



**SUPLEMENTO
XLV**

**JORNADAS NACIONALES DE
SOCIDROGALCOHOL**

TOLEDO 2018
del 8 al 10 de marzo

**PROGRAMA DEFINITIVO, RESÚMENES DE
PONENCIAS Y COMUNICACIONES**

SOCIDROGALCOHOL

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



www.socidrogalcohol.org

 [@Socidrogalcohol](https://twitter.com/Socidrogalcohol)

 <https://www.facebook.com/Socidrogalcohol>

| PROGRAMA
| DEFINITIVO

PRESENTACIÓN

En el año 2005, Castilla La Mancha tuvo el honor de celebrar las XXXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol en Ciudad Real. Trece años después, la designación de Toledo como sede para celebrar las XLV Jornadas Nacionales de nuestra Sociedad, supone para los profesionales de esta Comunidad una satisfacción a la vez que un doble desafío:

Por un lado, -el más determinante- la aportación científica, basada en los nuevos conocimientos y experiencias ante el reto al que nos someten las adicciones (las ya conocidas y otras que inexorable y lamentablemente van surgiendo en nuestra sociedad) y que nos obliga y nos exige implicarnos sin ambages para dar, en definitiva, una respuesta social y científica a las mismas.

Por otro lado, los profesionales de Castilla-la Mancha somos conscientes y estamos ilusionados en velar para que el desarrollo de las Jornadas sea satisfactorio y un referente para todos. Y cuando decimos todos es porque deseamos implicar al conjunto de profesionales que intervienen en ese abordaje integral de las adicciones, marcándonos el desafío de reunir a médicos de adicciones, psiquiatras, médicos de Atención Primaria, internistas, enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, mediadores, asociaciones, ONG, voluntarios, etc, pues todos estamos en la misma singladura, sin olvidarnos como nos dice Cervantes en el Quijote, "al bien hacer jamás le falta premio".

Por ultimo, estamos seguros que los días en la ciudad de Toledo, también llamada Ciudad Imperial y Ciudad de las Tres Culturas -por haber estado poblada por cristianos, judíos y musulmanes- no os va a dejar indiferentes.

Bienvenidos a Toledo.

M^a del Mar Sánchez

Presidenta del Comité Organizador

XLV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol

JUNTA DIRECTIVA SOCIDROGALCOHOL

Presidente:

Francisco Pascual Pastor

Vicepresidente 1º:

Josep Guardia Serecigni

Vicepresidente 2:

Maite Cortés Tomás

Secretario:

Gerardo Flórez Menéndez

Vicesecretario:

Francisco Arias Horcajadas

Tesorero:

Carmen Sala Año

Tesorero suplente:

Pedro Seijo Ceballos

Vocales:

Juan José Fernández Miranda

Enriqueta Ochoa Mangado

Mercè Balcells Oliveró

Sergio Fernández Artamendi

COMITÉ CIENTÍFICO

Francisco Pascual Pastor

Josep Guardia Serecigni

Maite Cortés Tomás

Gerardo Flórez Menéndez

Francisco Arias Horcajadas

Carmen Sala Año

Pedro Seijo Ceballos

Juan José Fernández Miranda

Enriqueta Ochoa Mangado

Mercè Balcells Oliveró

Sergio Fernández Artamendi

Pilar A Saiz Martínez

Mª Paz García-Portilla González

Ana Henche Ruiz

Isabel Montoya Crous

Mª Laura Parra Fernández

Mª Mar Sánchez Fernández

COMITÉ ORGANIZADOR

Sagrario Fernández Roncero

José Manuel Gallego Bellido

José Luis García García

Ana Isabel Henche Ruiz

Daria López-Covarrubia Ureña

Isabel Montoya Crous

Mª Laura Parra Fernández

Mª del Carmen Prado Laguna

Rosa Mª Sánchez-Mayoral

Fernández-Marcote

Mª del Mar Sánchez Fernández

SECRETARÍA

SOCIDROGALCOHOL

Avda. Vallcarca 180

08023 Barcelona

Tel. 932 103 854

socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

www.socidrogalcohol.org

 @Socidrogalcohol

 [https://www.facebook.com/](https://www.facebook.com/Socidrogalcohol)

Socidrogalcohol



SECRETARÍA TÉCNICA

C&EVENTS SOLUCIONES

Plaza Alqueria de la Culla, 4

Edif. Albufera Center · Oficina 804

46910 Alfafar (Valencia)

Tel. 960 914 545

jornadas@cevents.es

www.cevents.es

 @Cevents_es



INFORMACIÓN GENERAL

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

La inscripción a las Jornadas incluye:

Congresistas y Residentes:

Asistencia a las sesiones, documentación, certificado de asistencia a través del área personal, certificados de créditos, coffee break, almuerzo de trabajo y cena de las jornadas.

Estudiantes y profesionales en paro:

Asistencia a las sesiones, documentación, certificado de asistencia a través del área personal, certificados de créditos, coffee break.

Cuotas especiales:

Asistencia a las sesiones, documentación, certificado de asistencia a través del área personal, certificados de créditos, coffee break, almuerzo de trabajo

CREDITOS/ACREDITACIÓN

Actividad acreditada con 2,6 créditos por la Formación Continuada Sanitaria de Castilla La Mancha.

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Permanecerá abierta desde las 16:00 h. del jueves 8 de marzo hasta las 14:00 h. del sábado 10 de marzo, durante el horario de sesiones.

Acceso a la Exposición Comercial: En cumplimiento de las normas aplicables en materia de publicidad y promoción de medicamentos, se recuerda que la promoción de medicamentos de prescripción únicamente puede ir dirigida a los profesionales sanitarios habilitados para prescribir o dispensar éste tipo de medicamentos.

CENA DE CLAUSURA

La cena de Clausura de las Jornadas será el **Viernes 9 de Marzo a las 21.30h en el restaurante la Hacienda del Cardenal.**

A las 21.15 saldrán los autocares hacia la cena. Éstos realizarán un breve recorrido turístico por la ciudad de Toledo.

Recuerde confirmar la asistencia a la cena en la secretaria técnica del congreso. Si su cuota no incluye la cena, y está interesado en asistir a la misma, consulte en la secretaria técnica del congreso.

COMUNICACIONES ORALES, PÓSTERES Y CASOS CLÍNICOS EN FORMATO PÓSTER

Comunicaciones Orales

Deberán ser defendidas el sábado 10 de marzo en la Sala Catedral de 10:15 h. a 12:30 h. Dispondrá de 7 minutos de exposición.

Se entregará un certificado de presentación de comunicación solo a las comunicaciones defendidas, estará disponible en el área personal del 1er autor, tras la finalización de las Jornadas.

De nuevo se otorgará un Premio a la Comunicación Oral mejor valorada por el jurado.

El Premio consistirá en una inscripción (para el primer firmante) a las XLVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol que se celebrarán en Málaga en 2019.

Comunicaciones Póster/ Casos Clínicos

Se expondrán en las pantallas digitales habilitadas para tal efecto en las salas Buenavista y Alcázar en la sede del congreso. A través de las pantallas podrá enviarse vía email los pósteres que considere así como votar su póster favorito (un único voto por congresista).

De los pósteres expuestos en las Jornadas, se seleccionarán 10 como finalistas en la tarde del Viernes 9 de marzo los cuales deberán realizar su defensa ante jurado el sábado 10 de marzo a las 10:00 h. en la Sala Catedral. El tiempo de defensa por póster será de 7 minutos.

Los premios se entregarán durante el acto de clausura de las Jornadas, el sábado 10 de marzo. Deberá asistir al menos un representante de cada uno de los pósteres finalistas.

Se otorgarán siete premios en total: seis de 500 € cada uno

Los miembros del Comité Organizador, Comité Científico y de la Junta Directiva no podrán optar a ninguno de los premios.

4 Premios a los mejores pósteres valorados por el jurado:

- Premio Dr. Francesc Freixa Santfeliú
- Premio Alicia Rodríguez-Martos Dauer
- Premio Dr. Joaquín Santodomingo Carrasco
- Premio Dr. Miguel Ángel Torres Hernández

1 Premio al mejor póster.

- Premio Dr. Emilio Bogani Miquel

Valorado por los asistentes:

- Premio al mejor póster valorado por las personas inscritas a las Jornadas, a través de las votaciones recibidas a través de las pantallas digitales. Cada congresista podrá votar a su póster favorito (un único voto por asistente).

Premio Castilla la Mancha:

Estos premios son exclusivos para investigaciones llevadas a cabo en Castilla la Mancha o presentadas por personas que trabajan en esta Comunidad.

- Premio al mejor póster regional.

Jurado

El Jurado que otorgará los premios a los mejores pósteres será el siguiente:

Hugo López Pelayo. Psiquiatra Unidad Conductas Adictivas Hospital Clínic. Grup de Recerca en Addiccions Clínic (IDIBAPS). Presidente Delegación Catalana Sociodrogalcohol.

Lidia Segura García. Psicóloga clínica. Técnica de la Subdirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Maite Cortés Tomás. Profesora Titular Universidad. Facultad Psicología. Universitat de València. Vicepresidenta 2ª de Sociodrogalcohol.

Ana Isabel Henche Ruiz. Médico de Familia. Experto en Adicciones Unidad de Conductas Adictivas del Complejo Hospitalario de Toledo.

Isabel Montoya Crous. Psicóloga Clínica. Unidad Conductas Adictivas de Ciudad Real

Mª Laura Parra Fernández. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real. Universidad de Castilla La Mancha. Ciudad Real.

La organización de las Jornadas se reserva 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 12 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, CP: 08023 de Barcelona y, en su nombre, por la Secretaría de las Jornadas.

PROGRAMA CIENTÍFICO PREJORNADAS Y JORNADAS



PREJORNADAS

SEDE

Colegio de Médicos de Toledo

Calle Núñez de Arce, 16 / 45003 Toledo

Tel. 925 22 16 19

Miércoles 7 de marzo

	SALA 1	SALA 2	SALA 3
15:15-16:00h.	ENTREGA DOCUMENTACIÓN: ASISTENTES TALLERES Y SEMINARIO		
	T1	T2	S1
16:00-20:00h.	LA EXPERIENCIA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	TALLER CONJUNTO CIBERSAM-RED DE TRASTORNOS ADICTIVOS	SEMINARIO MONOGRÁFICO. ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN (1ª PARTE)

Jueves 8 de marzo

	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4
09:00-14:00h.	ENTREGA DOCUMENTACIÓN: ASISTENTES TALLERES Y SEMINARIO			
	T3	T4	S1	T5
10:00-14:00h.	TRABAJO GRUPAL Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL, DEL INDIVIDUO AL GRUPO MULTI-MOTIVACIONAL	ALCOHOLISMO CONTAGIO FAMILIAR	SEMINARIO MONOGRÁFICO. ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN (2ª PARTE)	APRENDIENDO A SER RESILIENTES: QUE EL ESTRÉS NO SEA TU COMPAÑERO



Miércoles, 7 Marzo 2018 / 16:00-20:00h. / Sala 1

T1 LA EXPERIENCIA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Neus Freixa Fontanals. Psicóloga Clínica. Hospital Clínico de Barcelona. Miembro de Motivational Interviewing Trainers Association(MINTI). Miembro fundador del Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM). Barcelona.

