.org) se trata de un programa intensivo de autoayuda que consta de ocho sesiones a través de las cuales las personas obtienen estrategias prácticas para lograr y consolidar la abstinencia.

El segundo nivel del circuito asistencial es la Unidad de Atención al Fumador (UAF) integrada en la Red de Salud Mental y Adicciones. Realiza tratamiento especializado del tabaquismo, por lo que los recursos asistenciales de primer nivel pueden derivarle a: pacientes con patología de alto riesgo, con patología psiquiátrica grave o resistentes y a mujeres embarazadas. Si tenemos en cuenta la relación dosis-respuesta es comprensible que estos pacientes puedan acceder directamente por diferentes causas a este tipo de intervención.

Existen determinadas poblaciones que, por su papel modélico, por presentar graves patologías o por otras circunstancias, pueden acceder a determinados servicios, además de a los ya mencionados recursos. Así el personal del sector sanitario y los docentes continúan siendo atendidos por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en colaboración con la UAF.

Los pacientes hospitalizados que desean dejar de fumar son tratados mediante intervenciones conductuales de alta intensidad que incluyen al menos un contacto de seguimiento al mes.

Los trabajadores en activo disponen de un recurso propio para dejar de fumar en sus empresas a través de un Acuerdo de colaboración interinstitucional.

Por último, se prescriben gratuitamente fármacos eficaces en el tratamiento del tabaquismo a la población fumadora que cumple determinados requisitos fundamentalmente desde Atención Primaria y se ofrece formación continuada en intervención del tabaquismo para profesionales sanitarios.

Análisis del consumo de drogas de abuso en un grupo de mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo

FALCÓN, M.; ROTOLO, M.C.; PICHINI, S.; DE LA TORRE, R.; GARCÍA ALGAR, O.; LUNA, A.

(*) Legal Medicine. University of Murcia, Spain.

(**) Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy.

(***) Institut Municipal d'investigació Mèdica, Barcelona, Spain.

Enviar correspondencia a:

Maria Falcón, Medicina Legal, Universidad de Murcia, Campus de Espinardo, 30100 MURCIA falcon@um.es

Objetivos.

Analizar el consumo de drogas de abuso en un grupo de gestantes que interrumpen voluntariamente su embarazo en el primer trimestre de la gestación.

Material y Método.

Estudio observacional tipo transversal. Población: Mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo en una clínica privada concertada y acreditada para la realización de IVE en la región de Murcia. El muestreo se realizó de forma aleatoria hasta completar la cifra de 300 gestantes. Determinaciones: (1) Sustancias de abuso en la sangre y pelo mediante técnicas de inmunoanálisis, cromatografía de gases acoplada a la espectrometría de masas y cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas tandem (2) Cuestionario de consumo y exposición a tabaco, fármacos y sustancias de abuso en los últimos 3 meses.

Resultados y Discusión.

El análisis preliminar de los primeros 60 casos muestra que un 70% de nuestra muestra está formada por mujeres inmigrantes, un 32% reconoce ser fumadora y un 16% ser fumadora pasiva. Un 49% admite beber alcohol entre 1 y 3 veces al mes y un 33% dos veces a la semana. Solo una mujer admitió haber fumado cannabis en los 3 meses previos. El análisis de cabello muestra 1 caso positivo para MDMA y 5 para THC. No encontramos trazas de cocaína o anfetaminas en las muestras de cabello. Una muestra de suero fue positiva para morfina y dos para THC. Los resultados preliminares de nuestro estudio señalan una alta prevalencia de consumo de THC (11%) y un aparente bajo consumo de opiáceos y MDMA. Sorprendentemente no se detectó consumo de cocaína lo que contrasta con los datos aportados por el Plan Nacional de Drogas y estudios previos sobre meconio. En nuestra opinión esto puede ser debido a que las mujeres inmigrantes tienen menos tendencia a consumir cocaína y opiáceos que cannabis.

Consecuencias psicosociales asociadas al consumo de cánnabis y alcohol en adolescentes

FERNÁNDEZ ARTAMENDI, S.; CARBALLO CRESPO, J.L.;
GARCÍA FERNÁNDEZ, G.; GARCÍA RODRÍGUEZ, O.; FERN-
ÁNDEZ HERMIDA, J.R.; SECADES VILLA, R.

* Universidad de Oviedo
**Universidad Miguel Hernández (Elche)
*** Universidad de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Gloria García Fernández. Facultad de Psicología, Universidad de
Oviedo. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. Correo electrónico:
garcia gloria.uo@uniovi.es

Introducción.

El objetivo de este póster es analizar las consecuencias sociales, legales, escolares y de salud asociadas al consumo de cannabis y alcohol en adolescentes asturianos. El uso de alcohol por parte de los adolescentes fue clasificado en distintos tipos de consumo de alcohol (abstinencia, consumo moderado y consumo de riesgo) y las.

Material y Métodos.

Para llevar a cabo este estudio se aplicó una encuesta en la comunidad autónoma de Asturias a cerca de prevalencia de consumo de alcohol y drogas ilegales, y también, de factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias.

Este trabajo se contó con un total de 2.784 adolescentes de centros educativos de toda Asturias de entre 12 y 18 años.

Resultados.

El 20,9% de los adolescentes ha consumido cannabis en el último mes. El consumo de cannabis es mayoritariamente masculino, aunque la diferencia entre sexos sólo es estadísticamente significativa en el caso del consumo habitual. El 47,4% del total de adolescentes encuestados se mostraron como abstemios del consumo de alcohol, el 30,7% eran consumidores moderados de alcohol y el 21,8% eran consumidores de riesgo. En líneas generales, los jóvenes que consumen cannabis y el grupo de bebedores de riesgo presentan más consecuencias negativas y más problemas en su vida que los otros dos grupos. Las diferencias entre grupos se mostraron estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

Discusión y Conclusiones.

Este estudio viene a confirmar el hecho de que los consumos problemáticos de alcohol en la adolescencia llevan asociados consecuencias negativas en la vida de los jóvenes tanto a nivel social como familiar y de salud. Resulta de vital importancia la puesta en marcha de actividades preventivas que traten de evitar el consumo problemático de alcohol con el fin de reducir al mínimo los posibles consumos y las consecuencias que estos pueden acarrear.

Evolución de la situación de los consumidores de drogas en la ciudad de Valencia tras una intervención policial intensiva

FERRER, X.; DELICADO, A.; BADIA, S.; CASTELLANOS, M.; ALVAREZ, R.; ALARCÓN, I.; SANMARTÍN, J.V.; LAFARGA, S.

Fundación Salud y Comunidad (Servicios de Reducción de daños en la Comunidad Valenciana). y Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad, Dirección General de Drogodependencias.

A mediados de abril de 2008 tuvo lugar una intervención policial para desarticular el tráfico de drogas que, de forma muy importante, se desarrollaba en la zona del antiguo cauce del río Turia conocida como "Las Cañas". Se logró acabar con la mayor parte del tráfico visible en esa zona, que en parte se "sumergió" y en parte se trasladó a otras zonas de la ciudad y área metropolitana. La falta de coordinación entre la intervención policial y las de tipo sanitario y social que se llevaban a cabo provocó variados problemas (interrupción del trabajo de contacto y reducción de daños, de vacunaciones en curso, de tratamientos de tuberculosis en marcha...) y, lo que es muy grave, la percepción de que se estaba produciendo un repunte del consumo por vía endovenosa al actuarse sobre los vendedores de productos "fumables" mientras que persistía en otras zonas la venta de drogas "inyectables". Para verificar y cuantificar estas percepciones se diseñó una investigación mediante encuesta a los usuarios que siguieran contactando con los programas de reducción de daño. El cuestionario se administró a una muestra de 147 usuarios de drogas, entrevistados en la calle del 7/05/2008 al 24/09/2008 por personal sanitario de la FSC. 121 de los usuarios de drogas entrevistados, un 82,31% del total, consumían drogas por vía parenteral. Tras la acción policial, el 22,45% del total de usuarios de drogas han cambiado de vía de consumo pasando de vía inhalada a inyectada.

Respecto al P.I.J., un 46,28% de usuarios reduce la devolución de jeringuillas utilizadas, y el 42,15% de los inyectores se lleva de los PIJ menos jeringuillas que antes. El 12,40% de UDVP ha comprado jeringuillas usadas a otros usuarios, y un 48,76% se ha deshecho de ellas en lugares inapropiados. Un 20,66% de los UDVP ha compartido jeringuillas al menos en alguna ocasión, y un 51,24% han compartido agua, cucharitas o parafernalia.

El aprovisionamiento de drogas, con algunas dificultades, se mantiene: así, un 89,80 % declara que siempre o casi siempre se han aprovisionado de drogas cuando han querido. Más de la mitad (54,42%) dicen no haber reducido el consumo de sustancias, frente al 40,82% que dice haberlo reducido. En el caso de los UD que han reducido el consumo de sustancias, un 71,43% afirma haber reducido el consumo poco, mientras que un 28,57% dice haberlo reducido bastante o mucho. Por otro lado el 50,34% del total de usuarios ha padecido algún síndrome de abstinencia vinculado al desmantelamiento de "Las Cañas".

Inicio de tratamientos para la adicción: Durante el periodo al que se refiere el estudio, un 6,08% de los usuarios de drogas entrevistados afirma haber comenzado un Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM). El inicio de otros tratamientos ha resultado irrelevante (n=1). Anotemos, no obstante, que durante el año 2007 un 22,59% de los usuarios atendidos por FSC en esas zonas recibía ya TMM.

Evolución de pacientes alcohólicos en tratamiento

FRANCO, C.; MAIA, J.; VALE, J.

Serviço de Adições, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, Portugal* Médica Psiquiatra, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, Portugal** Médica Interna de Psiquiatria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, Portugal*** Médica Interna de Medicina Familiar e Comunitária, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, Portugal

Enviar correspondencia a:
Célia Franco, Rua José Castilho, lote 21, 6º A, 3030-301 COIMBRA, PORTUGAL. celiacfranco@gmail.com

Resumen.

El alcoholismo es un grave y complejo cuadro clínico de difícil tratamiento, que se caracteriza por las sucesivas recaídas en el consumo, progresivo empeoramiento de las condiciones médicas de los pacientes, con numerosas complicaciones médicas y psiquiátricas, así como problemas familiares, sociales, laborales y de acción legal, que surgen como consecuencia del empeoramiento de la dependencia y el deterioro del paciente.

La Serviço de Tratamento de Alcoolismos, se creó en el Hospital Sobral Cid (HSC) en 1994, con el fin de proporcionar una respuesta específica y especializada a cerca de 40% de los pacientes hospitalizados cada año en los pabellones de General Psychiatry, por graves problemas asociados con la enfermedad alcohólica. Esta es una unidad integrada en una institución de salud mental, con un equipo multidisciplinario que ha mejorado el enfoque y los planes de tratamiento.

Los Objetivos de este estudio son: relacionar la evolución de los pacientes seguidos en la Consulta Alcoolologia durante el año 2007, entre el comienzo del tratamiento y la última visita en 2007; identificar el tipo de comorbilidades y las complicaciones encontradas; relacionar los avances de los pacientes con la presencia de comorbilidad médica y psiquiátrica.

Este es un estudio retrospectivo y de correlación, utilizando el Método cuantitativo. La muestra consta de 364 pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Sobral Cid Alcoolologia durante el año 2007, como criterio para la inclusión: clínica proceso incluirá la información necesaria para la recogida de datos. Las variables en estudio se relacionan con la caracterización de la muestra (edad, sexo, estado civil, condado de residencia, la duración del tratamiento, la duración de la abstinencia de que comenzó el tratamiento) y sobre la evolución de los pacientes utilizando la Escala de Acción de Alcohol (ESA) y otras cuestiones. La recopilación de datos fue realizada por tres médicos de la institución, con el apoyo de una escala creada para tal efecto, refiriéndose a la condición del paciente al inicio del tratamiento y la fecha de última consulta celebrada en 2007. Cada registro se le asignó un número de secuencia comienza en 1. Procesamiento de datos se realizó utilizando el programa SPSS, en donde las variables estudiadas fueron codificados.

En el debate se refleja en la complejidad del tratamiento de los pacientes adictos, en la necesidad de su enfoque ser en la salud mental y propone una organización distribuida de los 3 niveles de servicios de salud mental en Portugal (de atención primaria de salud, los equipos servicios comunitarios de salud mental y regionales de salud mental).

Otros usos del bupropión: analgesia. A propósito de un caso

FUENTES BARCO, M.; CONDE AMADO, M.; ARIAS FERNÁNDEZ, N.

*U.A.D. "Cedro" Vigo.
** Servicio Pde siquiatria C.H.U.Vigo

Introducción.

El bupropion es un tratamiento de primera línea para el tabaquismo. Es además eficaz en el tratamiento de la depresión mayor, atenúa los síntomas del T.D.A.H. y mostró una acción antiinflamatoria. Nuestro objetivo es el estudio de su efecto analgésico, incidiendo sobre todo en la rapidez de acción en comparación con otros antidepresivos.

Material y Métodos.

Se presenta un caso clínico en que se usó el bupropion como tratamiento para el tabaquismo y en el que de forma azarosa se verificó su eficacia analgésica. en un breve plazo de tiempo. Además realizamos una revisión de la literatura científica sobre la analgesia con bupropion en PubMed, Embase y PsycInfo.

Resultados.

Se presenta el caso de una mujer de 30 años que inicia tratamiento por tabaquismo. Se pauta bupropion 150 mg. por día. El mismo día de inicio de la toma sufre un cuadro de dolor agudo en mandíbula inferior izquierda, intenso, pulsátil e irradiado a hemicara izquierda. Comenzó una pauta de ibuprofeno 600/ 8 horas alternando con paracetamol con tramadol (325/37'5)/8 horas, que atenúa la intensidad y que mantuvo el primer y segundo días. El tercer día sólo tomó ibuprofeno y el cuarto prescindió de analgesia. El diagnóstico odontológico fue pulpitis en la muela cordal y se programó extracción en 15 días.

Durante este tiempo mantuvo sólo tratamiento con bupropion. Tras el olvido de una toma reapareció el dolor con intensidad similar al inicio en 24 horas. Se retomó el tratamiento y en 48 horas remitió, por lo que la relación causal bupropion-analgesia se confirmó.

Discusion.

El bupropion es eficaz en dolor neuropático. Esta eficacia está probada en dos ensayos clínicos, con respuesta a las dos semanas de tratamiento. En comparación con otros antidepresivos como los tricíclicos, con respuesta entre la primera y cuarta semana y duloxetina, eficaz tras una semana de tratamiento el bupropion es más tardío. La venlafaxina es eficaz a la tercera o cuarta semanas.

En nuestro caso, de dolor agudo, el bupropion fue eficaz tras tres días de tratamiento.

Conclusiones.

Si esta observación se replica en posteriores estudios el bupropion podría ser un tratamiento más rápido en dolor neuropático que el resto de los antidepresivos.

Bibliografía.

1. Wilkes J. "Bupropion"; *Drugs Today (Barc)* 2006;42:671-681.
2. Semenchuck MR; Marilyn R. "Double-blind, randomized trial of bupropion SR for the treatment of neurophatic" *Neurology* 2001;57:1583-1588.
3. Semenchuck MR; Davis B. "Efficacy of substained-release bupropion in neurophatic pain. An open label study" *Clin J Pain* 2000;16:6-11.
4. Torre-Mollinedo F; Azkue JJ; Callejo-Orcasitas L; Gómez-Vega C. et al. "Analgésicos coadyuvantes en el tratamiento del dolor" *Gac Med Bilbao* 2007;104:156-164.

Estudio de caso único: patología dual

GARCÍA ESCUDERO, M^a. J.; PANDO FERNÁNDEZ M^a. P.;
MELERO CAÑADAS, R.; ISABEL GARCÍA, L.; MONTOYA
CROUS, I.

*Psicóloga Clínica Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real
** Residente Psicología Clínica del Hospital General de Ciudad Real

Justificación.

Entre los pacientes con dx de Tt Bipolar el consumo de sustancias tiene un prevalencia entre 3 y 9 veces mayor que en el resto de la población. Dado el interés que suscita este tema, vamos a analizar la evolución de un caso clínico de patología dual de nuestra unidad.

MC: Mujer de 33 a que acude por primera vez a UCA en 2004 derivada por Psiquiatra de la Diputación Provincial a petición propia.

AF: Un hermano consumo ocasional de cocaína y cannabis. Marido: en tto con metadona.

AP: Diagnosticada de Tt Ciclotímico en una P Dependiente con Dependencia a Tóxicos.

H^a de consumo: ALCOHOL: Inicia a los 16 a. CANNABIS: Inicia a los 16 a (diario). De 23 a 32a: abstinente. A los 32 reinicia esporádicamente. TABACO: Inicia a los 16a. COCAÍNA: Inicia a los 35a (ocasional).

EPP: CyO x3. Discurso fluido y coherente. No alteraciones del curso ni del contenido del pensamiento ni senso perceptivas. Estado de ánimo alternante. Capacidad de juicio e introspección conservados. CI Normal. Alteraciones de conducta. Insomnio ocasional. No ideación AL en el momento actual.

Problemas legales por la custodia de su hijo.

JC: EJE I: Dependencia de Alcohol, Cannabis y Tabaco. Abuso de Cocaína. Trastorno Ciclotímico. EJE II:

Rasgos dependientes de P. EJE III: Colon Irritable. EJE IV: Relaciones Familiares Conflictivas.

Aislamiento Social. Desempleo. EJE V: EEAG: 65.

TTOS: 1º Tto Secuencial. 2º Tto Paralelo actual: USM Y UCA.

Tto Psicológico para Tt. Ciclotímico: Psicoeducación, TC-C, T. Interpersonal e Intervención Familiar. Tto.

Farmacológico para Tt. Ciclotímico: Solian200, Cipralex20, Rivotril2, Depakine500.

Tto Farmacológico para Consumo de Alcohol: Colme. Tto Psicológico para Consumo de Tóxicos: T de Grupos (Proyecto Hombre, 2006). Ingreso un mes en comunidad terapéutica (2007). Prevención de Recaídas. Entrenamiento en RMP. Motivación al Cambio. T del espejo. Parada de pensamiento. E: Mantiene adherencia a tto farmacológico. En lo referido al consumo de tóxicos, a partir del 2006 (momento en que reinicia el tto abandonado en junio de 2005), se alternan períodos de abstinencia y de consumo. Estos últimos coinciden con las fases en las que presenta un E. hipomaniaco o está sometida a estresores. Durante los E. depresivos o fases eutímicas no consume. Abstinentes a alcohol y cannabis.

Conclusiones.

Dada la evolución de la paciente y las razones que aporta la investigación para explicar la comorbilidad entre tt. bipolares y relacionados con sustancias, podemos concluir que este caso podría explicarse a partir de la hipótesis de la automedicación o desde la del uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento. Al comparar nuestro estudio con el de Healey (2008) encontramos coincidencias en el incremento de consumo en fases hipomaniacas y la reducción de éste en las depresivas. A pesar de no poder generalizar las Conclusiones por las limitaciones que presenta un estudio de caso único, si parece quedar claro que estas patologías no deben de considerarse de forma aislada.

Perfil neuropsicológico de pacientes adictos a la cocaína tras un año de tratamiento

GARCÍA FERNÁNDEZ, G.; GARCÍA RODRÍGUEZ, O.;
SECADES VILLA, R.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.; MARTÍN
CONTERO, C.; SÁNCHEZ HERVÁS, E.

*Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.
**Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
*** Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Dept. 10 Consejería de Sanidad de Valencia.

Enviar correspondencia a:
Gloria García Fernández. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. Correo electrónico: garciagloria.uo@uniovi.es

Introducción.

En los últimos años la neuropsicología ha proporcionado un caudal de conocimientos en torno al fenómeno de los comportamientos adictivos. En concreto, se ha dedicado gran atención a la evaluación de las funciones ejecutivas en sujetos adictos a la cocaína, investigándose su utilidad como factor pronóstico y como herramienta clínica adicional para la elección terapéutica más adecuada.

Numerosos estudios han confirmado la presencia de alteraciones en las funciones ejecutivas de pacientes adictos a la cocaína, pero hasta la actualidad pocos estudios han investigado el curso temporal y patrón evolutivo de estos déficits. Los Objetivos del presente estudio consistieron en (1) evaluar el perfil neuropsicológico de consumidores de cocaína que habían completado un año de tratamiento y (2) describir la evolución de los déficits a lo largo del tratamiento para averiguar que alteraciones desaparecen, cuáles se mantienen a lo largo del programa de tratamiento y qué variables pueden mediar su recuperación.

Material y Método.

La muestra del estudio fue extraída de forma aleatoria del total de pacientes que solicitaron asistencia terapéutica en Proyecto Hombre Asturias debido a sus problemas derivados del consumo de cocaína. Se reclutaron 30 pacientes a los que se les aplicó un protocolo de evaluación neuropsicológica, compuesto por varias tareas seleccionadas de distintos test, sensibles a la detección de alteraciones en diferentes componentes de las funciones ejecutivas. La batería neuropsicológica se aplicó a cada paciente durante la admisión al programa y tras doce meses de tratamiento.

Resultados.

El perfil de Resultados obtenidos en las distintas pruebas de la batería neuropsicológica tras doce meses de tratamiento se encuentra disociado. Parece que el rendimiento neuropsicológico del grupo de pacientes se caracteriza por mejores Resultados en algunas de las pruebas mientras que en otras el rendimiento se mantiene estable.

Discusión y Conclusiones.

El conocimiento acerca de los déficits neuropsicológicos puede resultar útil en la práctica clínica para el tratamiento de las adicciones. Podría resultar útil como factor pronóstico y herramienta clínica para la elección del plan de tratamiento más adecuado, pero además podría ser útil como un indicador adicional de la evolución de los pacientes a lo largo del tratamiento y de la eficacia de los programas de tratamiento. Se requieren estudios que continúen con esta línea de investigación y traten de controlar las grandes dificultades metodológicas que surgen en el estudio de la neuropsicología de las adicciones.

Programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo para la adicción a la cocaína: resultados a los doce meses de tratamiento

GARCÍA FERNÁNDEZ, G.; GARCÍA RODRÍGUEZ, O.;
SECADES VILLA, R.; SÁNCHEZ HERVÁS, E.; ZACARÉS
ROMAGUERA, F.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.

*Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.
**Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
*** Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Dept.
10 Consejería de Sanidad de Valencia.

Enviar correspondencia a:
Gloria García Fernández. Facultad de Psicología, Universidad de
Oviedo. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. Correo electrónico:
garcia gloria.uo@uniovi.es

Introducción.

El programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para la adicción a la cocaína cuenta con una amplia evidencia científica en Estados Unidos que avala su eficacia. En España se han llevado a cabo estudios controlados donde se ha evaluado la eficacia y viabilidad del programa en contextos clínicos fuera de Estados Unidos. Hasta el momento actual, se han presentado los Resultados de los primeros seis meses de tratamiento, que respaldan la eficacia del programa. El objetivo del presente estudio consistió en evaluar la eficacia del programa CRA más Terapia de Incentivo a los doce meses de tratamiento.

Material y Método.

La muestra del estudio fue extraída de forma aleatoria del total de pacientes que acudieron al centro de Proyecto Hombre Asturias por sus problemas de adicción a la cocaína. Se contó con una muestra de 81 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento diferenciados: 29 pacientes fueron asignados al programa CRA + Terapia de Incentivo, y 52 pacientes fueron asignados a un tratamiento estándar. A todos los participantes se les administró un protocolo de evaluación a los doce meses de tratamiento y se realizó un seguimiento de la retención y abstinencia a través de controles analíticos.

Resultados.

El grupo de pacientes asignados al tratamiento de Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo obtuvo tasas de retención y abstinencia superiores al grupo de pacientes que fueron asignados al tratamiento estándar.

Discusión.

Parece que el programa CRA + Terapia de Incentivo se muestra eficaz al año de tratamiento. Por otro lado, los Resultados son comparables a los obtenidos en estudios previos similares publicados fuera de nuestro país. Finalmente estos Resultados han de verse confirmados en estudios de seguimiento más largos y con mayor número de sujetos.

Rasgos patológicos de personalidad asociados al consumo de drogas. La experiencia desde una UAD

GARCÍA GÓMEZ, M^a.N.; RAMOS MARRERO, M^a.Z.;
SOCORRO LEDESMA, D.; JIMENEZ SOSA, A.

(1) Psicóloga Clínica UAD Santa Cruz de Tenerife; (2) Médico UAD Santa Cruz de Tenerife; (3) Trabajadora Social UAD Santa Cruz de Tenerife. San Miguel Adicciones. C/ Horacio Nelson, 34. 38004 S/C de Tenerife. uadsantacruz@sanmigueladicciones.org (4) Unidad Mixta de investigación HUC / ULL ajimenez@huc.canarias.org

El presente estudio forma parte de una investigación que se encuentra actualmente en curso, "perfil psicopatológico y drogodependencias". Como Objetivos nos planteamos la descripción de los principales Trastornos de Personalidad y de la Dependencia a Sustancias; estudiar las formas mas frecuentes de Trastorno de la Personalidad en una muestra de pacientes que se encuentran realizando tratamiento por dependencia a sustancias (alcohol, cocaína, cannabis y heroína) y evaluar si existe relación entre el patrón de trastorno de personalidad padecido y el tipo de droga consumida. Se trata de una muestra de 79 pacientes atendidos en la UAD de Santa Cruz de Tenerife de San Miguel Adicciones, utilizando como instrumentos la historia clínica biopsicosocial y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. La edad media de la población es de 36,2 años, con un 65'8 % de varones, con nivel de estudios medio-bajo y con situación laboral mayoritariamente activa (62%). Consumidores principalmente de alcohol y cocaína como droga que demanda tratamiento (41,8% y 36,7 % respectivamente), con un tiempo medio de consumo de 15 años y con un patrón de consumo regular (86,1 %). Como Resultados decir que existe significación estadística creciente entre la dependencia del alcohol y la dependencia a sustancias en relación con los trastornos de personalidad antisocial, agresivasádica y límite, por lo que ha mayor grado de dependencia mayor probabilidad de padecer estos trastornos. Se comprueba además, la relación inversa existente entre la dependencia al alcohol y a sustancias y el trastorno de personalidad compulsiva.

Consumo de tabaco en la infancia y adolescencia temprana

GIL JULIÁ, B.; BALLESTER ARNAL, R.; GIL LLARIO,
M.D.; RUIZ PALOMINO, E.; GÓMEZ MARTÍNEZ, S.

*Universitat Jaume I de Castellón. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología.
**Universitat de València. Estudi General. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

Introducción.

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública de los países desarrollados, representando la primera causa de enfermedad y muerte evitable en nuestro país. Dada su alta prevalencia y las consecuencias que conlleva para la salud, se han desarrollado diversas acciones dirigidas a prevenir y controlar el consumo de tabaco. Si bien es cierto que de manera global su prevalencia ha descendido, no podemos hacer extensibles estos Resultados a todas las poblaciones, preocupándonos de manera especial su aumento entre los adolescentes, e incluso en edades más tempranas, de las que disponemos todavía de pocos datos.

El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia del consumo de tabaco en la última etapa de la infancia e inicio de la adolescencia (9-14 años), así como intentar detectar actitudes relacionadas con el mismo que pudieran considerarse factores predisponentes/facilitadores en el inicio de su consumo.

Material y Método.

Para este propósito se ha contado con 1166 participantes (9-14 años), a los cuales se les administró el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS-II) de Ballester y Gil (2007). El cuestionario incluye un total de 139 ítems destinados a explorar distintas conductas de salud. Dentro del cuestionario, la escala de conductas relacionadas con el consumo de tabaco consta de 4 ítems que se responden siguiendo una escala Likert de 4 puntos y otros 4 ítems de respuesta abierta. El análisis de fiabilidad, evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach) para el CIACS-II es de 0.890.

Resultados.

Los Resultados muestran que la edad más temprana de consumo de tabaco es a los 11 años (2.3%), aumentando al 6.2% a los 12 años, al 12.5% a los 13 años y al 40.9% a los 14 años, no habiéndose detectado diferencias estadísticamente significativas entre sexos. En la mayoría de casos (70.3%) el primer cigarrillo fue ofrecido por un amigo, seguido de un primo (7.9%). La principal motivación para iniciar el consumo fue "probarlo" (18.5%) seguido de lejos (3.9%) por "porque todos lo hacían" (las diferencias por sexos tampoco fueron significativas). Además, el principal efecto informado del consumo de tabaco es que les ayuda a "tranquilizarse" (37.7%), seguido por "mantener conversación" (28%) e "integrarse en grupo" (25.4%). El consumo de tabaco es todavía demasiado elevado en el entorno inmediato de los niños/adolescentes, quienes informan que en un 60.1% de los casos fuma algún amigo suyo y en alrededor del 50% fuman sus padres.

Discusión.

Los Resultados de este trabajo pueden arrojar luz sobre la importancia de conocer los factores implicados en el inicio del consumo de tabaco en edades tempranas, para así ayudar a mejorar las estrategias preventivas y retrasar en la medida de lo posible la edad de inicio, teniendo en cuenta las repercusiones positivas que esto conlleva tanto para la salud individual como para la salud pública en general.

Perfil del Paciente Dual

GÓMEZ G.; MAESO A.; NIUBÓ I.; PEÑA J.; LABAD A.

Instituto Universitario Pere Mata, Reus, Tarragona

Enviar correspondencia a:
Graciela Gómez, dirección: Salvador Espriu 14 2º 2ª Reus, Tarragona-43201, mail: dragracielagomez@yahoo.com.ar

Introducción.

En los últimos años se ha visto un creciente interés por la clínica psicopatológica de pacientes con un abuso o dependencia de tóxicos. La comorbilidad entre un trastorno psiquiátrico y un trastorno por abuso de sustancias se denomina patología dual, y es cada vez más prevalente.

Actualmente, se acepta que hasta el 50% de las personas que padecen alguna enfermedad mental también sufren un problema de abuso de sustancias tóxicas.

Objetivos.

Descripción estadística de una muestra de pacientes que presentan coexistencia de consumo activo de sustancias y patología psiquiátrica, ingresados en una unidad especializada en patología Dual.

Material y Métodos.

El estudio se realizó en la Unidad de Patología Dual del Instituto Pere Mata, Tarragona. Los pacientes ingresados provienen derivados desde CAS y CSM de su zona de referencia. El estudio consistió en una revisión descriptiva y retrospectiva de 10 historias clínicas de alta de dicha unidad, elegida al azar entre los meses de noviembre 2008 hasta el mes de enero 2009. Los diagnósticos de los trastornos psiquiátricos se realizaron de acuerdo al CIE-9. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.

Resultados.

La muestra evaluada consta de un 80% de hombres y un 20% de mujeres, con una edad media de 36,20 años (DE: 6 años); de ellos un 60% eran solteros frente a un 40% de divorciados. Todos eran poli toxicómanos: el 40% consumía 5 tipos distintos de sustancias tóxicas, el 30% 4 y el otro 30% 3; siendo la sustancia más consumida el alcohol (en el 100% de la muestra), seguida por el tabaco (90%) y posteriormente la cocaína (80%). El 60% de la muestra se encuentra en un nivel socioeconómico medio, el 20% alto y 10% bajo, encontrándose activo laboralmente en el momento del ingreso el 50% de los pacientes. Llama la atención que el 50% de la muestra era pensionista debido en su mayoría a su trastorno psiquiátrico. El 40% de la muestra comparte el diagnóstico de trastorno de personalidad inespecificado (según CIE-9), con un consumo de cuatro sustancias (alcohol, tabaco, THC y cocaína).

Discusión.

A partir de la muestra obtenida dentro de la población dual hemos observado un perfil de paciente varón, de edad media comprendido entre los 31 y 35 años y un consumo de múltiples tóxicos; siendo los más frecuentes el alcohol, el tabaco y la cocaína. La patología psiquiátrica que se asocia con más frecuencia es el trastorno de personalidad inespecificado.



Actuación policial ante la influencia de drogas tóxicas

GÓMEZ LÓPEZ, C.; CAZORLA BOTELLA, F.; PASCUAL PASTOR, F.

*Policía Local Elda
** Hospital General Elda

Enviar correspondencia a:
Francisco Pascual Pastor. C/ Ibi, 40 - 03802 Alcoi.
fr.pascualp@coma.es

Introducción.

De todos es conocida la influencia de las sustancias psicotrópicas en la conducción de vehículos a motor y las consecuencias que tienen en referencia a la génesis de los accidentes de tráfico. Hasta estos momentos la legislación española ha regulado este aspecto en cuanto al consumo de alcohol, no obstante quedan establecer los controles, medidas y legislación para el consumo de otras sustancias estupefacientes que también ocasionan graves perjuicios en el tráfico Rodado.

Desde el Ayuntamiento de Elda y en colaboración con los estamentos sanitarios se ha iniciado un campaña de control que pretende servir de punto para normalizar los controles y las repercusiones legales que puedan tener sobre los conductores.*

Objetivos.

El objetivo primordial del presente proyecto-protocolo, es colaborar activa e íntegramente en el mantenimiento de la seguridad vial, todo ello a través de programas, campañas, proyectos, etc., y especialmente en el cumplimiento de lo establecido en el art. 12 del Real Decreto Legislativo 339/1990, de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.

Metodología.

En la actualidad es posible determinar las drogas en saliva y como el suero sanguíneo, la saliva (fluidos orales) está reconocida científicamente en el diagnóstico químico clínico. Las muestras de fluidos orales están ampliamente aceptadas como especímenes para el análisis diagnóstico de drogas in situ y en laboratorio. Una confirmación fiable de Resultados y un análisis eficaz en laboratorio, requieren un sistema de recogida de muestras que no afecte ni la cantidad ni la naturaleza de la muestra recogida, así como su almacenamiento, transporte y recuperación.

Para la detección se utiliza el Dräger DrugTest 5000, el cual es un dispositivo de diagnóstico "in vitro" químicamente inmune para la detección de drogas en la saliva.

Resultados del pilotaje del proyecto.

Nº Controles: 3 Vehículos controlados: 131 Alcoholemia Positiva: 17 (4 con infracción penal) Test drogas positivo: 3 (se tuvieron que inmovilizar 9 vehículos).

Revisiones Médicas: 3 (en aquellos que dando alcoholemia negativa presentan signos de intoxicación).

Resultados del contraanálisis. 1 positivo en cannabis, 1 positivo en cocaína y anfetaminas y 1 positivo a cocaína, anfetaminas y metaanfetaminas.

Discusión.

Una vez contrastados los Resultados, con el contraanálisis correspondiente es importante que la legislación esté ajustada para poder ejercer las acciones legales pertinentes en aquellas personas que conduciendo bajo los efectos de sustancias estupefacientes ponen en riesgo su vida, la de sus acompañantes, además de ser un peligro para el resto de viandantes.

Esperamos que iniciativas como la presente sirvan para regular este extremo y servir así de prevención en la disminución del número de accidentes de vehículos a motor.

Medio laboral y drogodependencias. Acuerdo de colaboración y otras actuaciones

GONZÁLEZ IZQUIERDO, A.; ESTEBAN HERRERA, A.; HESSEL MOZÚN, M.A.; DEL POZO IRRIBARRÍA, J.

Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja. C/ Gran Vía, 18 – 8º. 26071 Logroño. 941 29 18 68

Introducción.

El consumo de tabaco, alcohol y drogas es un problema que afecta a la población trabajadora de La Rioja. Asimismo, diferentes planes y normativa en esta Comunidad recogen la importancia de poner en marcha programas de prevención y tratamiento del tabaquismo en el medio laboral.

Objetivo.

Desarrollar actuaciones de prevención y asistencia en drogodependencias en el medio laboral.

Material y Métodos.

En septiembre de 2006 se firmó un Acuerdo de colaboración interinstitucional para llevar a cabo actuaciones en materia de salud laboral y drogodependencias entre la Consejería de Salud, la Consejería de Hacienda y Empleo (Instituto Riojano de Salud Laboral), la Federación de Empresarios de La Rioja, la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo de La Rioja, Comisiones Obreras, Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria y la Asociación Española Contra el Cáncer de La Rioja. Con posterioridad se sumó la Unión General de Trabajadores de La Rioja. Además se realizan cursos anuales relativos al medio laboral y las drogodependencias, se dispone de un libro y un programa especializado y se está creando una página web en la actualidad.

Resultados.

El Acuerdo firmado en 2006 se puso en marcha en marzo de 2008. Para su difusión se editaron 20.000 folletos los cuales se distribuyeron a través de los miembros del Acuerdo. Desde su comienzo se han realizado 4 tratamientos grupales dirigidos a trabajadores riojanos. Las intervenciones pueden realizarse en la propia empresa o agrupando personas de diferentes organizaciones. Así, los trabajadores en activo de la Comunidad Autónoma de La Rioja disponen de un recurso propio desarrollado a través de este Acuerdo.

Igualmente se han realizado dos cursos de Medio Laboral y Drogodependencias en el año 2007 y 2008 y se viene trabajando activamente en una página web la cual dispone de medios de ayuda directos para la atención al trabajador y a empresarios y servicios de prevención.

Discusión.

En La Rioja se han desarrollado actuaciones de prevención y asistencia del tabaquismo en el medio laboral a través de un Acuerdo de colaboración interinstitucional. En este caso se destaca la colaboración institucional sobre todo a en lo relativo la difusión del acuerdo por parte de todas las organizaciones firmantes y se reconoce la importancia de abordar esta problemática en el medio laboral, realizando conjuntamente actuaciones para la prevención, asistencia, formación e investigación en dicho ámbito. Así como promover el cumplimiento de la normativa vigente en materia de tabaquismo y constituir una Comisión de Seguimiento de las actuaciones presentadas en este acuerdo.



Mapa de riesgos en materia de drogodependencias de la comunidad de La Rioja

GONZÁLEZ IZQUIERDO, A.; ESTEBAN HERRERA, A.; HESSEL MOZÚN, M.A.; DEL POZO IRRIBARRÍA, J.

Servicio de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja. C/ Gran Vía, 18 – 8º. 26071 Logroño. 941 29 18 68

Introducción.

La Comunidad Autónoma de La Rioja deseaba tener una visión geográfica de los niveles de riesgo situacional, social, demográfico, etc. a los se ve sometida la población general y adolescente de La Rioja en base a parámetros epidemiológicos respecto a disponibilidad y consumo de drogas.

Material y Métodos.

Técnicas de recogida de información:

–CUALITATIVAS.

- * Consulta de fuentes secundarias.
- * Observación directa.
- * Entrevistas con informantes claves.

–CUANTITATIVAS.

- * Encuestas.
- * Análisis de indicadores sociales.

Los Objetivos generales:

1. Delimitar diferentes niveles de riesgo relacionados con las drogas de los ciudadanos riojanos.
2. Delimitar los diferentes niveles de riesgo relacionados con las drogas de los adolescentes y jóvenes riojanos.
3. Identificar los riesgos de tipo contextual o macro social que favorecen el uso y/o abuso de drogas.
4. Identificar y cuantificar aquellos grupos y colectivos con una alta vulnerabilidad frente a las drogas y sus efectos.
5. Identificar los riesgos de tipo situacional asociados al uso y/o abuso de drogas por parte de los jóvenes.
6. Conocer la opinión de distintos representantes institucionales y agentes sociales.
7. Elaborar un Mapa de riesgos que permita visualizar los distintos tipos de riesgos que afectan a la población de la Comunidad de La Rioja.

Resultados.

Los Objetivos 1 y 2 se han cumplido en su totalidad y se han delimitado los lugares de riesgo tanto de los ciudadanos como de los adolescentes y jóvenes riojanos. Igualmente se han identificado los riesgos contextuales, los grupos u colectivos más vulnerables así como los riesgos de tipo situacional asociados al uso y/o abuso de drogas por parte de los jóvenes (Objetivos 3, 4 y 5)-. Los Objetivos 6 y 7 han permitido conocer la opinión de distintos representantes institucionales y agentes sociales.

Discusión.

El mapa de riesgos aporta unas Conclusiones generales como:

- El contacto con las drogas afecta a todos los colectivos y grupos sociales, más en juveniles.
- La legitimación social provoca que los niveles de riesgo continúen siendo bajos.
- La accesibilidad a las sustancias es compartida por el conjunto de los ciudadanos.
- Alto número de ciudadanos que consumen de forma habitual sustancias como tabaco (el 28,8% de la población de 15 a 64 años fuma diariamente), alcohol (11,8% de bebedores diarios y otro 1,7% de bebedores cuasi diarios) y cánnabis (2,3% de consumidores diarios).
- La situación de los consumos de drogas en La Rioja es más favorable que en España.
- La incorporación masiva de población inmigrante supone riesgos adicionales en los consumos de drogas, si no se produce un adecuado proceso de integración social.

El mapa señala las fortalezas y debilidades y establece recomendaciones útiles en cuanto a actuaciones a implementar para hacer frente a los riesgos detectados y procedimientos de carácter técnico a poner en marcha para mejorar el conocimiento sobre los riesgos que afectan a la población riojana.

Consumo de sustancias y conducta suicida

GONZÁLEZ MEDRANO, J.; DÍAZ MENÉNDEZ, S.; LÓPEZ RODRIGUEZ, J.L.

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Enviar correspondencia a:
Julia González Medrano. Calle Fuertes Acevedo, nº 71, 6º E.-
33006 - Oviedo. E-mail: july1987_@hotmail.com

Introducción.

Los trastornos por consumo de alcohol se asocian a comportamientos suicidas con una frecuencia más elevada de lo esperable en la población general. Los datos del estudio ECA, revelan una prevalencia de suicidio a lo largo de la vida del 18% entre los pacientes alcohólicos y toxicómanos (1).

Material y Método.

Diseño observacional, longitudinal, prospectivo de 3 años de seguimiento.

–Población de estudio: Muestra constituida por 89 sujetos que acudieron a los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2003 y el 31 de Diciembre de 2005 por tentativa de suicidio y con diagnóstico de consumo de alcohol.

–Instrumento de evaluación: Whoeuro multicenter study.

–Procedimiento estadístico: Análisis descriptivo de la distribución de frecuencias y medias según las variables cualitativas o cuantitativas y análisis de las diferencias.

Muestra.

89 sujetos diagnosticados de alcoholismo y que presentaron conducta suicida.

Discusión.

Los diagnósticos encontrados varían poco en los diferentes ámbitos donde se realizan los trabajos. En el estudio ECA poblacional estadounidense, Petronis et al. (1990), tras un año de seguimiento, encontraron que la depresión mayor, el abuso de alcohol y de cocaína eran los predictores de tentativas de suicidio.

En el presente estudio predominan los trastornos afectivos (24,1%) seguidos de los trastornos neuróticos (21,6%) y los trastornos de la personalidad (11,5%), situándose en 4º lugar los trastornos por consumo de sustancias (9,8%).

Doshi, A. et al. (2005) estudian las consultas por tentativa de suicidio en el Departamento de Emergencias de un Hospital Nacional durante el período 1997 a 2001 y refieren que el 34% presentaban diagnóstico de trastorno afectivo, seguido del 16% de abuso de sustancias.

Ayuso et al. (2006) refieren que en un 90% de los casos el suicidio se asocia a la presencia de una enfermedad mental, mayoritariamente un trastorno depresivo, aunque también cuadros psicóticos, trastornos de la personalidad, incluido el abuso de sustancias.

Gómez, R. et al. (2006) realizan un estudio retrospectivo de dos años de evolución de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de Valladolid tras intento autolítico y refieren que desde el punto de vista clínico, destacaban los trastornos distímicos, adaptativos y de personalidad concomitantes, así como abuso de tóxicos.

Diferencia en el perfil de pacientes que ingresan en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria para desintoxicación vs por patología dual

GONZÁLEZ SANTOS, M.; GÓMEZ PARDIÑAS, S.M.; BAJO LEMA, J.; FERRERO ÁLVAREZ, T.; SEGADE RODRÍGUEZ, S.; MIGUEL ARIAS, D.

*MIR, ** PIR, *** FEA del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción y Objetivo.

Definimos patología dual como la presencia en un mismo paciente de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Esta comorbilidad es frecuente y supone una mayor gravedad clínica y social.

El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias sociodemográficas, toxicológicas, clínicas y terapéuticas entre los pacientes que ingresan en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) para realizar desintoxicación frente a los que ingresan por patología psiquiátrica comórbida.

Material y Métodos.

Se consideraron todos los pacientes ingresados en una UDH desde Septiembre 1997 hasta Diciembre 2007 (n=498). La información se recogió mediante un cuestionario 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 16.0.

Resultados.

En cuanto a las variables sociodemográficas se observa un predominio de varones, con una media de edad similar (31 años). En ambos grupos predominan los solteros, sin pareja ni hijos, sin trabajo y sin estudios, con porcentajes mayores para estos parámetros en los pacientes con patología dual. Los pacientes que ingresan por patología dual presentan mayor porcentaje de consumo de cocaína (10.5% frente a 2.7%), aunque en ambos grupos los opiáceos constituyen la droga más frecuente. La utilización de la vía intravenosa es similar (19.5% en trastornos duales frente a 18%). El grupo de patología dual presenta más infección por VIH (21.8% frente a 11.6%, diferencia estadísticamente significativa). Se observa una estancia media mayor en pacientes que ingresan por patología dual (12.6 días frente a 7.5) así como más reingresos (36.3% frente a 16.7%, diferencia con significación estadística). Respecto al tratamiento, se observa una mayor utilización de benzodiazepinas en pacientes que ingresan para desintoxicación (99.4% frente a 80.8%) y menor de neurolépticos (55.4% frente a 91.7%, diferencia estadísticamente significativa). Los pacientes que ingresan por patología dual completan el tratamiento con mayor frecuencia (97.6% frente a 84.7%). En cuanto al programa que van a seguir al alta, presenta diferencias entre ambos grupos, siendo los programas de mantenimiento con metadona más frecuentes en los pacientes con patología dual (50% frente a 18.3%) y los programas libres de drogas más en los que ingresan para desintoxicación (64.3% frente a 45.2%).

Conclusiones.

- Los pacientes que ingresan por patología dual, en general, presentan un perfil de mayor deterioro psicosocial.
- La droga principal son los opiáceos en ambos grupos, detectándose un mayor consumo de cocaína en el grupo de patología dual.
- Los pacientes que ingresan por patología dual presentan mayores tasas de finalización del tratamiento, aunque, por otra parte, precisan más reingresos y una estancia media hospitalaria más larga.

Socioadicciones: adicciones no farmacológicas

GONZÁLEZ, V.; MERINO, L.; GANO, M.; PERLADO, M.

* Directora de AIS. Psicóloga clínica.
** Psicólogo clínico.

Enviar correspondencia a:
Vega González Bueso. Av. Diagonal, 430, 1r 1a – 08037 Barcelona.
E-mail: vgonzalez@ais-info.org; ais@ais-info.org

Las Socioadicciones son trastornos de dependencia vinculados a actividades humanas diversas y generalmente placenteras, no relacionadas con el consumo de sustancias químicas. La mayoría de estas actividades, como el trabajo, la compra, etc. son socialmente aceptadas y en algunos casos valoradas y potenciadas lo que comporta una especial dificultad para la detección de situaciones socioadictivas en sus primeras etapas. Provocan cambios emocionales, sociales y físicos que se acumulan y persisten mientras mantienen la actividad generadora de dependencia.

El presente póster muestra la evolución de los casos que han sido atendidos entre los años 2003 y 2008 en la unidad terapéutica de AIS (Atención e Investigación de Socioadicciones), entidad pionera en el tratamiento de pacientes vinculados a sectas y que desde el año 2001 comenzó a tratar los primeros casos de socioadicciones no relacionadas con la vinculación a grupos de manipulación psicológica.

Desde el año 2003 hasta finales del 2008 se han atendido 214 consultas terapéuticas relacionadas con diferentes socioadicciones; distribuidas de la siguiente manera: 75 personas presentaban dependencia emocional, 17 adicción a la compra, 31 adicción a Internet (Chat y juegos en red), 18 adicción al sexo, 4 adicción al móvil y 41 ludopatía. También se han tratado 28 casos que en principio acuden a nuestro servicio con la demanda de ayuda sobre una socioadicción pero que finalmente se trataran como otra problemática de salud mental.

En cuanto a las características de dicha muestra resaltamos que de los 214 pacientes, el 56% son mujeres y el 44% restante hombres, obteniendo así una muestra bastante equilibrada en cuanto a sexo. La franja de edad más significativa pertenece al tramo de edades comprendidas entre los 31- 40 años con un total de 50 personas. Casado/a o en pareja es la situación civil en la que se encuentra el mayor número de personas con 96 casos, aunque muy seguido por la condición de soltero que cuenta con 92 personas. En nivel de estudios la muestra está distribuida entre personas con estudios primarios (73), estudios secundarios (61) y universitarios (59). Por último, otra característica a resaltar de la muestra es: quién realizada la demanda terapéutica. Los Resultados indican que en la mayoría de los casos son los propios afectados (133) los que hacen la demanda de tratamiento directamente, seguidos por la demanda de tratamiento realizada por los padres del paciente (55).

Desde AIS hemos comprobado en el transcurso de estos años que las socioadicciones son un fenómeno que se va incrementando en la sociedad actual y su gravedad varía en función de la naturaleza e intensidad, con etapas que van desde el abuso, en el que todavía existe control de la actividad, hasta la adicción en el estadio avanzado.

Consumo de cánnabis en población psiquiátrica adolescente. Epidemiología e implicaciones clínicas

GOTI ELEJALDE, J.; ASO GROS, L.; DIAZ HURTADO, R.;
BAEZA PERTEGAZ, I.; CASTRO FORNIELES, J.

*Servicio de psiquiatría y psicología Infantil y juvenil (SPPIJ). Instituto de neurociencias (ICN). Hospital Clinic Barcelona.

Introducción.

Estudios epidemiológicos en población no clínica han identificado un incremento en las tasas de consumo de cannabis en adolescentes a lo largo de la última década. Según datos del Observatorio Español referentes al 2006 un 20% de los adolescentes encuestados admitían un consumo reciente de cannabis (en los 30 días previos a la consulta) frente a un 12.4% en el año 1994. Sin embargo, son escasos los datos relativos al consumo de esta sustancia en población adolescente con patología psiquiátrica, un subgrupo poblacional especialmente vulnerable a los efectos adversos derivados del consumo, a la vez de constituir un grupo de riesgo para el desarrollo de patrones de abuso/dependencia.

Métodos.

Sujetos: 123 adolescentes de 12 a 17 años ingresados consecutivamente en la unidad de hospitalización del Servicio de psiquiatría infanto-juvenil. Variables de estudio: Se obtuvieron datos sobre el consumo de sustancias (frecuencia, cantidades) mediante una entrevista semiestructurada adaptada de la K-SADS; a los pacientes se les garantizó que se respetaría la confidencialidad respecto a los datos sobre el consumo. El consumo de Cannabis se registró en términos de consumo reciente (últimos 30 días) y pasado (a lo largo del último año). Durante el ingreso se elaboró el diagnóstico psiquiátrico principal de acuerdo con los criterios DSM-IV-TR. Los datos sociodemográficos se recogieron a través de la entrevista y de la historia clínica. Análisis: En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de la distribución de las diferentes variables en la muestra. Posteriormente se compararon las características sociodemográficas y la distribución de los diagnósticos psiquiátricos sujetos consumidores y no consumidores de Cannabis.

Resultados.

Del total de la muestra, el 25% eran mujeres y la edad media era $15,3 \pm 1,4$. Los trastornos de ansiedad y las depresiones unipolares constituían el 19% de los diagnósticos principales, el TDAH y el trastorno de conducta el 18%, 42% los trastornos alimentarios, 8 % los trastornos psicóticos, 10% los trastornos bipolares y el 3% otros diagnósticos. En los 30 días previos al ingreso el 35 % habían consumido cannabis, refiriendo un 11,9% un consumo diario. La edad de inicio del consumo era $13,4 \pm 1,4$ años; entre los consumidores diarios, los $12,6 \pm 1,3$. El patrón de consumo difería de acuerdo con el diagnóstico principal. 58% de los que admitían un consumo diario presentaban un TDAH y/o un trastorno de conducta (18% en el total de la muestra); el 16,7% un trastorno bipolar (comparado con el 10%); 16,7% un trastorno alimentario (comparado con el 42%) y 8,3% un trastorno psicótico (comparado con el 8%).

Conclusiones.

Estos datos sugieren que el consumo de cannabis tiene una notable prevalencia entre adolescentes afectados de patología psiquiátrica. Así mismo, sugieren que el consumo tiende a asociarse de forma más intensa con determinadas patologías, principalmente los trastornos externalizados (TDAH y trastorno de conducta).

Diferencias clínicas y demográficas según género en pacientes con patología dual

GRAU-LÓPEZ, L.; BARRAL, C.; FERNÁNDEZ, L.; ESTEVE, O.; ORTEGA, R.; VOLTES, N.; RODRIGUEZ-PASCUAL, M.; RONCERO, C.; CASAS, M.

*CAS Vall Hebrón, Barcelona, España
** Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón, Barcelona, España
*** Universidad Autónoma, Barcelona, España

Enviar correspondencia a:

Lara Grau. Servicio de Psiquiatría. CAS de Vall d'Hebron. Hospital Vall d'Hebrón. Paseo de Vall d'Hebrón 119-129 08035. Barcelona.
Dirección de correo electrónico: lgrau@vhebron.net

Introducción.

El diagnóstico dual es la relación establecida entre la presencia de un diagnóstico de dependencia de sustancias y el diagnóstico de un trastorno mental severo. Existen diferencias entre géneros en las características de la patología dual aunque no están bien establecidas. El objetivo es analizar las diferencias clínicas y socio-demográficas entre hombres y mujeres con patología dual.

Material y Métodos.

Se evaluaron 73 pacientes que realizan seguimiento ambulatorio en el programa de patología dual del CAS de Vall d'Hebron. Se describen las diferencias clínicas y sociodemográficas entre ambos sexos considerando: diagnóstico de trastorno por dependencia de sustancia, diagnóstico de trastorno mental severo (TMS), diagnóstico comórbido de trastorno de personalidad, edad del diagnóstico del TMS, edad del inicio del consumo de la sustancia, ingresos psiquiátricos, ingresos en unidades hospitalarias de desintoxicación, y antecedentes familiares de TMS y de trastorno por dependencia de sustancias. Los instrumentos utilizados fueron: EuropASI, SCID-I y SCID-II.

Resultados.

Del total de 73 pacientes con patología dual, el 31.5% fueron mujeres y el 68.5% hombres. Se observaron diferencias significativas en cuanto al consumo de sustancias en los diferentes géneros: la sustancia más consumida por las mujeres fue el alcohol (47%) y por los hombres la heroína (30%) ($p < 0.001$). Las mujeres consumen un número estadísticamente significativo menor de sustancias que los hombres (1.9 ± 1.2 vs 2.5 ± 1 , $p = 0.025$). La patología psiquiátrica más frecuente en mujeres fue el trastorno depresivo mayor recurrente (43.5%), y en los hombres la esquizofrenia (26%). En comparación a los hombres las mujeres tenían más años de evolución del trastorno psiquiátrico (13.5 ± 10 vs 9 ± 8 $p = 0.11$) pero menor tiempo de evolución de la toxicomanía (14.1 ± 9 vs 16.8 ± 8.4 , $p = 0.21$). Las mujeres han tenido más ingresos previos por desintoxicación que los hombres (1.2 ± 0.9 vs 0.8 ± 0.2 , $p = 0.4$). Las mujeres tienen mayor probabilidad de tener antecedentes familiares psiquiátricos (70% vs 56% $p = 0.27$) y de toxicomanía (43,4% vs 22% $p = 0,32$).

Discusión.

Las mujeres en programa de patología dual ambulatorio tienen un diagnóstico predominante de trastorno afectivo y un diagnóstico de adicción al alcohol, a diferencia de los hombres en los que predomina los trastornos psicóticos y la dependencia de heroína. La edad de inicio de la toxicomanía es mayor en mujeres que en hombres y tienen más ingresos en unidades de desintoxicación hospitalaria.

La proporción hombre/mujer en el programa de patología dual (2:1) es menor que en el conjunto de los programas de tratamiento del CAS.

Desintoxicaciones previas como factor de predicción de reingresos en pacientes con trastorno por dependencia de sustancias

GRAU-LÓPEZ, L.; DAIGRE, C.; SÁNCHEZ, L.; DÍAZ, S.; RODRÍGUEZ, L.; EGIDO, A.; ÁLVAREZ BELTRÁN, A.; LÓPEZ-ORTIZ, C.; RONCERO, C.

*CAS Vall Hebrón, Barcelona, España
** Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón, Barcelona, España
*** Universidad Autónoma, Barcelona, España

Enviar correspondencia a:
Lara Grau. Servicio de Psiquiatría. CAS de Vall d'hebron. Hospital Vall d'Hebrón. Paseo de Vall d'Hebrón 119-129 08035. Barcelona.
Dirección de correo electrónico: lgrau@vhebron.net

Introducción.

El tratamiento de desintoxicación sirve para minimizar los riesgos asociados a los síntomas de abstinencia. Hay escasos estudios que determinen si los reingresos son un factor de peor pronóstico del trastorno por dependencia de sustancias.

Material y Método.

En un estudio retrospectivo y transversal se describen las características clínicas y sociodemográficas de pacientes ingresados en una unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH) con desintoxicaciones hospitalarias previas comparadas con los pacientes ingresados por primera vez. Se analiza si la existencia de desintoxicaciones anteriores es un indicador de peor pronóstico del Trastorno por uso de sustancias (TUS).

Se evaluaron 191 pacientes ingresados en UDH Vall d'Hebron entre 2006-2008 considerando: ingresos previos en UDH, sustancia de consumo que motiva el ingreso, gravedad de la adicción, nivel de ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad y características sociodemográficas. Los instrumentos utilizados fueron: STAI-E y R, BDI, EuropASI y SCID II.

Resultados.

El 60,7% de los pacientes habían ingresado previamente para realizar una desintoxicación. Estos pacientes, comparados con el grupo sin ingresos previos, presentan mayor gravedad de consumo de drogas ilegales, pero menor gravedad del consumo de alcohol; la sustancia principal que motiva el ingreso es la heroína; y tienen mayor comorbilidad con trastorno antisocial de la personalidad (TAP) siendo estas diferencias estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y otros trastornos de la personalidad ($p > 0,05$).

Discusión.

Los pacientes que han ingresado anteriormente en UDH presentan mayor gravedad en el consumo de drogas ilegales. La sustancia principal de ingreso es la heroína. Presentan mayor comorbilidad con trastorno antisocial de la personalidad.

Por lo tanto los pacientes con desintoxicaciones previas tienen un trastorno por dependencia de sustancias con peor pronóstico, probablemente debido a la severidad de la adicción y al diagnóstico comórbido con el eje II.

Impacto de la abstinencia en la calidad de vida de las mujeres alcohólicas sustanciales

GUIMERÁNS FREJEIRO, C.

Unidad de Alcohol de Vigo (ASVIDAL)

Enviar correspondencia a:
Carmen Guimeráns Freijeiro. C/ Progreso 24-1º 36202 Vigo
info@alcoholasvidal.com

Introducción.

El objetivo principal de este trabajo es evaluar la Calidad de Vida relacionada con la Salud en las pacientes con dependencia alcohólica partiendo de la hipótesis de que dejar de beber correlaciona positivamente con la calidad de vida.

El objetivo secundario es evaluar la implicación de un trastorno depresivo y /o ansioso en la Calidad de Vida relacionada con la Salud de estas pacientes.

Material y Métodos.

Se utiliza como muestra 30 pacientes que acuden consecutivamente a la unidad de alcoholismo de Vigo para ponerse en tratamiento por su dependencia alcohólica.

Además de la evaluación diagnóstica se realizan las siguientes pruebas psicométricas: AUDIT, STAI, SF- 36., BDI-II. A los 3 meses se repiten estas pruebas.

Resultados.

Las pacientes que completaron el trabajo permanecieron totalmente abstinentes de alcohol.

El perfil de salud de las pacientes respecto al obtenido por la población general presenta puntuaciones mucho más bajas en todas las dimensiones.

Los Resultados en el BDI-II al inicio del tratamiento son altos, con una puntuación de 35,86 que indican una depresión severa. En cuanto a los valores iniciales del STAI, la puntuación en ansiedad-estado es de 8'52 y en ansiedad -rasgo de 8'57 reflejando una sintomatología ansiosa patológica.

La evolución del estado de salud a los tres meses de mantenerse abstinentes es claramente positiva ya que mejoran en todas las dimensiones manteniéndose por encima de 50 en todos los valores siendo el valor más alto otra vez en la función física pero creciendo significativamente los valores que antes del inicio de la abstinencia eran más bajos: Rol Físico y Salud Mental.

Con referencia a los valores de depresión aunque siguen altos ha habido una reducción pasando a ser considerada como leve.

En los valores de ansiedad -estado y ansiedad- rasgo encontramos una disminución importante llegando a valores normales.

Discusión.

Los valores de referencia del SF-36 para la población general señalan que en las mujeres las puntuaciones más altas se obtienen en función social y en rol emocional. Aunque el aumento en estas dimensiones al dejar de beber es alto, permanece una diferencia con respecto a las demás mujeres. En cuanto a los valores obtenidos en la escala de depresión (BDI-II) son acordes con la Bibliografía: las mujeres con dependencia de alcohol tenían el doble de riesgo de padecer un trastorno depresivo. El hecho de dejar de beber iguala la probabilidad de padecer sintomatología psiquiátrica en mujeres alcohólicas a las de la población general.

Trastornos de la personalidad y psicosis en hospitalización: diferencias clínicas y asistenciales

GUISADO, J.A.; MÉNDEZ, F.; ZAMORA, F.; TEVA, M^a.I.

Enviar correspondencia a:
Dr. Juan Antonio Guisado Macías, Servicio de Psiquiatría. Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Avd. Elvas s/n, 06071, Badajoz. E-mail: jaguisado@telefonica.net

Introducción.

Los Trastornos de la Personalidad (TP) en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) son tres veces más prevalentes que en los dispositivos ambulatorios con una alta comorbilidad (50-80%) con los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS).

Objetivos.

Analizar las características clínicas y asistenciales de un grupo de pacientes con TP y TUS que han ingresado en UHP y compararlos con el grupo de pacientes con diagnóstico de Psicosis.

Metodología.

Se estudian 80 y 93 pacientes con diagnóstico de TP y Psicosis, respectivamente, que han ingresado en el año 2007 (20% de los ingresos totales) en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz. Recogemos el sexo, historia de consumo de tóxicos, tipo de consumo, sustancia problema, edad, estancia media, nº de ingresos y dosis equivalente de antipsicótico recibida.

Resultados.

En el grupo de pacientes con TP predominan los hombres (55%) con consumo de sustancias en la mitad de la población (consumo activo en la mayoría, 87%), siendo el alcohol y la cocaína las sustancias más utilizadas.

En comparación con el grupo de Psicosis, el diagnóstico de TP se asocia a una menor edad, estancias hospitalarias más cortas y tratamientos con dosis menores de psicofármacos.

Conclusiones.

- Los TP son muy prevalentes en las Unidades de Hospitalización.
- Los TUS en los TP son más frecuentes en varones pero con doble proporción de consumo activo en población femenina.
- En comparación con el grupo de Psicosis, no hay diferencias en las variables que relacionan el consumo de sustancias psicoactivas.
- A nivel asistencial son enfermos más jóvenes con estancias hospitalarias cortas que reciben dosis bajas de antipsicóticos, diferencias importantes a pesar de ser enfermos con gravedad clínica y complejidad en el manejo.

Bibliografía.

1. Protocolo de Coordinación y Atención a la Patología Dual. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura 2007.
2. Evans K and Sullivan JM. Dual diagnosis. The Guilford Press. London 2001.
3. McDowell DM and Spitz HI. Substance abuse. From principles to practice. Taylor & Francis. USA 1999.
4. Frances RJ and Miller SI. Clinical textbook of addictive disorders. The Guilford Press. London 1998.

Amisulpride: control de la sintomatología psicótica en pacientes drogodependientes

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

Unidad de Conductas Adictivas de Toledo

Introducción.

En nuestros pacientes son comunes los trastornos inducidos y otros trastornos psiquiátricos independientes, que cursan con síntomas psicóticos. Los antipsicóticos atípicos son útiles en estos trastornos. El amisulpride es un antipsicótico atípico que tiene un efecto dual (síntomas positivos y negativos).

Objetivos.

Establecer la eficacia del amisulpride en pacientes con diagnóstico de dependencia a alguna sustancia (incluido alcohol) y con sintomatología psicótica asociada. Valorar la aparición de efectos secundarios relacionados con el amisulpride.

Pacientes y Métodos.

Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de una serie de casos. Muestra: 46 pacientes con diagnóstico DSM-IV-TR de dependencia de alguna sustancia, con síntomas psicóticos, que iniciaron tratamiento con amisulpride en el momento de la valoración. Tres visitas (basal, mes 1 y mes 3), en cada una de las cuales se cumplimentan varias escalas. Variables analizadas: datos sociodemográficos (historias clínicas); síntomas psicóticos (BRPS); estado clínico (CGI); respuesta subjetiva al amisulpride (DAI); efectos adversos relacionados con el amisulpride (UKU).

Resultados.

46 pacientes (92% hombres y 8% mujeres; edad media: $32,87 \pm 8,24$ años). Consumo principal: cocaína (84,78%) y alcohol (67,39%). Se utilizó medicación concomitante. Durante el primer mes de tratamiento, el 41,30% de los pacientes no presentó ningún efecto secundario. La intensidad de estos efectos fue en general leve, sin interferencia significativa y no precisaron reducción de dosis o interrupción del tratamiento. Al tercer mes, muchos de los efectos secundarios habían revertido (ningún efecto adverso: 69,56%). El efecto de la medicación percibido por el paciente fue positivo (DAI puntuación media: 17,78 al mes; 19,47 a los tres meses). Las puntuaciones medias del BPRS disminuyen de forma clara (BPRS total basal: 42; mes 1: 20,33; mes 3: 7,74). Lo mismo sucede con el cluster de síntomas positivos (basal: 9,93; mes 1: 4,11; mes 3: 1,33) y con el de síntomas negativos (basal: 10; mes 1: 4,93; mes 3: 2,09). Al mes de tratamiento, se observa una mejoría en la totalidad de la muestra (CGI): 36,96% de los pacientes están mucho mejor; 52,17%, moderadamente mejor; 10,87%, levemente mejor. Al tercer mes, el porcentaje de pacientes que se encuentra mucho mejor asciende al 91,30%.

Conclusiones.

El tratamiento con amisulpride mejoró significativamente los síntomas psicóticos positivos y negativos en los pacientes incluidos en este estudio. Los efectos secundarios fueron de carácter leve, no provocaron interferencia significativa en el funcionamiento diario y la mayor parte habían revertido al tercer mes, sin necesidad de disminuir la dosis ni de interrumpir la administración del fármaco. Por tanto, podemos concluir que los antipsicóticos atípicos, en particular el amisulpride, resulta eficaz y seguro para controlar la sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa, en pacientes drogodependientes.

Utilidad del topiramato en consumidores con agresividad, unida o no a psicoterapia

HERNÁNDEZ GONZÁLEZ-NICOLÁS, J.J.; GARRIDO UREÑA, B.; SANJUAN, P.; GALERA, O.; MORENO, P.; RADINOVA, T.; MOLINA, G.

* Médico y responsable del CTD Moratalaz. Cruz Roja Española. Agencia Antidroga ** Psicóloga del CTD Moratalaz. Cruz Roja Española. Agencia Antidroga *** Médico del Centro de Atención a Drogodependientes de Arganda. Agencia Antidroga ****Médico del CAD Vallecas. Madrid Salud *****Médico del Centro de Atención a Drogodependientes de Coslada. Agencia Antidroga *****Médico del CTD Moratalaz. Cruz Roja Española. Agencia Antidroga *****Médico del CTD Moratalaz. Cruz Roja Española. Agencia Antidroga

Introducción.

Al existir estudios que avalan el uso de topiramato en pacientes agresivos y para controlar consumos, nos planteamos analizar la evolución de los pacientes a los que se había pautado topiramato en nuestros centros.

Objetivo.

Analizar la evolución de la agresividad-ira y de los consumos dependiendo de la intervención realizada (topiramato vs psicoterapia).

Material y Método.

Estudio retrospectivo con revisión de historias de los pacientes que presentaban problemas de ira y/o agresividad, valorando la evolución. Método: Revisión de historias, con datos al inicio y a los 6 meses, de Staxi, consumos, e impresión clínica global.

Resultados.

Participan 4 centros de la CAM, en total 49 pacientes. Edad media 37 años. Varones 80%. Pacientes con metadona 59%. Abandono de 20 pacientes a los seis meses. 31% realizaba tratamiento con topiramato asociado a psicoterapia. Dosis de topiramato más utilizada: 200 mgr. 28% psicoterapia aislada. 24% topiramato solo y 17% nada. Reducción de consumo de cocaína del 50%, y global de 32%. Topiramato consigue que dejen de consumir algo más del 30%, mientras que psicoterapia lo consigue en un 18%. Reducen consumo el 68%, siendo la mejor opción el topiramato, como tratamiento único (85%) o asociado a psicoterapia (77%). Reducción del 50% de los días de consumo por semana, siendo lo más útil dar topiramato asociado a psicoterapia (reducción en un 66%). La ICG se reduce un punto a los seis meses. Los que más mejoran son los que reciben topiramato aislado, en un 85%. Estado de ira Staxi: mejoran su puntuación un 20%. La mejor opción es la psicoterapia, tanto sola (37%) como asociada a topiramato (35%). Perfil de sentimiento de ira Staxi: la mejor opción es topiramato, solo (28%) o asociado a psicoterapia (31%).

Discusión.

Los pacientes que toman metadona presentan una mejor adherencia. Destacan los buenos datos de reducción de consumo entre los pacientes que no recibían ni psicoterapia ni topiramato. (Puede ser por haber recibido tratamiento desde otras áreas u otras medicaciones, no recogidas en el estudio). La asociación de topiramato y psicoterapia demuestra utilidad en todos los aspectos estudiados, sobre todo en la mejoría clínica, reducción de días de consumo por semana y cantidad consumida. La presencia de topiramato en el tratamiento de estos pacientes se manifiesta más útil que la presencia de psicoterapia en todos los aspectos estudiados, excepto en la mejoría del estado de ira. Es aventurado concluir que los Resultados se deben únicamente a la efectividad de topiramato o de psicoterapia, por lo que es más acertado decir que estos tratamientos son útiles.

La administración de fármacos (en este caso, topiramato), debe estar siempre presente para conseguir mejores Resultados, asociado, si es posible, a psicoterapia. La administración de topiramato a pacientes en psicoterapia con problemas de consumo y agresividad mejora los Resultados evolutivos del paciente en cuanto al consumo.

Prevalencia y detección del consumo de alcohol y tabaco en un Hospital Universitario

HERNÁNDEZ-RIBAS, R.; ROSÓN HERNÁNDEZ, B.;
MORCHÓN RAMOS, S.; MARTÍNEZ GONZALO, A.; BOLAO
BARÓ, F.; LÁZARO DÍAZ, M.; RAMON TORRELL, J.M.;
MENCHÓN MAGRIÑÁ, J.M.; PUJOL FARRIOLS, R.

* Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Bellvitge
** Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Bellvitge
*** Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Bellvitge

Objetivo.

Evaluar la prevalencia y la detección en la historia clínica del consumo de alcohol y tabaco en los pacientes ingresados en un hospital universitario.

Métodos.

Estudio prospectivo observacional. Se evaluaron todos los pacientes ingresados en unidades convencionales el día 15/03/2007.

Se realizó el cribado del consumo de alcohol mediante AUDIT-C y en los positivos (>5 en hombres y > 4 en mujeres), se utilizó AUDIT-10. Los patrones de consumo de alcohol fueron determinados según DSM-IV. El cribado del consumo de tabaco se realizó mediante un cuestionario cantidad/frecuencia. Según el test de Fagerström abreviado, se clasificó a los fumadores en baja dependencia (0-2), media (3-5) y alta (>5).

Se revisó el Método de registro del consumo de alcohol y de tabaco en la historia médica. Para el análisis estadístico se utilizó chi-cuadrado. Nivel de significación $p < 0.05$.

Resultados.

Se evaluaron 465 (75%) de 618 pacientes ingresados (54% varones, edad: 61.8 años \pm 16.9). Los motivos principales de no evaluación fueron síndrome confusional y problemas de comunicación. Se revisaron 426 historias clínicas.

Los patrones del consumo determinados fueron: 429 (92%) abstinentes, 19 (4%) consumo de riesgo, 2 (0.4%) abuso y 15 (3%) dependencia. El consumo de alcohol constaba en 185 (40%) de las historias médicas. El Método de registro más frecuente fue el cualitativo (76%), observándose registro en UBEs/día sólo en un 6%.

Referente al consumo de tabaco, el equipo investigador clasificó 359 (77%) pacientes como no fumadores y 106 (23%) como fumadores, de los cuales 51 (55%) presentaban un grado bajo de dependencia, 33 (36%) medio y 8 (9%) severo. En las historias revisadas, el consumo de tabaco constaba en 213 (50%) pacientes, de los cuales 88 (41%) eran clasificados como fumadores. En un 75% de las historias, el Método de recogida fue en cigarrillos/día.

Al evaluar la interacción entre el consumo de alcohol y tabaco se observó: 1) el 72% de los pacientes con consumo perjudicial de alcohol eran fumadores, frente al 19% de los consumidores de menor riesgo, 2) en pacientes fumadores se registraba con mayor frecuencia el consumo de alcohol (56% vs 39%, $P < 0.004$) y de tabaco (66% vs 45%, $p < 0.000$), 3) en pacientes consumidores de alcohol se registraba con mayor frecuencia el consumo de tabaco (76% vs 48%, $p < 0.002$) y de alcohol (73% vs 41%, $p < 0.000$) y 4) el registro del consumo de cualquiera de las dos sustancias incrementaba la probabilidad de que se registrara la otra (en alcohol 82% vs 17%, $p < 0.000$ y en tabaco 72% vs 28%, $p < 0.000$).

Conclusiones.

El consumo perjudicial de alcohol es más prevalente en población hospitalizada que en población general, no así el de tabaco. Con frecuencia, el consumo de alcohol y tabaco puede pasar desapercibido durante un ingreso hospitalario, siendo poco habitual la cuantificación del consumo de alcohol. El registro de uno de los dos tipos de consumo incrementa la probabilidad del registro del otro.

Propuesta de recursos terapéuticos para adictos de edad avanzada

LAGARES ROIBÁS, A.; LÓPEZ MELENDRO, A.I.; GALLEGO MONTES, M.J.

*Medico. **T.Social. ***T.Ocupacional. Cad San Blas . Instituto de Adicciones.Madrid Salud.

Enviar correspondencia a:
Antonio Lagares Roibás, C/ Alcalá 527 ; 28027 Madrid.
e-mail: lagarsra@munimadrid.es

Introducción.

Las adicciones constituyen un fenómeno social de dimensiones considerables, cada vez con mayor concienciación de la sociedad debido, en parte, al cambio de perfil del adicto que consecuentemente ha provocado que los diferentes estratos sociales puedan verse afectados, convirtiéndose en un problema de Salud Pública con graves consecuencias tanto sanitarias como socioeconómicas, que afectan al propio individuo y a la sociedad, debiendo ser ésta la que asuma la solución del problema.

La característica de cronicidad de la adicción, la institucionalización de la asistencia, la profesionalización de los tratamientos, son factores que han influido en que estos pacientes con frecuencia lleguen a edades avanzadas.

Es en este periodo vital donde el paciente adicto precisa de una ATENCIÓN ESPECÍFICA y ESPECIALIZADA por la particularidad de la misma.

Por lo tanto, la finalidad de este trabajo es hacer una serie de propuestas terapéuticas que den respuesta a esas necesidades.

Objetivos.

Los Objetivos que desarrollaremos en este trabajo van dirigidos en una doble vertiente, por un lado, profundizar en el conocimiento de las necesidades de éste colectivo, y por otro, a plantear una reflexión sobre que recursos serían necesarios para cubrir y dar respuesta a esas necesidades. Así plantearemos los siguientes Objetivos:

- Detectar y/o prever las necesidades prioritarias de éste colectivo, a nivel:
 - * Sanitario (somático, psíquico).
 - * Social / económico / laboral.
 - * Relacional/ocio. Etc.
- Desarrollar estrategias de tratamiento que puedan dar respuesta a las necesidades detectadas.
- Plantear y diseñar RECURSOS TERAPÉUTICOS potencialmente capaces de ofrecer cobertura a las demandas planteadas, desde los diferentes niveles:
 - * Funcional.
 - * Estructural /dotacional.
 - * Organizativo (gestión, financiación).

Metodología.

La metodología para llevar a cabo este trabajo, se hará con carácter deductivo, partiendo de los conocimientos obtenidos sobre una población estudiada con las citadas características.

Resultados – Conclusiones.

En este apartado se va a definir el diseño y las características de los recursos terapéuticos para abordar las distintas áreas de necesidades (terapéuticas, residenciales ...).

Palabras clave.

Adicciones, edad avanzada, propuesta de futuro, recursos terapéuticos.

El paciente con polipatología en el Hospital General. Un reto difícil

LLIGOÑA GARRETA, A.

Hospital Clínic de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Anna Lligoña Garreta. Hospital Clínic de Barcelona.
INC. C/ Villaroel, 170. Barcelona. alligona@clinic.ub.es

Después de la eclosión de la patología dual ya debemos empezar a hablar de la polipatología. El tratamiento de los pacientes ingresados en sala de infecciosas, medicina interna, etc representan un reto para el equipo de profesionales que debe atenderlos. La falta de marco jurídico junto con la discrepancia entre los Objetivos del paciente, del médico internista y del psiquiatra de enlace lleva a situaciones de conflicto, hostilidad y burn-out. Múltiples respuestas a una misma pregunta: ¿para qué ingresan estos pacientes? Para diagnosticar, curar, iniciar tratamiento,... del trastorno orgánico? Para iniciar tratamiento de la drogodependencia: desintoxicación de BZD, instauración metadona? Para tratamiento de un posible trastorno psiquiátrico: trastorno personalidad, ansiedad? Para resolver problemas sociales, laborales, familiares,...?

Esta ponencia responde estas preguntas apoyándose en un marco jurídico, psicológico y psiquiátrico que permite una mayor coordinación entre profesionales y en consecuencia una ayuda para mitigar el "burn-out" que sufre el equipo asistencial, enfermería, trabajo social y médicos, que trabajan en estas salas de hospitalización.



Influencia la presencia o ausencia de trastorno por uso de sustancias en una muestra de pacientes ingresados con trastorno de la personalidad

LÓPEZ-ORTIZ, C.; DAIGRE, C.; RODRÍGUEZ-PASCUAL, M.; SALAVERT, J.; CORONADO, M.; GRAU-LÓPEZ, L.; RONCERO, C.

*Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón, Barcelona, España **Universidad Autónoma, Barcelona, España ***CAS Vall Hebrón, Barcelona, España **** Servicio de psiquiatría. Hospital de San Rafael, Barcelona, España

Introducción.

El abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (TP) son la forma más frecuente de diagnóstico dual con prevalencias de abuso de sustancias del 52% en estos pacientes. Los trastornos del grupo B (antisocial y límite principalmente) son los más relacionados con los trastornos adictivos.

El diagnóstico dual se asocia a: incremento de las conductas suicidas, peor adhesión al tratamiento, mayor cronicidad del consumo, recaídas más frecuentes y peor pronóstico global.

Material y Métodos.

Muestra de 86 pacientes con TP hospitalizados en agudos de psiquiátrica en el año 2007, según criterios DSM-IV-TR. Se caracteriza la población según la presencia o ausencia de un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias (TUS o no-TUS) y su relación con diferentes variables clínicas y terapéuticas. La información se recoge retrospectivamente de los informes de alta. Las variables estudiadas son clínicas (consumo de tóxicos, tipo de cluster de personalidad, tentativas autolíticas y comorbilidad en el eje I) y terapéuticas (adherencia al tratamiento, uso de interdictores y antiimpulsivos).

Resultados.

La muestra incluye 86 pacientes (62% mujeres), edad media 40.4 años. El 52.3% tiene estudios primarios, 19.8% secundarios, 8.1% universitarios y un 19.8% desconocidos. En el momento del ingreso el 52.3% se encuentran laboralmente inactivos, un 9.3% activos y un 36% son pensionistas.

Las prevalencias de los cluster son A (12.7%), B (56.9%), C (3.4%) y no especificado (26.7%). La comorbilidad en el eje I excluyendo el TUS es del 85%. La prevalencia de TUS activo es 52.3% (excluyendo la dependencia de nicotina: 65% del total) y de TUS a lo largo de la vida un 65.1%. Se observa una tendencia a la significación de mayor diagnóstico dual (64%) en el cluster B respecto al resto de clusters (50%). El número de tentativas autolíticas en los pacientes con TUS es 60% y en los no-TUS 51%. La adherencia al seguimiento y tratamiento farmacológico es menor en TUS (71%) vs no TUS (76%). Hasta 60% de los pacientes duales no se han vinculado nunca a seguimiento en la red de drogodependencias. Sólo el 25% de los pacientes con abuso o dependencia de alcohol a lo largo de la vida (37% de la muestra) han recibido algún tipo de fármaco interdictor del alcohol. El 52.4% ha recibido algún fármaco antiimpulsivo (60% en TUS y 44% en no-TUS).

Discusión.

La población descrita presenta mayor gravedad respecto otras poblaciones estudiadas ambulatoriamente (hospitalización y alta comorbilidad del eje I). Se observa una tendencia congruente con estudios previos de aumento en los pacientes duales de las conductas autolíticas y de menor adherencia respecto a los no-TUS, sin alcanzar significación estadística. El tamaño muestral y el sesgo de tratarse de población hospitalizada puede influir en los Resultados. Destaca la escasa vinculación a la red de drogodependencias que sólo alcanza el 40% cuando se aboga por un tratamiento integral de los pacientes duales.

Nivel de impulsividad y retención al tratamiento ambulatorio en sujetos dependientes de la cocaína

LÓPEZ-SOLÀ, C.; ASTALS, M.; ROQUER, A.; TORRENS, M.

1 Instituto de Asistencia Psiquiátrica, Salud Mental y Toxicomanías. Hospital del Mar.

Introducción.

Estudios realizados con sujetos dependientes de la cocaína han demostrado que la presencia de elevada impulsividad, entendida como la incapacidad para demorar reforzadores, predice una peor retención al tratamiento y un menor tiempo de abstinencia (1). La combinación de una elevada impulsividad junto con agresividad y búsqueda de sensaciones disminuyen la probabilidad de retención al tratamiento (2).

Objetivos.

-Valorar el nivel de impulsividad de pacientes dependientes de la cocaína que inician tratamiento en un centro ambulatorio para las drogodependencias (CAS).

-Evaluar si hay diferencias respecto al nivel de impulsividad entre los pacientes retenidos (PR) y los no retenidos (PNR) a los 6 meses de iniciar el tratamiento.