Laia Miquel. Psiquiatra. Miembro de la Junta de Socidrogalcohol Cataluña. Hospital Clínic. Barcelona.

Miércoles, 7 Marzo 2018 / 16:00-20:00h. / Sala 2

T2 TALLER CONJUNTO CIBERSAM-RED DE TRASTORNOS ADICTIVOS

ANÁLISIS DE LA COHORTE DE PACIENTES DE TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL DE LA RED DE TRASTORNOS ADICTIVOS. COHRTA

Paola Zuluaga. Servicio de Medicina Interna. Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Eficacia de los programas SBIRT sobre el consumo de sustancias en pacientes con trastorno bipolar en seguimiento ambulatorio.

PROTOCOLO DEL ESTUDIO.

Pol Bruguera. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic de Barcelona.

CITOQUINAS Y QUIMIOQUINAS INFLAMATORIAS COMO BIOMARCADORES DE ADICCIÓN: ESTUDIOS EN HUMANOS Y EN MODELOS ANIMALES.

Francisco Javier Pavón. Instituto IBIMA. Hospital Regional Universitario de Málaga.

NEUROINFLAMACIÓN Y PATOLOGÍA DUAL: PAPEL DE LOS PRODUCTOS BACTERIANOS EN LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS A ADICCIÓN.

Juan Carlos Leza. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Miércoles, 7 Marzo 2018 / 16:00-20:00h. / Sala 3

S1 SEMINARIO MONOGRÁFICO. ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN (1ª PARTE)

¿SE PUEDE INVESTIGAR DURANTE EL PERÍODO DE FORMACIÓN?

Leticia González Blanco. Servicio de salud del Principado de Asturias. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Asturias.

UTILIDAD Y MANEJO DE LOS PROGRAMAS DE PROCESAMIENTO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gerardo Flórez Méndez. Médico Psiquiatra. Psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Complejo Hospitalario de Ourense. Secretario de Sociodrogalcohol.

¿QUÉ ESPERAN LAS REVISTAS DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS?

Pilar A. Sáiz Martínez. Profesora titular área de psiquiatría. Editora Revista Adicciones Sociodrogalcohol Universidad de Oviedo. CIBERSAM Asturias. Oviedo.

Jueves, 8 Marzo 2018 / 10:00-14:00 h. / Sala 3

S1 SEMINARIO MONOGRÁFICO. ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN (2ª PARTE)

¿CÓMO REDACTAR UN ARTÍCULO CIENTÍFICO?

Moderador:

Pilar Alejandra Sáiz. Profesora titular área de psiquiatría. Editora Revista Adicciones Sociodrogalcohol. Universidad de Oviedo. CIBERSAM. Asturias.

Mª Paz García-Portilla González. Catedrática de Universidad. Universidad de Oviedo. CIBERSAM. Asturias.

Jueves, 8 Marzo 2018 / 10:00-14:00 h. / Sala 1

T3 TRABAJO GRUPAL Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL, DEL INDIVIDUO AL GRUPO MULTI-MOTIVACIONAL

Mercé Balcells Oliveró. Médico Psiquiatra. Miembro de Motivational Interviewing Trainers Association (MINTI). Miembro fundador del Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM). Vocal de Sociodrogalcohol. Hospital Clínico de Barcelona. ICN Barcelona. Barcelona.

Neus Freixa Fontanals. Psicóloga Clínica. Hospital Clínico de Barcelona. Miembro de Motivational Interviewing Trainers Association(MINTI). Miembro fundador del Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM). Barcelona.

Jueves, 8 Marzo 2018 / 10:00-14:00 h. / Sala 2**T4 ALCOHOLISMO CONTAGIO FAMILIAR**

EFICACIA DE LOS GRUPOS FAMILIARES DE PACIENTES EN LA RECUPERACIÓN DE LOS ALLEGADOS DE PACIENTES CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Gabriel Rubio Valladolid. Psiquiatra, Jefe de Servicio de Psiquiatría (en funciones). Hospital 12 de Octubre. Madrid.

PROBLEMAS QUE LOS HIJOS DE LOS ALCOHOLICES TIENEN Y COMO SE ENFRENTAN CON ELLOS

Berenice Domínguez Gómez. Psicóloga social con máster en drogodependencia. Spai Ariadna. Barcelona.

EL PROBLEMA DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL EN EL MEDIO FAMILIAR, LO QUE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS PUEDE APORTAR

Laureano López Rivas. Presidente de Alcohólicos Anónimos. Médico. Avilés. Asturias.

PROBLEMAS TÍPICOS DE LA FAMILIA ALCOHÓLICA

Cristina Jarque. Psicoanalista, fundadora de LAPSUS de Toledo (España, Mexico, Costa Rica y Perú) Vicepresidenta de la Fundación Europea para el Psicoanálisis.

Jueves, 8 Marzo 2018 / 10:00-14:00 h. / Sala 4**T5 APRENDIENDO A SER RESILIENTES: QUE EL ESTRÉS NO SEA TU COMPAÑERO**

Moderador:

Francisco Pascual Pastor. Coordinador Médico UCA de Alcoy (Alicante). Presidente Socidrogalcohol. Asesor de CAARFE.

Carmen Marroquí López. Jefe de sección- Responsable del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real y Valdepeñas.

Isabel Montoya Crous. Psicóloga Clínica de la U.C.A. del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

M^a del Mar Sánchez Fernández. Médico. Coordinadora U.C.A. Servicio de Psiquiatría HGUCR. Coordinadora del PAIME de Castilla La Mancha. Ciudad Real.

JORNADAS

Jueves 8 de marzo

	SALA AUDITORIO	SALA RONDA	SALA CATEDRAL
14:45-20:00h.	ENTREGA DOCUMENTACIÓN ASISTENTES JORNADAS EN EL HOTEL BEATRIZ, SALAS BUENAVISTA Y ALCÁZAR		
	C1		
15:30-16:20h.	SITUACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS ENTRE LA POBLACIÓN ESTUDIANTE DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA: ESTUDES 2016-2017		
16:20-16:30h.	ACTO INAUGURAL		
	M1	M2	M3
16:30-17:45h.	CONSUMO DE ALCOHOL EN FORMA DE ATRACÓN Y NEUROINFLAMACIÓN	ADICCIÓN A OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN: UNA PLURIPATOLOGÍA DIFÍCIL DE ABORDAR	TABACO, NUEVOS RETOS NUEVAS RESPUESTAS
	M4	M5	M6
17:45-19:00h.	TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL: TRATAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO Y FARMACOLÓGICO	DEPENDENCIA DE COCAÍNA. ¿QUE HAY DE NUEVO?	NUEVOS MODOS DE VIDA, NUEVAS ADICIONES
19:00-19:15h.	PAUSA-CAFÉ (SALAS BUENAVISTA Y ALCÁZAR)		
	M7	M8	M9
19:15-20:45h.	ALCOHOL Y ENTORNO URBANO	INTERVENCIÓN PRECOZ SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO DE CANNABIS	DROGAS 3.0

14:45-20:00 h. / Salas Buenavista y Alcázar**ENTREGA DOCUMENTACIÓN ASISTENTES JORNADAS EN EL HOTEL BEATRIZ**

15:30-16:20 h. / Sala Auditorio**C1 SITUACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS ENTRE LA POBLACIÓN ESTUDIANTE DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA: ESTUDES 2016-2017**

Moderadora:

Francisco Pascual Pastor. Coordinador Médico UCA de Alcoy (Alicante).
Presidente Socidrogalcohol. Asesor de CAARFE.

SITUACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS ADICTIVAS ENTRE LA POBLACIÓN ESTUDIANTE DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA: ESTUDES 2016-2017

Francisco de Asís Babín Vich. Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

16:20-16:30 h. / Sala Auditorio**ACTO INAUGURAL**

16:30-17:45 h. / Sala Auditorio**M1 CONSUMO DE ALCOHOL EN FORMA DE ATRACÓN Y NEUROINFLAMACIÓN**

Moderadora:

Bartolomé Cañuelo Higuera. Conductas Adictivas Cruz Roja Española en Córdoba.

EFFECTOS NEUROINFLAMATORIOS PRODUCIDOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN FORMA DE ATRACÓN DURANTE LA GESTACIÓN Y LA LACTANCIA

Olga Valverde. Catedrática de Universidad. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

CONSUMO DE ALCOHOL EN ATRACÓN DURANTE LA ADOLESCENCIA: PERFIL INFLAMATORIO Y DIFERENCIAS DE GÉNERO

María Pascual Mora. Investigadora. Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia.

INFLUENCIA DEL ESTRÉS SOCIAL EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EN EL DESARROLLO DE LA NEUROINFLAMACIÓN

Marta Rodríguez Árias. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Valencia. Valencia.

16:30-17:45 h. / Sala Ronda**M2 ADICCIÓN A OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN: UNA PLURIPATOLOGÍA DIFÍCIL DE ABORDAR**

Moderadora:

Rosa Fernández-Marcote Sánchez-Mayoral. Psicóloga Clínica. Unidad Conductas adictivas del Complejo Hospitalario de Toledo

OPIOIDES EN EL DOLOR CRÓNICO ¿POR QUÉ? ¿CUÁNDO? ¿DÓNDE?

Jesús Apolinar Álvarez Mazariegos. Médico de familia. Experto en Bioética. C.S. Allariz. Ourense.

RELACIÓN TERAPÉUTICA Y ABORDAJE DEL PACIENTE CON DEPENDENCIA A LOS OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN

Anna Lligoña Garreta. Médico psiquiatra. Unitat Conductes Adictives de l'Hospital Clínic. Barcelona.

TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS: MÁS ALLÁ DE LA ADICCIÓN A HEROÍNA

Ana Isabel Henche Ruiz. Médico de Familia. Experto en Adicciones Unidad de Conductas Adictivas del Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

16:30-17:45 h. / Sala Catedral**M3 TABACO, NUEVOS RETOS NUEVAS RESPUESTAS**

Moderador:

Bartolomé de la Fuente Darder. Médico de la Unidad de Drogas y Adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba. Coordinador del PAIME de Andalucía.

EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES AUTONÓMICAS EN LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL CONSUMO DE TABACO

Jorge Suances Hernández. Médico. Subdirector de Programas de fomento de estilos de vida saludable. Dirección General de Salud pública. Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia. Coruña.

PROYECTO ÉVICT: DESLIANDO EL NUDO CANNABIS-TABACO

Adelaida Lozano Polo. Enfermera. Dra. en Salud Pública. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud de Murcia. Profesora Asociada Universidad de Murcia. Miembro del grupo gestor del Proyecto ÉVICT Murcia.