Método.

Estudio longitudinal con 52 pacientes con diagnóstico de dependencia de cocaína (criterios DSM-IV) que inician tratamiento en un CAS. Se recogen variables sociodemográficas, toxicológicas y se evalúa el grado de impulsividad con la escala UPPS-P (3). Pasados 6 meses se clasificó a los pacientes según "PR" y "PNR" en función de si durante ese periodo habían realizado dos o más visitas con algún profesional del centro: psiquiatra, psicólogo, enfermería y controles de orina.

Resultados.

El 77% eran hombres, edad media (DE) 36 (9.4) años, solteros (69%) y con estudios primarios (77%). Edad de inicio del consumo regular a los 22,6 (7) años, vía principal de consumo esnifada (90%). El 50% refería consumo concomitante de cannabis y alcohol. En las subescalas de impulsividad las puntuaciones medias (DE) obtenidas fueron: "Premeditación" 25,7(6,6); "Búsqueda de sensaciones" 31(8,7); "Urgencia positiva" 36,7(10); "Perseverancia" 23,5(5,8) y "Urgencia negativa" 35,7(8). A los 6 meses de seguimiento los "PR" presentaron puntuaciones significativamente superiores (25,4(4,3)) a los "PNR" (22,2(6,2)) únicamente en la subescala "Perseverancia". A los 3 meses del inicio del tratamiento esta diferencia no está presente.

Conclusiones.

- "PR" y "PNR" presentan niveles de impulsividad similares en la escala UPPS-P.

- Los Resultados en la subescala "Perseverancia" entre "PR" y "PNR" sugieren que el grado de perseverancia podría relacionarse con la retención en el tratamiento.

- La perseverancia se destaca como factor importante para la retención únicamente a partir de los 6 meses del inicio.

Bibliografía.

1. Moeller, F.G.; Dougherty, D.M. et al. 2001. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 21,193-8.

2. Patkar, A.A.; Murray, H.W. et al. 2004. Pre-treatment measures of impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for African-American cocaine-dependent patients. *Journal of addictive diseases*, 23; 109-22.

3. Whiteside, S.P. and Lynam, D.R. 2001. The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*. 30;669-89.

La administración de pregabalina reduce la preferencia condicionada de lugar inducida por cocaína en ratones

MANZANARES, J.; ARACIL, A.; MOLINOS, L.; PÉREZ-ORTIZ, J.M.; GARCÍA-GUTIÉRREZ, M.S.

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

Introducción.

La utilización de los antiepilépticos atípicos en el tratamiento de la dependencia por el uso de sustancias ha aumentado considerablemente en los últimos años. Este hecho podría deberse a que muchos de éstos fármacos actúan produciendo una inhibición en la actividad neuronal que estaría anormalmente aumentada en los pacientes dependientes. Alternativamente, la acción ansiolítica de algunos de éstos compuestos podría mejorar el estado general de los pacientes resultando más eficaces los procesos de deshabitación. La pregabalina es un antiepiléptico que presenta un perfil farmacológico (anticonvulsivante, ansiolítico, tratamiento del dolor neuropático) que podría resultar útil el tratamiento de la dependencia por el uso de sustancias. Este fármaco se fija a la subunidad $\alpha_2\delta$ de los canales de calcio dependientes de voltaje, además de reducir la liberación de neurotransmisores excitatorios como glutamato, noradrenalina y sustancia P.

Este estudio evaluó: 1) las acciones ansiolíticas de diferentes dosis de pregabalina; 2) la expresión génica del receptor cannabinoide CB1 en el hipocampo y 3) la acción de la pregabalina sobre la preferencia condicionada de lugar inducida por cocaína.

Materiales y Métodos.

Se emplearon ratones de raza Swiss. La evaluación de la actividad ansiolítica tras la administración de pregabalina (20, 40 y 80 mg/kg, p.o.; 30 min) se llevó a cabo utilizando la prueba de la caja clara y oscura. Al final de la prueba, los ratones fueron sacrificados y extraídos sus cerebros. El hipocampo fue microdisecionado utilizando la técnica de Palkovits y la expresión génica del receptor cannabinoide CB1 se midió con la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real. La prueba de la preferencia condicionada de lugar se llevó a cabo empleando una dosis de 15 mg/kg de cocaína i.p. (días 2,4,6,8,10) o salino (días 1,3,5,7,9) y pregabalina (10, 20, 40 mg/kg; p.o.; todos los días de tratamiento).

Resultados.

La administración de pregabalina (20 y 40 mg/kg) aumenta significativamente el tiempo de permanencia de los ratones en el lado claro lo que sugiere que presenta acciones ansiolíticas. A éstas dosis, la expresión génica del receptor CB1 en el hipocampo aumentó significativamente. Los ratones pre-tratados con pregabalina presentan significativamente menor preferencia de lugar a la cocaína que los ratones tratados con salino.

Conclusión.

Los Resultados obtenidos señalan que la administración de pregabalina reduce la preferencia de lugar a cocaína, produce efectos ansiolíticos y reduce los niveles del receptor CB1 en el hipocampo. Estos hallazgos sugieren que la pregabalina podría ser útil en la regulación de la ansiedad asociada al consumo y a la abstinencia de cocaína y modificar, al menos en parte, las propiedades reforzantes de esta droga. Es necesario realizar más estudios en animales de experimentación y ensayos clínicos controlados para evaluar esta hipótesis.

Barreras psicológicas en la cesación tabáquica. Mitos y leyendas

MARÍN B.; DE MIGUEL M.; EDIVIA MURIEL, M.

Unidad de Drogas y Adicciones. Instituto Provincial de Bienestar Social.

Enviar correspondencia a:
Bartolomé Marín. C/ Casas Blancas nº 22. 14440 Villanueva de Córdoba. bmarin@cop.es

Son numerosas las publicaciones con datos contradictorios respecto a la posibilidad de influencia de determinados aspectos biológicos relacionados con el género a la hora de presentar más dificultades para abandonar el uso de tabaco. Por ello se hacen necesarias investigaciones que ahonden y profundicen en la posible relación o bien se abandone la difusión de informaciones que pueden actuar a modo de "reglas" que alteren de alguna manera la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Se aboga por tanto en el presente trabajo en la necesidad de una evaluación e intervención individualizadas que mire a la "persona" según su repertorio y lo más importante, según la relación entre conductas que se puedan establecer entre determinados eventos internos que se producirán derivados de la abstinencia nicotínica y la respuesta a esos eventos.

Tratamiento de tabaquismo de pacientes indigentes alcohólicos en rehabilitación en la Associació Rauxa

MARÍN PUIG, M.L.

*Médico. Master Drogodependencias.

Enviar correspondencia a:
Dra Maria Luisa Marín Puig Associació Rauxa c/Dr.Rizal, 14,
bajos.08006 Barcelona. Correo electrónico:asrauxa@rauxa.org

Introducción.

El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte y enfermedad en los países desarrollados. Es asimismo la primera causa de muerte en dependientes del alcohol. La prevalencia de tabaquismo entre los adictos al alcohol es muy elevada al igual que entre los sinhogar. Ambas presentan mayor riesgo de padecer enfermedades derivadas del tabaquismo.

Por ello es determinante realizar tratamiento de tabaquismo, la ventaja es que dejar de fumar parece incrementar la tasa de abstinencia a bebidas alcohólicas.

Material y Método.

Población: pacientes alcohólicos marginales en vías de rehabilitación o rehabilitados en la Associació Rauxa con criterios de dependencia de tabaco DSMIV-TR, varones, mayores de 18 años. Se practica H clínica, exploración, analítica, Rx tórax, Historia adictiva. Se motiva a los pacientes a iniciar tratamiento tabaquismo. Una vez tomada la decisión se realiza: Test de motivación, Test de Fagerström; motivos para dejar de fumar, motivos para fumar, control número de cigarrillos/día y calificación; peso en ayunas; CO en aire espirado medido con Smokerlyzer Bedfont piCO. Se pacta día "D". Se inicia tratamiento

sustitutivo con nicotina; terapias semanales de tabaquismo. Se evalúan los síntomas de abstinencia a los 10 días, 1 mes, 3 y 4 meses. Control aleatorio de CO en aire espirado. Evaluación de recaída en seco, puntual o total en caso de producirse. Se da el alta al año de inicio de tratamiento sin recaída total.

Resultados.

- El número total de pacientes en dos años es N=45 (2006 N=19; 2007 N=26).
- Obtienen el alta en 2006 10/19 (53%) y en 2007 14/26 (54%).
- Parámetros 2006-2007. X DE X DE.
- Tiempo en la calle (días) 246,78 516 1.428 2.954.
- Tiempo desde inicio tto OH e inicio tto tabaquismo (días) 118,00 98,3 50,9 83,1.
- Edad inicio consumo tabaco (años) 14,2 4,46 14 3,05.
- Fagerström 5,42 2,19 6,65 2,56.
- Adicción 9,61 5,72 13,04 5,94.
- CO 12,5 5,50 10,8 6,80.
- Edad al inicio tto tabaquismo 49,4 7,90 49,6 8,67.

Discusión.

Se obtiene un alto porcentaje de altas en ambos años. Se busca la correlación de diferentes parámetros y el índice de recaídas, para intentar encontrar factores predictivos de recaídas, que mostraremos en los gráficos.



Evaluación del síndrome de abstinencia en el proceso de deshabituación tabáquica

MARQUETA BAILE, A.; JIMÉNEZ-MURO FRANCO, A.;
NERÍN DE LA PUERTA, I.; BEAMONTE SAN AGUSTÍN, A.;
GARGALLO VALERO, P.

(*): Psicóloga. Unidad de Tabaquismo FMZ. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. (**): Profª. Unidad de Tabaquismo FMZ. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. (***) Profª. Departamento de Métodos Estadísticos. Escuela Universitaria de Estudios Empresariales, Universidad de Zaragoza.

Introducción.

El objetivo ha sido valorar la influencia que ejerce el síndrome de abstinencia en el proceso de dejar de fumar y por lo tanto en la recaída.

Material y Métodos.

Estudio analítico longitudinal con fumadores atendidos en una unidad especializada durante los años 2007/2008. El tratamiento fue multicomponente: psicológico cognitivo-conductual en grupo durante 3 meses combinado con apoyo farmacológico. Se estableció como criterios de inclusión ser fumador y solicitar voluntariamente tratamiento; y como criterios de exclusión: tener otra drogodependencia activa o estar embarazada. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, consumo de cigarrillos diarios y grado de dependencia a la nicotina (leve, moderada y alta) medido con el Test de Fagerström. El registro de síntomas del síndrome de abstinencia se midió con la escala Minnesota Smoking Withdrawal Scale (MNWS), formada por 9 ítems, que

incluye síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos. Es una escala cuantitativa cuyas puntuaciones van de 0 a 32 puntos y se cumplimentó en las siguientes sesiones: 1ª semana de abstinencia, 2ª semana, 3ª semana, 4ª semana, 6ª semana, 9ª semana y 12ª semana. La abstinencia se evaluó con autodeclaración y validación objetiva mediante cooximetría (monóxido de carbono (CO) en aire espirado), con un nivel <10ppm.

Resultados.

La muestra total fue de 260 fumadores, 124 hombres (47,7%) y 136 mujeres (52,3%), con una media de edad de 45 años (DE: 9,59) y una media de 23 cigarrillos/día (DE: 9,85). En referencia al tratamiento farmacológico el 45% (116) utilizó Vareniclina, el 43,4% (112) utilizó TSN y el 11,6% (30) Bupropión. El 45,4% (118) de la muestra tenía alta dependencia a la nicotina, el 28,8% (75) moderada y el 25,8% (67) leve dependencia. Al estudiar la relación entre síndrome de abstinencia y la recaída se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los puntos de corte, los sujetos que habían fumado puntuaron más en la escala Minnesota: 1ª semana: 13,53 (DE:6,46) vs. 10,03 (DE:6,72). 2ª semana: 14,23 (DE:5,60) vs. 8,99 (DE:6,68); 3ª semana: 15,67 (DE:7,52) vs. 8,76 (DE:6,47); 4ª semana: 15,71 (DE:6,92) vs. 8,44 (DE: 6,05); 9ª semana: 13,88 (DE:10,67) vs. 7,51 (DE:6,21); 12ª semana: 12,63 (DE:3,62) vs. 6,50 (DE:5,93).

No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de medicación y la puntuación en la escala. Minnesota.

Discusión.

El síndrome de abstinencia puede ser un obstáculo a lo largo del proceso de dejar de fumar llegando en ocasiones a propiciar la recaída. La evaluación psicológica del paciente durante el seguimiento así como de diferentes síntomas fisiológicos son elementos fundamentales del tratamiento ya que permitirá adecuarlo a las necesidades del paciente y por tanto incidir en la prevención de recaídas.



Tasa de recaída al finalizar un tratamiento de deshabituación tabáquica

MARQUETA BAILE, A.; JIMÉNEZ-MURO FRANCO, A.;
NERÍN DE LA PUERTA, I.; BEAMONTE SAN AGUSTÍN, A.;
GARGALLO VALERO, P.

(*): Psicóloga. Unidad de Tabaquismo FMZ. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. (**): Profª. Unidad de Tabaquismo FMZ. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. (***) Profª. Departamento de Métodos Estadísticos. Escuela Universitaria de Estudios Empresariales, Universidad de Zaragoza.

Introducción.

Evaluar la tasa de recaída a largo plazo y conocer la valoración que realiza el propio individuo sobre el tratamiento recibido.

Material y Métodos.

Estudio analítico prospectivo. Fumadores que realizaron tratamiento de deshabituación tabáquica en una unidad especializada entre los años 2004 y 2007. El tratamiento fue multicomponente (psicológico cognitivo-conductual y farmacológico) en grupo a lo largo de 3 meses. Se estableció como criterio de inclusión haber permanecido sin fumar hasta finalizar el tratamiento y que hubiera transcurrido al menos 1 año desde que iniciaron el mismo. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, consumo de cigarrillos diarios y dependencia a la nicotina medida con el Test de Fagerström. La abstinencia se evaluó con auto-declaración y/o validación objetiva mediante cooximetría (monóxido de carbono (CO) en aire espirado), con un nivel <10ppm.

El seguimiento se realizó mediante contacto telefónico en una franja horaria de 9 de la mañana a 7 de la tarde, con un número máximo de 10 llamadas por persona en 5 días diferentes y distintos horarios.

Se utilizó un cuestionario de 6 preguntas para conocer el tiempo de abstinencia de cada sujeto (meses) desde que inició la deshabitación y la valoración por parte del paciente del tratamiento psicológico y farmacológico, dividido en 4 categorías cada uno: nada útil, algo, bastante y muy útil.

Resultados.

Se incluyeron 291 pacientes y se localizaron 272 (93,5%), 6 de los cuales no aceptaron contestar el cuestionario. Finalmente se analizaron 266 sujetos, 151 hombres (56,8%) y 115 mujeres (43,2%) con una media de edad de 44,22 años (DE: 9,93). La media de cigarrillos/día fue de 22,39 (DE: 9,62) y 5,77 puntos (DE: 2,27) en el Test de Fagerström.

De las 266 personas que respondieron el cuestionario, el 49,6% (N= 132) volvió a fumar, un 47% (N= 125) seguía abstinente y un 3,4% (N= 9) dejó de fumar en intentos posteriores. Los exfumadores llevaban una media de 20,15 (DE: 14,28) meses sin fumar, desde 13 hasta 60 meses. De las 125 personas que declararon estar abstinentes, 26 no realizaron la medición de CO por haber cambiado de residencia o por no tener disponibilidad debido al horario laboral. Por tanto se validó la abstinencia en 99 personas mediante CO con puntuaciones < 10 ppm.

Al preguntar "¿Qué cree que le fue más útil durante el tratamiento?" el 44,7% contestó el tto. psicológico en grupo, el 40,2% ambos por igual y el 15% el tto. farmacológico. Respecto a la utilidad de cada uno por separado, el uso de fármacos para dejar de fumar fue para un 10,5 % nada útil, 21,4% algo útil, 29,7 % bastante útil y 38,3% muy útil. El tto. psicológico en grupo fue para un 1,9% nada útil, 6% algo útil, 33,1% bastante útil y 59% muy útil.

Discusión.

El tratamiento psicológico en grupo es la opción terapéutica más valorada por parte de los pacientes fumadores; prolongar el apoyo psicológico a medio-largo plazo puede ser una estrategia para prevenir las recaídas.

Resultados de la evaluación y entrenamiento en competencia social en drogodependientes: aplicación de un programa específico en usuarios del centro de día "Cercado del Marqués"

MARTÍN CABALLERO, A. R.; BETHENCOURT PÉREZ, J.M.;
GARCÍA MEDINA, P.; FERNÁNDEZ VALDÉS, A.

1- ACJ SAN MIGUEL 2- Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de La Laguna. Esta investigación se ha realizado con población clínica formada por drogodependientes en tratamiento en el Centro de Día "Cercado del Marqués". Centro perteneciente a los recursos asistenciales de la ACJ SAN MIGUEL, Tenerife.

Esta investigación se ha realizado con población clínica formada por drogodependientes en tratamiento en el Centro de Día "Cercado del Marqués". Centro perteneciente a los recursos asistenciales de la ACJ SAN MIGUEL, Tenerife. El Objetivo era demostrar la eficacia del programa de Entrenamiento en Competencia Social en su aplicación más clínica con drogodependientes.

Metodología.

– Sujetos:

La muestra estaba compuesta por 235 personas, de las cuales 177 se asignaron a grupo control y 58 al grupo experimental. De estos 44 eran drogodependientes en tratamiento.

– Diseño y Procedimiento:

Se realizó un diseño cuasi experimental, con medidas antes y después de la aplicación del Programa a la muestra objeto de estudio. Como criterio de éxito en la aplicación del programa de Entrenamiento en Competencia Social, se utilizó el uso de las dimensiones cognitivas de los Pensamientos Alternativo (PA), Causal (PCa), Consecuencial (PCo), Toma de Perspectiva (TDP) y Medios- Fines (PMF). Para medir la eficacia del programa en relación a la modificación del uso de los cinco pensamientos descritos por el equipo de Spivack y Shure (1976).

Se aplicó el programa específico de entrenamiento en Competencia Social, constituido por 28 sesiones, y basado en el original "R&R" de Ross y Fabiano, introducido, adaptado y aplicado a población reclusa española por el Dr. Garrido Genovés como Programa de Pensamiento Prosocial. Está adaptado para el ámbito educativo, en su uso más preventivo en Canarias, por el Dr. Segura Morales como Programa de Competencia Social.

Instrumentos.

Se utilizó la Batería de Habilidades Interpersonales (1989), elaborada por el Dr. Juan Manuel Bethencourt, en versión abreviada. Instrumento construido a partir de la Batería de Test para medir las Habilidades Interpersonales de Pelechano, y basándose en el modelo original del grupo de Spivack y Shure (1976).

Resultados.

Se utilizaron los análisis estadísticos de medias comparadas, análisis de varianza (ANOVA) y prueba de medias de muestras relacionadas.

Los Resultados apuntan a una mejora en el uso global de los cinco pensamientos por parte de aquellos drogodependientes que participaron en el programa de entrenamiento, así como diferencias estadísticamente significativas en las medidas antes-después para el grupo experimental en cada uno de los ítems de cada prueba.

Palabras Clave.

Drogodependencias, entrenamiento, habilidades sociales, competencia social, tratamiento de drogodependientes.

Consumo de tabaco, alcohol y cánnabis en adolescentes castellano-manchegos

MARTÍNEZ-LORCA, M.; ALONSO-SANZ, C.; MONTAÑÉS-RODRÍGUEZ, J.

*Departamento de Psicología. Universidad de Castilla-La Mancha.
**Servicio Sociosanitario. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Enviar correspondencia a:
Manuela Martínez Lorca. Centro de Estudios Universitarios.
Universidad de Castilla-La Mancha. Avd. de la Real Fábrica de Sedas s/n. Talavera de la Reina (Toledo). Correo electrónico: manuela.martinez@uclm.es ó mmlorca72@hotmail.com

El consumo de drogas es uno de los problemas a los que se enfrenta la sociedad actual, estando estas (tanto las drogas legales como las ilegales) muy presentes en las vidas de muchos adolescentes por sus elevados consumos.

Por ello, el objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia del consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis) en adolescentes de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Para ello, se confeccionó un cuestionario "ad hoc" a través del cual se midieron los consumos de tabaco, alcohol y cannabis, así como diferentes variables de personalidad, escolares, familiares, cognitivas, de ocupación del tiempo libre, etc.

La muestra está compuesta por 243 alumnos de 1º E.S.O. distribuidos aleatoriamente en cuatro colegios privados de la ciudad de Toledo. La media de edad es de 11,89 años y la distribución por sexos corresponde al 45,7% de chicos y al 54,3% de chicas.

Nuestros Resultados ponen de manifiesto que el tabaco y el alcohol son las dos sustancias psicoactivas que más consumen los escolares castellano-manchegos, lo cual refleja una cierta permisividad y facilidad de obtención, debido a estar éstas sustancias muy integradas social y culturalmente en nuestro país.

Igualmente se observa la existencia de un importante consumo de cannabis, confirmándose que, después del alcohol y el tabaco, es la sustancia psicoactiva más extendida entre los adolescentes y la que ha experimentado un mayor incremento entre los jóvenes de Castilla-La Mancha.

Del mismo modo, los datos avalan una vez más la existencia de un patrón de consumo que se caracteriza por llevarse a cabo principalmente durante los fines de semana y por centrarse en el consumo de licores y combinados.

Sin embargo, hallamos que las edades señaladas por los sujetos de la muestra para su primer consumo tanto de tabaco, alcohol y cannabis, son muy inferiores a las manifestadas por distintos trabajos similares al nuestro.

Por último con respecto al consumo por sexo, observamos que son los chicos los que presentan unas mayores tasas de consumo de tabaco y cannabis en comparación con sus iguales las chicas.

Palabras Clave.

Prevalencia, tabaco, alcohol, cannabis, Castilla-La Mancha.

El consumo de drogas y la educación. ¿Posible relación?

MAVROU, I.

Universidad de Granada

Introducción.

El estudio se desarrolló en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre (P.H.) en Granada y tiene como objetivo específico estudiar el perfil de consumo en relación al historial educativo. La muestra está constituida por la totalidad de los sujetos que se encuentran en la Comunidad de P.H. en Granada, 31 personas entre hombres y mujeres.

Material y Método.

La metodología que se utilizó para esta investigación se puede sintetizar en Métodos cuantitativas y cualitativas extraídas de los expedientes personales de cada usuario y de los programas de intervención, empleando para tal fin el de análisis de contenido, la observación participante y Métodos estadísticos informáticos.

Resultados y Discusión.

En este apartado se analizan unas de las características personales más significativas de los usuarios de la Comunidad de P.H. como el sexo, el nivel educativo y el tipo de dependencia (tipo de drogas).

- Edad y Sexo: de las 31 personas que están en la Comunidad de P.H., el 74% son hombres y el 26% son mujeres.
- Nivel educativo: el 13% no mencionan en los expedientes la educación que han recibido, el 39% de los sujetos han realizado la educación primaria. El 26% han cursado la educación secundaria, el bachillerato ha estudiado solo el 6% y formación profesional (F.P.) el 10%. Únicamente el 6% ha realizado estudios superiores (graduado social y diplomatura en educación social).
- Tipo de dependencia: el estudio refleja que la mayoría de los usuarios son politoxicómanos (consumen más de una sustancia).
 - El 74% de los sujetos que ingiere alcohol.
 - Un 84% de la totalidad de los sujetos consumía con más frecuencia cocaína.
 - La heroína ha sido consumida por el 39% de los usuarios.
 - El cannabis empleada por el 25% de los sujetos.
 - El 12% de los usuarios ha consumido pastillas de todo tipo, anfetaminas, pastillas éxtasis y tranquilizantes de forma diaria.
 - Un 3% ha sido adicta al opio y otro 3% al sexo.

Conclusiones.

Se observa que cuando menos educación poseen los sujetos, más duras son las drogas que consumen, es decir, los que más consumían heroína eran sujetos con educación primaria. Con educación secundaria se nota una tendencia de consumir cocaína más que otra sustancia ilegal, al contrario con un 6% que tenían estudios universitarios y consumían más alcohol. Se observa la falta de conocimientos sobre las sustancias ilegales especialmente en las personas con un nivel educativo bajo.

La escasa información sobre las drogas presenta también problemas a nivel de salud, es decir, las personas que presentan enfermedades más serias, como HIV y hepatitis, son las personas con menos recursos educativos. Por eso, las instituciones educativas tienen que dar respuestas ante los problemas reales que viven los individuos, como es el problema de las drogas y tener como objetivo principal transmitir actitudes y conductas positivas ante la vida.

Cribado del consumo de alcohol: AUDIT en trabajadores marroquíes

MEDINA ABELLÁN, M.D.; MUÑOZ ARRANZ, C.; NOGUERA
VELASCO, J.A.; PEREÑIGUEZ BARRANCO, J.E.; LUNA
MALDONADO, A.; PÉREZ-CÁRCELES, M.D.

*C.S. Vistabella. Murcia. **C.S. Espinardo. Murcia***Departamento de bioquímica.Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ****Departamento de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

Enviar correspondencia a:
María D. Medina. C/Cánovas del Castillo nº8 4A 30003 Murcia.
email: medinaabellan@hotmail.com

Objetivo.

Valorar la necesidad de realizar un cribado de consumo de alcohol en trabajadores marroquíes en el marco de la vigilancia de la salud. Definir el perfil de la población consumidora.

Material y Método.

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realiza la selección de una muestra aleatoria de los trabajadores marroquíes que acuden a los reconocimientos para la vigilancia de la salud (n=200) en la Comunidad de Murcia. Se realiza una entrevista clínica recogiendo datos sociodemográficos y test AUDIT.

Resultados.

El 78,5% son hombres, casados (50.5%), con una edad media 31.95 años ($\pm 8,1$) que llevan viviendo en España una media de 71.4 meses ($\pm 42,5$), procedentes de ámbito rural (53%) de religión islámica (87%) y que envía parte de sus ingresos a Marruecos (68%). El 76% no necesita intérprete para la entrevista. El 68% afirma no consumir alcohol. Las bebidas alcohólicas más consumidas son la cerveza (30%) y el whisky (12%).

Respecto al AUDIT, el 68% afirma no beber nunca alcohol, el 91% consume un día normal de 1 a 4 bebidas y el 87% nunca consume 6 o más bebidas. El 96.5% de los casos son capaces de parar el consumo, realizar aquello que se esperaba de ellos y no tienen remordimientos o sentimientos de culpa por el consumo. El 98% nunca ha necesitado beber en ayunas. El 97,5% puede recordar lo que sucede una noche de consumo y no resultan heridos. Sólo al 5.5% le han mostrado preocupación por su consumo. El 8,6% presenta un consumo de riesgo (con una puntuación en AUDIT superior a 8).

Discusión.

Creemos fundamental conocer el consumo de los trabajadores marroquíes para poder establecer programas específicos del consumo de alcohol para ellos o adaptar los existentes.

Patología dual, relación con consumo de sustancias adictivas y calidad de vida

MEJÍAS VERDÚ, D.; ANTELO LORENZO, M.A.

* Psiquiatra del Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza. ** Psicólogo del Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza. Centro de Salud Mental y Drogodependencias de Cieza. (Servicio Murciano de Salud)

Enviar correspondencia a:
D. Mejías Verdú. Avenida de Italia s/n. CP: 30010. Cieza (Murcia)
desiderio.mejias@carm.es

El trabajo que presentamos se está llevando a cabo con 50 pacientes atendidos en nuestro Centro de Salud Mental. Se inicia en otoño del año 2007 teniendo previsto concluirlo en otoño de 2008. El primer objetivo ha sido el estudio de la patología dual presentada por estos pacientes: la relación entre trastornos de personalidad y TUS (alcohol, cocaína, cannabis, drogas de síntesis, etc.). El segundo objetivo ha sido analizar su calidad de vida a través del Test de Calidad de Vida F36.

Los Resultados que vamos obteniendo evidencian la relación entre la patología dual y el TUS, y el nivel calidad de vida.



Consumos recreativos e accidentes rodoviários na região centro de Portugal

MENDES, F.; ALMEIDA, R.

Irefrea Portugal
IDT / DRC

Enviar correspondencia a:
Fernando Mendes, mail- irefrea@netcabo.pt

Nos últimos anos temos assistido ao aparecimento e desenvolvimento de um modelo hegemónico de divertimento nocturno em meio juvenil por toda a Europa.

Associado a esta actividade de divertimento nocturno juvenil e consumo de substâncias lícitas e ilícitas, os acidentes rodoviários, tornaram-se um problema de saúde com graves consequências, individuais e comunitárias. Neste estudo exploratório apresentam os autores a utilização de diferentes meios de transporte de e para os espaços recreativos e a sua relação, ao uso de substâncias lícitas e ilícitas e acidentes rodoviários em 3 cidades da região centro de Portugal (Coimbra, Viseu, Aveiro).

El vínculo sectario como adicción no farmacológica

MERINO, L.; PERLADO, M. ; GONZÁLEZ, V.; CANO, M.

* Psicólogo clínico

** Gerente de AIS. Psicóloga clínica

Enviar correspondencia a:

Miguel Perlado, Avenida Diagonal 430 1º 1ª (08037, Barcelona).

E-mail: ais@ais-info.org; mperlado@ais-info.org

Introducción.

El presente póster muestra la evolución de los casos atendidos entre 1986 y 2007 en la unidad terapéutica de Atención e Investigación en Socioadicciones (AIS), entidad pionera en nuestro país en el tratamiento de pacientes vinculados a sectas y otras dinámicas de manipulación psicológica.

Material.

Durante ese período de tiempo, se han atendido 1376 consultas relacionadas con sectas, de las cuales 803 (58,4%) se convirtieron en casos terapéuticos, otras 538 quedaron como consultas generales y los 35 casos restantes se correspondieron con intervenciones periciales.

Método.

Se realizó un análisis descriptivo de los casos atendidos en nuestra unidad para obtener los descriptores básicos de la muestra analizada (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, residencia, antecedentes psicopatológicos y antecedentes tóxicos). Asimismo, se atendió a otras variables de interés clínico como la persona que solicita tratamiento, tiempo de permanencia en el grupo, edad de inicio y forma de contacto con el grupo. De especial interés resultó la valoración de las alteraciones resultantes de la vinculación (alteraciones laborales, familiares, sociales o amicales).

Resultados.

Los casos de mayor prevalencia estuvieron relacionados con grupos curativos y/o terapéuticos (16,8%), esotéricos (16,4%) y religiosos cristianos (14,2%), así como con situaciones de manipulación unipersonal.

Se observó un predominio de las mujeres (57,3%), una media de edad de 27 años (rango intercuartil: 22-36 años), un nivel educativo medio alto (un 68% habían finalizado estudios hasta COU y un 26,8% tenían una carrera universitaria), en su gran mayoría eran solteros (59,8%), vivían con su propia familia (23,8%) o con sus padres (35,9%), viviendo una porción de la muestra analizada (10,7%) en comunidad con el grupo. El consumo de tóxicos se observó en un 9,6% de la muestra analizada y algo más de un cuarto de la misma mostró antecedentes psicopatológicos previos a la entrada en el grupo.

Discusión.

Los autores plantean una serie de reflexiones clínicas sobre el sectarismo como trastorno por dependencia.

Estudio de variables predictoras de maltrato de género en población adicta. Propuesta de intervención

MIGUEL AGUSTINO, C.; MORERA BIELSA, A.; NAVARRO PORRERO, D.

CTA de Coria del Río.
Sevilla. Diputación de Sevilla.

Enviar correspondencia a:
Antonio Morera Bielsa. CTA de Coria del Río. C/ Clavel, nº6. Coria del Río . 41100 - Sevilla. antoniomorerabielsa@dipusevilla.es

Introducción.

La práctica clínica en la atención de la población adicta en nuestro Centro de Drogodependencias nos ha hecho plantearnos la relación que pudiera existir entre el uso de drogas y el maltrato, y en el caso de que ambas coexistieran que pudiera estar incidiendo desfavorablemente sobre la evolución terapéutica de dichas mujeres.

Objetivos.

Identificar la relación entre maltrato de género y adicción en mujeres en tratamiento. Proponer un modelo de atención integral que mejore la adhesión y los Resultados terapéuticos. Diseñar y validar un instrumento de identificación del maltrato en mujeres adictas para su inclusión en el protocolo de intervención del CTA.

Material y Método.

Estudio descriptivo transversal en 40 mujeres que cumplen los criterios diagnósticos de dependencia de sustancias según DSM-IV-TR y han acudido al CTA de Coria del Río entre Enero de 2007 y Mayo de 2008 demandando tratamiento. Mediante entrevista personalizada se recoge la información a través de un cuestionario con 45 variables paramétricas sobre datos sociodemográficos, historia de consumo y situación actual, Test de Apgar y EEAG.

Resultados.

Se obtienen Resultados estadísticamente significativos en el análisis de detección automática de interacciones (CHAID) para determinar si la pertenencia a los segmentos hallados es predecible por la acción de las variables sociodemográficas y/o de consumo. En el análisis de correlación entre rangos de Spearman, para averiguar la consistencia de las diferentes variables de maltrato, resulta una matriz de coeficiente de correlación significativa en todos sus términos. Resulta de forma inequívoca que la pertenencia al grupo de maltrato es predecible por la acción de los años de convivencia con la pareja(-), y la pertenencia al grupo de no maltrato por el consumo de cocaína(-).

Otras variables que demostraron su influencia sobre el maltrato dentro de las variables sociodemográficas fueron: nº de parejas, convivencia (hijos y pareja; amigos) y apgar; y dentro de las variables de consumo: consumo de alucinógenos(+), tto. actual (farmacológico, CT, VAES) motivo de inicio del tto., psicopatología (+) y EEAG (-).

Conclusiones.

Existe una relación directa entre consumo de sustancias y maltrato en mujeres adictas en tratamiento. La sustancia que más correlaciona con el maltrato es la cocaína, a diferencia de otros estudios en los que se menciona el alcohol como factor de riesgo predominante. Se debe incorporar en nuestro protocolo de actuación en los Centros de Adicciones una herramienta que permita detectar el maltrato en mujeres adictas y actuar de forma integrada, esperándose así una mejora en los Resultados terapéuticos.

Heterocontrol en codependientes: perfil diferencial

MORAL JIMÉNEZ, M.V.; BLANCO ZAMORA, P.; SIRVENT RUIZ, C.

1 Profesora Doctora de la Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología.
2 Médico psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral Madrid
3 Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral Madrid

Introducción.

La codependencia representa una dependencia sentimental mediatizada, secundaria a trastornos adictivos, propia de familias disfuncionales y de adictos a sustancias. Mediante este constructo se hace referencia a perturbaciones de índole afectivo y relacional que experimentan parejas o familiares directos de aquellas personas que padecen trastornos relacionados con la experimentación con sustancias psicoactivas, generalmente un alcohólico o un toxicómano (si bien también podría ser aplicable a otros pacientes de enfermedades crónicas). La vida relacional del codependiente se focaliza alrededor del otro, asumiendo un rol sobreprotector que le menoscaba y puede conducirle a la autonegligencia con supeditación a las necesidades percibidas del otro y desdibujamiento de los propios límites del Yo, convirtiéndose en su cuidador mediante un comportamiento proteccionista e hiperresponsable.

Material y Método.

Mediante un diagnóstico con acuerdo inter-jueces se han seleccionado 61 casos de codependientes de la muestra de familiares de pacientes en tratamiento de Fundación Instituto Spiral, así como 47 familiares no codependientes elegidos mediante un muestreo aleatorio simple. Se les ha aplicado el Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales (IRIDS-100) (Sirvent y Moral, 2007), y –dentro del mismo– en la Escala de Heterocontrol que valora el intento de controlar al otro a ultranza, por encima incluso de las propias necesidades, la orientación hacia la otra persona y la tendencia a sobreprotegerla en detrimento incluso del propio autocuidado. Se explora la calificada como triada codependiente: Orientación rescatadora, sobreprotección con pseudoaltruismo y abnegación, Sobrecontrol y Focalización en el otro.

Resultados.

En la dimensión Heterocontrol, así como específicamente en los tres factores explorados, se han hallado diferencias significativas entre la muestra de codependientes y de familiares no disfuncionales con puntuaciones medias más bajas en población clínica indicativo de mayor patología y mayores grados de severidad.

Discusión.

En consonancia con otros hallazgos sobre codependencia se confirma el perfil clínico y psicosocial del codependiente como un individuo sobreprotector que cuida y protege a ultranza al otro llegando a asumir sus responsabilidades y con frecuencia a anular su autonomía, así como el ejercicio de una influencia impositiva directa y duradera sobre las emociones, decisiones y comportamientos del familiar, con tendencia a la focalización en el otro de toda la atención personal con posible presencia de falta de autocuidado y autonegligencia. Junto a la profundización en el estudio de los perfiles diferenciales en relación a otras dependencias sentimentales, se proponen líneas de intervención sobre los desequilibrios afectivos y relacionales de los codependientes y de los conflictos intrafamiliares.

Identidad y límites relacionales en dependientes afectivos

MORAL JIMÉNEZ, M.V.; BLANCO ZAMORA, P.; SIRVENT RUIZ, C.; RIVAS REGUERO, C.

1 Profesora Doctora de la Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología.
2 Médico psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral Madrid
3 Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral Madrid
4 Psicóloga. Centro Terapéutico Residencial Femenino de Oviedo. Fundación Instituto Spiral

Introducción.

La dependencia afectiva o emocional se define como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas sobre una persona que se intentan satisfacer mediante relaciones interpersonales de apego patológico (Sirvent, 2004; Moral y Sirvent, 2008). De acuerdo al perfil clínico, las principales características patognomónicas son las relativas a: posesividad y desgaste energético intenso, craving y abstinencia en ausencia de la persona de la que se depende, incapacidad para romper ataduras, voracidad de cariño, amor condicional y la manifestación de sufrimiento y otros sentimientos negativos (culpa, vacío, miedo al abandono). Una vez descrito el constructo, se propone como objetivo el análisis intra-grupo de los factores sindrómicos que definen los conflictos identitarios y en los límites relacionales, así como un análisis diferencial en relación a otras muestras de dependientes sentimentales y población general.

Material y Método.

Mediante un riguroso y exhaustivo diagnóstico llevado a cabo por el equipo multidisciplinar de psicoterapeutas de Fundación Instituto Spiral (Oviedo y Madrid), así como por el empleo de estrategias de doble ciego y reuniones clínicas de expertos, se han seleccionado 78 casos de dependientes afectivos, 67 bidependientes y 61 codependientes. Se ha empleado el test autoaplicado informatizado Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales (IRIDS-100) (Sirvent y Moral, 2007) compuesto por 100 ítems evaluados mediante escala Likert que evalúa los diferentes tipos de dependencia sentimental existentes y dimensiones de importancia clínica crucial en el ámbito relacional. En concreto, nuestro interés investigador se centra en la Escala de Identidad y Límites relacionales que valora la interrelación yoica: la forma en que interactúan los respectivos egos en lo concerniente a Identificación, Límites interpersonales (débiles y rígidos), Egoísmo/Egotismo/Egocentrismo en la interrelación y lucha por el Dominio y Juegos de poder en el trato.

Resultados.

Se comprueba la existencia de diferencias significativas en todos los factores explorados en los pacientes dependientes afectivos en relación a la población general y, específicamente, respecto a otras muestras de dependientes sentimentales ante la dualidad autonomía/necesidad perentoria del sujeto del que se depende.

Discusión.

Se profundiza en el perfil diferencial del dependiente afectivo en la esfera identitaria y relacional que en este plano se caracteriza por una arraigada sensación de necesitar a otros para sentirse completo, fundiendo y disolviendo su yo en el ajeno de manera que, según se va identificando con el otro, va disipándose la identidad propia hasta quedar en un estado de desvalimiento personal. Como líneas futuras de actuación se propone contribuir al esclarecimiento conceptual y difusión de la dependencia afectiva y de otras dependencias sentimentales e interpersonales.

Variables predictivas de éxito en la unidad de deshabituación tabáquica de la Asociación Española Contra el Cáncer de Burgos

MORATO, A.; SOTA, C.; CORDERO, J.

* Gerencia de Atención Primaria de Burgos

** Asociación Española Contra el Cáncer Junta Provincial de Burgos

Introducción.

El tratamiento especializado del tabaquismo presenta una alta eficacia, pero aun así su eficacia disminuye hasta 30 y 50% al año. Identificar cuáles pueden ser los predictores de éxito en el proceso, nos permitirá hacer intervenciones específicas para maximizar los Resultados.

Objetivo.

Identificar variables influyentes en un I tratamiento combinado-multicomponente de una unidad especializada en deshabituación tabáquica.

Material y Método.

Estudio descriptivo, de corte transversal. Las variables estudiadas fueron: Edad, Sexo, Vía de remisión a la unidad (Familiar, Conocido, Cartel, Servicio Médico de empresa, Servicio Atención Primaria), Paquetes año Número de Intentos previos, Cooximetría basal y Tratamiento Farmacológico (Sin tratamiento, Nicotínico, Bupropion y Vareniclina). Todos los sujetos formaban parte de un programa psicológico multicomponente. Se consideró abstinencia a los seis meses de haber finalizado el programa mediante cooximetría.

Resultados.

150 individuos, 56% mujeres y 44% hombres, la media de edad fue 42 años (DE: 9,5) y de 26 paquetes/año (DE:15,2) con una cooximetría Basal media de 18 (DE:9,04). El 34% no habían tenido ningún intento previo de abandono, el 39% un intento y el 27% más de un intento. Su remisión fue de un 8% de los servicios de atención primaria, un 18% de los servicios médicos de empresa, el 7% por un familiar, el 41% por un conocido que había seguido el tratamiento previamente, el 7% cartelería y el 19% otros. El 13% no solicitó tratamiento farmacológico, el 67% tratamiento nicotínico, un 3% bupropion y un 17% vareniclina. Las tasas de abstinencia fueron de un 84% al finalizar el programa, un 71% a los tres meses y un 63% a los seis meses desde el inicio del programa (IC 95%).

Conclusiones.

El abandono tabáquico conlleva un proceso complejo para la mayoría de los fumadores.

Las personas atendidas en la unidad de deshabituación tabáquica de la asociación española contra el cáncer de Burgos presentan tasas altas de abstinencia a los seis meses, pero ninguna de las variables a estudiar se presenta estadísticamente significativa respecto a las demás. Debemos seguir estudiando, qué variables pueden estar actuando como valor predictivo de éxito.

Impacto del consumo de alcohol y otras drogas en las urgencias del área sanitaria de Vigo: una oportunidad para el tratamiento y la prevención

MOSQUERA, J.; GÓMEZ, B.; GUIMERÁNS, C.; DAVILA, N.

Unidad de Alcohol de Vigo (ASVIDAL)

Enviar correspondencia a:
Jacinto Mosquera Nogueira. c/ Progreso 24 -1º. 36202 Vigo.
jmosnog@wanadoo.es

Introducción.

Existe una gran preocupación y alarma social sobre el consumo de drogas y, en la actualidad, más específicamente por el consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes. En esto parece influir una gran visibilidad del fenómeno (conocido popularmente como "botellón") y una presencia en los medios de comunicación de masa de sus aspectos más llamativos.

Recientemente ha trascendido un gran impacto en los servicios de urgencias, que quisimos corroborar con esta investigación.

Por lo tanto, el objetivo es evaluar el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en las Urgencias de nuestra Área sanitaria, con especial atención al subgrupo de menores de edad.

Material y Métodos.

Revisamos todas las hojas de atención urgente de los 2 Puntos de Atención Continuada Extrahospitalarios (PAC) de Vigo, de 2 PACs de fuera de Vigo (Val Miñor y Pontearreas) y del Hospital Xeral de Vigo, entre las 15 horas del día 1 de febrero y las 8 horas del día 4 de febrero de 2008 (fin de semana que coincide con las fiestas del Carnaval).

En las hojas de los pacientes atendidos por intoxicación de drogas Y/o consecuencias de su consumo se recogieron las variables: sexo, edad, tipo de droga, día de la atención motivo de consulta, tratamiento puesto y derivación.

Resultados.

Se revisaron las 2.057 hojas de los pacientes atendidos en esas fechas, 1.149 en los PAC de Atención Primaria.

En 31 hojas (1,5%) estaba explicitado el consumo de alcohol o de otras drogas como diagnóstico principal o como factor asociado: 51,6% atendidos en PAC; 61,3% son varones; en 83,9% está presente el alcohol, en 19,4% la cocaína, en 16,1% el cannabis; el motivo de consulta es la intoxicación etílica (48,4%), traumatismo (12,9%), ansiedad (9,7%), crisis comicial (6,5%), agresión (6,5%). La atención de estos casos se realizó el domingo 3 el 51,6%, el viernes 1 el 25,8% y el sábado 2 el 22,6%.

Con respecto a la edad, el número de menores de edad atendidos por este motivo, fue de 5, lo que representa un 16,13% de los pacientes atendidos por alcohol y/o drogas y un 0,24% de los sujetos totales. Este subgrupo estaba formado por: 2 varones y 3 mujeres; el alcohol estaba presente en los 5 y además, cannabis en uno; los 5 pudieron ser remitidos a domicilio tras la atención; el 60% fue atendido en PAC y el 40% fue atendido el viernes día 1.

Discusión.

No se demuestra un gran impacto en las Urgencias del problema de consumo de alcohol y/o otras drogas.

Pensamos que pudiera existir un infrarregistro de estos consumos.

Creemos necesario sensibilizar al personal de estos dispositivos para que se registre correctamente y que ese informe pueda ser un elemento de prevención y de toma a cargo del problema, a la hora de ser aportado al médico de familia.

Sintomatología psicótica alucinatoria cenestésica en pacientes dependientes de cocaína

MUSCAS, E.; RONCERO, C.; GAPPAL, R.; GONZALVO, B.; COMIN, M.; DAIGRE, C.; DÍAZ, S.; MARTÍNEZ, N.; COROMINAS, M.; SÁNCHEZ, L.; GRAU-LÓPEZ, L.; CASAS, M.

* CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría
**CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón. Universidad Autónoma de Barcelona.
****Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall Hebron.
***Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción.

La cocaína es una droga que puede producir numerosos síntomas psiquiátricos, es frecuente la presencia de sintomatología referencial y alucinaciones (visuales, olfativas, auditivas y táctiles). Además el uso indebido de cocaína puede afectar a los órganos y sistemas cutáneos. Se ha asociado a vasculitis, complicaciones infecciosas, y numerosas enfermedades dermatológicas. Se ha encontrado con frecuencia hormigueo, formicación (alucinaciones táctiles de insectos arrastrándose por debajo de la piel) lo que conduce a delirios de parasitosis. Se habla del fenómeno "luces de nieve" en términos de iniciación de una progresión de síntomas que conducen al clásico "bichos de cocaína". Sin embargo no se conocen con precisión los factores asociados a la presencia de alucinaciones cenestésicas en consumidores de cocaína.

Material y Método.

Por medio de entrevista clínica se explora la presencia de sintomatología psicótica alucinatoria cenestésica en 76 pacientes que presentan criterios de dependencia de cocaína según criterios DSM-IV-TR, atendidos en el ambulatorio de drogodependencias (CAS) Vall d'Hebrón.

Resultados.

11,8% de la muestra presentaron sintomatología alucinatoria cenestésica, el 88,9% son hombres, la edad media es de 34 años. La vía de consumo principal es la intranasal (1005), el 11,1% además consumen por vía fumada.

La edad media de inicio del consumo de cocaína es 18 años y de inicio del consumo regular de cocaína es 25 años. La media consumo es 8,5 años.

Ninguno de los 9 pacientes presenta consumo de anfetaminas, éxtasis, opiáceos y metadona. El 77,8% presenta consumo de alcohol (el 11,1% ocasional, el 33,3% abuso y el 33,3% dependencia). El 85,7% presenta dependencia de tabaco. El 62,5% presenta consumo de cannabis (el 25% ocasional; el 12,5% abuso y el 25% dependencia). El 12,5% presenta consumo regular de benzodiazepinas. El 44,4% presenta antecedentes de sobredosis. El 88,9% presenta antecedentes psiquiátricos (trastorno psicótico, afectivo). El 44,4% presenta trastorno de personalidad (por evitación, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, límite, antisocial).

Discusión.

Es importante caracterizar los factores asociados a la presencia de alucinaciones cenestésicas. La mayor parte de los pacientes tiene comorbilidad con Trastornos del eje I (88,9%) y del eje II (44,4%) y desde la perspectiva adictiva es frecuente el consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

Las características sociodemográficas son similares a la muestra general de cocainómanos. La vía de consumo es la habitual. Existe un gran porcentaje de pacientes que presentan consumos compulsivos, como se puede inferir de la presencia frecuente de sobredosis. Se debe seguir estudiando las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que presentan complicaciones psicopatológicas graves, como son las alucinaciones cenestésicas.

Bibliografía.

Siegel RK. Cocaine hallucinations. Am J Psychiatry. 1978 Mar;135(3):309-14.

Conducta adictiva en los psiquiatras. ¿Existen diferencias con el resto de los médicos especialistas?

NAVARRO, M.C.; ROMAGUERA, A.; SZYJER, A.; GUAL, A.; LUSILLA, P.; CASAS, M.

*1 Unidad de psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.
*2 Unitat d'Alcoholologia, Hospital Clinic i Provincial, Barcelona.
*3 Fundació Galatea, Barcelona.

Introducción.

La toxicoddependencia en el gremio médico está siendo estudiada y abordada cada vez con mayor conocimiento y medidas eficaces. En este estudio se pretende describir las características de un grupo de psiquiatras que ingresan en la unidad de hospitalización del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt (PAIMM) de la Fundació Galatea de Barcelona en comparación con el resto de especialistas ingresados.

Material y Método.

De un total de 336 pacientes médicos ingresados durante distintos periodos en la unidad de hospitalización del PAIMM, 23 eran psiquiatras, y los restantes 313 tenían diversas especialidades (médicas o quirúrgicas). Los psiquiatras fueron comparados con el resto de especialistas en lo concerniente a variables sociodemográficas, diagnóstico y evolución.

Resultados.

Los psiquiatras (varones y mujeres) fueron diagnosticados de dependencia de alcohol y dependencia de nicotina con más frecuencia que el resto (Alcohol: 78% vs. 51%, chi-cuadrado: 6.08; $p < 0.01$, Nicotina: 80.7% vs 68.2%). En relación a otros tóxicos de abuso no se encontró diferencias incluidas las benzodiazepinas. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad o estado civil. La tasa de ingresos era mayor entre las mujeres psiquiatras que en el resto de los médicos especialistas (52% vs. 31%, chi-cuadrado: 4.08; $p < 0.04$). Los psiquiatras fueron diagnosticados además de trastorno límite y narcisista de la personalidad con mayor frecuencia que el resto ($p < 0.03$), por el contrario, no se encontró diferencias con respecto a otras enfermedades como esquizofrenia, trastorno bipolar, distimia, depresión mayor u otros trastornos de personalidad. Finalmente, el 57% de los psiquiatras necesitó más de un ingreso (vs. 25% del resto de especialistas; chi cuadrado: 4.02; $p < 0.05$).

Discusión.

El 8.6% de los especialistas que precisaron de ingreso en nuestro programa eran psiquiatras.

Comparados con el resto de los especialistas, los psiquiatras tienen una mayor prevalencia de conducta adictiva en relación con el alcohol y a la nicotina, además tienden a necesitar más de una hospitalización. Mientras que los psiquiatras pueden ser vistos como pacientes especialmente "difíciles", los programas especiales de ayuda a los profesionales sanitarios deben prestar atención a este colectivo y fomentar estrategias encaminadas a la prevención sobre el uso del alcohol en el mismo, especialmente durante el periodo de formación.

Programa de educación para la salud en pacientes consumidores de cánnabis

NOVO ROSARIO, M.; PIÑEIRO GABINO, N.

*Enfermero de la Unidad asistencial de drogodependencias de Lugo.
**Enfermera de la Unidad asistencial de drogodependencias de Lugo.
Unidad asistencial de drogodependencias de Lugo
Programa de educación para la salud en pacientes consumidores de cánnabis

Enviar correspondencia a:
Marcos Novo Rosario. C/ Rey Don García, nº 42,3ºB.27002.Lugo.
marcosnrosario@gmail.com

El cánnabis es la droga ilegal más consumida en España. Según los datos de la última encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en sujetos de edades comprendidas entre los 15 a 64 años en los últimos 12 meses, el porcentaje de consumidores de cánnabis representa el 11,2 %. En los últimos años se ha constatado un importante aumento en su consumo, especialmente entre la población joven.

Este hecho, junto con la baja percepción social de riesgo por su consumo y su asociación con otras drogas supone un importante reto para los profesionales de la salud, cuyo objetivo principal en este ámbito, es tratar de minimizar los procesos de abuso, dependencia y trastornos que esta sustancia puede producir.

Existen múltiples datos epidemiológicos que indican una asociación entre el consumo de cánnabis y otras sustancias. Entre los nuevos episodios de admisión a tratamiento del año 2005, el cánnabis aparece como un consumo asociado en un 42,5 % de los sujetos que consultaron por abuso/dependencia de heroína y en un 51,5 % de los que lo hacían por abuso/dependencia de cocaína.

Por otro lado, existe un importante porcentaje de consumidores habituales de esta sustancia que no se reconocen dependientes y que manifiestan su intención de mantener el consumo, rechazando la oferta asistencial actual de las unidades de conductas adictivas, basada en los modelos de intervención terapéutica que se orientan principalmente hacia la abstinencia en el consumo.

Ante esta realidad social, y debido a la ausencia de estrategias de intervención desde el modelo de la reducción del riesgo y a la necesidad de dar respuesta a esta demanda, proponemos un modelo de programa de educación para la salud en pacientes consumidores de cánnabis, enfocado a trabajar hacia un consumo responsable, mediante actuaciones educativas que reduzcan el daño en los consumidores activos, que persigan una mayor protección personal, autocuidado y que logren aumentar su calidad de vida.

Violencia de género en mujeres adictas que realizan tratamiento en el CAD del distrito de Latina, Madrid

OLMOS ESPINOSA, R.; DÍAZ MORENO, H.

* CAD de Latina. Instituto de Adicciones. Madrid Salud.
**CSM Torrejón de Ardoz. Madrid.

Introducción.

Diversos autores señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia de género con una incidencia tres veces superior a la de la población general. Además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia.

El grupo europeo de estudios IREFREA sobre Toxicomanías e Identidad de Género, encontraron que el 69% de la muestra europea refiere haber recibido malos tratos físicos y el 66% psíquicos. El consumo de drogas en las mujeres favorece la aparición y el mantenimiento, de agresiones sexuales y maltrato físico.

La escasa representación de las mujeres en los centros de tratamiento, contribuye a menospreciar el problema de la violencia de género que afecta a las mujeres adictas.

Objetivo.

Conocer la prevalencia y el perfil de la mujer maltratada, que está en tratamiento en un CAD.

Conocer la prevalencia de mujeres drogodependientes que presentan antecedentes de abuso sexual en la infancia o adolescencia.

Analizar las características de esta violencia.

Sensibilizar y concienciar a los profesionales frente a esta problemática sociosanitaria.

Metodología.

Estudio transversal y descriptivo.

La población de estudio es el total de las mujeres que están recibiendo tratamiento en el Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD), del distrito de Latina, en la ciudad de Madrid, a 30 de Octubre del 2008.

Se incluyen mujeres entre 18 y 70 años de edad.

El número total de mujeres en tratamiento en el CAD es de 127, y se ha realizado la encuesta a las que acudieron a consulta durante tres semanas consecutivas en el mes de noviembre, n 29.

La recogida de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada. Se midieron Variables sociodemográficas (edad, estado civil, núcleo de convivencia, nivel de estudios, situación laboral, número de hijos y situación económica), Variables de consumo (droga principal consumida, año de inicio, tratamiento actual, tiempo de abstinencia.) Variables de Apoyo Social, para ello se utilizó la escala de Duke-UCN-11, validada en español en 1996. Instrumento sencillo y breve, que contempla el apoyo afectivo y el apoyo confidencial. Variables relacionadas con la violencia, mediante la aplicación de las escalas: Conflicts Tactics Scale, CTS; y Abusive Behavior Inventory. En estas escalas se diferencia la violencia que ha ocurrido en los últimos seis meses y a lo largo de toda la relación. También discrimina la violencia psíquica, física y sexual.

Resultados.

Los Resultados que presentamos aquí corresponden a estas primeras 29 entrevistas, que representan el 28,2 % de todas las mujeres atendidas en el CAD.

La prevalencia de maltrato que presenta esta muestra es del 69%.

Destaca la gravedad de esta violencia, con más de un 40% de actos muy violentos (palizas, puñetazos, heridas por arma blanca).

Presencia de abuso sexual como antecedente en el 34% de estas mujeres.

Resultados de la validación de los instrumentos de evaluación de las familias en la adaptación española del programa de competencia familiar (*strengthening family program*) en España

ORTE, C.; BALLESTER, L.; FERNÁNDEZ, C.

*Catedrática de Universidad. UIB;
**Profesor Titular de Universidad UIB;
***Profesora Asociada de la UIB.

Los Objetivos de esta investigación fueron estimar la validez y la fiabilidad de la versión española de los cuestionarios de Kumpfer para la evaluación de la competencia familiar en la población española (2004-2008) mediante un plan en distintas fases que a continuación se detallan.

De enero de 2005 a julio de 2008 el equipo GIFES llevó a cabo seis aplicaciones completas, desarrollando nueve grupos experimentales y siete grupos de control. Cinco aplicaciones se realizaron en programas de Proyecto Hombre y para completar la representatividad de las familias evaluadas cuatro aplicaciones en centros de servicios sociales. Los controles se realizaron en Proyecto Hombre, Servicios de Protección de Menores y otras asociaciones de atención a familias, en especial, en la Asociación Balear de Infancia y su Entorno.

Además de las familias evaluadas en las aplicaciones (grupos experimentales y grupos de control) se realizaron evaluaciones independientes en 6 servicios de atención a pacientes en proceso de rehabilitación del consumo de drogas de la Castilla-León; así como en un servicio de apoyo a parejas separadas con hijos en la Asociación Balear de Infancia y su Entorno. Está formado por dos cuestionarios diferenciados y complementarios, con una modalidad para hijos y otra para progenitores. El diseño original se realizó a partir de ítems específicos de Kumpfer y su equipo y seleccionando subescalas completas de instrumentos de referencia validados para la población de Estados Unidos.

Los factores protectores que se consideran son (Mindel & Hofer, 2002; Kumpfer y Whiteside, 2004):

1. Fuerzas y resiliencia de la familia (organización, capacidad para afrontar el conflicto, cohesión, comunicación). La importancia de la resiliencia familiar ha sido destacada, como factor de protección en diversos trabajos.
2. Habilidades parentales. Tratadas según el curriculum del PCF: parentalidad positiva, implicación parental, supervisión y eficacia parental.
3. Conducta prosocial en los hijos (autocontrol, habilidades sociales, competencia educativa).
4. Salud mental en los hijos (problemas de concentración, depresión).
5. Consumo de alcohol y otras drogas.

La evaluación de los dos cuestionarios incluye otros factores que se estructuran en dos grandes referentes: padres y familia, por un lado; hijos, por otro.

Casi todos los valores de fiabilidad (medida como consistencia interna) de los factores encontrados en el análisis, indican una excelente consistencia, excepto de algunos factores secundarios.

Se deben realizar cambios sobre los cuestionarios iniciales adaptados a la población española, algunos de fácil explicación, como la mejora del diseño y otros surgen de la experiencia de aplicación y de los análisis de validación: selección de ítems, pruebas de consistencia; sustitución de secciones que corresponden a instrumentos ya validados para España, como los cuestionarios BASC (Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. 2004); mejora de los protocolos de aplicación, etc.

Evaluación cualitativa del proceso de implementación del programa de competencia familiar familiar (*strengthening family program*) en servicios sociales de atención primaria

ORTE, C.; PASCUAL, B.; OLIVER, J.L.

Universitat Illes Balears

En este documento se exponen las principales variables evaluativas que se han ido recogiendo en las últimas siete aplicaciones del Programa de Competencia Familiar (adaptación española del Strengthening Family Program) llevadas a cabo por el Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES), de la UIB, en siete centros de servicios sociales de atención primaria de Mallorca (Islas Baleares) de 2006 a 2008 y a lo largo de las 14 sesiones de duración del programa. El objetivo ha sido el de evaluar la implementación y el proceso de mejora continuada. Para ello se ha sistematizado la información recogida en los registros de seguimiento semanales así como la obtenida en las entrevistas realizadas con los 35 profesionales que han actuado en calidad de formadores en las diferentes aplicaciones.

Las informaciones recogidas aportan información en relación a:

- Dificultades surgidas en la implementación. En la ya larga trayectoria del Programa de Competencia Parental, la lógica de la mejora continuada ha constituido una forma de ir adaptando el Programa a diversidad de colectivos y situaciones. En este caso, esta adaptación ha ido dirigida a posibilitar la aplicación del Programa a familias usuarias de los Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Principales estrategias utilizadas para el seguimiento y resolución de situaciones de conflicto surgidas en el desarrollo de las sesiones tanto en lo que se refiere al grupo de padres y madres como al grupo de hijos e hijas.
- Mecanismos de adaptación a las necesidades educativas específicas de las familias participantes en el Programa.
- Consolidación progresiva y delimitación del programa como actuación socioeducativa versus intervención terapéutica.
- Necesidad de implicación de la red de recursos asistenciales y sociales en la dinámica del programa como herramienta clave en la captación y mantenimiento de la permanencia de los usuarios en el programa. El hecho de que las familias destinatarias hayan sido seleccionadas por los Servicios Sociales de Atención Primaria ha generado esta necesidad, pero también permite mejorar la eficacia de las propias actuaciones de estos Servicios.
- Elementos que favorecen la optimización de los recursos.

Análisis de debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades. Este análisis se ha realizado mediante la aplicación de la técnica DAFO al conjunto de formadores y coordinadores que han participado en las últimas siete aplicaciones del Programa de Competencia Familiar.

Vardenafilo en el tratamiento de la disfunción eréctil en pacientes con dependencia al alcohol. Ensayo clínico doble ciego cruzado controlado con placebo (Estudio Desea)

ORTEGA, M.L.L.; MATRAI, S.; GUAL, A.

*Unitat d'Alcoholologia. Servei de Psiquiatria. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción.

La Disfunción Eréctil (DE) constituye una complicación habitual en el curso clínico de los pacientes con dependencia al alcohol, siendo atribuible tanto a la propia enfermedad como a algunos de los tratamientos utilizados. Esta complicación en ocasiones se asocia al abandono del tratamiento de la dependencia al alcohol y a la mayor probabilidad de recaídas, y en todos los casos comporta una menor calidad de vida para el paciente.

Vardenafilo es un fármaco que actúa liberando óxido nítrico y posee una potente acción vasodilatadora, aumentando el flujo sanguíneo en el pene. Ha mostrado su efectividad en el tratamiento de la DE en población general y por sus características puede ser útil también en pacientes dependientes al alcohol.

Metodología.

40 pacientes con dependencia al alcohol debían ser incluidos en un ensayo clínico doble ciego, cruzado, controlado con placebo. Tras un período inicial de inclusión de 15 días en el que se debieron dar al menos 4 intentos fallidos de relaciones sexuales completas, los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos que recibieron Vardenafilo en dosis de 10mg o placebo, respectivamente, por un espacio de 2-4 semanas o hasta que hubiesen completado un mínimo de 2 intentos de relaciones sexuales, con la posibilidad de ajustar la dosis prescrita entre 5 y 20 mg. Tras un período de lavado de 1 semana, los pacientes iniciaron la segunda fase del tratamiento en la que recibieron la medicación alternativa (Vardenafilo o placebo) en las mismas condiciones que en la fase 1.

Resultados.

Se han incluido 32 pacientes, de los cuales 4 no llegaron a tomar medicación y otros 4 fueron excluidos tras iniciar el protocolo. El reclutamiento ha resultado sumamente costoso por diversas razones: dificultad de abordar el tema, reticencia de las parejas o falta de pareja estable, persistencia en el consumo de alcohol, etc.

La edad media de los pacientes incluidos era de 50,9 años (DE=8,7), siendo en su mayoría pacientes con un alcoholismo de larga evolución (18,8% de 5 a 10 años y 71,9% más de 10 años), con consumo diario e ingesta de alcohol superior a los 150g/día (14,4 Unidades de Bebida Estándar/día, DE=8,0) Aunque en el 62,5% de los casos la disfunción eréctil tenía más de un año de evolución, sólo un 12,5% de los pacientes había sido tratado por dicho motivo con anterioridad.

Conclusión.

A pesar de la elevada prevalencia de la DE en pacientes con dependencia al alcohol, las características de dicha patología hacen difícil su abordaje clínico y el reclutamiento de pacientes para ensayos clínicos. Aunque el tamaño de la muestra obtenida restará poder estadístico al estudio, los investigadores han observado diferencias importantes en la respuesta de los pacientes en las dos fases del estudio. No obstante, debemos esperar a la finalización del estudio y al análisis estadístico de los Resultados obtenidos para ver si se confirman las favorables impresiones clínicas iniciales.

El hábito tabáquico en el programa de actividades preventivas de la Comunidad Valenciana

PASCUAL, F.; PONCE, F.; COVES, C.; FONTOBA, J.;
PEREIRA, A.; GIL, V. F.

Unidad de Investigación del Departamento de Salud 18 de Elda.
Hospital General de Elda. Conselleria de Sanidad de la Generalitat
Valenciana.

Objetivos.

Se cuantifica la magnitud del tabaquismo, se analiza su asociación a los factores de riesgo cardiovascular y se identifica el perfil lipídico asociado.

Material y Métodos.

33.440 chequeos en la Comunidad Valenciana. Se valoró tabaquismo, junto con antecedentes de riesgo cardiovascular, prevención secundaria, sexo, edad, presión arterial (PA), colesterol total (CT) y glucemia (Gb). El examen se realiza en los centros de salud por enfermería con posterior decisión conjunta con el médico.

Resultados.

Fuman el 22,5% (IC 95%: 22,1-22,9). El análisis multivariante explicó la variabilidad en un 76,8%, y fueron significativas (todas $p < 0,001$): varón, no obeso, no hipertenso, diabético, con cifras menores de edad, PAD y Gb.

El tabaquismo aislado fue del 15% y la asociación más prevalente fue con la obesidad en un 3,1%. Se obtuvieron diferencias en las asociaciones del tabaquismo, tanto en los porcentajes ($p < 0,05$), como en las cifras medias de edad ($p < 0,001$) y sexo ($p < 0,001$).

Del estudio del perfil lipídico resultó: varón ($p < 0,001$), edades más jóvenes ($p < 0,001$), no hipertensión ($p < 0,001$), no diabetes mellitus ($p = 0,025$), cifras elevadas de Tg ($p < 0,001$) y más bajas de presión arterial diastólica ($p < 0,001$), glucemia basal ($p = 0,008$), CHDL ($p < 0,001$) e índice de masa corporal ($p < 0,001$).

Conclusiones.

Se cuantifica la magnitud y las asociaciones del tabaquismo a otros factores, siendo preocupante la encontrada con la obesidad. En fumadores, de forma preventiva hay que determinar el perfil lipídico completo por su fuerte asociación a dislipemia aterógena, sobre todo en varones jóvenes, que se escaparían al cribado sistemático del colesterol total.

Cumplimiento y eficacia del programa de deshabituación tabáquica de Petrer. Análisis de los primeros 126 fumadores.

PASCUAL, F; PONCE, F; COVES, C; FONTOBA, J;
PEREIRA, A; GIL, V.F.

Unidad de Investigación del Departamento de Salud 18 de Elda.
Hospital General de Elda. Conselleria de Sanidad de la Generalitat
Valenciana. Concejalía de Sanidad del Excmo. Ayto. de Petrer.

Objetivos.

Cuantificar el cumplimiento farmacológico y la eficacia de un programa de deshabituación tabáquica.

Material y Métodos.

Estudio observacional, longitudinal de 24 semanas. A 126 fumadores se les oferta este programa financiado parcialmente por varias instituciones. Se cuenta consulta específica de tabaco, terapia grupal y apoyo desde la oficina de farmacia. El éxito terapéutico se valora por coximetría (0-6 ppm) y cotinina (<10 ng/ml). El cumplimiento se valora mediante el recuento de comprimidos. Se considera cumplidor cuando toma entre el 80% y el 100%. Se analizaron los tests de Richmond y Fageström, se valoran los efectos secundarios y los motivos del incumplimiento.

Resultados.

123 pacientes terminan el seguimiento. Consiguen el éxito terapéutico el 48,4% (IC 95%: 39,7 - 57,1) y son buenos cumplidores el 26,8% (95%: 19,1-34,5). El cumplimiento medio fue del 50,5±34,6% y la media de días que tomaron el fármaco de 45,5 ± 31,2. Los principales motivos de incumplimiento fueron: decisión propia (49,6%) y efectos secundarios sin consultar con el médico (19,5%). En el análisis multivariante del éxito terapéutico obtuvieron significación: la terapia grupal (p=0,002) y mayor número de días de tratamiento. En el cumplimiento fue la mayor puntuación en el test de Richmond (p=0,01) y conseguir el éxito terapéutico (p=0,005).

Conclusiones.

En casi uno de cada dos fumadores, se consigue el abandono tabáquico, con un cumplimiento terapéutico medio del 50%. En nuestro programa existen pocas variables predictoras que explican tanto el éxito como el buen cumplimiento.

La adicción ¿cambia la personalidad?

PEDRERO PÉREZ, E.J.

CAD 4. Instituto de Adicciones. Madrid.

Introducción.

Recientemente se ha encontrado que la mayor parte de la varianza del cuestionario MCMI-II, que estima la existencia de trastornos de la personalidad, se explica por un número reducido de ítems que en realidad miden cambios recientes ("En los dos últimos años...", "Desde hace dos años...", etc.) y se vinculan con sintomatología del Eje I (Pedrero, 2009). El presente trabajo tiene por objeto explorar las relaciones entre esa dimensión de Cambio de Personalidad con otras variables que puedan informar del carácter de ese cambio.

Método.

Se aplica el cuestionario MCMI-II a una muestra de 930 sujetos que inician tratamiento por abuso o dependencia de al menos una sustancia, según criterios DSM-IV-TR. Se extraen los ítems que componen la dimensión de Cambio de Personalidad (ítems 27,45,54,98,99,118,128). Los sujetos cumplimentan también el cuestionario TCI-R de Cloninger y a una submuestra de 250 sujetos se les administran cuestionarios de sintomatología frontal (DEX-Sp y FrSBe-Sp).

Resultados.

La dimensión de Cambio de Personalidad del MCMI-II (consistencia interna $\alpha=0,85$) correlaciona $r=0,56$ con la sintomatología disejcutiva medida por el DEX-Sp; $r=0,67$ con la sintomatología frontal medida por el FrSBe-Sp; con Búsqueda de Novedad ($r=0,43$), Evitación del Daño ($r=0,59$) y con Autodirección ($r=-0,70$), medidas por el TCI-R.

Discusión.

1. La dimensión de Cambio de Personalidad del MCMI-II mostró adecuada consistencia interna y correlacionó significativamente y con gran tamaño del efecto con todas las dimensiones de sintomatología frontal estimada mediante dos cuestionarios diferentes. El Cambio de Personalidad predice una gran proporción de la varianza de las medidas de sintomatología frontal. Posiblemente, ambas variables estén fuertemente relacionadas, pudiendo hipotetizarse que los efectos farmacológicos de las sustancias junto con variables psicosociales (estrés, restricción estimular provocada por el consumo reiterado) se traducen en déficits en el funcionamiento de la corteza frontal que provocan un cambio de personalidad. Este cambio de personalidad por daño frontal está descrito y bien estudiado en patologías traumáticas, tumorales o degenerativas.

2. Estos cambios de personalidad parecen afectar principalmente a dos rasgos temperamentales: la Búsqueda de Novedad, vinculada a la actividad dopaminérgica, y la Evitación del Daño, vinculada a la actividad serotoninérgica. Ambas se incrementan en proporción directa al cambio de personalidad experimentado. Pero el rasgo que más afectado se muestra por este cambio de personalidad es el rasgo caracterial de Autodirección, que representa la capacidad individual para determinar las propias metas, utilizar los recursos disponibles, diseñar estrategias efectivas y tomar decisiones adaptativas: tareas que se corresponden con las funciones ejecutivas frontales, lo que apunta una vez más a un daño, cuando menos funcional, provocado por la adicción sobre la corteza frontal.

3. La pretendida comorbilidad de la adicción con trastornos de personalidad puede deberse a un artefacto de medida o a la inatención a cambios más o menos transitorios provocados por la adicción: la personalidad, como disposición estable a comportarse, puede no estar siendo adecuadamente medida en esta población. Sería necesario considerar el diagnóstico de trastorno orgánico de la personalidad, descartar daños estructurales permanentes y desarrollar técnicas neuropsicológicas encaminadas a la recuperación de las funciones dañadas.

Estudio comparativo entre usuarios en medidas penales alternativas y usuarios sin medidas penales alternativas de la población atendida en el CAS Alt Empordà

PELEGRINA, S.; RODRIGUEZ, C.; NADAL, M.; ESTAÚN, E.

CAS Alt Empordà

Objetivos.

El CAS (Centro de Atención y Seguimiento) del Alt Empordà (Girona) recibe cada vez más usuarios en tratamiento por orden judicial a través de las Medidas Penales Alternativas (MPA). El objetivo de este estudio fue comparar las características clínicas y sociodemográficas entre los usuarios con MPA y los usuarios sin MPA.

Material y Método.

Se diseñó un estudio descriptivo y retrospectivo de los usuarios atendidos en el CAS durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre del mismo año.

La recogida de datos se realizó a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes mediante un cuaderno de recogida de datos estandarizado y diseñado "ad hoc". Se registraron datos sociodemográficos y clínicos. Se registró para cada caso si el paciente cumplía los criterios DSM-IV-TR de abuso o dependencia de sustancias. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para determinar las diferencias entre los pacientes con y sin MPA.

Resultados.

La muestra estuvo formada por 169 usuarios el 76,3% fueron hombres y la edad media fue de 36,7 años (DE=12,2). El 11% (IC 95%=6,2-16,3), se encontraba en situación de MPA. El 8% (IC 95%=3,2-14,6) de la población de origen español cumplía MPA, este porcentaje se elevó a un 22,7% (IC 95%=7,8-45,4) de la población de origen magrebí y a un 15,8% (IC 95%=3,4-39,5) de otras procedencias. Un 38,8% de estos casos habían tenido condenas judiciales previas. El 27,8% (IC 95%=9,6-56,4) de personas en MPA no cumplieron criterios de dependencia según el DSM IV-TR (Chic cuadrado= 7,96; gl=1; p=0,005).

Conclusiones.

La mayoría de las personas que llegan a nuestro servicio procedentes de MPA son de origen extranjero, factor que dificulta la intervención terapéutica. Un alto porcentaje de estas personas no cumplen criterio de dependencia.

Estudio descriptivo de la población atendida en el CAS Alt Empordà

PELEGRINA, S.; RODRIGUEZ, C.; NADAL, M.; ESTAÚN, E.

*Unitat de Recerca; **Centre d'Atenció i Seguiment en Drogodependències Alt Empordà, Xarxa de Salut Mental, Institut d'Assistència Sanitària. CAS Alt Empordà

Objetivos.

El CAS (Centro de Atención y Seguimiento) del Alt Empordà (Girona) es un dispositivo sanitario que presta asistencia especializada en drogodependencias a la población de la comarca del Alt Empordà (129.158 habitantes). Esta comarca ha recibido en los últimos años una afluencia importante de población extranjera y, como consecuencia se ha producido un cambio importante en la demografía de la comarca. El objetivo de este estudio es describir las características de la población atendida en el CAS durante el año 2007.

Material y Método.

Estudio descriptivo retrospectivo de los usuarios atendidos en el CAS desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre. La recogida de datos se realizó a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes mediante un cuaderno de recogida de datos estandarizado y diseñado "ad hoc". Se registraron datos sociodemográficos y clínicos. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y un análisis bivariante entre diversas variables de interés.

Resultados.

La muestra estuvo formada por 169 usuarios, el 76,3% fueron hombres y la edad media fue de 36,7 años (DE=12,2). El 25,4 % fueron de procedencia extranjera, el 61,5% se encontraban activos laboralmente, el 29,6% se encontraban en situación de inactividad y el 8,9% eran pensionistas. La edad media de inicio en el consumo fue de 21,7 años (DE=8,3). El consumo de alcohol fue del 68,0%, el de cocaína del 46,7%, el de cannabis del 24,3%, el de heroína del 10,7% y el de drogas de síntesis del 1,2%. El 56,8% consumía una sola sustancia (62,5% alcohol) y el 43,2% dos o más. El consumo de más de una sustancia se asoció con la edad media de los participantes (40,4 años/1 sustancia; 32,7años/2 sustancias; 29,4 años/3 o más sustancias; $p < 0,001$). Un 29% de la muestra presentó antecedentes psiquiátricos previos.

Conclusiones.

Tres de cada cuatro usuarios son varones. Hay un alto porcentaje de población atendida de origen extranjero. También se evidencia un gran número de usuarios en situación de inactividad laboral o pensionistas. El consumo de más de una sustancia se asocia con una menor edad. Un tercio de los usuarios presentan comorbilidad psiquiátrica.

Implementación de un programa de incentivos para aumentar la adherencia en consumidores de cocaína en tratamiento en el CAID de Getafe en el contexto de un modelo de calidad (EFQM)

PÉREZ SANZ, T.

Centro de Atención Integral a las Drogodependencias - Ayuntamiento de Getafe - Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

Enviar correspondencia a:
Teotiste Pérez Sanz. Centro de Atención Integral a las Drogodependencias. Ayuntamiento de Getafe. Plaza Juan Vergara s/n. 28904-Getafe (Madrid). Mteotiste.perez@ayto-getafe.org

Introducción.

Desde que en 2000 en el Centro de Atención Integral a las Drogodependencias (CAID) del Ayuntamiento de Getafe adoptamos el modelo EFQM de gestión de calidad, asumimos como principio básico la mejora continua en los procesos de atención.

Como en otros centros, nos encontramos con un problema recurrente: el elevado número de pacientes (consumidores de cocaína) que abandonan el tratamiento.

En el CAID de Getafe, en el periodo comprendido entre septiembre de 2007 y marzo de 2008, contabilizamos abandonos del 10%, 16% y 11% en el primero, segundo y tercer mes de tratamiento respectivamente, en total 37%.

Nuestro indicador de referencia es reducir al 25% los abandonos en los tres primeros meses.

Las actuaciones que hemos puesto en marcha para conseguirlo son:

1. Formación de todo el equipo en competencias motivadoras.
2. Implementación de un Programa de Incentivos que refuerce la asistencia en ese período.

En las últimas revisiones sobre los tratamientos para la adicción a la cocaína, el Programa de Refuerzo Comunitario más Terapia de Incentivos es el que presenta mayores niveles de evidencia de efectividad (grado 1 -máxima evidencia-) según Casete y Climent, 2008.

El Programa de Refuerzo Comunitario, de amplio espectro conductual, tanto en formato individual como grupal, viene desarrollándose en el CAID de Getafe desde sus inicios en el año 1988; además, desde mediados de noviembre de 2008 aplicamos un Programa de Incentivos, que consiste en administrar vales, canjeables por artículos y actividades contingentes a las conductas de adherencia en consumidores de cocaína.

Estos tratamientos tienen su origen en el grupo de trabajo de la universidad de Vermont (Budney y Higgins, 1998); en España, la Universidad de Oviedo, en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas, ha publicado Resultados prometedores (Secades y García Rodríguez, 2007) obtenidos en el Centro Proyecto Hombre en Asturias.

Material y Metodología.

El programa dispone de los siguientes documentos:

- Contrato de aceptación del programa, y condiciones del mismo.
- Correspondencia entre los puntos y el valor de la actividad, y, actividades a elegir.
- Procedimiento para la obtención de los puntos.
- Tarjeta de puntos.

En la ejecución del programa, los puntos se asignan relacionados con el tiempo en tratamiento (a mayor tiempo, mayor puntuación), y se añaden puntos extra por la superación de los procesos, por la asistencia a las sesiones de grupo.

Resultados.

Se ofrecerán en la comunicación datos preliminares de los Resultados, todavía no disponibles en el momento de redactar este Resumen.

“No te pases de vuelta”, programa de prevención de los accidentes de circulación relacionados con el consumo de drogas, en las autoescuelas

PICADO VALVERDE, E. M^a.; MARTIN SANCHEZ, F.

Asociación Nueva Gente. Junta de Castilla y León. Diputación de Salamanca. Ayuntamiento de Salamanca

Las estadísticas nos siguen manifestando que la mitad de los accidentes se producen los fines de semana y son la primera causa de muerte entre los jóvenes; de los fallecidos un 48% dan positivo en el consumo de alcohol u otras drogas. Los datos del balance de los tres años del Permiso por Puntos señalan que la tasa de Alcoholemia es la cuarta causa de infracción y 49% son menores de 35 años.

Estos datos nos muestran que es necesario seguir trabajando la reducción de riesgos en la población joven. En el programa “No te pases de vueltas” trabajamos con una población diana muy concreta: principalmente jóvenes que en un corto espacio de tiempo van a tener permiso para conducir y por lo tanto la responsabilidad de decidir en que circunstancias y condiciones hacerlo. En las evaluaciones iniciales realizadas hemos podido observar que los alumnos presentan un bajo nivel de conocimiento sobre los efectos y consecuencias de las diferentes sustancias y su interacción en la conducción. Otro aspecto que reseñar es la escasa relación entre la percepción de riesgo y su conducta. Es un elevado porcentaje el que considera peligroso conducir bajo los efectos de las drogas y que a su vez ha montado, en alguna ocasión, con alguien que había consumido.

Estos datos nos llevan a considerar que es muy importante dedicar un programa a este problema que sigue provocando el mayor número de muertes al año entre la población joven, de forma que los futuros conductores estén mejor informados sobre las consecuencias del consumo de drogas en la conducción. De esta manera, se plantearán más el hecho de consumir drogas si tienen que conducir y estarán más preparados para tomar la decisión de conducir o no bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

Se ha llevado a cabo una exhaustiva recogida de aquellas alternativas que los jóvenes consideran que podrían implantarse con la finalidad de disminuir el número de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de drogas, entre las cuales, destacan: autobús nocturno los fines de semana con horario más amplio, potenciar la figura del conductor rotativo (con algún tipo de refuerzo positivo), aumentar las sanciones y los controles de alcoholemia. Junto con estas alternativas la mayoría de participantes resaltaron la importancia que tiene el recibir información, por ello, muchos opinan que este tipo de programas o similares se deberían realizar con más frecuencia, desde una edad más temprana y en otros ámbitos como colegios o institutos.