RED GALLEGA DE PLAYAS SIN HUMO

M^a Jesús García Blanco. Médico. Técnico de Servicio de Prevención de Conductas Adictivas. Responsable del programa gallego de promoción de una vida sin tabaco. Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia. Coruña.

17:45-19:00 h. / Sala Auditorio

M4 TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL: TRATAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO Y FARMACOLÓGICO

EXPOSICIÓN PRENATAL AL ALCOHOL Y NEUROINFLAMACIÓN

Consuelo Guerri. Head of Cell Pathology Laboratory. Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia.

TRATAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO DEL TEAF

Adriana Bastons-Compta. Investigadora. BCNatal. Barcelona.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TEAF

Óscar García Algar. Jefe de Servicio de Neonatología. Hospital Clínic-Maternitat. Barcelona.

17:45-19:00 h. / Sala Ronda

M5 DEPENDENCIA DE COCAÍNA. ¿QUE HAY DE NUEVO?

AVANCES EN INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA EN COCAÍNA

Alejandro Higuera Matas. Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Psicobiología. Facultad de Psicología. UNED.

AUSENCIA DE CRAVING DE COCAÍNA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN PARA INTERRUPIR EL CONSUMO DE ESA SUSTANCIA

José Pérez de los Cobos. Psiquiatra. Director Unidad de adicciones. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

PRESENTE Y FUTURO EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR USO DE COCAÍNA. UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Pablo Barrio. MD, PhD. Unidad de Conductas Adictivas. Hospital Clínic de Barcelona. Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica. Barcelona.

17:45-19:00 h. / Sala Catedral**M6 NUEVOS MODOS DE VIDA, NUEVAS ADICCIONES**

Moderadora:

Teresa Rodríguez Cano. Coordinadora Regional de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

ORTOREXIA, ¿UNA NUEVA ADICCIÓN?

Laura Parra Fernández. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real. Universidad de Castilla La Mancha. Ciudad Real.

DEPORTE: USO TERAPÉUTICO VERSUS ADICCIÓN

M^a Luisa Celorrio Bustillo. Médico. Centro de Conductas Adictivas y Terapia Familiar. Albacete.

ENFOQUE TERAPÉUTICO, DENTRO DEL MODELO ADICTIVO, DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Luís Beato Fernández. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR). Ciudad Real.

19:00-19:15 h. / Salas Buenavista y Alcázar**PAUSA-CAFÉ****19:15-20:45 h. / Sala Auditorio****M7 ALCOHOL Y ENTORNO URBANO**

Moderador:

Joan R. Villalbí. Director de calidad y procesos Agencia de salud pública de Barcelona. Barcelona.

OHCITIES UN INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LA PRESENCIA DE ALCOHOL EN EL ENTORNO URBANO

Andrea Pastor. Investigadora contratada por el proyecto Heart Healthy Hoods. Universidad de Alcalá. Madrid.

ENTORNO URBANO DE ALCOHOL: UN ESTUDIO SOBRE DISPONIBILIDAD, PROMOCIÓN Y VISIBILIDAD DEL CONSUMO EN BARRIOS DE BARCELONA

Albert Espelt. Responsable del Sistema de Información de Drogas de Barcelona. Agència de Salut Pública. Barcelona.

EL ALCOHOL EN EL MEDIO URBANO: PERSPECTIVA DE LOS CIUDADANOS DE MADRID MEDIANTE PHOTOVOICE

Manuel Franco. Profesor Titular. Universidad de Alcalá y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Madrid y Baltimore.

19:15-20:45 h. / Sala Ronda**M8 INTERVENCIÓN PRECOZ SOBRE EL CONSUMO DE RIESGO DE CANNABIS***Moderador:*

Mercè Balcells Oliveró. Médico Psiquiatra. Hospital Clínico de Barcelona. ICN. Miembro de Motivational Interviewing Trainers Association (MINTI). Miembro fundador del Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM). Vocal de Socidrogalcohol. Barcelona.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE CANNABIS EN LA ADOLESCENCIA

Javier Goti Elejalde. Médico Psiquiatra. Coordinador de Consultas Externas. Servicio de Psiquiatría y Psicología AMSA-IMQ. Bilbao.

APLICACIÓN CLÍNICA DE LA UNIDAD DE PORRO ESTÁNDAR PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ DEL CONSUMO DE CANNABIS

Cristina Casajuana Kögel. Técnico de Salud. Región Sanitaria de Barcelona. Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). Barcelona.

EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LA CONSULTA: LIMITACIONES DE LAS ESCALAS ESTANDARIZADAS PARA EVALUAR TODAS LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA

Hugo López Pelayo. Médico Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.

19:15-20:45 h. / Sala Catedral**M9 DROGAS 3.0***Moderador:*

Josep Guardia Serecigni. Psiquiatra consultor sénior Unidad de Conductas Adictivas. Vicepresidente 1º Socidrogalcohol. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN

Ainhoa Coloma Carmona. Universidad Miguel Hernández.

EVOLUCIÓN DE LOS NUEVOS DERIVADOS ANFETAMÍNICOS

Benjamín Climent Díaz. Unidad Toxicología Clínica. S. Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

EVOLUCIÓN DE LOS HIPNOSEDANTES: BENZODIACEPINAS NO FARMACOLÓGICAS

Ángel Bajo Bajo. Profesor Asociado Medicina de Urgencias. Universidad de Salamanca.

JORNADAS

Viernes 9 de marzo

	SALA AUDITORIO	SALA RONDA	SALA CATEDRAL	SALA ILDEFONSO
08:30-10:00h.	M10 PATOLOGÍA DUAL MÁS ALLÁ DE LAS SUSTANCIAS	M11 ESTRATEGIAS HISPANOLUSAS DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS ADICTIVOS	M12 ADICCIÓN: COMORBILIDADES OLVIDADAS	
10:00-11:00h.	C2 AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN PARA COMBATIR LA EPIDEMIA DE USO DE OPIÁCEOS			
11:00-11:15h.	PAUSA-CAFÉ (SALAS BUENAVISTA Y ALCÁZAR)			
11:15-12:45h.	SS1 SIMPÓSIO SATÉLITE. BUPRENORFINA/ NALOXONA: OPTIMIZANDO LOS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A OPIOIDES. EN COLABORACIÓN CON INDIVIOR	M13 IMPACTO Y MANEJO DE LA COMORBILIDAD EN LAS PERSONAS CON ADICCIÓN	M14 PERSPECTIVA DE GÉNERO Y PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)	M15 TOP 10 DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
11:15-12:45h.	ESPACIO - MESTOS (SALA POR DETERMINAR)			
12:45-14:15h.	SS2 SIMPÓSIO SATÉLITE	M16 TRASTORNOS ADICTIVOS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES: EXPLORANDO NUEVAS CONCURRENCIAS Y TRATAMIENTOS	M17 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	M18 BIOMARCADORES EN ADICCIONES: MODELOS ANIMALES Y HUMANOS
14:14-14:45h.	PRESENTACIÓN GUÍA PARA RESIDENTES			
14:15-16:00h.	COMIDA DE TRABAJO. CÓCTEL ZONA COMERCIAL (SALAS BUENAVISTA Y ALCÁZAR)			
16:00-17:30h.	SS3 SIMPÓSIO SATÉLITE. FÁRMACOS DE 1ª LÍNEA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO: CRITERIOS ESCUSE. EN COLABORACIÓN CON PFIZER	M19 PREVENCIÓN Y TCIS'S	M20 ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN PERSONAS DE CULTURAS DIFERENTES A LA AUTÓCTONA	M21 VIOLENCIA DE GÉNERO Y DROGAS
17:30-18:00h.	PAUSA (SALAS BUENAVISTA Y ALCÁZAR) Y REUNIÓN PRESIDENTES AUTONÓMICOS (SALA CONSEJO I)			
18:00-19:30h.	SS4 SIMPÓSIO SATÉLITE	M22 LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN UN ENTORNO VULNERABLE	M23 TÓPICOS LATINOAMERICANOS EN DROGODEPENDENCIAS	M24 CONSUMO DE SUSTANCIAS Y VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN
19:30-20:30h.	ASAMBLEA - ORDINARIA SOCIDROGALCOHOL			
21:30h.	CENA DE CLAUSURA (RESTAURANTE LA HACIENDA DEL CARDENAL)			

08:30-10:00 h. / Sala Auditorio**M10 PATOLOGÍA DUAL MÁS ALLÁ DE LAS SUSTANCIAS***Modera:*

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

TDAH Y PATOLOGÍA DUAL: DOS LADOS DE UNA MISMA CARA

José Martínez Raga. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Doctor Peset. Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad de Valencia. Valencia.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ADICCIONES: LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Marta Torrens Mélich. Jefe de Programa de Adicciones. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parc de Salut Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. ¿Existen las psicosis inducidas?

Francisco Arias Horcajadas. Psiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Vicesecretario de Socidrogalcohol. Madrid.

08:30-10:00 h. / Sala Ronda**M11 ESTRATEGIAS HISPANO-LUSAS DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS ADICTIVOS***Modera:*

Francisco Pascual Pastor. Coordinador Médico UCA de Alcoy (Alicante). Presidente Socidrogalcohol. Asesor de CAARFE.

EL MODELO PORTUGUÉS: UN ABORDAJE DE SALUD PÚBLICA

Joao Augusto Castel-Branco Goulão. Presidente SICAD.

INTEGRACIÓN DEL ALCOHOL EN LAS POLÍTICAS NACIONALES DE DROGAS

Manuel Cardoso. Vicepresidente SICAD.

08:30-10:00 h. / Sala Catedral**M12 ADICCIÓN: COMORBILIDADES OLVIDADAS***Modera:*

Rafael Baena Mores. Médico-Psiquiatra Unidad Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría Hospital General Universitario de Ciudad Real.

PARKINSON Y CONDUCTA ADICTIVA

José Miñarro López. Catedrático de Psicobiología. Universidad de Valencia. Red de Trastornos Adictivos. Valencia.

CONSUMO DE ALCOHOL Y ALZHEIMER

Juan C. Ledesma Llorente. Investigador Postdoctoral. IBIMA, Málaga. Universidad de Valencia.

MÓVILES Y TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL

Fernando Rodríguez de Fonseca. Profesor Titular Universidad Complutense de Madrid. Investigador IBIMA. Málaga. Red de Trastornos Adictivos.

10:00-11:00 h. / Sala Auditorio

C2 AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN PARA COMBATIR LA EPIDEMIA DE USO DE OPIÁCEOS

Moderador:

M^a del Mar Sánchez Fernández. Médico. Coordinadora U.C.A. Servicio de Psiquiatría HGUCR. Coordinadora del PAIME de Castilla La Mancha.

AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN PARA COMBATIR LA EPIDEMIA DE USO DE OPIÁCEOS
Iván Darío Montoya. Director Clínico Farmacoterapias y Consecuencias Médicas del abuso de Drogas NIDA Bethesda. USA.

11:00-11:15 h. / Sala Buenavista y Alcázar

PAUSA-CAFÉ

11:15-12:45 h. / Sala Auditorio

SS1 SIMPÓSIO SATÉLITE. BUPRENORFINA/NALOXONA: OPTIMIZANDO LOS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A OPIOIDES. EN COLABORACIÓN CON INDIVIOR

Moderador:

Ana Isabel Henche Ruiz. Médico de Familia. Experto en Adicciones. Unidad de Conductas Adictivas del Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

EN BUSCA DE LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE, BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE OPIOIDES CON UN AGONISTA PARCIAL

Rodrigo Oraa Gil. Médico Psiquiatra. Coordinador Adicciones. Red Salud Mental Bizkaia. Centro De Salud Mental Julián De Ajuriaguerra. Hospital de Día Manuene. Osakidetza.

ESTIGMA Y BLOQUEO OPIOIDE: DOS TEMAS A CONSIDERAR EN EL TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS

Ana Isabel Henche Ruiz. Médico de Familia. Experto en Adicciones. Unidad de Conductas Adictivas del Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

TRATAMIENTO EFICAZ A TRAVÉS DE UNA DOSIFICACIÓN ÓPTIMA

Miriam Álvarez García. Médico de Drogodependencias y Adicciones. Centro Comarcal de Drogodependencias y Adicciones Ribera del Tinto, Palos de la Frontera. Huelva.

11:15-12:45 h. / Sala Ronda

M13 IMPACTO Y MANEJO DE LA COMORBILIDAD EN LAS PERSONAS CON ADICCIÓN

Modera:

Julio Bobes García. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría.

IMPACTO Y MANEJO DE LA COMORBILIDAD EN PERSONAS CON ADICCIÓN Y TRASTORNO DE ANSIEDAD

Pilar A. Sáiz Martínez. Profesora titular área de psiquiatría. Editora Revista Adicciones Sociodrogalcohol Universidad de Oviedo. CIBERSAM Asturias. Oviedo.

IMPACTO Y MANEJO DE LA COMORBILIDAD EN PERSONAS CON ADICCIÓN Y TRASTORNO DEL HUMOR

Marta Torrens Mélich. Jefe de Programa de Adicciones. Instituto de Neuropsiquiatría & Adicciones-Parc de Salut Mar; Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

IMPACTO Y MANEJO DE LA COMORBILIDAD EN PERSONAS CON ADICCIÓN Y TRASTORNO PSICÓTICO

Gerardo Flórez Méndez. Médico Psiquiatra. Psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Complejo Hospitalario de Ourense. Secretario de Sociodrogalcohol.

11:15-12:45 h. / Sala Catedral**M14 PERSPECTIVA DE GÉNERO Y PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)**

Moderadora:

Nina Mielgo Casado. Directora Técnica. Fundación para la Protección Social de la OMC

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO AL PAIME

M^a del Mar Sánchez Fernández. Médico. Coordinadora U.C.A. Servicio de Psiquiatría HGUCR. Coordinadora del PAIME de Castilla La Mancha. Ciudad Real.

PERSPECTIVA DE GÉNERO DESDE LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA PAIME

Dolores Braquehais Conesa. Investigadora. Responsable Clínica de la Unidad de Hospitalización PAIME de la Clínica Galatea. Barcelona.

EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL PAIME

Antonio Terán Prieto. Psiquiatra. PAIME de Castilla y León. Valladolid.

11:15-12:45 h. / Sala Ildelfonso**M15 TOP 10 DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Moderadora:

Juan José Fernández Miranda. Psiquiatra. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Área V. Gijón. Vocal Socidrogalcohol.

Pedro Seijo Ceballos. Médico Psiquiatra. Director CTA Villamartín. Diputación de Cádiz. Tesorero suplente de Socidrogalcohol.

COMUNIDAD VALENCIANA: IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO GRUPAL AMBULATORIO PARA PACIENTES TLP EN LA RED PÚBLICA ASISTENCIAL DE VALENCIA: EL STEPPS

Maria Calatayud Francés. Psicóloga UCA de Alzira. Responsable Programa STEPPS Grupo Alzira. Fundadora y Coordinadora Grupo ARPA. (Abordaje en la Ribera de Problemas de Alcohol).

COMUNIDAD VALENCIANA

Vicente Tomás Gradolí. Psicólogo clínico. Departamento de Psicología Básica. Facultad Psicología Valencia. Coordinador Unidad Conductas Adictivas Catarroja. Departamento de Salud Hospital Universitari i Politecnic La Fe. Conselleria Sanitat Valencia.

COMUNIDAD VALENCIANA

Carmen Palau Muñoz. Doctora en psicología. Master en prevención de drogodependencias. Psicología clínica UCA Paterna La Coma. Departamento de Salud Hospital Arnau LLiria Valencia. Profesora asociada en plaza asistencial de departamento de personalidad de la facultad de psicología de Valencia.

CASTILLA LA-MANCHA: PROGRAMA DE MOTIVACIÓN A PIE DE CAMA

Gloria Cordeiro-Crespo Cabral-Campello. Servicio de psiquiatría. UCA. Hospital Mancha-Centro de Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

CASTILLA LA-MANCHA: ¿RENTABILIZANDO RECURSOS EN CONDUCTAS ADICTIVAS?

José Manuel Gallego. Médico-Coordinador UCA. Servicio de Psiquiatría. Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID: SALAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO DE ALCOHOL

Ana Cáceres Santos. Médico de la Sección de Reducción del Daño del Servicio de Atención Integral a las Adicciones del Ayuntamiento de Madrid.

COMUNIDAD DE ANDALUCÍA: BENEFICIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR TRAUMATISMOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS

Juan F. Navas. Investigador Del Departamento de Psicología Experimental y del Centro de Investigación de Mente. Cerebro y Comportamiento, de la Universidad de Granada.

12:45-14:15 h. / Sala Auditorio

SS2 SIMPÓSIO SATÉLITE. HEPATITIS C EN ADICCIONES: ¿CÓMO PODEMOS CONTRIBUIR A LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN ESPAÑA? EN COLABORACIÓN CON GILEAD

Moderador:

Joan Colom Farrán. Director del Programa de Prevención, control y atención al VIH, las ETS y las Hepatitis víricas de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

ÚLTIMOS AVANCES EN HEPATITIS C Y PRÓXIMOS PASOS

Javier García-Samaniego. Jefe de sección del servicio de Hepatología en el Hospital Universitario La Paz, y coordinador de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España – AEHVE.

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN ADICCIONES. LA VISIÓN DESDE LA SALUD PÚBLICA

Joan Colom Farrán. Director del Programa de Prevención, control y atención al VIH, las ETS y las Hepatitis víricas de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

CASOS PRÁCTICOS DE MANEJO DE LA HEPATITIS C EN EL PACIENTE CON ADICCIONES

José Luis Casado. Adjunto del servicio de Enfermedades Infecciosas en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

12:45-14:15 h. / Sala Ronda**M16 TRASTORNOS ADICTIVOS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES: EXPLORANDO NUEVAS CONCURRENCIAS Y TRATAMIENTOS***Moderadora:***Antoni Gual i Solé.** Presidente EUFAS y Expresidente de Socidrogalcohol Barcelona.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y ADICCIONES COMO FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE CONDUCTAS DELICTIVAS

Gerardo Flórez Méndez. Médico Psiquiatra. Psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Complejo Hospitalario de Ourense. Secretario de Socidrogalcohol.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN DUAL EN FUMADORES: HACIA UN MODELO INTEGRADO DE TRATAMIENTO

Alba González De La Roz. Psicóloga General Sanitaria e Investigadora en el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo.

ENCUESTA NACIONAL SOCIDROGALCOHOL SOBRE PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE LA CONCURRENCIA DE TRASTORNOS ADICTIVOS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES

Juan José Fernández Miranda. Psiquiatra. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Área V. Gijón. Vocal Socidrogalcohol.**11:15-12:45 h.****ESPACIO MESTOS****12:45-14:15 h. / Sala Catedral****M17 INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS***Moderadora***Ignacio Redondo García.** Coordinador regional de enfermería de la Salud Mental de Castilla La Mancha.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN INTERVENCIÓN GRUPAL: UN NUEVO PROYECTO

María Montoro Ruíz. Diplomada Universitaria Enfermería DUE. Especialista en SM. Consorcio sanitario Tarrasa. Barcelona.

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Sandra De Andrés Muñoz. Diplomada universitaria en enfermería DUE.

Especialista en SM. Unidad de conductas Adictivas. Hospital Santa Creu i San Pau. Barcelona.

EL ENTRENAMIENTO EN SALUD, EL AUTOCUIDADO... CONCEPTOS QUE ESTÁN DE MODA

Carmen Solano Villarrubia. Diplomada universitaria en enfermería. Especialista en enfermería familia y comunitaria. Centro Salud Villablanca. Madrid.

12:45-14:15 h. / Sala Ildelfonso

M18 BIOMARCADORES EN ADICCIONES: MODELOS ANIMALES Y HUMANOS

Moderadora:

Eduardo Mirón Ortega. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Toledo.

MARCADORES INMUNOLÓGICOS EN ADICCIÓN: ¿QUÉ INFORMACIÓN NOS APORTAN?

Esther Caparrós Cayuela. Investigadora del grupo Neuropsicofarmacología Traslacional, Instituto de Neurociencias CSIC-UMH. Profesora de Inmunología de la Universidad Miguel Hernández. San Juan. Alicante.

MODELOS EXPERIMENTALES EN ADICCIONES Y BIOMARCADORES CEREBRALES EN DEPENDENCIA

Jorge Manzanares Robles. Jefe del grupo de Neuropsicofarmacología Traslacional, Instituto de Neurociencias CSIC-UMH. Profesor de Farmacología de la Universidad Miguel Hernández. San Juan. Alicante.

BIOMARCADORES PSICOFISIOLÓGICOS EN LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS ADICTIVOS

Gabriel Rubio Valladolid. Psiquiatra, Jefe de Servicio de Psiquiatría (en funciones). Hospital 12 de Octubre. Madrid.

14:14-14:45 h. / Sala Ronda

PRESENTACIÓN GUÍA PARA RESIDENTES

Juan José Fernández Miranda. Psiquiatra. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Área V. Gijón. Vocal Socidrogalcohol.

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

Francisco Pascual Pastor. Coordinador Médico UCA de Alcoy (Alicante). Presidente Socidrogalcohol. Asesor de CAARFE.

14:15-16:00 h. / Salas Buenavista y Alcázar

COMIDA DE TRABAJO. CÓCTEL ZONA COMERCIAL

16:00-17:30 h. / Sala Auditorio

SS3 SIMPÓSIO SATÉLITE. FÁRMACOS DE 1ª LÍNEA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO: CRITERIOS ESCUSE. EN COLABORACIÓN CON PFIZER

Josep M^a Ramón. Jefe de Servicio Unidad de Tratamiento del Tabaquismo, Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

16:00-17:30 h. / Sala Ronda**M19 PREVENCIÓN Y TCIS'S***Moderadora:*

Isabel Montoya Crous. Psicóloga Clínica. Unidad Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

ABORDAJE DEL USO PROBLEMÁTICO DE LAS TCI'S DESDE LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y EL ÁMBITO FAMILIAR

Inés Rocío González Galnares. Jefa Sección. Responsable del Servicio de Orientación Familiar. Departamento de Prevención. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Madrid.