Analizando los Objetivos planteados, observamos el grado de consecución de los mismos, siendo los más alcanzados: ofrecer información, sensibilización de la población más joven y aumento de la percepción del peligro asociado a consumo y conducción.

Es destacable la observación unánime, realizada por los jóvenes, sobre las insuficientes alternativas a la conducción (durante los fines de semana y en horario nocturno) en la ciudad.

Programa de prevención de accidentes de circulación relacionado con el consumo de drogas “ Vuelve a casa”

PICADO VALVERDE, E. M^a.; MARTIN SANCHEZ, F.

Asociacion Nueva Gente

El programa “Vuelve a Casa” responde a una propuesta, cada vez más generalizada, por parte de las autoescuelas de Salamanca y provincia, de hacer llegar el trabajo de prevención que se realiza en las autoescuelas también a los centros educativos. Se está realizando el programa desde hace 3 años dirigido a la población más joven la cual cada vez se inicia a una edad más temprana en el consumo de alcohol y otras drogas como tabaco o cannabis. Se ha podido observar el poco conocimiento que los jóvenes tienen sobre el consumo de sustancias lo que les lleva a tener un gran número de creencias erróneas fuertemente arraigadas en ellos, así como un gran desconocimiento en cuanto a efectos a corto y largo plazo del consumo de drogas. Durante los tres años que se ha llevado a cabo este programa en centros educativos (2005, 2006 y 2007) se ha podido observar un aumento en la percepción de riesgo, pues aumentó el número de participantes que tras las sesiones consideró que con información como la que habían recibido se podrían evitar más accidentes de tráfico.

Es importante resaltar que son los propios jóvenes los que demandan más información sobre el consumo de drogas, ya que consideran que programas como este ayudan a detectar las consecuencias reales del consumo.

Por otra parte los profesionales que trabajan con estos colectivos más vulnerables (profesores, educadores, etc) consideran fundamental este tipo de programas para concienciar e informar a los jóvenes.

Esta demanda no sólo la realizan los jóvenes, también hemos podido observar que los educadores de calle, profesionales dedicados al colectivo de jóvenes más vulnerable, ven en esta iniciativa llevada a cabo por los centros una vía de entrada al acceso de información que en muchas ocasiones observan como necesaria en la población para la que ellos trabajan.

Los Objetivos del programa son los siguientes:

- Reducir los daños asociados al consumo de alcohol-conducción y cannabis-conducción.
- Reforzar la idea de que la conducción es incompatible con cualquier consumo de alcohol y de otras drogas, como el cannabis.

El taller plantea la realización de tres sesiones que se realizarán a ser posibles en semanas consecutivas con el fin de mantener el interés de los estudiantes y la coherencia de la intervención. Los contenidos de las tres sesiones son los siguientes:

- Sesión 1: Mitos sobre el alcohol y el cannabis.
- Sesión 2: Promoción de alternativas seguras en la conducción.
- Sesión 3: Habilidades de Resistencia.

Para la realización de las distintas sesiones se plantea una metodología participativa basada en dinámicas que faciliten la participación de los alumnos, tanto en la adquisición de nuevos conocimientos, como en la motivación a la utilización de alternativas más seguras (transporte público, no consumir alcohol o conductor rotativo).

El taller se evalúa con un pretest, antes de iniciar el programa y un post una vez que ha finalizado.

Programa "Hablemos de drogas" (prevención del consumo de drogas en los jóvenes)

PRATS, J.; SOLÉ, M.

Fundación La Caixa

Atenta a la realidad que rodea a muchos jóvenes y a sus familias en relación con el consumo de drogas, la Obra Social "la Caixa" ha decidido impulsar el programa "Hablemos de drogas"; dirigido a prevenir, informar y sensibilizar sobre las drogas a los distintos agentes que son elementos clave en este Objetivo.

El programa "Hablemos de drogas"; tiene como finalidad sensibilizar y prevenir a los jóvenes ante las drogas y se aborda de forma integral: ofreciendo recursos de información, orientación y formación a las familias, la comunidad educativa, los profesionales de la salud y los jóvenes.

Los principales Objetivos del programa "Hablemos de drogas" son: promover una conciencia social de los efectos nocivos de las drogas, que facilite un aumento de la percepción de riesgo entre los jóvenes; facilitar recursos de información, orientación y formación a las familias y a los agentes educativos y sanitarios; desarrollar las habilidades y competencias personales para rechazar el consumo de drogas.

Es por ello que ofrecemos a través del programa "Hablemos de drogas", las siguientes actuaciones: Una campaña de sensibilización dirigida a las familias que consta de: una guía para los padres, de la que ya hemos distribuido gratuitamente más de un millón de ejemplares, que ofrece consejos y estrategias para lograr una buena comunicación, partiendo de la perspectiva de que prevenir es ayudar a decidir. Y un teléfono gratuito de atención a las familias (900 22 22 29), con la colaboración de la Dirección General de las Familias y la Infancia del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, que tiene por objetivo orientar y proporcionar a las familias pautas de actuación en la relación con sus hijos para prevenir las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas e informar de recursos especializados adecuados a la demanda de cada familia.

La segunda línea de actuación es un material educativo para trabajar la prevención en el aula, que ya se ha distribuido a todos los centros educativos de secundaria de toda España (un total de 8.770) y también se entrega a todos los profesores que visitan la exposición con sus alumnos, para que puedan seguir trabajando, en el aula, la prevención del consumo de drogas.

La tercera línea de actuación es una campaña de actualización para los profesionales en los centros de salud, que hemos realizado en colaboración con semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), que consta de una guía en la que se recogen algunas preguntas frecuentes relacionadas con el consumo de drogas y algunas respuestas posibles, además de recomendaciones prácticas.

Finalmente, hemos realizado la Exposición interactiva "Hablemos de drogas" que está itinerando por toda España (ahora está en Málaga y Barcelona), que invita a reflexionar en torno a una serie de conceptos básicos sobre las drogas, de una forma comprensible.

Sistematización de la información en un registro de intervención en familias

REAL, A; HERRERO, F.; FERNÁNDEZ, A.; CRESPO, P.; LUCAS, F.; CUESTA, R.; LÓPEZ, G.; LÓPEZ, F.; DOMÍNGUEZ, C.; GÓMEZ, A.; CASTAÑOS, A.; CATALÁN, D.; GALLUD, M.; DELICADO, A.; TOMÁS S.; RAMÍREZ, P.; VERDÚ, F.; CASTELLANO, M.

* GVDA (Grupo Valenciano de Drogodependencias y Otras Adicciones)
** Direcció General Drogodependències. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

El Grupo Valenciano de Drogodependencias y otras Adicciones (GVDA) con sede social en Valencia, es una Federación en el ámbito autonómico de carácter civil, sin ánimo de lucro compuesta por diez ONG's que desarrollan su labor en la acción, asistencia e inclusión social en el ámbito de la drogodependencia y otras adicciones. El GVDA en colaboración con la Direcció General de Drogodependències de la Conselleria de Sanitat ha creado un sistema informático cuya finalidad es proporcionar a los centros del GVDA una herramienta unificada que sirva para la sistematización de la información sobre la intervención en familias.

El GVDA ejecuta el Programa de Familias con un protocolo consensuado de intervención a través del proceso: recepción y acogida; acceso al programa; evaluación y fin de tratamiento. Las actividades son a nivel individual (acogida/readmisión; valoración; psicoterapia; asesoramiento social-legal) y grupal (grupos informativos; terapéuticos y de orientación).

Sistema de información.

El GVDA ha consensuado los ítems de información necesarios para desarrollar el programa de familias.

Este esfuerzo de estandarización ha permitido el desarrollo de un programa informático para la gestión de las actividades en cada centro. El sistema gestiona los episodios de intervención y los tratamientos recibidos por cada uno de los miembros de la familia facilitando el seguimiento y la realización de informes y estadísticas.

La historia de la familia es el instrumento de registro de la información y las actividades realizadas en varios niveles.

Variables sociodemográficas: Se recogen para cada miembro de la familia que participa en el programa Historia de consumo: que recoge la sustancia por la que se demanda tratamiento, la información previa de la familia y el número de tratamientos previos.

VARIABLES DEL MODELO: para cada episodio se registra la información de proceso de la intervención.

incluyendo las fechas de las acciones, tipo intervención y desarrollo de la misma, permitiendo conocer el conjunto de actividades realizadas sobre una familia ante un problema concreto a lo largo del tiempo.

Evaluación y Seguimiento.

Se ha definido un conjunto de indicadores de evaluación que hacen referencia tanto al proceso (estancia media) como al resultado (número y causa de bajas) que facilitan la toma de decisiones para mejorar las intervenciones. Se realizan informes de evaluación anuales, semestrales y trimestrales, a través del registro de los indicadores, permitiendo conocer la distribución de las familias atendidas en el ejercicio (continúan tratamiento-nuevas demandas-readmisiones); las causas de baja familiar (abandonos-altas voluntarias-terapéuticas-derivaciones). Se incluye los indicadores correspondientes a la evaluación de 2008.

El programa permite elaborar informes a dos niveles de agregación: a nivel de centro y a nivel de grupo, constituyendo una herramienta indispensable para la gestión del GVDA.

Acciones para mejorar el servicio de dispensación de metadona según el modelo EFQM

RODRÍGUEZ REINADO, C.; MILLÁN CARRASCO, A.; VENEGAS SÁNCHEZ, J.; PÉREZ LÁZARO, J.J.; MONTES OCA, M.

1. Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad de Huelva.
2. Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.

Enviar correspondencia a:
Carmen Rodríguez Reinado. Departamento de Sociología y Trabajo Social. Campus El Carmen. Avda. Fuerzas Armadas s/n 21071 Huelva. Universidad de Huelva. carmen.rodriguez@dstso.uhu.es

Introducción.

Estudios recientes ponen de manifiesto que mejorar la asistencia del servicio de dispensación de metadona en los Centros Atención Primaria constituye un factor crítico en la calidad de los PTM.

Objetivo.

Identificar y priorizar acciones de mejora para el servicio de dispensación de metadona.

Metodología.

Método de consenso Delphi, dos rondas de entrevista con cuestionario administrado por correo electrónico. En la primera ronda se identificaron las acciones a través de un cuestionario con preguntas abiertas. En la segunda se valoró la importancia y factibilidad de las mismas a través de un cuestionario que contenía una matriz multicriterio. El panel de expertos/as estuvo formado por 39 profesionales con los perfiles: dispensadores/as de metadona en los CAP, prescriptores de metadona en los CPD y coordinadores/as de dispositivos asistenciales del PTM. Se definieron criterios de inclusión para el panel así como variables sociodemográficas en la composición del panel.

Resultados.

En total se identificaron 82 acciones. La mayor frecuencia se obtuvo en acciones ligadas al criterio del modelo EFQM Agentes Facilitadores, destacando el agente Política y Estrategia del servicio de dispensación de metadona. En cuanto a la importancia de las acciones, el mayor consenso se obtuvo en los criterios: Política y Estrategia, Alianzas y Recursos y Liderazgo. Las acciones priorizaban la importancia de definir Objetivos y actuaciones del PTM así como la coordinación con otros recursos asistenciales.

Conclusión.

El mayor consenso obtenido, tanto en importancia como en factibilidad, en las acciones de mejora, ligadas al criterio de Política y Estrategia del modelo EFQM, pone de manifiesto que es necesario, desde el punto de vista de los/as profesionales, que se fortalezcan los elementos de liderazgo y coordinación necesarios para la correcta implementación de la filosofía del Programa intersectorial de tratamiento con metadona en la red de atención primaria sanitaria.

De marcha con el deporte. La práctica del deporte como instrumento para la prevención del consumo de drogas

RODRÍGUEZ-MARTOS, A.; CORBELLA, M.; FERNÁNDEZ, H.

Agència de Salut Pública de Barcelona; , Fundació Mensalus; Técnico de deporte UBAE-Eurofitness

Introducción.

El programa De Marxa fent Esport (De marcha con el Deporte) es una iniciativa desarrollada en el marco de un programa más amplio de ocio saludable (De Marxa sense Entrebancs – De Marcha sin Tropiezos). Dado que la adolescencia es una edad crítica para el establecimiento de hábitos futuros, se considera que la oferta de un programa gratuito de actividad física puede constituir un instrumento de promoción de un estilo de ocio saludable y de prevención de hábitos tóxicos.

Material y Métodos.

Tras formar a los monitores deportivos (técnicos en actividades dirigidas) en prevención de hábitos tóxicos, el programa se ofrece a los escolares de 3º y 4º de ESO de los centros educativos del territorio seleccionado. En la 1ª fase, se organiza una salida escolar, en que los alumnos visitan la instalación deportiva acompañados de su profesor de EF. Durante 4 horas practican actividades diversas y reciben una sesión formativa sobre prevención.

La 2ª fase, extraescolar, consiste en la práctica de ejercicio físico dirigido durante 3 meses (2 horas dos días a la semana) en la instalación deportiva + 3 salidas de deporte urbano en fin de semana. Resultados 46 alumnos, 78% chicas y 60% nacidos en el extranjero (sobre todo latinoamericanos), edad media 15,4 (DS:1,5) años. Se repartieron en dos grupos de 23, que asistieron a dos sesiones de 2 horas semanales de actividad física durante 3 meses. El 61% - asistió al 80 - 100% de las sesiones y todos asistieron al menos a la mitad. El 30% participó en las salidas de deporte urbano (bicicletada popular, patinaje y voleibol).

Al final del programa, el 65% había incrementado su actividad deportiva regular y el 47%, la práctica de ejercicio físico con amigos. El contenido de su tiempo libre se había desplazado en un sentido positivo, había mejorado sus hábitos de salud, sociabilidad y estado de ánimo, 100% habían tomado mayor conciencia de los riesgos asociados al consumo de drogas y el 83% manifestaba tener menos ganas de consumirlas. El 100% estaba satisfecho con el programa (igual o mejor a lo esperado) y estaría interesado en continuar participando en actividades deportivas.

Discusión.

Se estima que la práctica de actividad física es una excelente herramienta preventiva, cuando los monitores son debidamente formados y supervisados. El hecho de desarrollar la actividad extraescolar en miércoles y viernes por la tarde, cuando no hay clase, evita además tiempos muertos en la calle.

El buen resultado de la experiencia piloto invita a la extensión progresiva del programa a toda la ciudad y a su ampliación con la organización de campus estivales y de una cuota reducida para quienes deseen continuar por su cuenta con la práctica deportiva.

Evaluación neurológica del desempeño ocupacional en adictos

ROJO MOTA, G.

Terapeuta Ocupacional. CAD 4, Instituto de Adicciones. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Enviar correspondencia a:
Gloria Rojo Mota. C/ Alcalá, 527. 28027 MADRID. gloriaroj@yahoo.es

Introducción.

Las alteraciones que definen la adicción tienen importantes correlatos neuropsicológicos al nivel de una disfunción del lóbulo frontal, cuyas principales funciones incluyen la programación y organización del comportamiento (funciones ejecutivas) y su ejecución motora. El Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) es un procedimiento de evaluación de Terapia Ocupacional ampliamente utilizado en patologías neurológicas, proporcionando Resultados estandarizados sobre habilidades de procesamiento y ejecución motora, que pueden ser útiles para cuantificar la disfunción cerebral de personas adictas.

Método.

El AMPS es una prueba de observación sistematizada de ejecución de tareas cotidianas y familiares para el paciente, que mide: (a) capacidad para seguir instrucciones, establecer planes y perseguir Objetivos; (b) calidad de ejecución motora orientada a metas. El paciente elige dos tareas conocidas (p.e., higiene o alimentación), se establece un acuerdo preliminar sobre cómo suele ejecutar tales tareas y cómo las hará durante la evaluación; posteriormente se aplica un protocolo de observación sistematizada. Los Resultados se comparan con los niveles de procesamiento y ejecución estándar para su grupo de edad y sexo. Adicionalmente, los sujetos cumplieron una amplia batería de pruebas neuropsicológicas (Toulouse-Pieron, BADS, Stroop, Wisconsin-Card-Sort-Test, Continuous-Performance-Test, etc.) y un autoinforme de sintomatología disejecutiva en la vida cotidiana (Cuestionario Disejecutivo, DEX-Sp). Las pruebas se aplicaron a una muestra de 37 sujetos en tratamiento, con criterios para abuso/dependencia de al menos una sustancia.

Resultados.

Los adictos obtuvieron puntuaciones inferiores a las esperadas para su grupo, tanto en habilidades de procesamiento (70%) como de ejecución motora (73%). No aparecieron diferencias por droga principal, sexo o escolarización. Las habilidades motoras y de procesamiento correlacionaron positivamente con: atención selectiva y sostenida (Toulouse Pieron), planificación y resolución de problemas (Búsqueda de Llaves), memoria visual inmediata y demorada (Figura Compleja de Rey), inhibición de respuestas automáticas (Stroop), ejecución continua (Continuous Performance Test) y amplitud de memoria operativa (Wechsler Memory Scale). La correlación con el autoinforme de sintomatología fue pobre ($r = -0,28$).

Conclusiones.

Casi las tres cuartas partes de los adictos muestran déficits en habilidades de procesamiento y en la calidad de ejecución de tareas cotidianas frente a los controles. Estos Resultados correlacionan significativamente con los obtenidos en las pruebas neuropsicológicas que evalúan funciones aisladamente. El AMPS ofrece una medida con validez ecológica incremental, al evaluar su desempeño en actividades reales, con propósito y significativas para los pacientes. Estos Resultados traducen dificultades en el desempeño en la vida real; sin embargo, la correlación entre las puntuaciones obtenidas en el AMPS y las autoinformadas por los pacientes en el DEX es muy baja, apuntando a pobre conciencia de déficits.

La Terapia Ocupacional dispone de procedimientos con probada eficacia en patologías neurológicas severas, encaminadas a rehabilitar funciones alteradas y mejorar el rendimiento en tareas reales. Es posible que estas intervenciones sean de considerable utilidad en los programas de tratamiento de las adicciones. Además, el entrenamiento de las funciones alteradas, en coordinación con otras intervenciones (p.e., farmacológicas), puede mejorar los Resultados de otras áreas (p.e., psicoterapéutica), incrementando la efectividad global de los programas de tratamiento de personas adictas.

House ¿ficción o realidad?: Perfil del médico adicto a opiáceos

ROMAGUERA PIÑOL, A.; NAVARRO MARFISIS, M.C.; PRAT GALBANY, M.; RONCERO ALONSO, C.; LUSILLA PALACIOS, P.; CASAS BRUGUÉ, M.

1 Unidad de Psiquiatría Hospital Vall d'Hebron, Barcelona;
2 Fundación Galatea, Barcelona

Introducción.

El abuso y dependencia de opiáceos en médicos es un serio problema, no sólo por la salud del mismo, sino también por el riesgo de mala praxis. Según diversos autores, se asocia a negación de la enfermedad y a una mayor tasa de la esperada de mortalidad por sobredosis o suicidio. Sin embargo, hay pocos estudios que describan el perfil de esta población.

Material y Método.

Se realiza una revisión retrospectiva de las características clínicas y demográficas de los médicos afectados de adicción a opiáceos (AO) tratados en el Programa PAIMM de la Fundación Galatea de Barcelona desde Noviembre de 1998 a Diciembre de 2007.

Resultados.

De 1024 médicos tratados en el PAIMM, un total de 50 fueron diagnosticados de AO (4.9%). 42 precisaron de ingreso hospitalario (10% del total de médicos ingresados). Los médicos con AO solicitaron tratamiento de forma voluntaria con menor frecuencia que los médicos con otro diagnóstico (58% vs. 80%), accediendo al programa como consecuencia de una denuncia oficial al Colegio de Médicos en mayor medida que el resto (3.6% vs. 1.3%). 42 pacientes con AO eran varones y 8 mujeres. La edad media de los pacientes fue de 42.8 años, siendo más jóvenes que el resto de los médicos. El 28% de los médicos con AO eran médicos de familia, 14% trabajaban en una especialidad quirúrgica, 16% eran médicos especialistas no quirúrgicos, 16% no tenían especialidad y 6% eran médicos residentes. Cuatro pacientes fueron diagnosticados de abuso de opiáceos y 46 de dependencia.

Los opiáceos más usados fueron codeína (24%), fentanilo y derivados (18%), heroína (16%) y meperidina, usándolas varias veces al día en un 50% de los pacientes. La vía de administración fue la parenteral en el 58%, oral en el 32% y fumada en el 10%. El 54% de los médicos adictos a opiáceos presentaban comorbilidad en el eje I o II del DSM-IV, siendo el trastorno afectivo el más común (40%), seguido del Tr. de personalidad (26%). Un 88% de los pacientes consumían además de opiáceos otras drogas: benzodiazepinas (60%), alcohol (52%) y cocaína (22%). Como datos relevantes en la historia clínica, un 88% reconocían automedicarse, un 16% tenían antecedentes de intentos autolíticos previos y un 72% habían realizado algún tratamiento previo, siendo el retraso en pedir ayuda de 7.5 años.

Discusión.

Los médicos con AO suponen un reto a los programas especiales para médicos puesto que suelen ser reacios a solicitar tratamiento, presentan una mayor mortalidad a la esperada y son motivo de preocupación para los Colegios de Médicos por su mayor riesgo de generar demandas. Por este motivo precisan, además de la terapéutica habitual, un estricto control y seguimiento a fin de detectar recaídas precoces. Los Colegios de Médicos y los programas orientados a la promoción de la salud en los profesionales sanitarios juegan un papel decisivo a la hora de detectar la población de riesgo y orientar a los programas especiales de tratamiento precozmente.

Presencia diferencial de trastornos de personalidad en pacientes politoxicómanos y monotoxicómanos ingresados en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario Vall d'Hebrón

RONCERO, C.; DÍAZ, S.; GRAU-LOPÉZ, L.; SÁNCHEZ, L.;
RODRÍGUEZ, L.; CASTRILLO, E.; EGIDO, A.; DAIGRE, C.;
SAÉZ-FRANCAS, N.; CASAS, M.

*CAS Vall Hebrón, Barcelona, España
** Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebrón,
Barcelona, España
*** Universidad Autónoma, Barcelona, España

Introducción.

Debido a la elevada comorbilidad presente entre los trastornos de personalidad y los trastornos por sustancias existe un interés creciente en el estudio sobre la dirección de estas relaciones y las características en las que se presentan.

Así mismo, en este estudio se analiza y describe la presencia de trastornos de personalidad, según el patrón de consumo de los pacientes de la muestra y del número de trastornos por sustancias que presenten.

Material y Método.

Por medio de la entrevista diagnóstica SCID-I, se evalúa la presencia de trastornos por sustancias (según criterios DSM-IV-TR) y de la entrevista diagnóstica SCID-II, se explora la presencia de trastornos de personalidad (según criterios DSM-IV-TR), a una muestra de 199 pacientes (75,4 % hombres, 24,6% mujeres, edad media de 38,63 años) ingresados en la Unidad hospitalaria de desintoxicación del Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

Resultados.

Del total de 199 pacientes con criterios de abuso y/o dependencia de sustancias, el 43,20% presentan Trastorno de personalidad; siendo policonsumidores un 80,23% de estos.

Así mismo, el 56,80% de la muestra total no presenta trastorno de personalidad y en este caso sólo un 56,64% son policonsumidores.

Discusión.

Los pacientes que presentan dos o más trastornos por sustancias presentan mayor número de trastornos de personalidad que los que sólo presentan un trastorno por sustancias. Los que sólo padecen un trastorno por sustancias, presentan en mayor frecuencia ausencia de trastorno de personalidad. Es necesario profundizar en el estudio de la relación entre el número de trastornos de personalidad y el número de sustancias abusadas.

Se debe ser precavido y es necesario evaluar adecuadamente a los pacientes, ya que el policonsumo puede producir síntomas que mimeticen la patoplastia de los trastornos de personalidad.

Caracterización psicopatológica de pacientes abusadores de analgésicos en el Cas Vall Hebrón

RONCERO, C.; POZO-ROSICH, P.; GÓMEZ-BAEZA, S.; JACAS, C.; DÍAZ, S.; ÁLVAREZ, A.; ALVARÓS, J.; EGIDO, Á.; SÁNCHEZ, L.; CASAS, M.

*CAS Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, **Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall Hebrón. *** CAS Vall Hebrón. **** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall Hebrón. ***** Servicio de Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d' Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:
Dr. C Roncero. Servicio de Psiquiatría. Hospital Vall Hebrón. Paseo Vall Hebrón 119-129.08035 Barcelona croncero@vhebrón.net

Introducción.

Se conoce que existe comorbilidad entre la cefalea y los trastornos psicopatológicos. Un 22-32% de migrañosos han padecido una depresión mayor en algún momento de su vida y aproximadamente el 50% de ellos cumplen criterios para el trastorno de ansiedad. Además, en un pequeño porcentaje de ellos se relaciona la existencia de comorbilidad psiquiátrica como un factor de riesgo para la transformación del dolor de cabeza episódico en crónico o, en cefalea por abuso de medicamentos (CAM) (Smitherman et al, 2008). Es importante diagnosticar la cefalea por abuso de medicamentos y los factores psicológicos que van asociados a ella ya que repercutirán en la evolución y recuperación del paciente (Grazzi et al, 2007). Los pacientes CAM que presentan niveles altos de ansiedad y sintomatología depresiva tienen más dificultad a la hora de realizar una deshabitación y, al mismo tiempo, provoca que sus dolores de cabeza sean más intensos y esto generará, a la vez, más sintomatología ansioso-depresiva (de Filippis et al 2005). Los trastornos de personalidad pueden alterar la eficacia del tratamiento (Baskin, 2007), especialmente los relacionados con el Cluster B (Radat et al, 2002).

Material y Método.

Se describe una cohorte de 25 pacientes que abusan de medicamentos analgésicos que son derivados del Servicio de Neurología al programa de CAM del CAS Vall Hebrón durante 2007-08. El 84% son mujeres, la media de edad es de 50,04 (_12,12). Se realiza una evaluación que incluye las entrevistas diagnósticas SCID-I y SCID-II, la evaluación de síntomas ansioso-depresivos (STAI-E, STAI-R y BDI) y de calidad de vida (SF-36).

Resultados.

La mayor parte de los pacientes presenta puntuaciones leves cuando se evalúa los síntomas de depresión (BDI) y puntuaciones moderadas al evaluar el nivel de ansiedad (STAI-E y STAI-R).

La calidad de vida no es percibida como positiva, siendo en algunas de las subescalas negativa.

Hay un 64% de pacientes de la muestra que en el eje I tienen trastornos afectivos, presentando en todos ellos trastornos comórbidos. En el eje II un 20% presentan criterios para un trastorno de personalidad.

Discusión.

En la muestra estudiada se detecta:

- 1) Mayor número de pacientes con sexo femenino (5:1), siguiendo un patrón contrario al resto de pacientes con abuso de sustancias.
- 2) Mayor comorbilidad de trastornos ansioso-depresivos.
- 3) Presencia de trastornos depresivos.
- 4) Ansiedad moderada sin encontrarse diferencias en estado y rasgo.
- 5) Percepción baja en cuanto a la calidad de vida. Presentan un mayor deterioro en: Dolor corporal y Vitalidad. Valorando las demás funciones a un nivel medio.

Es necesario hacer estudios más amplios que permitan describir las características clínicas de estos pacientes y que permitan realizar un abordaje específico.

Participación y recogida de datos en diversos programas de terapia a través de la aventura (*Adventure Therapy*) para el tratamiento de adolescentes en Estados Unidos, semilla para establecer un programa para adolescentes con conductas adictivas en Valencia

ROSE, A.

Profesor Master Oficial en Educación y rehabilitación en conductas adictivas. Universidad Católica de Valencia. Representante por España del Adventure Therapy International Committee (ATIC).

Enviar correspondencia a:
Alexander Rose. Universidad Católica de Valencia S. Vicente Mártir.
C. Sagrado Corazón, 5. 46110 Godella (Valencia) alex.rose@ucv.es

Introducción.

La Terapia a través de la aventura (*Adventure therapy*) se viene usando desde hace más de 30 años en países como EEUU, Canadá, Reino Unido y Australia para tratar a población adolescente con problemas de adicción.

La terapia a través de la aventura, según Ringer (2003), es un campo de empeño relativamente nuevo que ha originado acciones englobando la combinación de actividades al aire libre con exigencia física y psicológica en un escenario remoto en el medio natural. Además, la terapia a través de la aventura ha utilizado principios del aprendizaje experiencial en marcos grupales, y se ha desarrollado en diferentes vías de una variedad de tradiciones terapéuticas derivadas de la orientación psicopedagógica, psicología, sociología y educación.

A priori, Nadler (1993) establece dos enfoques de programas diferentes:

- a. Tratamientos en los que el paciente reside en alguna institución y donde se organizan salidas al medio natural, complementadas con actividades de gran riesgo percibido, pudiendo ser éstas de duraciones medias y largas.
- b. Rutas de exploración en el medio natural complementadas o no con actividades de gran riesgo percibido. Estos programas suelen conocerse con el nombre de *Wilderness Therapy*.

Por sus características, sobre todo el segundo enfoque, es especialmente indicado para trabajar con adolescentes con problemas de conductas adictivas, disruptivas y con comportamientos antisociales.

Recogida de datos en programas de Terapia en Estados Unidos.

Durante los últimos seis meses, el autor ha participado en tres programas terapéuticos con enfoques diferentes:

- *Aspen Achievement Academy*: Programa de 6/8 semanas de duración de ruta. El cliente pasa por varias fases de responsabilidad grupal hasta su graduación. Un psicólogo, una vez a la semana, visita al grupo para llevar a cabo sesiones individuales, mientras que las sesiones grupales, una diaria, son llevadas a cabo por trabajadores sociales o educadores.
- *Open Sky Wilderness Therapy*: Este programa, con la misma estructura que el anterior, se diferencia en que, cada semana el grupo acude a un campamento base para las sesiones del terapeuta.
- *Catherine Freer Wilderness Therapy for adolescents*: Este programa de 21 días de duración cuenta con la el apoyo de un terapeuta para el grupo las 24 horas, donde se ha establecido un número mínimo de sesiones tanto individuales como grupales.

Estos tres programas son representativos de los más de 500 censados en EEUU (Russell, Hendee y Phillips-Miller, 1999), por la selección realizada por Davis-Berman y Berman (2008) y Russell y Hendee (2000). En todos ellos existen componentes de terapias familiares y una aproximación terapéutica individual.

Consumo de alcohol y su influencia en el uso del preservativo durante las relaciones sexuales

RUIZ, E.; BALLESTER, R.; GIL, M.D.; GIL, B.;
GIMÉNEZ, C.

* Universitat Jaume I de Castelló. Depart. de Psicologia Bàsica, Clínica y Psicobiología.

** Universitat de València. Estudi General. Depart. de Psicologia Evolutiva y de la Educación

Enviar correspondencia a:

Alexander Rose. Universidad Católica de Valencia S. Vicente Mártir. C. Sagrado Corazón, 5. 46110 Godella (Valencia) alex.rose@ucv.es

Introducción.

Un gran número de trabajos han asociado el consumo de alcohol con la realización de conductas sexuales de riesgo, sobretodo con la no utilización del preservativo en las relaciones sexuales (Cooper, 2006), aumentando por tanto la prevalencia de ITS y VIH entre la población. Se ha demostrado que el alcohol influye en el proceso de toma de decisión en las situaciones sexuales, aumentando las actitudes negativas hacia el condón, incrementando la intención de participar en relaciones sexuales de riesgo (Abbey et al, 2005), interfiriendo negativamente en la negociación ante el sexo desprotegido (Maisto et al, 2004) o disminuyendo la percepción de riesgo. Por ello, el objetivo de nuestro trabajo es analizar la relación entre el consumo de alcohol y otras drogas, y el uso de preservativo, como medida de prevención.

Material y Método.

Participantes: 7463 estudiantes de la Universitat Jaume I de Castellón, que participaron en las mesas informativas expuestas por UNISEXSIDA con motivo del Día Mundial de la Lucha Contra el Sida entre 1999 y 2008. Las edades estaban comprendidas entre 17 y 25 años ($X=20,38$, $DT=2,00$), siendo el 63,6% mujeres y el 36,4% hombres.

Instrumentos.

Encuesta sobre el Sida-ENSI (Ballester, R. y Gil, MD., 2000) con 25 ítems de respuesta variada que intenta recoger determinadas variables relacionadas con la prevención de las conductas de riesgo (alfa de Cronbach=.620 y fiabilidad test-retest=.840).

Resultados.

Observamos que el 46,3 % de la muestra no utiliza el preservativo de forma sistemática cuando está bajo los efectos del alcohol/drogas. Las diferencias encontradas en función del sexo y la orientación sexual se demuestran estadísticamente significativas ($t=-3.193$, $p\leq 0.001$; $F=7.102$, $p\leq 0.000$ respectivamente), siendo los hombres y los homosexuales los que presentan menor uso del condón en esta situación. Por otra parte, un 22% (hombres=29,7%; mujeres=17,4%) de la muestra investigada había bebido alcohol en su última relación sexual y un 8,3% (hombres=12,9; mujeres=5,7 %) había consumido alguna otra droga. En cuanto a la autoeficacia en el uso del condón bajo efectos de alcohol/drogas, observamos que la puntuación obtenida por la mujeres es superior ($X=3,85$; $DT=1,35$) a la obtenida por los hombres ($X=3,58$; $DT=1,49$), mostrando diferencias significativas estadísticamente ($t=-6.103$, $p\leq 0.000$).

Conclusiones.

Teniendo en cuenta que un gran número de las personas encuestadas tomó alcohol/drogas en su última relación sexual, y que el 50% no utiliza preservativo de forma sistemática cuando está bajo los efectos del alcohol/drogas, pensamos que la variable consumo de sustancias debería ser incluida en las estrategias de prevención. Las influencias directas e indirectas que ejerce el consumo de sustancias en las conductas sexuales de riesgo ofrecen múltiples oportunidades para las intervenciones preventivas, por ejemplo trabajar estrategias asertivas específicas para este tipo de situaciones.

Estudio de la prohibición del consumo de tabaco en los hábitos deportivos de la sociedad madrileña

SÁEZ RODRÍGUEZ, G.; MONROY ANTÓN, A.;
RODRÍGUEZ LÓPEZ, Á.

Enviar correspondencia a:
g.saez@uah.es; antonio.monroy@uam.es;
anrod20012000@yahoo.es

Introducción.

La prohibición de fumar en los lugares públicos establecida en la Comunidad de Madrid por la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco ha podido tener un fuerte impacto en el cambio de algunos de los hábitos de la población madrileña, entre los que se encuentran los hábitos deportivos.

En esta comunicación se intenta comprobar en qué medida se han visto afectados dichos hábitos, tanto en cuanto a la cantidad como a la calidad, esto es, al cambio en el tipo de actividad física realizada.

Material y Método.

El estudio se ha realizado mediante la encuesta anónima a un grupo de 310 fumadores habituales de la Comunidad Autónoma de Madrid, quienes previamente habían indicado que realizaban deporte un mínimo de 3 horas semanales. La encuesta dividía el consumo de tabaco de estas personas en dos grupos: consumo moderado (cinco o menos cigarrillos al día) y consumo alto (más de cinco cigarrillos al día). Después, se les preguntaba una serie de cuestiones para determinar si sus hábitos deportivos habían cambiado tras la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y, en caso afirmativo, cómo lo había hecho.

Resultados.

En el grupo de consumo moderado (n=220), el 79% señalaba que no había apreciado cambios en sus hábitos deportivos. Del 21% que pensaba que sí se habían producido esos cambios, la práctica totalidad afirmaba que había aumentado el número de horas y la sensación de bienestar al realizar cualquier tipo de actividad física, y un 81% afirmaba tender más a la realización de ejercicio aeróbico.

En el grupo de consumo alto (n=90), un 67% no había cambiado sus hábitos deportivos. Del 33% restante, un 89% había aumentado el tiempo semanal dedicado a la actividad física, mientras que un 80% tendía más a la realización de ejercicio aeróbico.

Discusión.

Todo parece indicar que, en el sector de fumadores que realizan un mínimo de actividad física semanal, la prohibición legal no ha supuesto grandes cambios en los hábitos deportivos. Sin embargo, en aquéllos en que sí ha provocado dichos cambios, el efecto ha sido beneficioso, por lo que se debería intentar que la prohibición se cumpliera a rajatabla, pues quizá el motivo del poco impacto se deba al poco énfasis puesto en dicho cumplimiento.

Bibliografía.

Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Evaluación de la calidad de vida en los pacientes toxicómanos: revisión en nuestro centro de la patología dual en tratamiento con risperidona consta

SAMPER VILLAR, F.J.; GARRIGA RAMÓN, T.; CELMA MEROLA, J.; REYES CAMPOS, S.; HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E.; DE LA PAZ LLENA, C.

1: Médico-Subdirector de área de toxicomanías- CAS Lleida Hospital de Santa Maria; 2: Enfermera CAS Lleida; 3: Psicólogos clínicos CAS Lleida; 4: Trabajadora social CAS Lleida

Enviar correspondencia a:
jsamper@gss.scs.es

Resumen.

En la actualidad estamos asistiendo al inicio de un nuevo enfoque en el tratamiento de las drogodependencias, sobretudo basado en Objetivos asistenciales y mejora de la atención global de los pacientes. Es por esto imprescindible y necesario evaluar si algunos de los programas actuales de tratamiento se ejecutan e infieren en la población diana mejorando su calidad global de vida. Para ello es necesario medir de forma objetiva el impacto de salud. La hipótesis de trabajo es la definición de la mejora de la calidad de vida en este tipo de pacientes bajo tratamiento con risperidona consta y obtener un grado de medida objetivo sobre el estado global de salud actual de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica de nuestro centro y además evaluar detalladamente la necesidad de realizar alguna intervención específica en el grupo de pacientes en cuestión.

Se ha realizado un diseño retrospectivo desde el año 2002 hasta 2008 sobre una muestra de pacientes en tratamiento en el CAS Lleida (n=35) por problemas de adicción y patología psiquiátrica comórbida.

Se ha utilizado el cuestionario de salud SF-36 así como índices de calificación específica de trastornos psiquiátricos (PANSS; ICG) además de ítems relacionados con la evolución clínica de los pacientes (adherencia, ingresos/reingresos en agudos, mejoras de habilidades personales, recaídas de consumo, etc.) y se han calculado datos de tendencia central, dispersión y percentiles para identificar valores de referencia. Este grupo se ha comparado con los de la población sin trastorno por uso de sustancias del centro de salud mental de Lleida (n= 32) y que están bajo el mismo tratamiento farmacológico.

Revisadas las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario, tan solo en dos de ellas se aprecia un notable deterioro (rol físico y rol emocional) respecto a los grupos que se ha comparado. No obstante se ha detectado una estabilización en aquellos pacientes con un periodo de permanencia en tratamiento superior a dos años de tal forma que se aprecia reducción en ítems como ingresos en unidad de agudos, recaídas en el consumo y mejoras en el ámbito familiar de los pacientes. Esto hace pensar y sugiere que en esta tipología de enfermos es aconsejable el tratamiento con fármacos de liberación prolongada. No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes.

¿Cuál es el perfil encontrado en alcoholismo femenino a lo largo de dos años en una unidad de conductas adictivas?

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 General de Ciudad Real

Enviar correspondencia a:
Paloma Sánchez de la Nieta Aragonés C/ Lentejuela 7.
CP: 13002 Ciudad Real. E-mail: palomas@sescam.jccm.es

Introducción.

El consumo de alcohol se ha asociado de forma habitual a la conducta masculina, sin embargo en los últimos estudios publicados los problemas de alcohol en la mujer tienen cada vez mayor incidencia.

El alcoholismo en la mujer tiene un inicio más tardío pero produce problemas físicos de forma más precoz, consumos menores generan más problemas.

Una de las características más habituales del alcoholismo femenino es su ocultismo. Esta forma de beber en la clandestinidad hace necesario diagnosticar precozmente los consumos de riesgo que pueden conducir a una dependencia pues una vez instaurada ésta es más difícil el abordaje.

Objetivo.

Describir las características de las mujeres que iniciaron tratamiento por consumo de alcohol en la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real desde enero 2007 hasta diciembre de 2008.

Método.

Se realiza una revisión de 36 historias que corresponden a las mujeres que inician tratamiento por consumo de alcohol en la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2008. Analizamos las siguientes variables: edad con la que acuden a la Unidad, edad de inicio del consumo, procedencia, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, situación judicial, antecedentes de consumo, tratamientos previos por el consumo, pareja consumidora.

Resultados.

El 72,22% acuden a la Unidad siendo mayores de 35 años; el 83,33% son menores de 20 años cuando inician el consumo de alcohol; el 63,88% proceden del ámbito rural; el 38,88% son solteras y el 30,50% son separadas; el 38,88% tienen estudios primarios y el 19,44% ha finalizado bachillerato; el 58,33% están en paro; el 91,6% no presentan antecedentes judiciales; el 86,11% asocia consumo de tabaco y el 50% de cocaína; el 66,66% no han realizado tratamientos previos y el 50% tienen pareja consumidora.

Palabras Clave.

Mujer, alcohol, perfil.

Características y calidad de vida de los pacientes con trastorno psicótico o trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias comórbido incluidos en el programa de servicios individualizados o gestión de casos del sector de Mollet del Vallès

SÁNCHEZ GARCÍA, J.M.; PELEGRÍN MARÍN, M.; SEGURA MATEOS, V.; JIMÉNEZ REINOSO, S.; ÁLVAREZ LLORCA, O.; COROMINAS DÍAZ, A.

Servicio de Psiquiatría. Fundació Privada Hospital de Mollet. Barcelona.