USO DE APPS Y SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

Susana Méndez Gago. Dra. en psicología. Directora de la cátedra de desarrollo social de la Universidad Camilo José Cela. Universidad Camilo José Cela. Madrid.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PREVENCIÓN DE LAS TCIS'S

Patricia Martínez Redondo. Educadora Social y Antropóloga. Profesional autónoma, experta en género y adicciones, colaboradora externa de diversas entidades e instituciones. Madrid.

16:00-17:30 h. / Sala Catedral**M20 ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN PERSONAS DE CULTURAS DIFERENTES A LA AUTÓCTONA***Moderador:*

Pablo Vega Astudillo. Director CAD Tetuán. Instituto Adicciones. Madrid. Sociedad Española de Patología Dual.

PATOLOGÍA DUAL EN POBLACIÓN LATINOAMERICANA EN CATALUÑA

Francisco Collazos. Psiquiatra. Programa de Psiquiatría transcultural. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS INMIGRANTES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DE CATALUÑA

Cinta Folch. Epidemióloga. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Barcelona.

BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL ACCESO DE PACIENTES DE OTRAS CULTURAS A LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN CATALUÑA

Jorge Palacio Vieira. Investigador. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

16:00-17:30 h. / Sala Ildelfonso

M21 VIOLENCIA DE GÉNERO Y DROGAS

PRÁCTICAS DE RIESGO Y PRESENCIA DE CONSUMO DE DROGAS: UN ANÁLISIS A TRAVÉS DE LOS FOROS DE PROSTITUCIÓN ON LINE

[Yolanda Nieves Martín](#). Investigadora social. Fundación Atenea.

ENTORNOS DE COBIJO PARA MUJERES QUE USAN DROGAS SOBREVIVIENDO A VIOLENCIAS DE GÉNERO

[Aura Roig Forteza](#). Coordinadora del proyecto Metzinereg. Fundación Salud y Comunidad.

RECURSO DE TRATAMIENTO PARA MUJERES CONSUMIDORAS DE DROGAS Y VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

[Azahara Dovao](#). Directora del programa de la Comunidad Terapéutica de Mujeres La Muela. Fundación EMET ARCO IRIS. Córdoba.

17:30-18:00 h.

PAUSA (SALAS BUENAVISTA Y ALCÁZAR) Y REUNIÓN PRESIDENTES AUTONÓMICOS (SALA CONSEJO I)

18:00-19:30 h. / Sala Auditorio

SS4 SIMPÓSIO SATÉLITE. ABORDAJE GLUTAMATÉRGICO DE LA DEPRESIÓN Y CONSUMO DE DROGAS. EN COLABORACIÓN CON EXELTIS.

TIANEPTINA, PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS DE UN ANTIDEPRESIVO ATÍPICO

[Cecilio Álamo](#). Catedrático Universitario de Farmacología. Departamento de Ciencias Biomédicas. Universidad de Alcalá. Madrid.

TIANEPTINA Y DROGAS LEGALES (BENZODIACEPINAS, ALCOHOL Y OPIOIDES PRESCRITOS)

[Anna Lligoña Garreta](#). Médico psiquiatra. Unitat Conductes Adictives de l'Hospital Clínic. Barcelona.

TIANEPTINA Y DROGAS ILEGALES.

[Alberto Sancho](#). Unidad de Conductas Adictivas de Xàtiva.

18:00-19:30 h. / Sala Ronda**M22 LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN UN ENTORNO VULNERABLE**

Moderador:

Gregorio Martín Carmona. Médico. Presidente de Honor de la Sociedad Científica AMAPA y de la Sociedad Española de Patología Dual.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON ADOLESCENTES DESESCOLARIZADOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

M^a Luisa Llorens García. Técnico de la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas. Ayuntamiento de Xirivella. Valencia.

EL SERVICIO RESPONSABLE EN HOSTELERÍA

Inmaculada Muñoz Iranzo. Técnico de la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas. Ayuntamiento de Requena y Mancomunidad del interior Tierra del Vino. Valencia.

CÓMO TRABAJAR EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL Y DROGAS

M^a Asunción Peiró Sala. Técnico de la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas. Ayuntamiento de Sueca. Valencia.

18:00-19:30 h. / Sala Catedral**M23 TÓPICOS LATINOAMERICANOS EN DROGODEPENDENCIAS**

Moderador:

José Luis García García. Médico- coordinador U.C.A. del Servicio de Psiquiatría del hospital Universitario de Guadalajara.

CRACK EN BRASIL. EPIDEMIOLOGIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Francisco Inácio Bastos. Médico Psiquiatra. PhD en Salud Pública. Oswaldo Cruz Foundation. Rio de Janeiro. Brazil.

PASTA BÁSICA DE COCAÍNA EN LATINOAMÉRICA

Guillermo A. Castaño Pérez. Médico. Magister en Drogodependencias. Especialista en Patología Dual. PhD en Psicología de la Salud. Centro de Investigación en Salud Mental-Universidad CES. Medellín. Colombia.

LA AYAHUASCA Y EL TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS EN BRASIL

Mauricio Diament. Médico Psiquiatra. Universidad Estadual de Campinas – UNICAMP-Laboratorio de Estudios Interdisciplinarios de Psicoactivos LEIPSI. Campinas. Brasil.

18:00-19:30 h. / Sala Ildelfonso

M24 CONSUMO DE SUSTANCIAS Y VIOLENCIA FILIO-PARENTAL: SITUACIÓN Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

FUNCIONALIDAD DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

[José Luis Sancho Acero](#). Director clínico. Programa Recurra-Ginso. Madrid.

VIOLENCIA FILIO-PARENTAL Y PATOLOGÍA DUAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL

[Jordi Royo Isach](#). Director clínico de Amalgama 7. Vicepresidente Fundación Portal. Socio cofundador de la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio-parental (Sevifip). Barcelona.

INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES ABUSADORES Y SUS FAMILIAS EN VIOLENCIA FILIO-PARENTAL

[Alberto Buale Coca](#). Subdirector. Campus Unidos-Ginso. Madrid.

19:30-20:30 h. / Sala Auditorio

ASAMBLEA ORDINARIA SOCIDROGALCOHOL

21:15 h. SALIDA DE AUTOBUSES

21:30 h. CENA DE CLAUSURA EN EL RESTAURANTE LA HACIENDA DEL CARDENAL

JORNADAS

Sábado 10 de marzo

	SALA AUDITORIO	SALA RONDA	SALA CATEDRAL
19:15-10:00h.	C4 NEUROMODULACION: TERAPIAS CEREBRALES NO INVASIVAS COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES		
10:00-11:15h.	M25 ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUBSTANCIAS DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SIGLO XXI.	M26 CANNABINOIDES 2020	COMUNICACIONES DEFENSA DE PÓSTERES FINALISTAS
11:15-12:30h.	SS5 APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA EN PACIENTES COMPLEJOS Y CON COMORBILIDADES. EN COLABORACIÓN CON OTSUKA-LUNDBECK	M28 REALIDADES DE LA INCORPORACIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES DESDE UN RÉGIMEN DE TRATAMIENTO ABIERTO, TRATAMIENTO EN MEDIO CERRADO Y EN RÉGIMEN DE SEMILIBERTAD	COMUNICACIONES ORALES
12:30-13:45h.	M29 RETICS	M30 POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN ADICCIONES EN PORTUGAL – DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO PARA LA COMUNIDAD.	M31 ESTIGMA EN ADICCIONES
13:45-14:00h.	ACTO CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS		



09:15-10:00 h. / Sala Auditorio

C4 NEUROMODULACION: TERAPIAS CEREBRALES NO INVASIVAS COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Modera:

Maite Cortés Tomás. Profesora Titular Universidad. Facultad Psicología. Universitat de València. Vicepresidenta 2ª de Socidrogalcohol.

NEUROMODULACIÓN: TERAPIAS CEREBRALES NO INVASIVAS COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Raúl Espert Tortajada. Dpto. de Psicobiología. Facultad de Psicología (UV). Unidad de Neuropsicología (Servicio de Neurología). Hospital Clínico Universitario. Valencia.

10:00-11:15 h. / Sala Auditorio

M25 ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SIGLO XXI

Modera:

Paloma Sánchez de la Nieta Aragoes. Médico de Familia. Centro de Salud de Malagon. Ciudad Real.

DESDE LA ADICCIÓN A LOS PROBLEMAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: UN VISTAZO A LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

José Zarco Montejo. Médico de Familia. Profesor Asociado. Coordinador del Grupo de intervención en Drogas. SEMFYC.

ABORDAJE ACTUAL DEL ALCOHOLISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA: RETOS Y OBJETIVOS

Ignacio Ruz Franci. Médico de Familia. Miembro del Grupo Intervención en Drogas de la SEMFYC. Centro Salud Olivillo. Cádiz.

ATENCIÓN PRIMARIA: USOS NO PROBLEMÁTICOS, REDUCCIÓN DE RIESGOS Y USO RESPONSABLE DE DROGAS

Fernando Caudevilla Gálido. Médico de Familia. Experto Universitario en Drogodependencias. Energy Control (ABD). Grupo de Intervención en drogas. SEMFYC.

10:00-11:15 h. / Sala Ronda**M26 CANNABINOIDES 2020**

Moderada:

Benjamín Climent Díaz. Unidad Toxicología Clínica. S. Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

EFFECTOS DE LA LEGALIZACIÓN DEL CANNABIS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Miguel Galicia. Servicio de Urgencias Hospital Clínic Barcelona. Barcelona.

COMPLICACIONES FÍSICAS POR CONSUMO DE CANNABIS, ¿HA CAMBIADO ALGO?

Juan Andrés López Bueno. Unidad Toxicología Clínica. S. Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

CANNABINOIDES SINTÉTICOS DE NUEVA GENERACIÓN Y SU IMPLICACIÓN EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Guillermo Burillo Putze. Médico. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias. Departamento de Medicina Física y Farmacología, Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

10:00-11:15 h. / Sala Catedral**COMUNICACIONES. DEFENSA DE PÓSTERES FINALISTAS**

11:15-12:30 h. / Sala Auditorio**SS5 APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA EN PACIENTES COMPLEJOS Y CON COMORBILIDADES. EN COLABORACIÓN CON OTSUKA-LUNDBECK**

Francisco Pascual Pastor. Coordinador Médico UCA de Alcoy (Alicante). Presidente Socidrogalcohol. Asesor de CAARFE.

Juan José Fernández Miranda. Psiquiatra. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Área V. Gijón. Vocal Socidrogalcohol.