Enviar correspondencia a:
José María Sánchez García. Centro de Salud Mental de Mollet del Vallès. C/ Cristòfol Colom, 1. 08100 Mollet del Vallès. Barcelona.

Objetivos.

Estudiar las características y la calidad de vida de los pacientes con trastorno psicótico (TP) o trastorno bipolar (TB) y trastorno por uso de sustancias (TUS) comórbido incluidos en el programa de servicios individualizados (PSI) del sector de Mollet del Vallès.

Material y Método.

Estudio descriptivo de dichos pacientes, realizado en los primeros meses de inclusión en el PSI, comparándolos con el resto de pacientes con TP o TB sin TUS incluidos en el PSI.

Se recogen datos sociodemográficos y clínicos, y se administran las escalas PANSS, HDRS, CDS, EEAG, SUMD, el cuestionario DAI, el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud, la escala de discapacidad WHO/DAS y la escala de calidad de vida QLS.

Las asociaciones entre variables se realizan con Métodos estadísticos no paramétricos.

Resultados.

Once (44 %) pacientes de los 25 totales con TP o TB del PSI presentan TUS. 10 (90,9%) varones.

Edad media $35,82 \pm 9,81$ años. 7 (63,6%) con soporte familiar. 8 (72,7%) esquizofrenia paranoide, 1 (9,1%) T. esquizoafectivo tipo bipolar, 1 (9,1%) T. bipolar tipo I y 1 (9,1%) T. psicótico no especificado. Consumo de sustancias: 3 (27,3%) dependencia de alcohol, 5 (45,5%) abuso de alcohol, 7 (63,6%) dependencia de cannabis, 3 (27,3%) abuso de cannabis, 1 (9,1%) dependencia de cocaína, 4 (36,4%) abuso de cocaína, 1 (9,1%) abuso de opiáceos, 2 (18,2%) abuso de estimulantes, 3 (27,3%) dependencia de ansiolíticos, 1 (9,1%) es ADVP.

PANSS (n=8): PANSS-P $20,88 \pm 5,11$; PANSS-N $24,50 \pm 3,58$; PANSS-PG $39,50 \pm 6,30$; PANSS-Total $84,88 \pm 12,42$. HDRS (n=8): $10,13 \pm 3,44$. CDS (n=8): $2,63 \pm 2,72$. EEAG (n=10): $38,40 \pm 7,30$. SUMD (n=8): $8,25 \pm 3,10$. DAI (n=8): $16,36 \pm 1,99$. SF-36 (n=7): FF $83,57 \pm 8,01$; RF $64,28 \pm 34,93$; DC $73,42 \pm 32,11$; SG $49,42 \pm 17,07$; V $55,71 \pm 17,89$; FS $71,42 \pm 27,68$; RE $38,08 \pm 40,49$; SM $61,71 \pm 12,82$; SSF $65,28 \pm 15,41$; SSM $55,27 \pm 16,17$. WHO/DAS (n=11): Cuid. Pers. 3 ± 1 , F. ocup. $3,91 \pm 0,54$; F. Fam. $2,91 \pm 0,94$; F. social en general $3,73 \pm 0,78$; P. total $13,55 \pm 2,42$. QLS (n=11): Rel. Interper. $20,82 \pm 7,96$; Rol Instr. $1,55 \pm 2,97$; Func. Intrap. $13,64 \pm 7,28$; Ob. Com. y Act. Cot. $4,91 \pm 1,97$; P. total $40,91 \pm 16,94$.

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes (con o sin TUS) en ninguna de las variables estudiadas salvo en la EEAG, ya que los pacientes sin TUS obtienen una media más alta que los pacientes con TUS ($45,29 \pm 7,91$ vs $38,40 \pm 7,30$; $Z=1,98$; $\alpha=0,048$). Se percibe una mayor dificultad y complejidad en la realización de las visitas e intervenciones en los pacientes con TUS por parte de los profesionales del PSI.

Conclusiones.

En general, el nivel de calidad de vida de los pacientes de nuestra muestra es bajo con una tendencia a una peor actividad global en los pacientes con TUS. La vinculación al programa resulta más dificultosa y compleja en los pacientes con TUS.

La monitorización del consumo predice la abstinencia de los dependientes a la cocaína en tratamiento

SÁNCHEZ HERVÁS, E.; SECADES-VILLA, R.; SANTONJA GÓMEZ, F.J.; ZACARÉS ROMAGUERA, F.; GARCÍA RODRÍGUEZ, O.; CALATAYUD FRANCÉS, M.; GARCÍA FERNÁNDEZ, G.

1 Unidad de Conductas Adictivas Catarroja. Dpto 10. Consellería de Sanitat. Valencia. 2 Universidad de Oviedo. 3 Centro Estema. Universidad Miguel Hernandez. Alicante. 4 Universidad de Barcelona. 5UCA Alzira. Dpto 11. Consellería de Sanitat. Hospital de La Ribera. Valencia.

Enviar correspondencia a:
Emilio Sánchez Hervás. UCA-Centro Salud. Avd. Rambleta, 63.
46470 Catarroja. Valencia. España. E-mail: esh455k@gmail.com

Introducción.

La abstinencia es uno de los Objetivos más importantes en los programas de tratamiento en adicciones.

Las tasas altas de abstinencia se relacionan con mayor permanencia en el tratamiento y con la normalización de todas las áreas de funcionamiento de los pacientes. El estudio que se presenta tuvo como objetivo analizar qué variables predecían mejor la abstinencia en un grupo de dependientes a la cocaína que fueron tratados en una unidad ambulatoria de la red sanitaria pública de nuestro país.

Material y Métodos.

La muestra estuvo compuesta por 80 pacientes, con una media de edad de 31,3 años y, un promedio de 5,6 criterios de dependencia a la cocaína según criterios de la American Psychiatric Association. El estudio se realizó en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja; un recurso de tratamiento ambulatorio público dependiente del Departamento 10 de la Consellería de Sanitat de Valencia. Para valorar la abstinencia a cocaína se testaron a todos los pacientes con dos controles analíticos semanales. Además, en la admisión se administró a todos los pacientes el EuropASI, el Michigan Alcoholism Screening Test, el Symptom Chek List, el Beck Depresión Inventory, y el Stages of Change Readiness Treatment Eagerness Scale. Las medidas de resultado se establecieron a las 24 semanas de tratamiento y consistieron en: a) Abstinencia a la cocaína: entendida como el porcentaje de pacientes que permanecían abstinentes a los seis meses (punto de prevalencia) y, b) Variables predictoras: entendidas como aquellas que mejor predecían la abstinencia a las veinticuatro semanas. Se realizó un análisis chi-square automatic interaction detection para concretar qué variables pronosticaban mejor la abstinencia. Se utilizó también un análisis discriminante y un análisis de regresión logística, para cuantificar la probabilidad de la retención. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS- 15.

Resultados y Discusión.

La variable que mejor predecía la abstinencia a los seis meses fue el número de controles analíticos realizados a lo largo del tratamiento. El resto de variables utilizadas no tuvo influencia estadística significativa. El modelo matemático utilizado clasificó correctamente el 80% de los casos. Se concluyó que se precisaban más de 31 controles analíticos para tener una probabilidad mayor de 0,75 de presentar abstinencia a las 24 semanas. Se discute la utilidad de esta información para el desarrollo de estrategias específicas que puedan ayudar a mejorar la efectividad de la intervención con estos pacientes.

Seguimiento de pacientes alcohólicos con trastorno psiquiátrico primario

SÁNCHEZ PEÑA, J.F.; FERNÁNDEZ PÉREZ, I.; RODRÍGUEZ SOLANO, J.J.

Servicio de Salud Mental "Puente de Vallecas" Madrid

Enviar correspondencia a:
Jorge F. Sánchez Peña. C/ Peña Gorbea, 4. 28053 Madrid.
Tfno: 91.477.87.47, e-mail: jorgefs56@hotmail.es

Introducción.

Los enfermos alcohólicos tienen un alto riesgo de comorbilidad con otras patologías psiquiátricas. En la hipótesis de la automedicación, el trastorno psiquiátrico existiría anteriormente al abuso o dependencia del alcohol, lo que implicaría que el alcoholismo sería secundario a una patología psiquiátrica primaria.

En este caso, los enfermos recurrirían a la ingestión de alcohol para amortiguar el sufrimiento de la sintomatología de su enfermedad psíquica. Asimismo, las mujeres alcohólicas muestran una mayor

probabilidad de padecer una comorbilidad psiquiátrica que los hombres. La presencia de comorbilidad psiquiátrica en el alcoholismo supone un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad, entre otros motivos, debido a la falta de cumplimiento del tratamiento, con lo que aumenta de forma sensible las recaídas en el alcohol. El objetivo de este trabajo es comparar la evolución de una muestra de pacientes alcohólicos con un trastorno psiquiátrico primario con otra de alcohólicos sin psicopatología.

Material y Métodos.

Se seleccionaron 100 pacientes con los diagnósticos "Abuso de Alcohol" y "Síndrome de Dependencia Etilica" (DSM-IV-TR) y con trastorno psiquiátrico primario. Esta población de pacientes con alcoholismo secundario (AS) se comparó con una muestra control (MC) constituida por 284 pacientes con alcoholismo primario. Se realiza un estudio descriptivo y comparativo de las dos muestras, analizando variables sociodemográficas y clínicas. El seguimiento 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.

Resultados y Discusión.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras en sus características sociodemográficas. El 47% de los AS son mujeres (una proporción de casi uno a uno para los hombres) y del 10,56% en la MC (nueve a uno para los varones), lo cual resulta muy significativo. Tras 24 meses en el Programa de Alcoholismo, el 28% de los pacientes con AS están en abstinencia frente al 41,90% de la MC. La adherencia al tratamiento (abstinentes + recaídas) es del 38% para el AS y del 49,29% para la MC.

Los tipos y frecuencias de los trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo encontrados en este estudio se indican en el Gráfico 2 del póster.

Conclusiones.

- Las mujeres alcohólicas tienen más probabilidad de tener un diagnóstico psiquiátrico adicional que los hombres.
- La psicopatología más común asociada al alcoholismo son los trastornos adaptativos y afectivos.
- Se originan más recaídas en el alcoholismo secundario.
- La presencia de psicopatología influye negativamente en el pronóstico y evolución de los pacientes alcohólicos.

Evolución a los 3 meses de la terapia de grupo para dependientes de cocaína

SÁNCHEZ, L.; FERNÁNDEZ, L.; DÍAZ, S.; SOLER, C.; DAIGRE, C.; COROMÍN, M.; GÓMEZ-BAEZA, S.; GRAU-LÓPEZ, L.; GONZALVO, B.; RONCERO, C.; CASAS, M.

* CAS Vall d'Hebrón
** CAS Vall d'Hebrón. Hospital Universitario Vall d'Hebrón.
*** CAS Vall d'Hebrón. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción.

El consumo de cocaína en España ha ido incrementándose en los últimos años, ocupando actualmente el primer puesto (Informe Europeo (OEDT, 2008). Por ello es necesario implantar programas de tratamiento individual y grupal, que permitan afrontar este reto clínico-epidemiológico.

Se ha demostrado la utilidad de algunos tratamientos psicosociales en abusadores y dependientes de cocaína (Dutra et cols., 2008). También se ha descrito la eficacia de la Terapia Motivacional (CM) (Prendergast et cols., 2006), la Terapia Cognitivo conductual (TCC) y su combinación (McKee et cols., 2007).

Objetivo.

Presentar los datos iniciales del tratamiento grupal que se realiza dentro del el programa integral para cocainómanos del ambulatorio de drogodependencias (CAS Vall Hebrón), que se inicio en noviembre del 2008.

Material y Método.

El circuito asistencial para dependientes de cocaína consta de diversas fases. Primero, una evaluación médico-psiquiátrica y de su situación social; seguidamente, una evaluación psicológica; y finalmente, una entrevista pre grupo y, si cumple los criterios de inclusión, se les incluye en uno de los dos grupos de tratamiento: grupo motivacional (abstinencia <3 meses) o grupo de prevención de recaídas (abstinencia >3 meses).

Los grupos tienen una frecuencia semanal y una hora de duración. El objetivo del grupo motivacional es conseguir la abstinencia. Una vez se logra mantener 3 meses de abstinencia, el paciente es referido al grupo de prevención de recaídas. Este segundo grupo tiene como objetivo la consolidación de la abstinencia y la prevención de recaídas. Consta de 14 sesiones y se usa una combinación de técnicas motivacionales y cognitivo-conductuales.

Durante todo el proceso se realizan controles de orina, seguimiento médico y de enfermería y, si el paciente lo precisa de trabajo social.

Resultados.

Muestra de 16 sujetos de los cuales 12 son hombres incluidos en los grupos de tratamiento.

La adherencia de ambos grupos es alta; no registrando abandonos en el grupo de prevención de recaídas y uno en el grupo motivacional.

En relación a la eficacia, uno de los pacientes del grupo motivacional ha logrado abstinencia mínima para avanzar en el proceso y se encuentra actualmente en el grupo de prevención de recaídas. Todos los integrantes del grupo de prevención de recaídas se mantienen abstinentes excepto uno que hizo una recaída que precisó ingreso en la UHD.

Conclusiones.

Es posible realizar terapia de grupo con pacientes dependientes de cocaína en nuestro medio. Aunque la muestra es reducida, y existen diversos factores añadidos a la Terapia de grupo, los Resultados sobre adherencia y evolución son esperanzadores, por los que se deben seguir implementando programas integrales de tratamiento, que incluyan este abordaje.

Cánnabis como droga secundaria en pacientes diagnosticados de TUS y en tratamiento ambulatorio

SÁNCHEZ, L.; FERNÁNDEZ, L.; GONZALVO, B.;
RONCERO, C.; CASAS, M.

CAS Vall d'Hebrón, Hospital Universitario Vall d'Hebrón,
Universidad Autónoma de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Lidia Sánchez. CAS Vall d'Hebrón. Pg. Vall d'Hebrón, 119-129
08035 Barcelona. E-mail: yo_lidia@hotmail.com

Introducción.

En los últimos años se viene observando una tendencia creciente del consumo de cannabis. Este aumento se ha relacionado con una baja percepción de riesgo respecto al cannabis en relación con otras sustancias (1).

Por otro lado, datos epidemiológicos y clínicos muestran una asociación elevada y significativa entre el uso del cannabis y el consumo de alcohol y otras drogas ilegales (2).

Por ello no se debe olvidar la importancia del cannabis como sustancia adictiva, así como la necesidad de realizar su adecuado diagnóstico de su abuso o dependencia y por lo tanto realizar tratamiento específico.

Objetivo.

Se realiza una revisión en pacientes tratados ambulatoriamente por Trastorno por Uso de Sustancias que abusan o presentan dependencia de los cannabinoides como tóxico secundario, siendo el motivo de consulta principal el consumo de otra sustancia (cocaína, alcohol, opiáceos, fármacos..).

Material y Método.

Estudio descriptivo de una muestra de 33 pacientes atendidos en el ambulatorio de drogodependencias de Vall d'Hebrón que reciben tratamiento médico y psicológico orientado a la abstinencia, pero que presentan, asimismo, abuso/dependencia de cannabis.

Se administra como entrevista diagnóstica la SCID I para confirmar diagnóstico principal y la entrevista semi estructurada EuropASI para evaluar la gravedad de la adicción.

Resultados.

La muestra está formada por 33 usuarios del CAS Vall d'Hebrón que reciben paralelamente asistencia médica y psicológica.

El 70% de la muestra consume o ha consumido cannabis. Usan el cannabis como droga secundaria el 61% de la muestra, de estos el 40% presenta criterios para la dependencia al cannabis. Actualmente el 65% de los que usan el cannabis como sustancia secundaria están abstinentes al cannabis. En relación a la sustancia principal un 58% del total de la muestra está abstinente.

No se observan diferencias en consumo de cannabis según la sustancia principal motivo de consulta.

Conclusiones.

Un elevado porcentaje de la muestra consume con criterios de dependencia cannabis; no obstante, no acuden a tratamiento por mencionada problemática. A partir de estos datos, y aún sabiendo que la muestra es demasiado pequeña para hacer generalidades, nos planteamos la importancia de explorar abuso/dependencia de tóxicos secundarios incluyendo el cannabis.

Bibliografía.

1. Plan Nacional sobre drogas 2008.

2. Casas M., Bruguera E., Roncero C., San L., Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre el consumo de cannabis, FEPSM. Ed. Glosa. 2007.

Finalización prematura del tratamiento en dependientes a la cocaína

SANTONJA GÓMEZ, F. J.; ZACARÉS ROMAGUERA, F.;
GARCÍA-RODRÍGUEZ, O.; GARCÍA FERNÁNDEZ, G.; MAR-
TÍN YANEZ, E.; SÁNCHEZ-HERVÁS, E.; SECADES-VILLA, R.

¹Centro Estema-Valencia. Universidad Miguel Hernández. Alicante.
²Universidad de Oviedo. ³Universidad de Barcelona. ⁴UCA
Campanar. Dpto 6. Consellería de Sanitat. Valencia ⁵UCA Catarroja.
Dpto. 10. Consellería de Sanitat. Valencia

Enviar correspondencia a:
Francisco Zacarés Romaguera. Plaza Feijoo s/n. CP 33003. Oviedo
E-mail: sisquet7@hotmail.com

Introducción.

La finalización prematura es un importante y habitual problema en el tratamiento de los trastornos adictivos, por lo que es relevante conocer los factores de riesgo que influyen en el incumplimiento. El objetivo de este estudio fue el identificar predictores de la finalización prematura de un programa de tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. El estudio se realizó en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja; un recurso de tratamiento ambulatorio público dependiente del Departamento 10 de la Consellería de Sanitat de Valencia.

Material y Métodos.

Los participantes fueron 91 adictos a la cocaína admitidos para ser tratados ambulatoriamente de su adicción, evaluados mediante entrevista y varias medidas de auto-informe (EuropASI, Beck, Mast y SCL-90-R). Para identificar las variables predictivas se utilizó un análisis factorial, un análisis cluster, y un chi-square automatic interaction detection análisis. Se utilizó el paquete estadístico SPSS-15.

Resultados y Discusión.

Las variables que obtuvieron capacidad predictiva fueron las puntuaciones en el MAST, y las composite scores de alcohol y drogas del EuropASI. Estas tres variables quedaron agrupadas en un mismo factor al que se denominó severidad adictiva. El análisis predictivo mostró que este factor tenía una cierta capacidad de predicción del abandono, pero que no era totalmente determinante. La identificación temprana de predictores de riesgo de abandono puede proporcionar información útil sobre las necesidades específicas de tratamiento de este tipo de pacientes. Se discuten las implicaciones clínicas de estos Resultados.

Perfil de pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

SEGADE RODRÍGUEZ, S.; PÉREZ RAMÍREZ, L.; SERRANO CARTÓN, M.C.; GONZÁLEZ DOPICO, I.; BAJO LEMA, J.; MIGUEL ARIAS, D.

*MIR; ** PIR; *** FEA. Servicio Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción.

Los pacientes drogodependientes presentan una alta comorbilidad en el eje II, particularmente con TLP.

Estos pacientes presentan mayores índices de impulsividad e inestabilidad emocional que pueden influir negativamente en su evolución.

Objetivos.

Estudiar las características de los pacientes con TLP ingresados en una UDH en comparación con aquellos sin dicha comorbilidad.

Material y Métodos.

Se estudian 496 pacientes ingresados en UDH desde septiembre 1997 hasta diciembre 2007. La información se recoge mediante cuestionario con variables sociodemográficas y clínico-terapéuticas. Se analiza con SPSS 16.0.

Resultados.

Un 17% de nuestra muestra padece TLP. Estos pacientes presentan una edad media de 30,5 años e inician el consumo a los 20. La mayoría son varones (59.5%), solteros (53.6%) y residen fundamentalmente con su familia de origen (39.3%) o con familia propia (35.7%). No finalizan los estudios primarios un 48,6% y no trabaja el 54,8%. Hasta un 66.7% han estado detenidos pero sólo el 28.6% han estado en prisión.

La droga más consumida son los opiáceos (89.3%) que constituyen el motivo principal de ingreso (42%). El 71% han consumido drogas por vía parenteral. 48.5% proceden de programas de metadona.

La estancia media es de 9 días y el 94% finaliza la desintoxicación.

Con respecto al resto de la muestra, el grupo con TLP presenta:

- Mayor porcentaje de mujeres (40% versus 13%); la mayoría tiene pareja estable (50% versus 37,7%). Conviven más solos (19% versus 9,7%) o con familia propia (35,7% versus 27,9%) y menos con su familia de origen (39,3% versus 59,5%). Presentan similar nivel de estudios, situación laboral, antecedentes delictivos e ingresos en prisión.
- Mayor presencia de trastornos de ansiedad (2,4% versus 0,7%); similar porcentaje de portadores de hepatitis B y C, pero mayor de VIH (22,6% versus 12,4%). Se vacunan menos contra el VHB (9% versus 16%).
- Mayor policonsumo: cocaína (6% versus 4,4%) y anfetaminas (2,4% versus 0%). Mayor consumo parenteral en el último mes (38,7% versus 29,5%). Más ingresos por otras drogas (diferentes de opiáceos): cocaína, benzodiacepinas y anfetaminas.
- Menor prescripción de benzodiacepinas (83,3% versus 96,8%) y mayor de antipsicóticos (80,8% versus 62,8%) y anti-depresivos (66,7% versus 48,1%). Mayor número de reingresos (39,3% versus 18%).

Conclusiones.

El TLP tiene una prevalencia elevada en nuestra muestra.

Las características sociodemográficas y clínicas son similares al resto de la muestra., salvo que presentan mayor prevalencia de VIH y trastornos de ansiedad.

Mayor porcentaje de policonsumo y mayor número de ingresos por otras drogas (no opiáceos).

Los Resultados del tratamiento y la estancia media son similares, salvo que reciben más tratamiento con antipsicóticos y antidepresivos y mayor número de reingresos también es mayor.

Empleo de psicofármacos en la desintoxicación de sustancias: indicaciones y efectos indeseables. A propósito de un caso

SEGURA ESCOBAR, E.; RAMÍREZ GARCÍA, A.J.; BELDA MORENO, G.; BAÓN PÉREZ, B.S.; BAOS SENDARRUBIAS, P.

Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Ciudad Real.

En la actualidad el uso de fármacos antiepilépticos en los tratamientos de desintoxicación y deshabitación de sustancias es frecuente, y su eficacia está demostrada. Estos fármacos ofrecen ventajas, sobre todo en cuanto a tolerabilidad. Sin embargo, en las desintoxicaciones hospitalarias en las que utilizamos dosis elevadas de psicofármacos, y la instauración de los mismos es rápida, debemos vigilar la aparición de efectos indeseables.

Presentamos el siguiente caso clínico de un paciente que ingresa en una Unidad de Hospitalización para realizar un tratamiento de desintoxicación programada de alcohol y cocaína.

Se trata de un paciente de 37 años de edad, sin antecedentes de interés, con inicio del consumo de alcohol a los 13 años. A los 18 años, incrementa el consumo de alcohol e inicia consumo de cocaína de forma diaria. Las semanas previas al ingreso, el paciente había disminuido el consumo de ambas sustancias.

Se inicia tratamiento con Topiramato, debido a su perfil para manejar la abstinencia combinada de ambas sustancias, se inicia con una dosis de 150 mg, pasando al segundo día a 300 mg. Al mismo tiempo se utiliza Lorazepam para la prevención de síntomas abstinenciales. A las 48 horas de haber iniciado el tratamiento, el paciente presenta alteraciones metabólicas como hipopotasemia y acidosis metabólica, por lo que se decide suspender Topiramato e iniciar tratamiento con Oxcarbazepina (900 mg/día). A las 24 horas aparece hiponatremia como efecto indeseable de Oxcarbazepina.

Debido a estas alteraciones metabólicas, el paciente presenta una clínica compatible con un Delirium mixto (predelirium tremens, hipoxia y yatrogenia farmacogena), por lo que es necesario modificar nuevamente el tratamiento y administrar bicarbonato vía oral.

Como conclusión, destacar la importancia de vigilar la aparición de efectos indeseables, sobre todo en pacientes en los que se utilizan dosis elevadas de fármacos, o se instauran de forma rápida. Además, en el caso de que aparezcan el diagnóstico y tratamiento precoz, puede mejorar la evolución y pronóstico del paciente. Tampoco hay que olvidar que existen efectos indeseables, como el caso de la acidosis metabólica secundaria al uso de topiramato, que pueden aparecer, a pesar de ser infrecuente, y que además no está descrito en sujetos jóvenes sanos.

Psicosis por setas alucinógenas vs esquizofrenia paranoide. A propósito de un caso

SERRANO CARTÓN, M.C.; FERRERO ÁLVAREZ, T.; SERRANO CARTÓN, M.M.; SEGADE RODRÍGUEZ, S.; PÉREZ RAMÍREZ, L; MIGUEL ARIAS, D.

MIR*, FEA** del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Introducción.

Los hongos más conocidos pertenecen al género *Psilocybe*. La molécula de psilocibina fue aislada en 1958 por A. Hoffman. Entre sus efectos a dosis altas destacan distorsiones perceptivas, sensación de éxtasis, ilusiones visuales coloreadas y cuadros paranoides que pueden durar entre 3 y 6 horas con síntomas somatoformes (cefaleas, mareos, náuseas, temblores) Se han publicado casos señalando que las setas precipitan la psicosis en consumidores vulnerables.

Objetivo.

El abuso de esta sustancia en pacientes esquizofrénicos y la secuencia temporal en el inicio de ambos trastornos (direccionalidad causal) no ha sido prácticamente estudiada. El objetivo es conocer el orden temporal de la sintomatología psicótica a propósito de un caso clínico inicialmente diagnosticado como psicosis tóxica y donde la evolución confirma que se trata realmente de esquizofrenia paranoide.

Metodología.

Se presenta un caso clínico comórbido entre consumo de setas alucinógenas y esquizofrenia paranoide.

Se realiza revisión bibliográfica mediante Pubmed, revistas, textos, comunicaciones y pósters a congresos y que no figuran en sistemas habituales de búsqueda informatizada.

Resultados.

Varón 21 años, sin antecedentes psiquiátricos, consumidor habitual de cannabis que tras ingesta de setas alucinógenas, presenta cuadro de cefaleas que le obligan a acudir a urgencias solicitando un TAC que descarte la posibilidad de "un coágulo". Dice que tras ingerir las setas estuvo tres horas inconsciente y desde entonces cree que "se le coló una amanita muscaria" que le produce también insomnio y parestesias. Asimismo relata desconfianza e ideación poco estructurada de referencia y persecución que él califica de "paranoias", "lo manipulan y controlan" y lo relaciona directamente con el consumo de setas. Pautado antipsicótico, en 3 semanas presenta evolución favorable con remisión de síntomas diagnosticándole de Trastorno psicótico inducido por alucinógenos. Durante cuatro meses y, tras abandono de consumo de sustancias y de tratamiento antipsicótico, no presenta sintomatología alguna. Pasado este tiempo, presenta trastornos conductuales, aislamiento progresivo junto a irritabilidad, abandono de su autocuidado y reacio a acudir al médico. Al año acude a consulta presentando clínica claramente psicótica, con fenómenos de control y difusión de pensamiento, alucinaciones auditivas y risas inmotivadas sin consumo de tóxicos. La evolución durante los últimos meses confirma el diagnóstico de E. paranoide.

Conclusión.

El caso expuesto demuestra una marcada asociación entre el primer episodio de esquizofrenia y consumo de setas alucinógenas en este caso. La coincidencia entre el consumo y los síntomas psicóticos, la buena respuesta frente a los antipsicóticos y la remisión de los síntomas al interrumpir el consumo, determina que inicialmente se diagnostique de Trastorno psicótico inducido por alucinógenos.

Sólo la evolución posterior confirma el diagnóstico de E. Paranoide.

Alcohol y género. Adaptación del tratamiento de alcoholismo para mujeres.

SERRANO, J.; MELGAREJO, M.; GIL, A.; TREVIÑO, L.;
HOMS, N.; RODRÍGUEZ, R.

CAS Horta-Guinardó. Agència de Salut Pública de Barcelona.
INPROSS (Entidad gestora del CAS)

Enviar correspondencia a:
Jaume Serrano. C/Sacedón 18, bajos. 08032 Barcelona.
jserrano@inpross.com

Introducción.

Los programas de alcoholismo en mujeres, deben ser múltiples, desde una perspectiva de salud pública, hasta una perspectiva clínica, farmacológica y psicológica. Orientación al cambio, dirigido a la abstinencia, en algunos casos debemos establecer estrategias de reducción de daños.

El CAS Horta-Guinardó desarrolla un Programa de Alcoholismo ambulatorio que engloba estrategias motivacionales, farmacológicas de desintoxicación y prevención consumo y terapéuticas individuales y grupales. Ofrece soporte familiar. Valoración social dirigida a descartar violencia de género. Si se detecta, es derivada a un recurso específico, con seguimiento.

Objetivos.

Valorar las características de las mujeres con abuso o dependencia al alcohol, que iniciaron tratamiento durante el 2007 y los aspectos relevantes.

Material y Método.

Se revisan las HC y el seguimiento del año 2007. Hubo 267 inicios por alcohol, 60 (22,4%) eran mujeres.

Resultados.

Por criterios DSM-IV, un 84,2% tenía criterios de dependencia y un 15,8% de abuso.

Había consumos de tabaco (59,6%), cannabis y psicofármacos (12,2%) y cocaína (7%). Edad media de 47,86 años, consumos medios de 103,42 gr./día, con medias de 21,52 años. Un 56,4% habían hecho tratamientos previos, con periodos de abstinencia máximos de 39,75 meses. Un 75,44% tenía antecedentes o presentaba patología orgánica y un 79,95% psicopatología. La violencia de género se detectó en 11 mujeres (17,54%).

Se efectúa un seguimiento terapéutico con soportes médico y social. Si hay tendencia a la recaída y si existe patología dual, se aplica Programa de reducción de daños, educación sanitaria, soportes farmacológicos administrados por enfermería. Algunas, pueden requerir ingresos en UDH o UPD, o en programas residenciales de media-larga estancia.

Conclusiones.

Las mujeres con abuso o dependencia al alcohol atendidas refieren consumos altos (más de 100 gr/día), de larga evolución (más de 20 años), con mucha patología médica y sobre todo trastornos psicopatológicos, así como problemas de malos tratos, que generan alteraciones del estado de ánimo y afectivas.

El alcoholismo en la mujer presenta características diferenciales de género, pautas culturales de consumo con una connotación social de la enfermedad diferente. En los seguimientos hay mayor expresividad emocional, mayor malestar psicológico y más búsqueda a solucionar problemas interpersonales.

Adaptar los soportes farmacológicos con los psicoterapéuticos con técnicas psicológicas de entrenamiento de habilidades, resolución de problemas, prevención de recaídas, son básicos para reforzar los Objetivos de cambio, conseguir la abstinencia y mantenerla. Algunas pacientes con alta dependencia o patología dual, violencia de género requieren estrategias de intervención continuada con Objetivos menos ambiciosos, dirigidos a reducir riesgos o daños.

Características de adolescentes y jóvenes con trastornos por uso de sustancias (TUS) Atendidos en CAS de Cataluña

SERRANO, J.; MORAGAS, I.; RODA, M.; OLASZ, I.

*CAS Horta-Guinardó (ASPB / INPROSS), **SPOTT (Diputación de BCN), ***CAS de Tortosa, ****CAS de Sabadell. Grupo de Trabajo de Adolescentes y Jóvenes de la Coordinadora de CAS de Cataluña

Enviar correspondencia a:
Jaume Serrano. CAS de Horta-Guinardó. C/Sacedón 18, bajos.
08032 Barcelona. jserrano@inpross.com

Introducción.

Los profesionales de los CAS de Cataluña, durante el año 2008, crearon un Grupo de Trabajo de Adolescentes y Jóvenes, integrado en la Coordinadora de CAS de Catalunya. Entre los Objetivos, era conocer mejor las diferentes experiencias e intervenciones puestas en marcha y tener un perfil de los pacientes atendidos en los CAS.

Objetivos.

Conocer las características de los adolescentes y jóvenes atendidos en los CAS de Cataluña. Se definieron dos grupos de estudio: adolescentes de 12 a 17 años y jóvenes de 18 a 22.

Material y Método.

Se elaboraron dos encuestas dirigidas a población ≤ 17 años y al grupo de 18- 22. A través de la Coordinadora de CAS, se envió los 60 CAS. Todos atienden TUS a partir de los 18 años, la mayoría no atienden adolescentes.

Resultados.

Respondieron 19 CAS (uno no disponía de datos y otro los envió tarde). Se recogieron datos de 512 personas (211 adolescentes ≤ 17 años procedentes de 13 CAS y 301 jóvenes de 18-22 años, procedentes de 17 CAS).

Los adolescentes tenían a media de 15,84 años, acudieron solos un 10,6%, con familia un 76,9%.

Predominan los chicos con un 68,2%. Los jóvenes de media 20,15 años, acudieron solos un 38,9%, con familia un 50,1%. También predominaban los chicos con un 76,4%.

La procedencia era por iniciativa propia 31,3% en los adolescentes y 40,95% en los jóvenes. El resto de procedencias era variada. La droga principal para ≤ 17 años era cannabis (75,8%), seguidos de cocaína (14,2%), alcohol y tabaco. Un 78,7% tenía criterios de abuso y un 21,3% de dependencia. El grupo de 18 a 22, la droga motivo de consulta era cocaína (38,7%), seguida de cannabis (29,3%) alcohol y tabaco, con un 32,8% de abuso y 63,4% de dependencia. Como drogas secundarias están presentes el tabaco, el alcohol, la cocaína y el cannabis.

La patología dual, aparece en un 5,7% de los adolescentes y aumenta a un 19,9% de los jóvenes. Predominan TDAH, Tr. de conducta, de personalidad y psicóticos. Los profesionales de referencia, predominan los psicólogos. La mayoría sigue tratamiento ambulatorio, un 1,4% de los pequeños y un 10,3% de los jóvenes necesitan ingreso.

Conclusiones.

Los perfiles de consumo cambian con la edad, aumentando los criterios de dependencia en los jóvenes, así como la patología dual, lo que indica que las intervenciones más precoces y preventivas pueden reducir la progresión de los trastornos por uso de sustancias (TUS) y sus consecuencias.

Trimorbilidad: alcohol, TDAH adultos y trastornos de personalidad

SHORT MAGDALENA, A.; ORTEGA VILA, F.; TORRES DÍAZ, E.; BLANES CASTAÑER, R.; MORANTA CLADERA, C.

UPRA (Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol), Hospital Joan March. Mallorca.

Enviar correspondencia a:
Francisco Ortega Vila. C/ d' Osca nº 13 bajos.
fortega@gesma.caib.es

Introducción.

Estudio descriptivo de la posible correlación entre dependencia a tóxicos (alcohol), TDAH en el adulto y trastorno de personalidad en una unidad de desintoxicación alcohólica.

Material y Método.

Muestra constituida por todos los ingresos de UPRA (Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol) del Hospital Joan March en Mallorca en el último año. Se utilizan la escala ASRS-V1 y la batería diagnóstica CAADID para el diagnóstico de TDAH en adultos. El SCID-II nos sirve como herramienta complementaria para los trastornos de personalidad.

Resultados.

Encontramos mayor prevalencia de TDAH adulto en pacientes con dependencia al alcohol que en población general. Además, también encontramos mayor presencia de trastornos de personalidad en población alcohólica. Es más, si vamos un paso más allá y estudiamos la coexistencia de estas tres patologías encontramos como en un elevado porcentaje de casos la presencia de alcohol y TDAH en el adulto correlaciona con distintos trastornos de personalidad.

Discusión.

En este marco observamos como la presencia de cualquiera de estas tres patologías puede suponer un factor de riesgo para la existencia de cualquiera de las otras dos.

Prevalencia del TDAH adultos en una unidad de desintoxicación alcohólica

SHORT MAGDALENA, A; ORTEGA VILA, F.; TORRES DÍAZ, E.; MORANTA CLADERA, C.; BLANES CASTAÑER, R.; CLAR FORTEZA, O.

Unidad de Problemas Relacionados con el Alcohol (UPRA). Hospital Joan March. Mallorca.

Enviar correspondencia a:
Francisco Ortega Vila. C/ D' Oisca, 13 bajos. 07005
Palma de Mallorca (Balears). fortega@gesma.caib.es

Introducción.

Estudiar el perfil clínico y la comorbilidad entre el TDAH adulto y el alcohol como tóxico de abuso en una unidad de desintoxicación alcohólica.

Material y Método.

En una muestra constituida por todos los ingresos en la unidad de desintoxicación de la red asistencial pública de balears (UPRA) evaluar la presencia de TDAH adulto, mediante la escala Adult Self-Report Scale-V1 (ASRS-V1) y la batería diagnóstica CAADID (Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for the DSM-IV).

Resultados.

Encontramos una prevalencia del TDAH adultos en población alcohólica superior a la de población general. También se evidencian diferencias significativas respecto del perfil clínico.

Discusión.

Evidenciamos que nuestro estudio con una muestra elevada respalda la existencia de una mayor presencia de conductas adictivas (alcohol) en adultos con TDAH. Además, las diferencias en determinadas variables clínicas podría suponer un factor de peor pronóstico para este grupo.

Evaluación de las dependencias interpersonales: comparación de indicadores psicométricos del I.D.I. y del I.R.I.D.S.-100

SIRVENT RUIZ, C.; MORAL JIMÉNEZ, M.; BLANCO
ZAMORA, P.

1 Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral Madrid 2 Profesora Doctora
de la Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología
3 Médico psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral Madrid

Introducción.

Las dependencias interpersonales se definen como trastornos relacionales caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente respecto al sujeto del que se depende (Sirvent y Moral, 2005; Moral y Sirvent, 2008). Son conceptualizadas como adicciones sociales y se precisa de un riguroso diagnóstico diferencial con respecto a trastornos como el apego ansioso, la sociotropía o el trastorno límite de la personalidad, entre otros.

Material y Método.

El objetivo de este trabajo es comparar la validez predictiva, así como la fiabilidad y consistencia de dos instrumentos que evalúan Dependencia Interpersonal: el Inventario de Dependencia Interpersonal (I.D.I.) de Hirschfeld, Klerman, Harrison, Gough, Barret, Korchin y Chodoff (1976) y el Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales (I.R.I.D.S.-100) de Sirvent y Moral (2005). El primero consta de 48 afirmaciones se exploran cuestiones relativas a apego adulto y dependencia emocional, autonomía en las tomas de decisiones, habilidades interpersonales, etc., distribuidas en tres subescalas: Dependencia emocional de otra persona, Falta de confianza social en uno mismo y Autonomía. Por su parte, el I.R.I.D.S.-100 está compuesto por 100 ítems evaluados mediante escala Likert de cinco puntos (Muy de Acuerdo a Muy en Desacuerdo) y según la estructura factorial obtenida por rotación varimax está integrado por siete subescalas (Interdependencia, Acomodación Situacional, Autoengaño, Sufrimiento y Sentimientos Adversos, Identidad y Límites Relacionales, Antecedentes personales y Heterocontrol) junto a veintitrés factores sindrómicos. Para ello se ha seleccionado mediante un muestreo aleatorio simple una muestra de 311 sujetos de población general del Principado de Asturias a los que se les ha administrado una batería de pruebas, así como diversas muestras clínicas.

Resultados.

Se ofrecen los Resultados de los análisis de fiabilidad y validez de ambos instrumentos, así como los descriptivos básicos, puntuaciones medias y percentiles, y otros indicadores clínicos de interdependencia, de acuerdo a los cuales se apunta la mayor fiabilidad y validez predictiva del I.R.I.D.S.-100, así como su mayor capacidad explicativa del constructo dependencia interpersonal.

Discusión.

A partir del análisis psicométrico se avanzan interpretaciones clínicas y se abunda en la necesidad de promover la validación de más instrumentos de evaluación de las dependencias interpersonales que se consideran como un auténtico reto socio-sanitario.

Derivaciones a recursos sociales en pacientes duales del CAS Vall Hebron

SOLÉ, C.; ÁLVAREZ, A.; RODRÍGUEZ, L.; RODRÍGUEZ-CINTAS, L.; GRAU, L.; BARRAL, C.; FERNÁNDEZ, L.; ESTEVE, O.; SENTÍS V; RONCERO, C., CASAS, C.

* Trabajadora social CAS Vall Hebron. ** Programa de patología dual. CAS Vall Hebron ***. CAS Vall Hebrón. Hospital Universitario Vall Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. ****Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción.

Los pacientes con patología dual presentan importantes problemáticas sociales, económicas, laborales, jurídico-legales y familiares (Sans., 2002), derivadas de sus trastornos adictivos y de sus alteraciones psicopatológicas.

En nuestro medio es poco conocido el uso de recursos sociales, el tipo y cantidad de servicios que los pacientes duales utilizan como parte integral de su tratamiento.

Objetivo.

El objetivo de este estudio es describir los recursos sociales a los que son derivados los pacientes duales y detectar diferencias entre recursos utilizados comparándolos con los drogodependientes sin diagnóstico dual.

Material y Métodos.

95 pacientes fueron atendidos por Trabajo social (TS) en el CAS Vall Hebron durante el 2008, de ellos el 28,4% presenta un diagnóstico dual. Se describen las derivaciones a recursos sociales de 27 pacientes duales drogodependientes (81,5% varones, media de edad de 37,56 años) atendidos específicamente por el equipo de TS. De ellos el 57% tiene trastornos psicóticos, 34,7% afectivos y 8,4% trastornos de ansiedad graves.

Se compara el uso de recursos descritos en 7 categorías (terapéutico, sanitario, básico, laboral, formativo, lúdico y específico) en función de la droga principal de consumo y de la existencia de patología dual.

Resultados.

La sustancia principal consumida por los pacientes duales atendidos por TS es la cocaína (40,7%), a diferencia de los grupo general que es de opiáceos (49,5%), seguido de cocaína (33,7%).

Los pacientes duales han recibido una media de 2,06 (máx.6 y mín.1) derivaciones a distintos recursos siendo lo habitual en los pacientes del CAS 1,86 derivaciones.

De los pacientes duales un 51,9% fueron derivados a más de un recurso, siendo la media de derivaciones en general de 58,9% a uno y un 41,1% a más de un recurso.

Los pacientes duales han sido derivados principalmente a recursos terapéuticos (55,5%), formativos (22,2%), laborales (14,8%) y lúdicos (11,1%).

De los 73 pacientes del programa de patología dual el 30% han requerido intervención del equipo de TS. Un 55% de los pacientes estaban vinculados con un servicio de salud mental, un 32,5% al CSM de zona, un 5,4% con un psiquiatra privado y un 17,6% a otros servicios.

Discusión.

La mayoría de pacientes duales están vinculados a la Red de salud mental general. Estos han necesitado más intervenciones que el resto de los pacientes.

Los pacientes duales requieren principalmente de recursos terapéuticos y formativos, mientras que los pacientes de cocaína requieren recursos de carácter terapéutico y los de opiáceos y alcohol requieren en mayor medida recursos sanitarios.

Se concluye que debido a que las intervenciones sociales son frecuentes y complejas, es necesario la presencia en los programas de patología dual ambulatoria de Trabajadores sociales, con tiempo suficiente para atender y conocimientos amplios de la red de salud mental y los recursos sociales.

Análisis del perfil de usuario y las derivaciones a recursos sociales en pacientes drogodependientes del CAS Vall Hebron

SOLÉ, C.; RODRÍGUEZ, L.; ÁLVAREZ, A.; SANAGUSTÍN, C.; RODRÍGUEZ-CINTAS, L.; SERRA, A.; BALLADRIGA, T.; ROVIRA, M.; RONCERO, C.

* Trabajadora social CAS Vall Hebron. ** Psicóloga CAS Vall Hebron
*** Coordinadora Trabajo social. Hospital Universitario Vall Hebron
**** Educador Social CAS Vall Hebron ***** Médico CAS Vall Hebron.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebron.
Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción.

La adicción se asocia a problemáticas sociales. Por ello es fundamental una atención especializada y un abordaje psico-social, que permita la normalización social del paciente, dado que esto influirá de forma importante en la evolución del tratamiento de la adicción (Gropper, 1991) y mejorar su calidad de vida (Pedrero-Pérez, et al, 2008). Sin embargo es poco conocido el uso de recursos sociales, el tipo y cantidad de servicios que los pacientes drogodependientes utilizan regularmente como parte integral de su tratamiento.

Objetivo.

El objetivo de este estudio es describir los recursos sociales a los que son derivados los pacientes, con la finalidad de detectar diferencias entre recursos utilizados en función de la sustancia motivo de tratamiento.

Material y Métodos.

Se describen las derivaciones a recursos sociales de 95 drogodependientes, (71,6% varones, media de edad de 37,15) realizadas específicamente por el equipo de Trabajo Social (TS) en el CAS Vall Hebron durante el 2008. El 49,5% son consumidores de opiáceos, un 33,7% de cocaína, un 13% de alcohol y un 3,2 de cannabis. Se compara el uso de recursos descritos en 7 categorías (terapéutico, sanitario, básico, laboral, formativo, lúdico y específico) en función de la droga principal de consumo.

Tras la evaluación a los pacientes mediante entrevista clínica, social y entrevista SCID I se planifica un plan terapéutico integrando los recursos socio-sanitarios.

Resultados.

Los usuarios, de media han sido derivados a 1,86 recursos (máximo de 11- mínimo de 1): un 41,1% a más de un recurso, de ellos el 46,1% son de cocaína, el 38,4 opiáceos y el 12,8% son de alcohol. Se ha derivado principalmente a recursos terapéuticos al 38,9%, (48% cocaína, 40,5% de opiáceos, 10,8% de alcohol), sanitarios al 31,6%, (56,6% opiáceos, 23,3% cocaína, 20% de alcohol), de formación al 14,7% (50% cocaína, 28,5% opiáceos y 21,4% alcohol), lúdicos al 13,7%, de reinserción laboral al 11,6%, básicos al 10,5%, y a recursos específicos al 6,3%.

Discusión.

Los recursos más utilizados son los recursos terapéuticos, seguidos de los sanitarios. Muchos de los pacientes atendidos han necesitado varias intervenciones, lo que se puede relacionar con una mayor gravedad psico-socio-sanitaria. Existe un perfil diferencial, en función del tipo de sustancia consumida.

Los dependientes de cocaína, requieren principalmente recursos de carácter terapéutico; los de opiáceos, de sanitarios, seguidos de los terapéuticos y los básicos, y los de alcohol a servicios sanitarios, terapéuticos y formativos. Es necesaria la presencia en los ambulatorios de drogodependencias de equipos de Trabajo social, con tiempo suficiente para atender a los pacientes y conocimientos amplios de los recursos, sociales, terapéuticos, laborales y sanitarios que puedan colaborar en el proceso de rehabilitación, ya que sus intervenciones son frecuentes y complejas.

Eficacia del consejo sanitario en función de la fase de abandono del tabaco

TABERA HERNÁNDEZ, M.C.; BARRUECO FERRERO, M.;
PLAZA MARTÍN, D.; GÓMEZ-ESCOLAR PÉREZ, M.;
HERRERO ANTÓN, R.M.; VALLADARES LOBERA, B.

* Trabajadora social CAS Vall Hebron. ** Psicóloga CAS Vall Hebron
*** Coordinadora Trabajo social. Hospital Universitario Vall Hebron
****Educador Social CAS Vall Hebron *****Médico CAS Vall Hebron.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebron.
Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción.

El consejo sanitario es fundamental en el abordaje del tabaquismo. Con este trabajo se pretende valorar la eficacia del mismo en función de la fase de abandono en la que se encuentre el fumador.

Material y Método.

Estudio prospectivo con 316 fumadores (216 grupo activo y 100 grupo control). En el grupo activo se realizó consejo sanitario y tratamiento conductual y en el grupo control consejo sanitario puntual, determinándose la abstinencia a los 2, 6 y 12 meses en el grupo activo y al año en el grupo control. Se aplicó el test de chi cuadrado. Nivel de significación: 95%.

Resultados.

La abstinencia observada en los que se realizó el consejo sanitario y tratamiento conductual fue del 39,4% al año de la intervención y 11% en el grupo control. En el grupo activo lograron la abstinencia el 28,4%(18,5%-40,1%) de los que estaban en fase de precontemplación; el 49,2%(36,6%-61,9%) de los que se encontraban en fase de contemplación y el 42,6%(29,2%-56,8%) de los que estaban en fase de preparación. Progresaron de fase el 13,5% de los precontempladores y el 3,1% de los contempladores. En el grupo de control la abstinencia observada al año del inicio del estudio fue del 2,4%(0,1%-12,9%) entre los precontempladores ($p<0,05$), del 8,3%(1,8%-22,5%) entre los contempladores ($p<0,05$) y del 30,4%(13,2-52,9%) entre los que estaban en fase de preparación($p>0,05$).

Discusión.

El consejo para dejar de fumar es eficaz en todo fumador, incluso cuando el paciente no está decidido a abandonar el consumo de tabaco ya que un importante número de fumadores cambian de actitud frente al tabaquismo o abandonan el tabaco.

En qué medida es eficaz la información cognitiva conductual facilitada al fumador durante la deshabituación tabáquica

TABERA HERNÁNDEZ, M.C.; HERRERO ANTÓN, R.M.;
VALLADARES LOBERA, B.; TORRECILLA GARCÍA, M.;
GÓMEZ-ESCOLAR PÉREZ, M; PLAZA MARTÍN, D.

*C.S.San Juan (Salamanca) **C.S.San Juan (Salamanca) ***C.S.San Juan (Salamanca) ****C.S.San Juan (Salamanca) *****C.S.San Juan (Salamanca) *****C.S.Sisinio de Castro (Salamanca)

Enviar correspondencia a:
María del Carmen Tabera Hernández. C.S.San Juan. C/ Valencia
Nº 32 (Salamanca). mctabera@gmail.com

Introducción.

Aconsejar dejar de fumar es fácil, lo complicado es explicar cómo, ya que hay que modificar lo hábitos relacionado con el consumo de tabaco. Saber cómo valoran los fumadores las estrategias conductuales durante el proceso de deshabituación tabáquica es el objetivo de este trabajo.

Material y Métodos.

Estudio transversal. Se realizaron 69 encuestas a pacientes que participaron en un programa de deshabituación tabáquica y consiguieron dejar de fumar al menos durante dos meses. Se aplicó la prueba estadística del chi cuadrado. Nivel de significación del 5%.

Resultados.

Mantuvieron un año de abstinencia el 27,5%(17,5%-39,6%) de los cuales el 31,6%(12,6%-56,6%) realizaron sólo tratamiento conductual y el 68,4%(43,4%-87,4%) tratamiento farmacológico-conductual ($p<0,05$).

De los que consiguieron dejar de fumar al menos durante dos meses seguidos el 92,8%(83,9%-97,6%) refieren que las estrategias conductuales les sirvieron de ayuda, 88,9%(65,3%-98,6%) en el grupo del tratamiento conductual y 94,1%(83,8%-98,8%) en el del tratamiento farmacológico-conductual. El 88,4%(78,4%-94,9%) opinaron que los consejos fueron determinantes para el abandono del tabaco, 77,8%(52,4%-93,6%) en el grupo conductual y el 92,2%(81,1%-97,8%) en el grupo farmacológico-conductual.

Respecto a la eficacia de los tratamientos el 34,3%(23,2%-46,9%) daba más importancia al tratamiento conductual, el 14,9%(7,4%-25,7%) al tratamiento farmacológico y el 50,7%(38,2%- 63,2%) a ambos ($p<0,05$); en el grupo del conductual los porcentajes fueron 75%, 12,5% y 12,5% y en el grupo farmacológico-conductual del 21,6%, 15,7% y 62,7% respectivamente ($p<0,05$).

Conclusión.

Los fumadores que inician un tratamiento para abandonar el consumo de tabaco valoran positivamente las estrategias conductuales y la mayoría las consideran determinantes en el éxito de la intervención.

Es necesaria una mayor implicación de atención primaria en el abordaje del tabaquismo

TABERA HERNÁNDEZ, M.C.; VALLADARES LOBERA, B.;
HERRERO ANTÓN, R.M.; TORRECILLA GARCÍA, M.;
PLAZA MARTÍN, D.; GÓMEZ-ESCOLAR PÉREZ, M.

*C.S.San Juan (Salamanca) **C.S.San Juan (Salamanca)
C.S.San Juan (Salamanca) *C.S.San Juan (Salamanca)
*****C.S.Sisinio de Castro (Salamanca) *****C.S.San Juan (Salamanca)

Enviar correspondencia a:
María del Carmen Tabera Hernández. C.S.San Juan. C/ Valencia
Nº 32, 37005 SALAMANCA. mctabera@gmail.com

Introducción.

En el tratamiento del tabaquismo el fumador es la figura principal y su opinión es importante a la hora de abordarlo. El objetivo del presente estudio es conocer la opinión de los fumadores sobre la implicación de los diferentes profesionales sanitarios de los Centros de Salud en el abordaje del tabaquismo.

Material y Métodos.

Estudio transversal. Se realizaron 550 entrevistas a pacientes con historial tabáquico. Se aplicaron las pruebas estadísticas del chi cuadrado/corrección de Yates. Nivel de significación del 5%.

Resultados.

El 96%(93,9%-97,4%) de los encuestados considera que el médico debe ofrecer consejos a todos los fumadores para abandonar el tabaco y respecto a enfermería un 95,6%(93,5%-97,1%) ($p \geq 0,05$). El 78,2% había intentado dejar de fumar alguna vez, pero hasta un 43,3%(39,1%- 47,5%) reconoció no haber recibido ayuda por parte del médico, porcentaje que ascendía al 70,9%(66,9%-74,6%) al valorar al profesional de enfermería ($p < 0,05$). Un 47%(42,2%-51,8%) lo intentó por indicación sanitaria y en este caso la ayuda recibida por parte del médico fue del 93,1% (88,8%-96,2%) y del 43,1%(36,2%-50,2%) cuando se contemplaba la ayuda el profesional de enfermería ($p < 0,05$).

De los que intentaron dejar de fumar en alguna ocasión sólo el 11,2%(8,5%-14,7%) utilizó algún tratamiento farmacológico, ascendiendo al 17,8%(12,8%-23,8%) cuando fue por indicación médica ($p < 0,05$).

Conclusiones.

Los fumadores consideran que los profesionales sanitarios deben implicarse en el abordaje del tabaquismo. Existen diferencias importantes en el papel asumido por parte de los profesionales de medicina y de enfermería en el tratamiento del tabaquismo. Existe una baja prescripción de fármacos para dejar de fumar aún cuando la prescripción sea médica.

¿Qué opinan sobre el tabaquismo en los colegios?

TABERA HERNÁNDEZ, MC.; TORRECILLA GARCÍA, M.;
GÓMEZ-ESCOLAR PÉREZ, M.; HERRERO ANTÓN, R.M.;
VALLADARES LOBERA, B.; PLAZA MARTÍN, D.

*C.S.San Juan (Salamanca) **C.S.San Juan (Salamanca)
C.S.San Juan (Salamanca) *C.S.San Juan (Salamanca)
*****C.S.San Juan (Salamanca) *****C.S.Sisinio de Castro (Salamanca)

Enviar correspondencia a:
María del Carmen Tabera Hernández. C.S.San Juan. C/Valencia
nº 32, 37005 SALAMANCA. Teléfono: 923255994

Introducción.

Hay que conocer la información que tienen los jóvenes de 12 y 13 años sobre el tabaquismo, ya que es la edad en la que se suele tener contacto con el primer cigarrillo, con el fin de elaborar material divulgativo adecuado a la edad sobre el tabaquismo.

Material y Método.

Estudio descriptivo sobre 7284 jóvenes de 1º y 2º de la E.S.O. de la provincia de Salamanca. Las variables fueron: consumo de tabaco, grado de conocimiento y las consecuencias de su consumo. El test estadístico utilizado fue el chi cuadrado ($p < 0,05$).

Resultados.

Contestaron 4907 jóvenes (67,4%). El 45,4% de los chicos y el 39% de las chicas habían probado el tabaco alguna vez ($p < 0,05$). Eran fumadores habituales el 7,7% de los chicos y el 4,8% de las chicas, y ocasionalmente el 13% y el 15,8% respectivamente. El 96,2% de los chicos y el 98,8% de las chicas consideraba al tabaco perjudicial para la salud. El 92,3% y el 95,2% lo relacionaban como droga, el 74,8% y el 76,7% sabían lo que era el tabaquismo pasivo. El 18,7% y el 16,3% pensaban que fumar poco no era perjudicial ($p > 0,05$) y el 47,5% frente al 47,1% que el tabaco light hacía menos daño. El 65% de los varones y el 71% de las mujeres relacionaban al cáncer, bronquitis e infarto del corazón con el consumo de tabaco, de igual forma el 97,7% y el 98,5% pensaba que fumar era perjudicial para el feto si la mujer fumaba durante el embarazo. La adicción al tabaco la relacionaban con la nicotina el 88,9% de los chicos y el 92,8% de las chicas; y al monóxido de carbono con la peor respuesta al ejercicio el 52,5% y 54,9% respectivamente.

Discusión.

Aunque cada vez existe mayor información sobre el tabaquismo en los colegios, es necesario hacer hincapié en los perjuicios derivados del consumo del tabaco. La mayoría de los encuestados piensa que el tabaco es una droga perjudicial para la salud.

Risperidona inyectable de larga duración (RILD) en el tratamiento de la patología dual

TERÁN, A.; DURÁNTEZ, M.J.; POVEDA, R.;
ALVAREZ, J.C.

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

Introducción.

En los últimos años se ha impuesto el término Patología Dual para describir la asociación o comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos mentales, situación altamente prevalente tanto en los centros de atención drogodependientes como en los centros de salud mental. Sin embargo, la importancia de esta asociación no solo se justifica por su frecuencia sino por las consecuencias en la evolución de ambas, ya que esta se relaciona con un mayor número de acontecimientos adversos: mayor número de hospitalizaciones, frecuentación de urgencias, inestabilidad familiar, marginación social, conducta violenta o ilegal, conducta suicida, peor cumplimiento de la medicación, peor respuesta al tratamiento, etc; que ensombrecen y complican el pronóstico final.

Material y Método.

Exponemos la evolución de un grupo de diez pacientes en tratamiento en el CAD "San Juan de Dios" de Palencia por presentar un Trastorno por Uso de Sustancias (60% cocaína, 30% heroína y 10% cannabis) asociado a otras patologías psiquiátricas (Patología Dual): Esquizofrenia indiferenciada, T. Esquizoafectivo, T. Bipolar, T. Psicótico residual, etc...; por las que realizaban diferentes tratamientos psicofarmacológicos añadidos al propio del TUS. La característica fundamental del grupo era el cumplimiento irregular de la pauta de tratamiento, la baja adherencia a los programas y secundariamente el mantenimiento del consumo de drogas y la presencia de múltiples complicaciones: hospitalizaciones, frecuentación de urgencias, agitación/agresividad, intentos autolíticos, etc. A todos ellos se les incluye en un programa de tratamiento directamente observado con Risperidona Inyectable de Larga Duración complementado con seguimiento y valoración del estado psicofísico quincenal por el personal de enfermería aprovechando su presencia en el centro para cumplimentar la pauta del inyectable de risperidona, además del tratamiento psicoterapéutico mensual.

La evaluación realizada a los seis meses de tratamiento mostró la evolución favorable en mas de las tres cuartas partes de los pacientes, mejorando la cumplimentación (90%) y la adherencia a los programas (90%) a la vez que disminuían el consumo de drogas y los acontecimientos adversos hasta desaparecer en mas del 50%. En el momento de realizarse este estudio el tiempo medio de tratamiento con RILD era de 18,6 meses habiéndose producido únicamente un solo abandono del tratamiento.

Conclusiones.

El tratamiento con RILD en la modalidad de Tratamiento Directamente Observado se ha mostrado eficaz en pacientes con Patología Dual tratados previamente con otros antipsicóticos debido a que:

- Mejora notablemente la cumplimentación de la pauta de tratamiento.
- Mejora la adherencia a los programas de tratamiento del CAD.
- Posibilita el seguimiento de la evolución del paciente.
- Disminuye el consumo de sustancias y el número de acontecimientos adversos.
- Mejora su situación clínica.

Todo ello con excelente tolerancia y escasos efectos adversos.

Políticas de la Generalitat Valenciana, en materia de prevención de drogodependencias, a través de las entidades locales

TOMÁS DOLS, S.; CANO PÉREZ, L.; ÁLVAREZ PAS-CUAL, M^a.J.; VERDÚ ASENSI, F.; DELICADO TORRES, A.; ROSADO MALO, N.; OLTRA PONZODA, A.; RAMÍREZ QUERALT, P.

*Dirección General de Drogodependencias. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

Enviar correspondencia a:
Angel Delicado Torres. C/Micer Mascó, N°31.Valencia (46010).
E-mail: delicado_ang@gva.es

Introducción.

El Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, 2006-2010 de la Comunitat Valenciana, ofrece un marco de actuación práctica que orienta y define los Objetivos específicos y acciones prioritarias a desarrollar durante su vigencia. El Área de Prevención recoge los ámbitos de actuación para desarrollarla en el ámbito familiar, escolar, laboral y comunitario.

Respecto a la prevención comunitaria considera que el marco municipal se configura como el espacio idóneo desde el que adaptar la acción preventiva a las peculiaridades del contexto local en el que se van a desarrollar estos programas, así mismo, establece los mecanismos de coordinación con la acción comunitaria estatal, y potencia la participación conjunta de todos los agentes preventivos.

En este contexto, la Dirección General de Drogodependencias de la Conselleria de Sanitat viene potenciando desde hace varios años políticas encaminadas a este tipo de prevención en el ámbito local a través de diferentes acciones como son: el desarrollo de una normativa en materia preventiva, la creación de Unidades de Prevención Comunitaria (UPCs) junto con los ayuntamientos, además de la financiación anual a fin de que estos servicios municipales puedan dotarse de técnicos de prevención que garanticen la continuidad e inicio de nuevos programas preventivos y también de las políticas locales de prevención.

Palabras clave.

Políticas de prevención, Generalitat, Entidades locales, normativa, financiación.

Objetivo.

Se analizan las principales líneas seguidas en este ámbito, así como su evolución y desarrollo, junto con las políticas locales en materia de prevención de drogodependencias en el marco del Plan.

Estratégico de la Comunitat Valenciana 2006-2010. Para ello, se describe la normativa específica sobre drogas, las Unidades de Prevención Comunitaria (municipios mayores de 20.000 habitantes), el modelo de financiación y la evolución habida en los últimos años (2003-2009) en materia de prevención de drogas.

Material y Método.

Se ha revisado específicamente la normativa en materia de prevención de drogodependencias, la orden de subvenciones anual, las Unidades de Prevención Comunitaria y su ubicación por municipios, el sistema de financiación y la evaluación económica de estos años.

Conclusiones y Discusión.

El avance logrado a través de la normativa aprobada por la Generalitat Valenciana, así como la escala ascendente en materia tanto financiera como de cobertura poblacional e implantación de un mayor número de municipios tanto de más de

20.000 habitantes como de mancomunidades, permite considerar los Objetivos alcanzados en materia de coordinación con las administraciones locales.

Así mismo, observamos la alta participación que han tenido en estas políticas las mancomunidades, así como el nivel de población alcanzado por las mismas.

Por otro lado, se plantea igualmente la necesidad de potenciar un mayor número de municipios en los que implementar políticas locales en materia de prevención en aquellos otros que tengan una población menor de 20.000 habitantes.

Aun así, es necesario seguir avanzando en la misma dirección de analizar nuevas estrategias acordes a las necesidades emergentes revisando a su vez la normativa actual en materia preventiva.

Por último, lo analizado nos lleva a considerar la alta sensibilización desarrollada por los municipios de la Comunitat Valenciana en materia preventiva y el nivel de implementación de políticas locales logrado por la Dirección General de Drogodependencias de acuerdo a los mecanismos de coordinación con la acción comunitaria estatal de potenciar la participación conjunta de todos los agentes preventivos.

Concienciación de los padres sobre la repercusión del consumo del tabaco en el domicilio familiar

TORRECILLA GARCÍA, M.; TABERA HERNÁNDEZ, M.C.;
PLAZA MARTÍN, D.; BARRUECO FERRERO, M.; HERRERO
ANTÓN, R.; GÓMEZ-ESCOLAR PÉREZ, M.

*C.S.San Juan (Salamanca) **C.S.San Juan (Salamanca)
C.S.Sisinio de Castro (Salamanca) *Hospital Clínico
Universitario (Salamanca) *****C.S.San Juan (Salamanca)
*****C.S.San Juan (Salamanca)

Enviar correspondencia a:
Miguel Torrecilla García. C/Valencia Nº 32. C.S.San Juan. 37005
SALAMANCA. Teléfono: 923255994

Introducción.

Conocer la percepción que tienen los padres fumadores y no fumadores que acuden a la consulta de Atención Primaria respecto al consumo de tabaco en los domicilios.

Material y Método.

Estudio multicéntrico descriptivo transversal realizado sobre 1013 padres que acuden a las consultas de Atención Primaria de 9 Centros de Salud. Las variables analizadas fueron: sexo, condición de fumador de los tutores, entorno tabáquico. Se aplicó el test de chi cuadrado. Nivel de significación: 95%.

Resultados.

El 35,2%(32,3%-38,3%) de los padres que acudieron a la consulta se declararon fumadores: el 42,9% (37,7%-48,1%) de los padres fumaban respecto al 30,9%(27,4%-34,7%) de las madres ($p<0,05$).

En el 43,3% (40,3%-46,4%) de las familias encuestadas se fumaba en el domicilio familiar. Entre los que se declaraban fumadores se fumaba en el domicilio en un 80,3% (75,7%-84,3%) ($p<0,05$), cuando el fumador es el padre se fuma en el domicilio en el 59,4% (53,0%-65,6%), cuando es la madre en el 74,8% (66,3%-82,1%) y cuando son ambos los que fuman en el 89,3% (83,3%-93,8%).

Entre los padres fumadores el 26,8%(22,3%-31,7%) consideraban al humo ambiental de los cigarrillos menos perjudicial que el humo que inhala el fumador, el 87,6%(83,6%-90,7%) asociaban al tabaco como droga, creían que el tabaco era muy

perjudicial para la salud un 94,1%(91%-96,2%) y el 73,2%(68,3%-77,7%) pensaba que el ser fumador pudiera influir en el hecho de que en un futuro los hijos fumen. Los porcentajes respectivos entre los no fumadores fueron del 15,8%(13,2%-18,9%), 92,8%(90,5%-94,6%), 97,9%(96,4%-98,8%) y 80,6%(77,4%-83,6%). El 71,1% pensaba que el factor que influye más en el inicio del consumo de tabaco de los niños es el tener amigos fumadores y entre los padres de niños mayores de 12 años existía la seguridad de que los amigos de sus hijos fumaban en un 40%(26,4%-54,8%).

Discusión.

La percepción de riesgo frente al tabaco es distinta entre los padres fumadores y no fumadores. Existe un alto porcentaje de niños que están expuestos al aire ambiental contaminado con humo de tabaco.

Existe una disonancia cognitiva entre los padres fumadores respecto al riesgo que su condición de fumador pueda influir en que sus hijos fumen. Aunque la percepción de riesgo es alta, la intervención del profesional sanitario es necesaria para aumentar la concienciación sobre el problema del tabaquismo y así conseguir hogares libres de humo.



Espacio abierto: recurso de pretalleres de baja exigencia

VACAS MUÑOZ, R.J.; CAMBRONERO MARTÍN, G.;
RODRÍGUEZ GARCÍA, I.

Área de inclusión Social, Cáritas Diocesana de Salamanca

Introducción.

En abril de 2007 se puso en marcha el recurso de baja exigencia denominado ESPACIO ABIERTO, destinado a atender a un colectivo de personas que por determinadas circunstancias y dificultades no podían acceder a recursos más exigentes y estructurados, encontrándose en una grave situación de exclusión social. Personas que viven en la calle o pasan la mayor parte del tiempo en ella, con problemas de adicción a determinadas sustancias, salud precaria, desempleo, desarraigo familiar, desestructuración a todos los niveles, etc, son aspectos que definen el perfil de las personas que acuden a este recurso. Espacio abierto se estructura en talleres, donde principalmente se desarrollan destrezas manuales y artísticas, acompañadas de un café a media tarde que sirve de momento de distensión y amena charla.

Objetivo.

Ofrecer un espacio donde motivar y favorecer procesos de cambio, desarrollando capacidades y habilidades que les permitan comenzar otros procesos más estructurados y exigentes, que hagan posible el abandono de la situación de exclusión en al que se encuentran, o al menos, aumenten significativamente su calidad de vida.

Metodología.

Las estrategias metodológicas se centran en: motivación hacia el cambio, orientación y asesoramiento sobre diferentes recursos, acogida, escucha y acompañamiento, confianza y empatía, creatividad, flexibilidad...etc.

Resultados.

Con dos años de andadura, Espacio Abierto ha experimentado un importante incremento de participantes, pasando de 35 en el año 2007 a los 85 en el pasado 2008. En la actualidad, contamos con una asistencia continuada de aproximadamente 17-20 personas. Una parte significativa de los asistentes, abandonan el recurso por iniciar procesos en otros centros o recursos, se incorporan al mundo laboral e inician procesos de inserción.

Abuso de biperideno en psiquiatría. A proposito de un caso

VALCARCEL LENCINA, V.; ROSAGRO ESCAMEZ, F.;
PEÑALVER GARCERAN, I.; CRESPO RAMOS, F.; AYALA
VIGUERAS, I.; POZO NAVARRO, P.

*Unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. Hospital general universitario Reina Sofía de Murcia. **Unidad de desintoxicación HGURS ***Centro de Atención Primaria de Bullas

Enviar correspondencia a:
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Unidad de Psiquiatría. Dra Valcarcel Lencina. CP30003. victovalen79@hotmail.com

Introducción.

Biperideno es un fármaco anticolinérgico sintético que se utiliza en pacientes psiquiátricos para contrarrestar la sintomatología extrapiramidal producida por los neurolepticos, fundamentalmente en pacientes jóvenes o que toleran mal dichos fármacos. Se ha demostrado que presenta un efecto euforizante, elevador del estado de ánimo y estimulador social.

Material y Métodos.

Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de trastorno esquizotípico y antecedentes de consumo perjudicial de poltóxicos (cocaína y cannabis) que presenta abuso de biperideno, entre 20-30 mg /día, con el objetivo de conseguir un efecto euforizante y disminuir el craving de cocaína. El paciente ingresa para desintoxicación programada de biperideno. Se reajusta el tratamiento psicofarmacológico previo del paciente (clonacepam, pregabalina, quetiapina y amisulpiride) y se va retirando biperideno de forma gradual. Durante su estancia en planta el paciente permanece tranquilo y abordable, no presentando sintomatología de abstinencia por lo que es dado de alta.

Resultados.

La interrupción del fármaco (biperideno) de manera brusca produce ansiedad y alteraciones del ánimo por lo que es recomendable la suspensión de manera lenta y progresiva.

Una elevada dosis de biperideno puede provocar sintomatología psicótica aguda, síndrome confusional agudo, deterioro cognitivo e interferir con el efecto terapéutico de los antipsicóticos impidiendo su absorción.

Discusión.

Dado que son numerosos los pacientes psiquiátricos a los que se les prescribe dicho fármaco, los clínicos deberíamos estar alerta cuando lo pautamos, especialmente en pacientes que tienen riesgo potencial de abuso, por ejemplo en los que presentan historia previa de abuso de sustancias.

La efectividad de la naltrexona en el tratamiento de la dependencia alcohólica es independiente de la edad, el sexo y la comorbilidad: estudio de cohortes retrospectivo

VARGAS, M.L.; BERMEJO, A.; DíEZ, J.; DEL BRÍO, A.M.; FERNÁNDEZ, M.L.; FRANCO, M.A.

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora.

Enviar correspondencia a:
Martín L. Vargas, UCA, Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Zamora, Avenida Hernán Cortés 40. 49021 Zamora. E-mail: vargasspain@gmail.com

Objetivos.

El antagonista opiáceo naltrexona es un tratamiento eficaz indicado en la dependencia alcohólica. Su principal efecto terapéutico se debe a una reducción del "craving" y de la recompensa mediada por el alcohol. El tratamiento a corto plazo con naltrexona disminuye significativamente las recaídas en el consumo alcohólico, descendiendo el Riesgo Relativo a 0,64. El objetivo del estudio es conocer si la efectividad del tratamiento en condiciones clínicas reales se ve afectada por los predictores clínicos edad, sexo y comorbilidad.

Métodos.

Se realizó un estudio observacional de cohortes retrospectivo en el que analizamos cuatro predictores clínicos de efectividad del tratamiento con naltrexona (50 mg/día) en la dependencia de alcohol. Los datos se obtuvieron por revisión de historias clínicas en la Unidad de Conductas Adictivas de Zamora, procedentes de 107 pacientes ambulatorios (88 varones -82,2 %-; 19 mujeres -17,8 %-). La edad media en el inicio del tratamiento fue de 41,7 años (DS 9,8). Setenta y ocho pacientes (72,9 %) no tenían ninguna otra dependencia frente a 29 pacientes (27,1 %) con historia asociada de dependencia de cocaína. No existía patología dual en 55 pacientes (51,4 %), 17 (15,9 %) estaba diagnosticado de trastorno de la personalidad, 15 (14,0 %) tenía antecedente de trastornos afectivos, 12 (11,2 %) tenía antecedentes de trastorno psicótico y 6 (5,6 %) otros tipos de patología dual.

La variable de efectividad fue "tiempo transcurrido hasta la primera recaída en el consumo de alcohol tras el inicio del tratamiento con naltrexona". En el caso de que existieran varios intentos terapéuticos en un mismo paciente se consideró sólo el primero. Se estudiaron cuatro posibles predictores clínicos: edad, sexo, comorbilidad con dependencia de cocaína y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Se describe la evolución mediante el Método de Kaplan-Meier. Se intentó construir un modelo predictivo mediante regresión de Cox (Forward, Likelihood ratio, PIN 0.05, POUT 0,10).

Resultados.

El tratamiento se mantuvo durante un tiempo medio de 10,3 meses (DS 15,8). Se suprimió debido a remisión sintomatológica en 13 casos (12,1 %), respuesta insuficiente o intolerancia en 19 casos (17,8 %) y 69 pacientes mantenían el tratamiento al final del seguimiento. El tiempo mediano hasta la recaída en el consumo fue de 7,7 meses (IC 95 % 5,4 a 10,0). Ninguno de los predictores fue incluido en el modelo, indicando que ninguno tiene efecto sobre la efectividad del tratamiento con naltrexona.

Conclusión.

La efectividad del tratamiento con naltrexona en la dependencia de alcohol no se ve afectada por la edad, el sexo ni la presencia de codependencia de cocaína o de patología dual.

El tabaco en los establecimientos de restauración y hostelería: estudio observacional en Barcelona, 2008

VILLALBÍ, J.R.; BARANDA, L; LÓPEZ, M.J.; NEBOT, M.

* Agència de Salut Pública de Barcelona ** CIBERESP
*** TRS

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

Las normas sociales percibidas tienen un papel crucial en el inicio y persistencia del tabaquismo: la regulación de la publicidad y del consumo de tabaco en lugares de trabajo y espacios públicos es determinante. Con la entrada en vigor en 2006 de la ley de medidas sanitarias sobre el tabaquismo se ha producido una importante reducción de la exposición al humo ambiental de tabaco en los lugares de trabajo. Sin embargo, buscando el consenso político durante el proceso legislativo de 2005, la ley creó una situación especial para los locales de restauración y hostelería, y algunos locales de ocio. Los titulares de éstos tienen amplio margen para decidir sobre la presencia de tabaco: de forma absoluta para los menores de 100 m², y condicionada a ciertos factores en los mayores. Muchos locales de restauración y hostelería permiten fumar, y en la mayoría de los casos lo hacen de acuerdo con las previsiones de la ley. Sin embargo, no se dispone en España de información representativa y empírica sobre este tema. Los estudios de evaluación existentes hasta ahora se basan en fuentes diversas: percepciones (según encuestas poblacionales); análisis de denuncias, inspecciones y actividades sancionadoras compiladas por las administraciones públicas (de comparabilidad y representatividad diversa); costosos estudios ambientales en un número reducido de establecimientos. En esta comunicación se presentan los Resultados de un estudio observacional realizado en la ciudad de Barcelona a finales de 2008 en una muestra de establecimientos de restauración, hostelería y similares basada en la observación de todos los locales situados dentro de una muestra de secciones censales de la ciudad, ponderadas por distrito. Los Resultados contribuyen a poner en contexto los datos existentes.

Se obtiene información observacional de 1.136 establecimientos, categorizados por distrito, tipología, y tamaño. Los comercios con degustación (panaderías, pastelerías, etc.) en general prohíben fumar (85,4%). Los establecimientos de restauración pertenecientes a franquicias o cadenas de comida rápida también (86,4%). En los distritos céntricos hay mayor oferta de establecimientos sin humo. Los establecimientos situados dentro de centros comerciales en general están libres de humo. Se identifican los principales aspectos de incumplimiento de las normas sobre zonas de fumadores, señalización o venta de tabaco. Se discuten los Resultados, aspectos mejorables con las normas vigentes, y la necesidad de revisar la legislación para proteger la salud y contribuir a la disminución de la frecuencia del tabaquismo.

Evaluar los planes de acción sobre drogas: experiencia en Barcelona, 2006-08

VILLALBÍ, J.R.; BRUGAL, M.T.; GUITART, A.; CASAS, C.

* Agència de Salut Pública de Barcelona
** CIBERESP

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

La ciudad de Barcelona ha contado desde 1988 con sucesivos planes de acción sobre drogas, aprobados en el Consejo Plenario del Ayuntamiento buscando el consenso profesional, social y político. Su elaboración va precedida de un análisis de la situación a partir del sistema de información sobre drogas, e intenta desarrollar propuestas transversales y no sólo relativas a los servicios de atención a las adicciones. En 2005, y para afrontar importantes cambios en la problemática de las drogas en la ciudad, el proceso de elaboración del nuevo plan de acción incorporó un amplio proceso de participación, con consultas abiertas y elaboración de propuestas en diversos grupos de trabajo, incorporando elementos propios de la metodología de evaluación del impacto en salud. El nuevo plan, referido al período 2006-08 se aprobó en enero de 2006, incluyendo cinco Objetivos generales y 26 Objetivos específicos. En esta comunicación se presenta la evaluación del grado de cumplimiento de estos Objetivos, que forma parte del proceso de formulación del nuevo plan para el período 2009-12.

Además de la valoración cualitativa y política de algunas de las propuestas, se incluyen los indicadores del sistema de información de drogas que permiten la monitorización de otros Objetivos a partir de datos empíricos, revisando la información existente. Los indicadores incorporados incluyen las jeringas recogidas de la vía pública en determinadas zonas, las denuncias de los cuerpos policiales por consumo en la vía pública y tenencia de drogas, los Resultados de los controles de alcohol espirado en conductores de vehículos, datos extraídos de encuestas a muestras representativas de estudiantes de educación secundaria y de la población general sobre tabaco, alcohol y drogas, indicadores de los programas de prevención para adolescentes, indicadores de los centros de tratamiento de adicciones y de los programas de reducción de daños para usuarios de drogas, así como indicadores de infección por VIH y de mortalidad relacionada con drogas. La evaluación muestra los progresos obtenidos y las áreas en que este es limitado, así como las dificultades para avanzar en algunas áreas. Se valora que el proceso de participación condujo a la incorporación de Objetivos en ámbitos transversales donde la capacidad de decisión está más lejos de nuestros ámbitos de gestión, lo que en algún caso ha dificultado el conseguir progresos efectivos. Se constata también que para lograr algunos Objetivos no se ha conseguido generar el suficiente apoyo social y político, por lo que han quedado pendientes. Al mismo tiempo, se comprueba que muchos Objetivos vinculados más directamente a la gestión de programas y servicios han mostrado progresos, en algún caso notables.

Programa CRA para dependientes a la cocaína: un estudio de seguimiento de seis meses

ZACARÉS ROMAGUERA, F.; SÁNCHEZ-HERVÁS, E.;
SECADES-VILLA, R.; GARCÍA-RODRÍGUEZ, O.; GARCÍA
FERNÁNDEZ, G.; SANTONJA GÓMEZ, F.J.

1 Universidad de Oviedo. 2 UCA Catarroja. Dpt. 10. Consellería de Sanitat. Valencia. 3 Universidad de Barcelona. 4 Centro Universitario Estema. Universidad Miguel Hernandez. Alicante.

Enviar correspondencia a:
Francisco Zacarés Romaguera. Plaza Feijoo s/n. CP 33003. Oviedo
E-mail: sisquet7@hotmail.com

Introducción.

En un esfuerzo en trasladar la evidencia proveniente de la literatura sobre la eficacia de los tratamientos psicosociales a la práctica clínica habitual, se presenta un estudio cuyo principal objetivo implementar un centro asistencial comunitario, las intervenciones que previamente se han mostrado eficaces en entornos controlados. El objetivo fue comprobar la viabilidad, la capacidad de retener a los pacientes en tratamiento y de mantenerlos abstinentes en un contexto de tratamiento comunitario en España, aplicando el Programa de Refuerzo Comunitario (CRA). El CRA es un programa con gran tradición y excelentes Resultados en el ámbito del tratamiento del alcoholismo, y fue adaptado por A. Budney y S. Higgins para tratar a personas con problemas de cocaína.

Material y Métodos.

Participaron en el estudio 62 individuos dependientes a la cocaína asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento: grupo CRA (n=30) y grupo Enfoque Clínico Habitual (ECH) (n=32). Además de una historia clínica y un reconocimiento médico, en la admisión a todos los participantes se les administró el EuropASI. Para disponer de datos Objetivos sobre la abstinencia a cocaína, los pacientes realizaban dos controles analíticos semanales (lunes y viernes). Se utilizó el test Multidrog-cocaína. Se analizaron las diferencias en los Resultados del tratamiento a los seis meses para ambos grupos. Se utilizaron los estadísticos T de Student y Chi-cuadrado para establecer comparaciones entre los dos grupos en la línea base. Para estudiar las diferencias entre ambos grupos para las variables retención y abstinencia se utilizó el estadístico Chi-cuadrado. Para analizar las diferencias entre los grupos en el funcionamiento psicosocial se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Para el análisis de las diferencias intragrupo se utilizó el estadístico para muestras apareadas W de Wilcoxon.

Resultados y Discusión.