11:15-12:30 h. / Sala Ronda**M28 REALIDADES DE LA INCORPORACIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES DESDE UN RÉGIMEN DE TRATAMIENTO ABIERTO, TRATAMIENTO EN MEDIO CERRADO Y EN RÉGIMEN DE SEMILIBERTAD**

Moderadora:

Enrique Bravo Mena. Abogado-Coordinador del Servicio de Asesoría Jurídico y Social en Adicciones y Salud Mental. SAFA Castilla La Mancha.

VÍAS DE INSERCIÓN, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE ABORDAJE TERAPÉUTICO EN MEDIO ABIERTO

Dulce Nombre Rodríguez Álvarez. Educadora. Centro Provincial de Drogodependencias. Almanjajar. Granada.

APOYO PSICOSOCIAL A DROGODEPENDIENTES EN CENTROS PENITENCIARIOS

Patricia Montoya Gómez. Trabajadora social. Fundación Atenea en la prisión de Albacete en el programa "Ariadna". Albacete.

ENFOQUE SOCIAL DE LA ADICCIÓN DESDE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Guadalupe Bautista Plasencia. Trabajadora social. Comunidad Terapéutica "Los Vientos" Mislata. Valencia.

11:15-12:30 h. / Sala Catedral**COMUNICACIONES ORALES****12:30-13:45 h. / Sala Auditorio****M29 RETICS**

Moderadora:

Fernando Rodríguez de Fonseca. Profesor Titular Universidad Complutense de Madrid. Investigador IBIMA. Málaga.

OLEOILETANOLAMIDA: PAPEL PROTECTOR EN EL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Laura Orio. Departamento de Psicobiología y Metodología. Facultad de Psicología. UCM-Madrid.

METABOLITOS DEL TRIPTÓFANO: SEROTONINA Y KINURENINAS COMO BIOMARCADORES DE ADICCIÓN A DROGAS

Rebeca Vidal. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. UCM-Madrid.

MICROBIOTA Y TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL: MODELOS EXPERIMENTALES E IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

Jose Antonio López-Moreno. Departamento de Psicobiología Y Metodología. Facultad de Psicología. UCM-Madrid.

FACTORES DE CRECIMIENTO COMO BIOMARCADORES DE ADICCIÓN A DROGAS DE ABUSO: RESULTADOS EN PACIENTES AMBULATORIOS

Pedro Araos. Departamento de Metodología y Psicobiología. Facultad de Psicología. UMA-Málaga.

12:30-13:45 h. / Sala Ronda**M30 POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN ADICIONES EN PORTUGAL - DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO PARA LA COMUNIDAD.***Moderador:*

Gloria Cordeiro-Crespo Cabral-Campello. Médico Unidad Conductas Adictivas del Servicio de Psiquiatría del Hospital Mancha Centro de Alcazar de San Juan. Ciudad Real.

EL PAPEL DE LA COMUNIDAD EN LOS CAMBIOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS ADICIONES

José Antonio Rocha Almeida. Médico Psiquiatra. Coordinador de la División de Intervención en los Comportamientos Aditivos y en las Dependencias de ARS Centro. Coimbra. Portugal.

LA MEDIACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA EN LOS COMPORTAMIENTOS ADITIVOS Y DEPENDENCIAS

Emídio Abrantes Rodrigues. Técnico de Servicio Social. Coordinador del Centro de Respuestas Integradas de Aveiro. Portugal.

LA UNIDAD DE DESHABITUACIÓN Y EL TRATAMIENTO EN LA COMUNIDAD

João Nunes Lopes Curto. Médico Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Deshabituación de Coimbra. Portugal.

12:30-13:45 h. / Sala Catedral**M31 ESTIGMA EN ADICIONES***Moderador:*

Estefanía Segura Escobar. Psiquiatra. Coordinadora U.H.B. Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Ciudad Real

CHEMSEX: REALIDAD, MITO Y ESTIGMA

Fernando Caudevilla Gálido. Médico de Familia. Experto Universitario en Drogodependencias. Energy Control (ABD). Grupo de Intervención en drogas. SEMFYC.

VIVIENDO EL ESTIGMA DE LA ADICCIÓN EN SUS DOS VERSIONES

Oihan Iturbide. Biólogo, comunicador científico. Fundación María Aranzadi. Pamplona. Navarra

ESTIGMA EN ADICIONES

Urbano Vázquez Fernández. Médico. CE.D.EX. Mérida. Badajoz.

13:45-14:00 h. / Sala Auditorio**ACTO CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS**

COMUNICACIONES ORALES

SÁBADO, 10 Marzo 2018 / Sala Catedral / 11:15-12:30 h.

TÍTULO	AUTORES
TRAYECTORIAS DE IMPULSIVIDAD COMO PREDICTORES DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y CÁNNABIS	Martínez Loredó, V.; De La Torre Luque, A.; Fernández Artamendi S.; Fernández Hermida, J. R.
TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO MEDIANTE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE CONTINGENCIAS: SEGUIMIENTO A 12 MESES	López-Núñez, C.; González-Roz, A.; García-Pérez, Á.; Weidberg, S.; Fernández-Artamendi, S.; Secades-Villa, R.
TRANSFERRINA DEFICIENTE EN CARBOHIDRATOS Y HOJA VERDE: BUSCANDO EL SCREENING BIOQUÍMICO PARA DETECTAR EXPOSICIÓN DE RIESGO DE ALCOHOL EN EMBARAZADAS	Azurmendí Funes, M. L.; Sánchez Sauco, M. F.; Tobarra Sánchez, E.; Cáceres Álvarez, A.; Noguera Velasco, J. A.; Martínez Villanueva, M.; García Torres, B.; Ortega García, J. A.
NEUROINFLAMACIÓN: PASARELA ENTRE EL ESTRÉS Y LA ADICCIÓN	Ferrer Pérez, C.; Ballestín Hinojosa, R.; Reguilón Marina, D.
FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES: SOFTWARE PARA EL CÁLCULO DE PREVENCIÓN 1ª Y 2ª	López Arteaga, T.; Gallego Bellido, J. M.
ESTUDIO DIAGNÓSTICO ALEATORIZADO COMPARANDO EL CRIBAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL CON ETANOL Y ETILGLUCURÓNIDO EN PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL	Barrio, P.; Teixidor, L.; Ortega, L.; Lligoña, A.; Rico, N.; Bedini, J. L.; Vieta, E.; Gual, A.
CONSUMO DE ALCOHOL Y DE OTRAS SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO UNIVERSAL: UNIVERSIDAD Y SALUD MENTAL	Ballester Coma, L.; Alayo Bueno, I.; Vilagut Saiz, G.; Almenara Barrios, J.; Echeburúa Odriozola, E.; Mestre Pintó, J. I.; Piqueras Rodríguez, J. A.; Roca Bennasar, M.; Alonso Caballero, J.; Por el equipo de investigación UNIVERSAL Blasco Cubedo, M.
CONSECUENCIAS DEL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS UNIVERSITARIOS	Giménez Costa, J. A.; Cortés Tomás, M. T.; Sancerni Beitia, M. D.; Martín del Río, B.
ACEPTACIÓN DEL "061 QUIT_MENTAL": INTERVENCIÓN TELEFÓNICA MULTICOMPONENTE PARA DEJAR DE FUMAR TRAS LA HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA DE AGUDOS	Nieva Rifà, G.; Pinet Ogué, M. C.; Mondon Vehils, S.; Hernández Ribas, R.; Vicens Vilanova, J.; Bruguera Cortada, E.; Costa Juste, S.; Barrio Gimenez, P.; Subirà Alvarez, S.; Ballbè Gibernau, M.; Feliu Josa, A.; Raich Soriguera, A.; Torres Esparza

PÓSTERES Y CASOS CLÍNICOS EN FORMATO PÓSTER

SÁBADO, 10 Marzo 2018 / Sala Catedral

SESIÓN	DEFENSA DE PÓSTERES FINALISTAS
DEFENSA	10:00-11:15 h.

Nº	TÍTULO	AUTORES / COAUTORES
1	VARIABILIDAD PSICOPATOLÓGICA DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR USO DE ESTIMULANTES Y ALCOHOL	Becerra Darriba, H.; Ojeda Martínez, A.I.; Sánchez Enamorado, M.; Jiménez Cortés, M.P.; Gurrea Escajedo, A.
2	USO, CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LAS DROGAS EN LOS JÓVENES ESTUDIANTES MEXICANOS DE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN LOS MUNICIPIOS DE TEPIC Y XALISCO, DEL ESTADO DE NAYARIT	Ramirez Piña, M. R.; Giménez Costa, J. A.
3	TRATAMIENTO CON CLOZAPINA: FUMAR TABACO COMO PREDICTOR DE RECAÍDAS	Pastor Jordá, C.; Torío Palmero, I.; González Martínez, E.; Cabrera Lozano, A.; Palomo Ruiz, J. L.; Arias Horcajadas, F.
4	TRASTORNO POR USO DE BENZODIACEPINAS: UNA ADICCIÓN IATROGÉNICA EN LA DEPRESIÓN UNIPOLAR CRÓNICA	Becerra Darriba, H.; Ojeda Martínez, A. I.; Sánchez Enamorado, M.; Lacal Alejandro, L.; Jiménez Cortés, M. P.; Gurrea Escajedo, A.
5	SD. DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI: A PROPÓSITO DE UN CASO	de la Iglesia Larrad, J. I.; Casado Espada, N. M.; De Alarcón Gomez, R.; De la Mata Hidalgo, R.; Valriberas Alonso, I.; Sanchez Pernas, L.; Al Chaal Marcos, L.; Gonzalez Soria, C.; Gamonal Limcaoco R. S.; Lozano Lopez, M.T.; Matías Polo, J.
6	RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y EL CONSUMO DE CANNABIS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA	Coloma-Carmona, A.; Sancho-Domingo, C.; Martínez-Loredo, V.; Carballo, J.L.
7	RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS, APUESTAS ONLINE Y USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN MENORES	Isorna Folgar, M.; Sanmartín Feijóo, S.; Braña Tobío, T.; Pichel Mira, R.; Montesa Lou, B.; Rial Boubeta, A.
8	RELACIÓN ENTRE DETERIORO COGNITIVO, DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL, GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y SU INFLUENCIA SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN EL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL	Serrano Zapata, C.; Sion, A.; Martínez Maldonado, A.; Rubio Valladolid, G.