A las 24 semanas de tratamiento los pacientes del grupo CRA alcanzaron mejores tasas de retención que los del grupo control (60% vs 50%). También obtuvieron mejores tasas de abstinencia continuada (26,7% vs 9,4%) y cambios más significativos en el funcionamiento psicosocial. Los Resultados obtenidos sugieren que el CRA es con algunas modificaciones un programa viable para aplicar en un contexto de tratamiento ambulatorio de la red sanitaria pública en España. Estudios adicionales deben permitir mostrar la generalización y el mantenimiento de los Resultados a largo plazo.

boletín de suscripción:

■ DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos

NIF Profesión

Dirección Nº Piso

Tel. Población D.P. Provincia

E-mail

■ SUSCRIBANME A: «Adicciones». Año 2009

España	4 ejemplares y suplementos	50,00 €		suscripción particular
	4 ejemplares ..	125,00 €		suscripción instituciones
	1 ejemplar	15,00 €		
	1 monográfico	20 €		
Extranjero	4 ejemplares y suplementos	90 €	90 \$	suscripción particular
	4 ejemplares ..	200 €	200 \$	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, 3ª. 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

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 o n° 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 n° 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 remitirá al Banco o Caja de Ahorros que proceda, la parte superior del mismo. ¡GRACIAS!

SOCIDROGALCOHOL. Avda. Hospital Militar, 180. 08023 BARCELONA. Tel./fax: 932103854 • E-mail: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.  INVEGA 3 mg, 6 mg y 9 mg comprimidos de liberación prolongada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido de liberación prolongada contiene 3 mg, 6 mg y 9 mg de paliperidona, respectivamente. Excipientes: Cada comprimido contiene 13,2 mg de lactosa (sólo el comprimido de 3 mg). Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** INVEGA 3 mg: Comprimidos blancos con forma de cápsula con tres capas con la impresión "PAL 3". INVEGA 6 mg: Comprimidos beige con forma de cápsula con tres capas con la impresión "PAL 6". INVEGA 9 mg: Comprimidos rosas con forma de cápsula con tres capas con la impresión "PAL 9". **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** INVEGA está indicado en el tratamiento de la esquizofrenia. **4.2 Posología y forma de administración.** Adultos. INVEGA se administra por vía oral. La dosis recomendada de INVEGA es de 6 mg una vez al día, administrados por la mañana. La administración de INVEGA debe regularse en relación con la ingesta (ver sección 5.2). Se indicará a los pacientes que deben tomar INVEGA siempre en ayunas o siempre con el desayuno, pero no unas veces en ayunas y otras con alimentos. No es necesario un ajuste inicial de la dosis. Algunos pacientes pueden beneficiarse de dosis inferiores o superiores dentro del intervalo recomendado de 3 a 12 mg una vez al día. Si procede ajustar la dosis, se hará sólo después de una evaluación clínica. Cuando esté indicado un aumento de dosis, se recomienda incrementos de 3 mg/día y como norma general se deben realizar en intervalos de más de 5 días. Los comprimidos de INVEGA deben tragarse enteros con algún líquido y no deben masticarse, dividirse ni aplastarse. El principio activo está contenido en una cubierta no absorbible diseñada para liberar el principio activo de forma controlada. Dicho recubrimiento, junto con los componentes insolubles del núcleo del comprimido, se elimina del organismo; los pacientes no deben preocuparse si en alguna ocasión ven en las heces algo parecido a un comprimido. **Pacientes con insuficiencia hepática.** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. INVEGA no ha sido estudiado en pacientes con insuficiencia hepática grave, por lo que se recomienda precaución si se administra a estos pacientes. **Pacientes con insuficiencia renal.** En pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina ≥ 50 a < 80 ml/min) la dosis inicial recomendada es de 3 mg una vez al día. La dosis podrá ser aumentada a 6 mg una vez al día basándose en la respuesta clínica y la tolerabilidad. En pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave (aclaramiento de creatinina ≥ 10 a < 50 ml/min), la dosis inicial recomendada de INVEGA es de 1,5 mg cada día, que podría ser aumentada a 3 mg una vez al día después de la evaluación clínica. INVEGA no ha sido estudiado en pacientes con un aclaramiento de creatinina por debajo de 10 ml/min, por lo que no se recomienda su uso en estos pacientes. **Anzianos.** Las recomendaciones posológicas para los pacientes ancianos con una función renal normal (≥ 80 ml/min) son las mismas que para los adultos con una función renal normal. No obstante, la función renal puede disminuir en los ancianos, por lo que será necesario ajustar la dosis en función de este parámetro (ver Pacientes con Insuficiencia Renal, más arriba). INVEGA debe utilizarse con precaución en pacientes ancianos con demencia y factores de riesgo de ictus (ver sección 4.4). **Población pediátrica.** No se han estudiado la seguridad ni la eficacia de INVEGA en pacientes < 18 años. No hay experiencia en niños. **Otras poblaciones especiales.** No es necesario ajustar la dosis de INVEGA por motivos de sexo, raza o tabaquismo. (Para mujeres embarazadas y madres lactantes, ver sección 4.6). **Cambio a otros medicamentos antipsicóticos.** No se han recopilado datos sistemáticos que aborden concretamente el cambio del tratamiento con INVEGA por otros antipsicóticos. Dadas las diferentes características farmacodinámicas y farmacocinéticas entre los distintos medicamentos antipsicóticos, se necesita la supervisión de un médico cuando se considere apropiado desde el punto de vista médico cambiar de producto. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo, a la risperidona o a alguno de los excipientes. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. Intervalo QT.** Como ocurre con otros antipsicóticos, hay que tener precaución cuando se receta INVEGA a pacientes con enfermedad cardiovascular conocida o con antecedentes familiares de prolongación del QT, y cuando se usa a la vez que otros medicamentos que supuestamente prolongan el intervalo QT. **Síndrome neuroléptico maligno.** Se ha notificado que con los antipsicóticos, incluida la paliperidona, se producen casos de Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) que se caracteriza por hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad autónoma, alteración de la consciencia y elevación de la creatinina fosfoquinasa sérica. Otros signos clínicos pueden ser mioglobinuria (rhabdomiólisis) e insuficiencia renal aguda. Si un paciente presenta signos o síntomas indicativos de SNM, se suspenderán todos los antipsicóticos, incluido INVEGA. **Discinesia tardía.** Los medicamentos antagonistas del receptor de la dopamina se han asociado a la inducción de discinesia tardía, que se caracteriza por movimientos rítmicos involuntarios, predominantemente de la lengua y/o de la cara. Si aparecen signos y síntomas de discinesia tardía, se debe considerar la posibilidad de suspender la administración de todos los antipsicóticos, incluido INVEGA. **Hiperglucemia.** En ensayos clínicos realizados con INVEGA se han notificado casos raros de reacciones adversas relacionadas con la glucosa, p. ej., elevación de la glucemia. Como ocurre con otros antipsicóticos, se aconseja realizar un control clínico adecuado de los pacientes diabéticos y de los que presenten factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus. **Hipotensión ortostática.** La paliperidona puede inducir hipotensión ortostática en algunos pacientes, debido a su actividad alfa-bloqueante. Según los datos reunidos de los tres ensayos controlados con placebo de 6 semanas de duración realizados con dosis fijas de INVEGA (3, 6, 9 y 12 mg), se notificó hipotensión ortostática en el 2,5% de los sujetos tratados con INVEGA comparado con el 0,8% de los tratados con placebo. INVEGA debe utilizarse con precaución en pacientes con enfermedades cardiovasculares (p. ej., insuficiencia cardíaca, infarto o isquemia de miocardio, anomalías de la conducción), enfermedades cerebrovasculares o trastornos que predispongan al paciente a la hipotensión (p. ej., deshidratación e hipovolemia). **Convulsiones.** INVEGA debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones o de otros trastornos que potencialmente puedan reducir el umbral convulsivo. **Posibilidad de producir obstrucción gastrointestinal.** Dado que el comprimido de INVEGA es indeformable y que su forma no cambia apreciablemente en el tracto gastrointestinal, INVEGA no se debe administrar en general a pacientes con estenosis gastrointestinal grave preexistente (patológica o yatrogénica) ni a pacientes con disfagia o dificultad significativa para deglutir comprimidos. Se han notificado casos raros de síntomas obstructivos en pacientes con estenosis, asociados a la ingestión de medicamentos con formulaciones indeformables de liberación controlada. La forma farmacéutica de INVEGA es de liberación controlada, por lo que sólo debe utilizarse en pacientes capaces de tragar el comprimido entero. **Trastornos con reducción del tiempo de tránsito gastrointestinal.** Trastornos que reducen el tiempo de tránsito gastrointestinal, por ejemplo las enfermedades que se asocian a diarrea grave crónica, pueden disminuir la absorción de paliperidona. **Insuficiencia renal.** En los pacientes con insuficiencia renal aumentan las concentraciones plasmáticas de paliperidona, por lo que puede ser necesario ajustar la dosis en algunos pacientes (ver secciones 4.2 y 5.2). No se dispone de datos de pacientes con un aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min. Paliperidona no debe administrarse en pacientes con un aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min. **Insuficiencia hepática.** No se dispone de datos de pacientes con insuficiencia hepática grave (clase C de Child-Pugh). Se recomienda precaución si se utiliza paliperidona en dichos pacientes. **Pacientes ancianos con demencia.** INVEGA no se ha estudiado en pacientes ancianos con demencia. Por lo tanto, hasta que no existan otros estudios que lo demuestren, la experiencia con risperidona se considera válida también para paliperidona. **Mortalidad total.** En un metaanálisis de 17 ensayos clínicos controlados en los que participaron pacientes ancianos con demencia tratados con otros antipsicóticos atípicos como risperidona, aripiprazol, olanzapina y quetiapina, se observó un aumento del riesgo de mortalidad en comparación con el placebo. En los pacientes tratados con risperidona, la mortalidad fue de un 4% en comparación con un 3,1% en los tratados con placebo. **Reacciones adversas cerebrovasculares.** En ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo en los que pacientes con demencia recibieron tratamiento con antipsicóticos atípicos incluyendo risperidona, aripiprazol y olanzapina se ha observado que el riesgo de reacciones adversas cerebrovasculares se multiplica por 3 aproximadamente. Se desconoce el mecanismo de este aumento del riesgo. INVEGA se debe utilizar con precaución en pacientes ancianos con demencia que presenten factores de riesgo de apoplejía. **Enfermedad de Parkinson y demencia de los cuerpos de Lewy.** Los médicos deben sopesar los riesgos y los beneficios de prescribir antipsicóticos, incluido INVEGA, a pacientes con enfermedad de Parkinson o con demencia de los cuerpos de Lewy (DCL), porque ambos grupos tienen un mayor riesgo de Síndrome Neuroléptico Maligno y una mayor sensibilidad a los antipsicóticos. Las manifestaciones de este aumento de la sensibilidad pueden consistir en confusión, embotamiento, inestabilidad postural con caídas frecuentes, además de síntomas extrapiramidales. **Priapismo.** Se ha comunicado que los medicamentos con efectos de bloqueo adrenérgico alfa inducen priapismo. Aunque no se han notificado casos de priapismo en los ensayos clínicos realizados con INVEGA, la paliperidona tiene esta actividad farmacológica, por lo que puede asociarse a dicho riesgo. **Regulación de la temperatura corporal.** Se ha atribuido a los antipsicóticos la alteración de la capacidad del organismo de reducir la temperatura corporal central. Se aconseja tomar las medidas oportunas cuando se prescriba INVEGA a pacientes que vayan a experimentar circunstancias que puedan contribuir a una elevación de la temperatura corporal central, p. ej., ejercicio intenso, exposición a calor extremo, tratamiento concomitante con medicamentos de actividad anticolinérgica o deshidratación. **Efecto antiemético.** En los estudios preclínicos con paliperidona se observó que tiene un efecto antiemético. De producirse en los seres humanos, puede enmascarar los signos y síntomas de la sobredosis de determinados medicamentos o de trastornos como la obstrucción intestinal, el síndrome de Reye y los tumores cerebrales. **Contenido de lactosa.** Los pacientes con intolerancias hereditarias poco frecuentes a galactosa, de insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Se aconseja precaución cuando se receta INVEGA junto con medicamentos que prolongan el intervalo QT, p. ej., antiarrítmicos de las clases IA (p. ej., quinidina, disipiramida) y III (p. ej., amiodarona, sotalol), algunos antihistamínicos, algunos antipsicóticos y algunos antipalúdicos (p. ej., mefloquina). **Posibilidad de que INVEGA afecte a otros medicamentos.** No se espera que la paliperidona produzca interacciones farmacocinéticas clínicamente importantes con medicamentos metabolizados por las isoenzimas del citocromo P-450. Los efectos principales de la paliperidona se ejercen en el SNC (ver sección 4.8), por lo que INVEGA debe utilizarse con precaución si se combina con otros medicamentos de acción central, p. ej. anolíticos, casi todos los antipsicóticos, hipnóticos, opiáceos, etc. o con alcohol. La paliperidona puede antagoni-

zar el efecto de la levodopa y de otros agonistas de la dopamina. Si se considera necesario administrar esta combinación, sobre todo para la enfermedad de Parkinson terminal, se debe prescribir la dosis mínima eficaz de cada tratamiento. Debido a la posibilidad de que induzca hipotensión ortostática (ver la sección 4.4), se puede observar un efecto aditivo si se administra INVEGA con otros tratamientos que también tengan esta posibilidad, p. ej. otros antipsicóticos, tricíclicos. Se recomienda precaución cuando se coadministra paliperidona junto con otros medicamentos que disminuyan el umbral convulsivo (-es decir, fenotiazinas o butirofenonas, tricíclicos o ISRS, tramadol, melfloquina, etc.). **Posibilidad de que otros medicamentos afecten a INVEGA.** Los estudios *in vitro* indican que las enzimas CYP2D6 y CYP3A4 pueden tener una intervención mínima en el metabolismo de la paliperidona, pero no hay indicios *in vitro ni in vivo* de que esas isoenzimas desempeñen un papel significativo en el metabolismo de la paliperidona. La administración conjunta de INVEGA con paroxetina, un potente inhibidor de la CYP2D6, no tuvo un efecto clínicamente significativo sobre la farmacocinética de la paliperidona. Estudios *in vitro* mostraron que paliperidona es un sustrato de la glucoproteína P (P-gp). La administración concomitante de INVEGA una vez al día y carbamazepina 200 mg dos veces al día originó una disminución aproximadamente de un 37% de la media de la C_{max} y AUC en el estado estacionario de paliperidona. Esta disminución se debe en gran parte a un aumento de un 35% del aclaramiento renal de paliperidona, probablemente como resultado de la inducción de la P-gp renal por la carbamazepina. Una disminución menor de la cantidad del principio activo sin alterar excretado en la orina sugiere que durante la administración concomitante con carbamazepina, hubo un efecto mínimo en el metabolismo del CYP o en la biodisponibilidad de paliperidona. Con dosis más altas de carbamazepina, podrían aparecer disminuciones mayores de las concentraciones plasmáticas de paliperidona. Al inicio del tratamiento con carbamazepina, se debe reevaluar y aumentar la dosis de INVEGA, si es necesario. Por el contrario, en caso de la interrupción del tratamiento con carbamazepina, se debe reevaluar y disminuir la dosis de INVEGA, si es necesario. En 2-3 semanas se alcanza la inducción total mientras que tras la interrupción del inductor el efecto desaparece en un período de tiempo similar. Otros medicamentos o medicamentos a base de plantas que son inductores, p. ej., riñampicina y hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) pueden tener efectos similares sobre paliperidona. Medicamentos que afectan al tiempo del tránsito gastrointestinal pueden influir en la absorción de la paliperidona, p. ej., metoclopramida. **Uso concomitante de INVEGA y risperidona.** No se recomienda el uso de INVEGA con la risperidona oral dado que la paliperidona es el metabolito activo de la risperidona y la combinación de los dos puede dar lugar a una exposición aditiva de paliperidona. **4.6 Embarazo y lactancia.** No existen datos suficientes sobre la utilización de la paliperidona en mujeres embarazadas. La paliperidona no fue teratógena en estudios en animales, pero se observaron otros tipos de toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). El uso de antipsicóticos en el último trimestre del embarazo ha ocasionado en el hijo trastornos neurológicos de naturaleza extrapiramidal, de larga duración pero reversibles. INVEGA no se debe utilizar durante el embarazo salvo que sea claramente necesario. Si se considera necesario suspender su administración durante la gestación, no debe hacerse de forma repentina. La paliperidona se excreta por la leche materna en tal medida que es probable que se produzcan efectos en el lactante si se administra en dosis terapéuticas a mujeres lactantes. INVEGA no debe utilizarse durante la lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de la paliperidona sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña o moderada debido a sus posibles efectos sobre el sistema nervioso y la vista (ver sección 4.8). Por tanto, se aconsejará a los pacientes que no conduzcan ni utilicen máquinas hasta conocer su sensibilidad individual a INVEGA. **4.8 Reacciones adversas.** Las reacciones adversas a medicamentos (RAS) notificadas con más frecuencia en los ensayos clínicos fueron cefalea, taquicardia, acatisia, taquicardia sinusal, trastorno extrapiramidal, somnolencia, mareo, sedación, temblor, hipertonia, distonia, hipotensión ortostática y sequedad de boca. Las RAS que parecieron depender de la dosis fueron aumento de peso, cefalea, hipersecreción salival, vómitos, discinesia, distonia, trastorno extrapiramidal, hipertonia y Parkinsonismo. A continuación se recogen todas las RAS notificadas en sujetos tratados con INVEGA en ensayos clínicos. Se aplican los siguientes términos y frecuencias: *muy frecuentes* ($\geq 1/100$), *frecuentes* ($\geq 1/100$, $< 1/100$), *poco frecuentes* ($\geq 1/1.000$, $< 1/1.000$), *raras* ($\geq 1/10.000$, $< 1/10.000$) y *muy raras* ($< 1/10.000$). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia

Sistema de clasificación de órganos	Reacción adversa al medicamento		
	Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes
Trastornos del sistema inmunológico			reacción anafiláctica
Trastornos del metabolismo y de la nutrición			aumento del apetito
Trastornos psiquiátricos			pesadillas
Trastornos del sistema nervioso	cefalea	trastorno extrapiramidal, parkinsonismo, temblor, hipertonia, distonia, acatisia, mareos, sedación, somnolencia,	convulsiones tónicoclónicas generalizadas, síncope, discinesia, mareo postural
Trastornos oculares			convulsiones oculógras
Trastornos cardíacos		taquicardia, taquicardia sinusal, bloqueo de rama, bloqueo auriculoventricular de primer grado, bradicardia	palpitaciones, arritmia sinusal
Trastornos vasculares		hipotensión ortostática	isquemia, hipotensión
Trastornos gastrointestinales		vómitos, dolor abdominal superior, hipersecreción salival, sequedad de boca	
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo			rigidez muscular
Trastornos del aparato reproductor y de la mama			amenorrea, galactorrea, disfunción eréctil, ginecomastia, secreción mamaria, trastornos menstruales
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		astenia, cansancio	edema
Exploraciones complementarias		aumento de peso	anomalías del electrocardiograma

La paliperidona es un metabolito activo de la risperidona. A continuación se listan las reacciones adversas adicionales notificadas con la risperidona.

Sistema de clasificación de órganos	Reacción adversa al medicamento
<i>Infecciones e infestaciones</i>	acarodermatitis, bronquitis, bronconeumonía, celulitis, cistitis, infección de oído, infecciones oculares, gripe, infección localizada, nasofaringitis, oncomicosis, otitis media, otitis media crónica, faringitis, neumonía, infección del tracto respiratorio, rinitis, sinusitis, tonsillitis, traqueobronquitis, infección del tracto respiratorio alto, infección del tracto urinario, infección vírica
<i>Trastornos de la sangre y del sistema linfático</i>	anemia, granulocitopenia, neutropenia, trombocitopenia
<i>Trastornos del sistema inmunológico</i>	hipersensibilidad al medicamento, hipersensibilidad
<i>Trastornos endocrinos</i>	hiperprolactinemia, secreción inapropiada de la hormona antidiurética
<i>Trastornos del metabolismo y de la nutrición</i>	anorexia, disminución del apetito, cetoacidosis diabética, polidipsia
<i>Trastornos psiquiátricos</i>	agitación, anorgasmia, ansiedad, embotamiento afectivo, confusión, insomnio, disminución de la libido, apatía, manía, insomnio de mantenimiento, nerviosismo, intranquilidad, trastornos del sueño
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>	acinesia, trastorno del equilibrio, bradicinesia, isquemia cerebral, accidente cerebrovascular, trastorno cerebrovascular, rigidez en rueda dentada, convulsiones, coordinación anormal, depresión del nivel de consciencia, coma diabético, trastorno de atención, babeo incontroladamente, disartria,

hipersomnia, hipoestesia, hipocinesia, letargia, pérdida de la consciencia, cara con aspecto de máscara, trastornos del movimiento, contracciones involuntarias del músculo, síndrome neuroléptico maligno, temblor parkinsoniano de reposo, trastorno del habla, discinesia tardía, ataque isquémico transitorio, sin respuesta a estímulos

Trastornos oculares	conjuntivitis, sequedad de ojos, secreción ocular, movimiento incontrolado de los ojos, hinchazón de los ojos, borde del párpado con apostillas, edema parpebral, glaucoma, aumento de la secreción lacrimal, hiperemia ocular, fotofobia, visión borrosa, disminución de la agudeza visual
Trastornos del oído y del laberinto	dolor de oídos, tinnitus
Trastornos cardíacos	fibrilación atrial, bloqueo auriculoventricular
Trastornos vasculares	rubor
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	tos, disfonía, disnea, epistaxis, hiperventilación, congestión nasal, edema nasal, dolor faringolaríngeal, neumonía por aspiración, tos productiva, congestión pulmonar, crepitación, trastorno respiratorio, congestión del tracto respiratorio, rinores, congestión sinusal, síndrome de la apnea del sueño, jadeos
Trastornos gastrointestinales	malestar abdominal, dolor abdominal, aptialismo, queilitis, estreñimiento, diarrea, dispepsia, distasia, incontinencia fecal, fecaloma, gastritis, obstrucción intestinal, hinchazón del labio, náusea, malestar estomacal
Trastornos hepatobiliares	ictericia
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	acné, edema angioneurótico, caspa, sequedad de piel, eritema, hiperqueratosis, prurito, rash cutáneo, rash eritematoso, rash generalizado, rash máculo-papular, rash papular, dermatitis seborreica, decoloración de la piel, trastornos de la piel, lesión en la piel
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	artralgia, dolor de espalda, rigidez de las articulaciones, espasmos musculares, contracciones musculares, debilidad muscular, dolor pectoral musculoesquelético, rigidez musculoesquelética, migraña, dolor de cuello, dolor de las extremidades, postura anormal, raddomiólisis, tortícolis
Trastornos renales y urinarios	disuria, enuresis, polaquiria, incontinencia urinaria
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	aumento de las mamas, trastorno de la eyaculación, disfunción de la eyaculación, trastornos menstruales, priapismo, eyaculación retrógrada, disfunción sexual, secreción vaginal
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	reacción adversa al medicamento, molestia pectoral, dolor pectoral, escalofríos, incomodidad, síndrome de abstinencia tras la retirada del medicamento, edema facial, sentimientos anómalos, alteración de la forma de andar, edema generalizado, síntomas gripales, malestar, edema periférico, hialid de las extremidades, edema con fovea, pirexia, lentitud, sed
Exploraciones complementarias	aumento de la alanina aminotransferasa, aumento del aspartato aminotransferasa, aumento de la creatina fosfoquinasa en sangre, aumento de la glucosa en sangre, disminución de la presión sanguínea, aumento de la prolactina en sangre, disminución de la temperatura corporal, aumento de la temperatura corporal, prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma, aumento del recuento de eosinófilos, disminución del hematocrito, disminución de la hemoglobina, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de las transaminasas, disminución del recuento de glóbulos blancos

Ancianos. En un estudio realizado en sujetos ancianos con esquizofrenia, el perfil de seguridad fue similar al observado en sujetos de otras edades. INVEGA no se ha estudiado en pacientes ancianos con demencia. En ensayos clínicos llevados a cabo con otros antipsicóticos atípicos se comunicó un aumento del riesgo de muerte y de accidentes cerebrovasculares (ver sección 4.4). **Casos de interés especial para la clase. Síntomas extrapiramidales (SEP).** En los ensayos clínicos no se observó ninguna diferencia entre el placebo y las dosis de 3 y 6 mg de INVEGA. Con las dos dosis más altas de INVEGA (9 y 12 mg) sí se observó que los SEP eran dosis dependientes. Se realizó un análisis agrupado de los siguientes términos: discinesia, distonia, hipercinesia, parkinsonismo y temblor. **Aumento de peso.** En ensayos clínicos se compararon las proporciones de sujetos que presentaron un aumento ponderal $\geq 7\%$ y se observó que la incidencia del aumento de peso fue similar con INVEGA 3 y 6 mg que con placebo, y que fue más elevada con INVEGA 9 y 12 mg comparado con placebo. **Pruebas de laboratorio: Prolactina en suero.** En ensayos clínicos se observaron medianas de aumento de la prolactina sérica con INVEGA en el 67% de los sujetos. Los acontecimientos adversos que pueden sugerir un aumento de los niveles de prolactina se notificaron (p. ej., amenorrea, galactorrea, ginecomastia) en el 2% de los sujetos. En general, los aumentos medios máximos de las concentraciones de prolactina en suero se observaron el día 15 del tratamiento, aunque siguieron por encima de los niveles basales al final del estudio. **Efectos de clase.** Con antipsicóticos puede aparecer prolongación del QT, arritmias ventriculares (fibrilación ventricular, taquicardia ventricular), muerte súbita inexplicable, parada cardíaca y *Torsade de pointes*. **4.9 Sobredosis.** En general, los signos y síntomas previstos son los resultantes de la exageración de los efectos farmacológicos conocidos de la paliperidona, es decir, somnolencia y sedación, taquicardia e hipotensión, prolongación del intervalo QT y síntomas extrapiramidales. En caso de sobredosis aguda se tendrá en cuenta la posibilidad de que estén implicados varios medicamentos. Al evaluar el tratamiento necesario y la recuperación hay que tener en cuenta que se trata de comprimidos de liberación prolongada. No hay ningún antídoto específico para la paliperidona. Se utilizarán medidas de apoyo generales. Hay que obtener y mantener una vía respiratoria despejada y garantizar que la oxigenación y la ventilación sean adecuadas. El control cardiovascular debe empezar inmediatamente e incluir un control electrocardiográfico continuo por si aparecen arritmias. La hipotensión y el fracaso circulatorio deben recibir las medidas terapéuticas adecuadas, como administración de líquidos por vía intravenosa y/o de simpaticomiméticos. Se considerará la posibilidad de realizar un lavado gástrico (tras la intubación si el paciente estuviera inconsciente) y de administrar carbón activado y un laxante. En caso de síntomas extrapiramidales intensos, se administrará medicación anticolinérgica. Se mantendrá una supervisión y un control estrictos hasta que el paciente se recupere. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas. Grupo farmacoterapéutico: otros antipsicóticos** Código ATC: N05AX13. INVEGA contiene una mezcla racémica de paliperidona (+) y (-). **Mecanismo de acción.** La paliperidona es un bloqueante selectivo de los efectos de las monoaminas, cuyas propiedades farmacológicas son diferentes de las de los neurolépticos tradicionales. La paliperidona se une firmemente a los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ y dopaminérgicos D₂. La paliperidona también bloquea los receptores adrenérgicos α 1 y α 2, en menor medida, los receptores histaminérgicos H₁ y los adrenérgicos α 2A. La actividad farmacológica de los enantiómeros (+) y (-) de la paliperidona es similar desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo. La paliperidona no se une a los receptores colinérgicos. Aunque se trata de un antagonista D₂ potente, motivo por el que se cree que alivia los síntomas positivos de la esquizofrenia, produce menos catalepsia y reduce las funciones motrices en menor medida que los neurolépticos tradicionales. La preponderancia del antagonismo central de la serotonina puede reducir la tendencia de la paliperidona a producir efectos secundarios extrapiramidales. **Efectos farmacodinámicos. Eficacia clínica.** La eficacia de INVEGA fue establecida en tres ensayos multicéntricos, controlados con placebo, doble ciego y de 6 semanas de duración en sujetos que cumplían los criterios para la esquizofrenia del DSM-IV. Las dosis de INVEGA fueron diferentes en los tres estudios y variaron de 3 a 15 mg una vez al día. La variable principal de eficacia del estudio fue definida como una reducción de las puntuaciones totales de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS), como se muestra en la siguiente tabla. Todas las dosis evaluadas de INVEGA se diferenciaron del placebo el día 4 (p < 0,05). Las variables secundarias predefinidas del estudio fueron la escala de rendimiento personal y social (PSP) y la escala de impresión clínica global – intensidad (CGI-S). En los tres estudios INVEGA fue superior al placebo en la PSP y en la CGI-S. Puntuación total de la escala de los síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) – variación entre el momento basal y el final del estudio-LOCF para los estudios R076477-SCH-303, R076477-SCH-304 y R076477-SCH-305: Grupo de análisis por intención de tratar.

	INVEGA				
	Placebo	3 mg	6 mg	9 mg	12 mg
R076477-SCH-303	(n = 126)		(n = 123)	(n = 122)	(n = 129)
Media (DE) basal	94.1 (10.74)		94.3 (10.48)	93.2 (11.90)	94.6 (10.98)
Variación media (DE)	-4.1 (23.16)		-17.9 (22.23)	-17.2 (20.23)	-23.3 (20.12)
Valor p (frente a placebo)			< 0.001	< 0.001	< 0.001
Diferencia de las medias de MC (EE)			-13.7 (2.63)	-13.5 (2.63)	-18.9 (2.60)
R076477-SCH-304	(n = 105)		(n = 111)		(n = 111)
Media (DE) basal	93.6 (11.71)		92.3 (11.96)		94.1 (11.42)
Variación media (DE)	-8.0 (21.48)		-15.7 (18.89)		-17.5 (19.83)
Valor p (frente a placebo)			0.006		< 0.001
Diferencia de las medias de MC (EE)			-7.0 (2.36)		-8.5 (2.35)
R076477-SCH-305	(n = 120)	(n = 123)		(n = 123)	
Media (DE) basal	93.9 (12.66)	91.6 (12.19)		93.9 (13.20)	
Variación media (DE)	-2.8 (20.89)	-15.0 (19.61)		-16.3 (21.81)	
Valor p (frente a placebo)		< 0.001		< 0.001	
Diferencia de las medias de MC (EE)		-11.6 (2.35)		-12.9 (2.34)	

Nota: un cambio negativo de la puntuación denota mejoría. En los tres estudios se incluyó un control activo (olanzapina a una dosis de 10 mg). LOCF = arrastre de la última observación disponible. Se utilizó la versión 1-7 del PANSS. En el estudio R076477-SCH-305 también se incluyó una dosis de 15 mg, pero no se recogen los resultados porque es una dosis superior a la dosis máxima diaria recomendada de 12 mg. En un ensayo a largo plazo diseñado para evaluar el mantenimiento del efecto, INVEGA fue significativamente más eficaz que el placebo en el mantenimiento del control de los síntomas y en el retraso de la recidiva de la esquizofrenia. Tras recibir tratamiento para un episodio agudo durante 6 semanas y permanecer estables durante otras 8 semanas con INVEGA (dosis de 3 a 15 mg una vez al día), los pacientes fueron aleatorizados en régimen doble ciego para seguir recibiendo INVEGA o placebo hasta que experimentaran una recaída de los síntomas de esquizofrenia. El ensayo fue suspendido antes de tiempo por motivos de eficacia, al demostrarse que el tiempo hasta la recaída era significativamente superior en los pacientes tratados con INVEGA que en los tratados con placebo (p=0,003). **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** La farmacocinética de la paliperidona tras la administración de INVEGA es proporcional a la dosis en el intervalo de dosis clínicas recomendado (de 3 a 12 mg). **Absorción.** Tras la administración de una dosis única, INVEGA muestra una tasa de liberación ascendente gradual, que permite que la concentración plasmática de paliperidona aumente constantemente hasta alcanzar la concentración plasmática máxima (C_{max}) aproximadamente 24 horas después de la administración. Cuando se administra INVEGA una vez al día, las concentraciones del estado estacionario se alcanzan tras 4 a 6 días de administración en la mayoría de los sujetos. La paliperidona es el metabolito activo de la risperidona. Las características de liberación de INVEGA ocasionan mínimas fluctuaciones entre la concentración máxima y mínima, en comparación con las observadas con la risperidona de liberación inmediata (índice de fluctuación del 38% frente al 125%). La biodisponibilidad oral absoluta de la paliperidona tras la administración de INVEGA es del 28% (IC 90% de 23%-33%). La administración de comprimidos de paliperidona de liberación prolongada con una comida habitual con alto contenido en grasas y calorías aumenta la C_{max} y el AUC de paliperidona hasta un 50%-60%, en comparación con las obtenidas cuando se administran en ayunas. **Distribución.** La paliperidona se distribuye rápidamente. El volumen de distribución aparente es de 487 l. La paliperidona se une a las proteínas del plasma en un 74%. Se une principalmente a la glucoproteína α 1 ácida y a la albúmina. **Biotransformación y eliminación.** Una semana después de la administración de una sola dosis oral de 1 mg de paliperidona de liberación inmediata marcada con C¹⁴, el 59% de la dosis fue eliminada intacta por la orina, lo que indica que no experimenta un intenso metabolismo por el hígado. Se recuperó aproximadamente el 80% de la radioactividad administrada en la orina y el 11% en las heces. Se han identificado cuatro vías metabólicas *in vivo*, ninguna de las cuales representó más del 6,5% de la dosis: desalquilación, hidroxilación, deshidrogenación y oxidación de benzisoxazol. Aunque en estudios *in vitro* se señaló que las enzimas CYP2D6 y CYP3A4 pueden intervenir en el metabolismo de la paliperidona, no hay datos *in vivo* de que estas isoenzimas desempeñen un papel significativo en el metabolismo de la paliperidona. En los análisis de farmacocinética de la población no se observó ninguna diferencia apreciable del aclaramiento aparente de paliperidona tras la administración de INVEGA entre los metabolizadores rápidos y lentos de los sustratos de la CYP2D6. En estudios *in vitro* realizados con microsomas hepáticos humanos se demostró que la paliperidona no inhibe sustancialmente el metabolismo de los medicamentos metabolizados por las isoenzimas del citocromo P450, como CYP1A2, CYP2A6, CYP2C8/9/10, CYP2D6, CYP2E1, CYP3A4 y CYP3A5. La semivida de eliminación terminal de la paliperidona es de 23 horas aproximadamente. En estudios *in vitro* se ha demostrado que la paliperidona es un sustrato de la P-gp y un inhibidor débil de la P-gp a altas concentraciones. No existen datos de estudios *in vivo* y se desconoce la importancia clínica. **Insuficiencia hepática.** La paliperidona no se metaboliza principalmente en el hígado. En un estudio en el que participaron sujetos con insuficiencia hepática moderada (clase B de Child-Pugh) las concentraciones plasmáticas de paliperidona libre fueron similares a las observadas en sujetos sanos. No se dispone de datos de pacientes con insuficiencia hepática grave (clase C de Child-Pugh). **Insuficiencia renal.** La eliminación de la paliperidona disminuye si lo hace la función renal. El aclaramiento total de la paliperidona disminuyó un 32% en sujetos con insuficiencia renal leve (Aclaramiento de Creatinina [CrCl] = 50 a < 80 ml/min), un 64% en sujetos con insuficiencia renal moderada (CrCl = 30 a < 50 ml/min) y un 71% en sujetos con insuficiencia renal grave (CrCl = 30 ml/min). La semivida de eliminación terminal media de la paliperidona fue de 24, 40 y 51 horas en los sujetos con insuficiencia renal leve, moderada y grave, respectivamente, y de 23 horas en los sujetos con una función renal normal (CrCl \geq 80 ml/min). **Ancianos.** Los datos de un estudio farmacocinético realizado en ancianos (edad \geq 65 años, n = 26) indicaron que el aclaramiento aparente en el estado estacionario de la paliperidona tras la administración de INVEGA fue un 20% menor que en los adultos (de 18 a 45 años, n = 28). No obstante, no hubo efectos apreciables de la edad en el análisis farmacocinético poblacional realizado con sujetos con esquizofrenia tras la corrección de la reducción del CrCl relacionada con la edad. **Raza.** En el análisis farmacocinético de la población no se obtuvieron datos de que existieran diferencias relacionadas con la raza en la farmacocinética de la paliperidona tras la administración de INVEGA. **Sexo.** El aclaramiento aparente de la paliperidona tras la administración de INVEGA es aproximadamente un 19% menor en las mujeres que en los varones. Esta diferencia se explica en gran medida por las diferencias en la masa corporal magra y en el aclaramiento de creatinina que existen entre varones y mujeres. **Tabaquismo.** Según estudios *in vitro* realizados con enzimas hepáticas humanas, la paliperidona no es sustrato de la CYP1A2; por lo tanto, el consumo de tabaco no puede afectar a la farmacocinética de la paliperidona. Un análisis farmacocinético de la población mostró una exposición ligeramente más baja a paliperidona en fumadores en comparación con los no fumadores. Se cree que es poco probable que la diferencia tenga relevancia clínica. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** Los estudios de toxicidad a dosis repetidas de la paliperidona en ratas y perros mostraron efectos principalmente farmacológicos, como sedación y efectos mediados por la prolactina, en las glándulas mamarías y en los genitales. La paliperidona no fue teratogénica en ratas ni en conejos. En estudios sobre la reproducción de las ratas utilizando la risperidona, que es masivamente convertida a paliperidona en ratas y en seres humanos, no se observó una reducción en el peso al nacer y en la supervivencia de las crías. Otros antagonistas de la dopamina han tenido efectos negativos en el desarrollo motor y del aprendizaje en las crías cuando se administraron a animales preñados. La paliperidona no fue genotóxica en una serie de pruebas. En estudios sobre el poder carcinógeno de la risperidona oral en ratas y ratones se observaron aumentos de los adenomas hipofisarios (ratón), de los adenomas del páncreas endocrino (rata) y de los adenomas de las glándulas mamarías (en ambas especies). Estos tumores pueden estar relacionados con el antagonismo prolongado de la dopamina D₂ y con la hiperproliferación. Se desconoce la trascendencia de estos hallazgos tumorales en neóplasmos por el riesgo en seres humanos. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes. Núcleo del comprimido recubierto:** Óxido de polietileno 200K. Óxido de sodio. Povidona (K29-32). Ácido estearico. Butil hidroxitolueno (E321). Óxido férrico (amarillo) [E172] (sólo comprimidos de 3 mg). Óxido de polietileno 7000K. Óxido férrico (rojo) [E172]. Óxido férrico (negro) [E172] (sólo comprimidos de 9 mg). Hidroxiethyl celulosa. Polietilenglicol 3350. Acetato de celulosa. **Cubierta comprimidos:** Hipromelosa. Dióxido de titanio [E171]. Lactosa monohidratada (sólo comprimidos de 3 mg). Tricetina (sólo comprimidos de 9 mg). Polietilenglicol 400 (sólo comprimidos de 6 y 9 mg). Óxido férrico (amarillo) [E172] (sólo comprimidos de 6 mg). Óxido férrico (rojo) [E172] (sólo comprimidos de 6 y 9 mg). Cera de carnauba. **Tinta de impresión:** Óxido de hierro (negro) [E172] Propilenglicol. Hipromelosa. **6.2 Incompatibilidades.** No procede. **6.3 Período de validez:** 2 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Frascos: No conservar a temperatura superior a 30°C. Mantener el frasco perfectamente cerrado para protegerlo de la humedad. Blisters: No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el envase original para protegerlo de la humedad. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Frasco: Frasco de polietileno de alta densidad (HDPE) blanco con sellado por inducción y cierre de polipropileno a prueba de niños. Cada frasco contiene dos bolsas con 1 g de gel de sílice desecante (dióxido de silicón) (la bolsa es de polietileno aprobado para uso alimentario). Los envases se presentan en tamaños de 30 y 350 comprimidos de liberación prolongada. Blisters: o Cloruro de polivinilo (PVC) laminado con una capa de empuje de polímero-trifluoroetileno (PCTFE)/aluminio. Los envases se presentan en tamaños de 14, 28, 30, 49, 56 y 98 comprimidos de liberación prolongada o Cloruro de polivinilo blanco (PVC) laminado con una capa de empuje de polímero-trifluoroetileno (PCTFE)/aluminio. Los envases se presentan en tamaños de 14, 28, 30, 49, 56 y 98 comprimidos de liberación prolongada. • Capa de empuje de polímero orientada (OPA)-aluminio-cloruro de polivinilo (PVC)/aluminio. Los envases se presentan en tamaños de 14, 28, 49, 56 y 98 comprimidos de liberación prolongada. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Bélgica. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/07/395/1-5, EU/1/07/395/21-25, EU/1/07/395/41-44, EU/1/07/395/57-58, EU/1/07/395/65-67. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIOS.** INVEGA 28 comprimidos de 3 mg: PVL: 90,16 €. PVP: 135,33 €. PVP IVA: 140, 75 €. INVEGA 28 comprimidos de 6 mg: PVL: 90,16 €. PVP: 135,33 €. PVP IVA: 140, 75 €. INVEGA 28 comprimidos de 9 mg: PVL: 90,16 €. PVP: 135,33 €. PVP IVA: 140, 75 €. **10. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Aportación reducida. **11. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 25/06/2007. **12. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Enero de 2009. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea del Medicamento (EMA): <http://www.ema.europa.eu/>



En esquizofrenia un Perfil Farmacocinético Único⁽¹⁾



NUEVO

INVEGA[®]

PALIPERIDONA

Comprimidos de Liberación Prolongada

Diseñado para **liberar**



JANSSEN-CILAG, S.A.
www.janssen-cilag.es