Nº	TÍTULO	AUTORES / COAUTORES
9	PAPEL DE LOS GENES INHIBIDORES TELOMÉRICOS KIR EN LA CIRROSIS ALCOHÓLICA	Legaz, I.; Bolarin, J.M.; Morales, R.; Pascual-Pastor, F.; Luna, A.; Álvarez-López. M.R.
10	MUSICOTERAPIA EN ADICCIONES A DROGAS: APORTACIONES EN UN RECURSO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DESDE EL "MODELO CASA BAUBO.A&S. MUSICOTERAPIA CIENTÍFICA APLICADA"	Giner Torres, M.
11	MOTIVACIÓN, AUTOCONCEPTO FÍSICO Y CONSUMOS EN EL DEPORTE. APROXIMACIÓN A LA RELACIÓN EN LA EDAD ADULTA	Castro Pérez, M. L.; Giménez Costa, J. A.
12	LA INHIBICIÓN PREPULSO DISCRIMINA LAS CONSECUENCIAS DE UN ESTRÉS TEMPRANO SOBRE LOS EFECTOS REFORZANTES DE LA COCAÍNA	Prieto Arenas, L.; Arenas, M. C.; Pereira de la Fuente, R.; Castro Zabala, A.; Valverde, O.; Miñarro, J.; Manzanedo, C.
13	LA IMPULSIVIDAD COMO MODERADORA DE LA RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL Y LA INGESTA DE DIETA ALTA EN GRASAS EN ADULTOS JÓVENES	Escrivá Martínez, T.; Baños Rivera, R. M.; Rodríguez Arias, M.
14	INTERACCIÓN ENTRE TRAUMA INFANTIL, FENOTIPO PSICÓTICO Y CANNABIS	Gorria Urtasun, A.; Campos Burgui, M.; Fonseca Pedrero, E.; Domínguez Pérez, C.
15	INTEGRACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA LA DESHABITUACIÓN DEL ALCOHOLISMO: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES PARA SU IMPLEMENTACIÓN	González Roz, A.; Weidberg, S.; García Pérez, A.; Martínez Loredó, V.; Grande Gosende, A.; Secades Villa, R.
16	INFLUENCIA DEL GEN SKA2 EN LA DEPENDENCIA A LA HEROÍNA	Legaz. I.; Morales Penalva. R.; Pascual-Pastor, F.; Luna, A.
17	INCREMENTO DE LA RESPUESTA NEUROINFLAMATORIA PROVOCADA POR LA COCAÍNA EN RATONES SOMETIDOS A ESTRÉS SOCIAL	Ballestín Hinojosa, R.; Ferrer Pérez, C.; Miñarro López, J.; Rodríguez Arias, M.
18	HOMOFOBIA INTERIORIZADA Y SU RELACIÓN CON EL CHEMSEX	Torrecilla Ramírez, C. J.; Olmos Espinosa, R.; Fernandez Martín A.; Morell Mengual, V.; Martín Ripollés, J.; Iburguchi Samper, L.
19	HIPERACTIVACIÓN DEL GIRO FRONTAL INFERIOR DURANTE LA INHIBICIÓN DE RESPUESTA EN JÓVENES CON CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL	Suárez-Suárez, S.; Doallo, S.; Pérez-García, J.M.; Rodríguez Holguín, S.; Corral, M.; Cadaveira, F.

Nº	TÍTULO	AUTORES / COAUTORES
20	FETAL ALCOHOL SYNDROME (FAS): NEURONAL PLASTICITY AND OXIDATIVE STRESS	Fernández Vidal, A.; Andreu Fernández, V.; Navarro Tapia, E.; Bastons, A.; Astals, M.; García Algar, O.
21	FACTORES PREDICTORES DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES: DATOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE 1 AÑO DE SEGUIMIENTO	González Blanco, L.; Bousoño, M.; Velasco, A.; De la Fuente Tomás, L.; García Álvarez, L.; Menéndez Miranda, I.; Rodríguez Revuelta, J.
22	FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR	Velasco, A.; González Blanco, L.; Abad, I.; Fernández Peláez, A.; García Álvarez, L.; Villa, R.; De la Fuente Tomás, L.; Menéndez Miranda, I.; Rodríguez Revuelta, J.
23	EVALUATION OF PLASMA CYTOKINES IN PATIENTS WITH COCAINE USE DISORDERS IN ABSTINENCE IDENTIFIES TRANSFORMING GROWTH FACTOR ALPHA (TGFα) AS A POTENTIAL BIOMARKER OF CONSUMPTION AND DUAL DIAGNOSIS	Araos Gómez, P.; Maza Quiroga, M.; García Marchena, N.; Serrano Criado, A.; Ruiz Ruiz, J. J.; Soria, M.; Campos Cloute, R.; Torrens Melich, M.; Marco, E.M.; Pavón Morón, F. J.; Rodríguez de Fonseca, F.
24	ESTUDIO DE PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN LA POBLACIÓN FEMENINA DEL CENTRO PENITENCIARIO LAS PALMAS II. COMORBILIDAD Y PERFIL DELICTIVO	Yllobre Rodríguez, C. A.; Saavedra Deniz, B.V.; Cabal Ordóñez, J. J.; Sánchez Bernal, A. M.
25	ESTRÉS SOCIAL Y CARACTERIZACIÓN DE ANIMALES RESILIENTES EN RESPUESTA A LOS EFECTOS REFORZANTES DE LA COCAÍNA	Ródenas, F.; Blanco Gandía, M. C.; Miñarro, J.; Rodríguez Arias, M.
26	EL INCREMENTO EN EL CONSUMO DE ETANOL EN RATONES MACHO SE MANTIENE TRAS EL CESE DE LOS ATRACONES DE UNA DIETA ALTA EN GRASA	Blanco Gandía, M. C.; Reguilón, M. D.; Montagud Romero, S.; Miñarro, J.; Rodríguez Arias, M.
27	EL ENRIQUECIMIENTO AMBIENTAL BLOQUEA EL INCREMENTO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL INDUCIDO POR EL ESTRÉS SOCIAL	Reguilón, M.D.; Rodríguez Arias, M.; Miñarro, J.
28	EFFECTO DE UNA DIETA ALTA EN GRASA EN LA RECAÍDA DE LA BÚSQUEDA DE COCAÍNA	Molari, I.; Blanco Gandía, M. C.; Miñarro, J.; Rodríguez Arias, M.
29	DUAL DIAGNOSIS IN PEOPLE WITH SUBSTANCE USE DISORDER UNDERGOING TREATMENT	Puertolas Gracia, B.; Espelt, A.; Bartroli, M.; Teixidó Compañó, E.; Bosque Prous, M.; Brugal, M. T.
30	DISPONIBILIDAD, VISIBILIDAD Y PROMOCIÓN DEL ALCOHOL EN BARCELONA EN EL AÑO 2017	Puigcorbó, S.; Bosque Prous, M.; Sureda, X.; Pastor Muñoz, A.; Teixidó Compañó, E.; Villalbí, J. R.; Espelt, A.

Nº	TÍTULO	AUTORES / COAUTORES
31	DISMINUCIÓN EN LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE BDNF E IGF-1 EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL EN TRATAMIENTO AMBULATORIO	Serrano Criado A; García Marchena N; Silva Peña D; Martín Velasco AI; Villanúa Bernúes MA; Araos Gómez P; Pedraz Fernández M; Maza Quiroga R; Porras Perales O; Rubio Valladolid G; Castilla Ortega E; Suárez Pérez J; Rodríguez de Fonseca F; Pavón Morón
32	DIFERENCIAS EN EL DESCUENTO POR DEMORA ENTRE BEBEDORES DE BAJO RIESGO Y POLICONSUMIDORES: UN ESTUDIO LONGITUDINAL A TRES AÑOS	Martínez Loredó, V.; Grande Gosende, A.; González Roz, A.; Weidberg, S.; García Pérez, Á.; Fernández Hermida, J. R.
33	DESHABITUACIÓN DE TABACO EN PACIENTES CON TUS EN TRATAMIENTO EN EL CAS DE DROGODEPENDENCIAS. DE LA HOSPITALIZACIÓN AL SEGUIMIENTO AMBULATORIO	Carcolé Batet, B.; Vivas Rubio, N.
34	DEPRESIÓN Y ALCOHOLISMO, ¿CAUSA O CONSECUENCIA?	Casado Espada, N.; De Alarcón Gómez, R.; De La Iglesia Larrad, J.; Valriveras Herrero, I.; Gamonal Limcaoco, S.; Sánchez Pernas, L.; González Sánchez, C.; De LA Mata Hidalgo, R.; López Lozano, M.; Aguilar, L.; Madruga, A.
35	CHEMSEX: A PROPÓSITO DE UN CASO	Demetrio Santana, R.; Ruiz Rodríguez, A.; García Leon E.; y Brisson Camacho, C.
36	CONSUMO RESPONSABLE DE ALCOHOL, ¿PERJUDICA A LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR?	De la Fuente Tomás, L.; González Blanco, L.; Velasco, Á.; Sánchez Autet, M.; Safont, G.; Arranz, B.; Sierra, P.; Revuelta, J.; García Álvarez, L.
37	CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS POR SEPARACIÓN MATERNAL SOBRE EL REFUERZO CONDICIONADO INDUCIDO CON COCAÍNA: PAPEL DE LA INHIBICIÓN PREPULSO	Arenas, M. C.; Pereira de la Fuente, R.; Prieto Arenas, L.; Castro Zabala, A.; Valverde, O.; Miñarro, J.; Manzanedo, C.
38	COMPLETAR UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON METADONA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS (2017) EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE LLEDONERS	Martínez de Carvajal Hedrich, V.; Martínez Remesal, J.; Tolochnaya, I.; Sotomayor, C.; Carbonés, G.; Touzón López, C.; Fernández Nager, J.
39	APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DE ESPAÑA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN ADICCIONES	Melero Fuentes, D.; Bueno Cañigral, F. J.; Aleixandre Benavent, R.; Valderrama Zurián, J. C.

Nº	TÍTULO	AUTORES / COAUTORES
40	APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONGLOMERADOS A LA IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE GRUPOS DIANA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS EN ADOLESCENTES	Isorna Folgar, M.; Picón Prado, E.; Barreiro Couto, C.; Rivas Pestoni, A.; Varela Mallou, J.; Rial Boubeta, A.
41	ANOMALÍAS ELECTROFISIOLÓGICAS EN COMPONENTES TEMPRANOS DEL PROCESAMIENTO DE CARAS EN JÓVENES CONSUMIDORES INTENSIVOS DE ALCOHOL	Folgueira-Ares, R.; Cadaveira, F.; Pazo-Álvarez, P.; Blanco-Ramos, J.; Rodríguez Holguín, S.
42	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTOS OPIOIDES A LARGO PLAZO	Coloma-Carmona, A.; Carballo, J.L.; Rodríguez-Marín, J.; van-der Hofstadt, C.J.; Pérez-Carbonell, A.; González-Roz, A.
43	ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO Y DE REDES DE LAS TESIS ESPAÑOLAS SOBRE DROGODEPENDENCIAS EN LA BASE DE DATOS TESEO (1978-2016)	Castelló Cogollos, L.; Bueno Cañigral, F. J.; Alexandre Benavent, R.; Valderrama Zurián, J. C.
44	ALARGAMINETO QT Y MUERTE SÚBITA EN PACIENTES CON METADONA	Lopez Muñoz, F. J.; Nolasco Bonmatí, A.
45	¡OBJETIVO: ADICCIONES! PERFIL ACTUAL DEL PACIENTE EN REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA (URP), CONSUMIDOR DE DROGAS	Bermúdez Navas, E.; Terán Prieto, A.
46	RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL Y EL EJERCICIO FÍSICO CON EL PASO POR LA UNIVERSIDAD	Parra Fernandez, M. L.; Sanchez de la Nieta Aragonés, P.; Vida Mora, Y.; Montoya Crous, I.; Sánchez Fernández, M.M.; Bravo Mena, E.
47	REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y DEMANDA DE CIGARRILLOS EN FUMADORES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	Weidberg, S.; González de la Roz, A.; García Pérez, Á.; Secades Villa, R.
48	PRIMEROS PASOS DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE EPOC EN LA CIUDAD DE CEUTA	RKaina Liesfi, C.; Merinas López, C.M.; Guerrero Rodriguez, A.; Casanova Mesa, M.A.; Mancilla Rojo, M.A.; Rodriguez Alcalde, R.; Blanco Rodriguez, C.; Dominguez Perez, L.; Marchante Melero, F.; Marquez Zapater, M. E.; Jimenez Escobar, P.
49	PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES DE SÍNTESIS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	Sanchez de la Nieta Aragonés, P.; Vida Mora, Y.; Parra Fernandez, M.L.; Montoya Crous, I.; Sánchez Fernández, M.M.; Bravo Mena, E.
50	PLASMAT. OPTIMIZANDO LA CALIDAD DE LA ESPERA CON MEDIOS AUDIOVISUALES	Crespo Portero, A.; De Haro Garcia, I.; López Pelayo, I.; Soler Catalán, A.; Campoy Felipe, J. C.

Nº	TÍTULO	AUTORES / COAUTORES
51	MUSICOTERAPIA EN ADICCIONES A DROGAS: APORTACIONES EN UN RECURSO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DESDE EL "MODELO CASA BAUBO.A&S. MUSICOTERAPIA CIENTÍFICA APLICADA"	Giner Torres, M.
52	CÓMO FUNCIONA NALMEFENE EN EL MUNDO REAL Y QUIÉN LO RECIBE? UN ESTUDIO OBSERVACIONAL FASE-IV EN PACIENTES CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL QUE INICIAN NALMEFENE POR PRIMERA VEZ	Barrio, P.; Ortega, L.; Guardia, J.; Roncero, C.; Yuguero, L.; Gual, A.
53	ADOLESCENTES, TDAH Y CONSUMO DE DROGAS. NUEVAS EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	Isorna Folgar, M.; Liñares Mariñas, D.; Calvo Barros, R.; Gómez Salgado, P.; Alonso López, J.; Golpe Ferreiro, S.
54	TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME CON CONSUMO DE ALCOHOL Y CANNABIS. A PROPÓSITO DE UN CASO	De Alarcón Gómez, R.; Aguilar Sánchez, M. L.; Casado Espada, N.; De la Iglesia Larrad, J.; Sánchez Pernas, L.; Al Chaal Marcos, L.; González Soria, C.; Valriberas Herrero, I.; De la Mata Hidalgo, R.; Lozano López, M. T.; Gamonal Limcaoco, R. S.
55	PSICOSIS TÓXICA POR METANFETAMINAS EN CONTEXTO DE CHEMSEX: A PROPÓSITO DE DOS CASOS	Sagué Vilavella, M.; Oliveras Salvà, C.; Pons Cabrera, M. T.; Madero Gómez, S.; Freixa Fontanals, N.
56	ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE, A PROPÓSITO DE UN CASO	Casado Espada, N.; De La Iglesia Larrad, J.; De Alarcón Gómez, R.; De La Mata Hidalgo, R.; Lozano López, M.; Ad Chaal Marcos, L.; Pérez Laureano, A.; Aguilar, L.; Valriveras Herrero, I.; Gamonal Limcaoco, S.; Madruga, A.
57	TRASTORNO PSICÓTICO PRIMARIO VERSUS INDUCIDO POR SUSTANCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO	Caldentey Duran, C.; Moreno Mas, A.; Santos López, J. M.; Guillén Font, A.; Álvarez Alonso, M. J.; Escoté Llobet, S.
58	PSICOSIS EN CONSUMO CRÓNICO DE CANNABIS SINTÉTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	Pons Cabrera, M.T.; Oliveras Salvà, C.; Pérez de Vargas, S.; Sagué Vilavella, M.; Madero Gómez, S.; Freixa Fontanals, N.
59	PALIPERIDONA MENSUAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	López Arteaga, T.
60	ENCEFALOPATÍA MINOR ALCOHÓLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO	Gorria Urtasun, A.; García Martínez, R.; Gómez Eguílaz, C.
61	EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE UNA ADICCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO	Franco Jaén, S.; Díaz López, A. M.; Del Río Olvera, F. J.

Nº	TÍTULO	AUTORES / COAUTORES
62	DESINTOXIACIÓN DE METILFENIDATO EN ADULTO CON PSICOSIS POR PSICOESTIMULANTES	López Arteaga, T.
63	DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO CON ANALGÉSICOS OPIOIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO	Rodríguez Gómez-Carreño, C.; Segura Escobar, E.; Ramírez García, A. J.; Nuevo Fernández, L.; Muñoz Martínez, V. E.; Mata Saénz, B.; Asensio Aguerri, L.
64	CUANDO LA SOLUCIÓN DEL DOLOR SE CONVIERTE EN ADICCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO	Caldero Alonso, A.; Tarancón Blázquez, A.; Moreno Santolaria, S.; Gelado Matellán, C.; Franco Martín, M. Á.
65	ASPECTOS SOCIALES, PSICOLÓGICOS Y EVOLUTIVOS DE LA PATOLOGÍA IDENTITARIA: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE UNA ADOLESCENTE DIAGNOSTICADA DE DEPENDENCIA EN NUESTRA SOCIEDAD ACTUAL	Sanz Díaz, S.; Tena García, P.; Ferrer Esteve, V.; Mora Claramunt, E.
66	APUESTAS DEPORTIVAS A TRAVÉS DEL TELÉFONO: A PROPÓSITO DE UN CASO	Franco Jaén, S.; Díaz López, A. M.; Del Río Olvera, F. J.
67	ALTERACIONES CONDUCTUALES EN TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO POR ANFETAMINAS. A PROPÓSITO DE UN CASO	De Alarcón Gómez, R.; De la Iglesia Larrad, J.; Casado Espada, N.; González Soria, C.; Al Chaal Marcos, L.; Sánchez Pernas, L.; De la Mata Hidalgo, R.; Valriberas Herrero, I.; Gamonal Limcaoco, R. S.; Lozano López, M. T.; Garzón de Paz, M. Á.
68	ALTERACIONES COGNITIVAS INDUCIDAS POR ALCOHOL: A PROPÓSITO DE UN CASO	Gorria Urtasun, A.; García Martínez, R; Pibernat Serrano, V.
69	ALCOHOL COMO FACTOR ETIOLÓGICO DE FALLO HEPÁTICO AGUDO	Ortega Sabater, A.; Pascual-Pastor, F.; Legaz, I.
70	TRATAMIENTO COMBINADO DE MINDFULNESS Y TERAPIA INTERFERENCIAL: ALTERNATIVA EN UN CASO DE DEPENDENCIA IATROGÉNICA A OPIOIDES	López Lazcano, A. I.
71	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS USUARIOS/AS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN JURÍDICO SOCIAL DE CIUDAD REAL DURANTE EL AÑO 2016	Vida mora, Y.
72	COMUNICACIÓN: SERVICIO MULTICANAL DE INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN SOBRE DROGAS	Taboada Agulla, D.

ORGANIZA
SOCIDROGALCOHOL

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



COLABORADOR INSTITUCIONAL



COLABORADORES Y PATROCINADORES

PATROCINADOR PLATA



PATROCINADOR BRONCE



OTROS PATROCINADORES



SECRETARÍA
SOCIDROGALCOHOL
Tel. 932 103 854
socidrogalcohol@socidrogalcohol.org
www.socidrogalcohol.org
@Socidrogalcohol
https://www.facebook.com/Socidrogalcohol

SECRETARÍA JORNADAS
C&EVENTS SOLUCIONES
Tel. 960 914 545
jornadas@cevents.es
www.cevents.es
@Cevents_es

TODA LA INFORMACIÓN DISPONIBLE EN:
WWW.SOCIDROGALCOHOL.ORG

ÍNDICE
XLV JORNADAS NACIONALES
DE SOCIDROGALCOHOL

ÍNDICE

RESÚMENES TALLERES

La experiencia de la entrevista motivacional <i>Torres Morales, M.</i>	61
Problemas típicos de la familia alcohólica <i>Jarque, C.</i>	61
Trabajo grupal y Entrevista Motivacional, del Individuo al Grupo Multi-Motivacional <i>Balcells Oliveró, M.; Freixa Fontanals, N.</i>	61
Trabajo grupal y Entrevista Motivacional, del Individuo al Grupo Multi-Motivacional <i>Balcells Oliveró, M.</i>	62
Análisis de la Cohorte de Pacientes de Trastorno por Uso de Alcohol de la Red de Trastornos Adictivos. CohRTA <i>Zuluaga, P.</i>	62
Eficacia de los programas SBIRT sobre el consumo de sustancias en pacientes con trastorno bipolar en seguimiento ambulatorio. Protocolo del estudio <i>Bruguera, P.</i>	63
Citoquinas y quimioquinas inflamatorias como biomarcadores de adicción: estudios en humanos y en modelos animales <i>Pavón, F.J.</i>	63
Neuroinflamación y patología dual: papel de los productos bacterianos en los trastornos psiquiátricos asociados a adicción <i>Leza, J.C.</i>	63
Eficacia de los grupos familiares de pacientes en la recuperación de los allegados de pacientes con dependencia del alcohol <i>Rubio Valladolid, G.</i>	63
El problema de la dependencia del alcohol en el medio familiar, lo que alcohólicos anónimos puede aportar <i>Lopez Rivas, L.</i>	64
Problemas que los hijos de los alcohólicos tienen y cómo se enfrentan con ellos <i>Domínguez Gómez, B.</i>	65
Aprendiendo a ser Resilientes: Que el estrés no sea tu compañero <i>Montoya Crous, I.</i>	65
Aprendiendo a ser Resilientes: Que el estrés no sea tu compañero <i>Marroquí López, C.</i>	65
Aprendiendo a ser Resilientes: Que el estrés no sea tu compañero <i>Marroquí López -Clavero, C.; Montoya Crous, I.; Sánchez Fernández, M. M.</i>	65

RESÚMENES CONFERENCIAS

Avances en la Investigación para combatir la epidemia de Uso de Opiáceos <i>Montoya, I.D.</i>	69
Neuromodulación: Terapias cerebrales no invasivas coadyuvantes para el tratamiento de las drogadicciones <i>Espert Tortajada, R.; López Ruiz, P.</i>	69

RESÚMENES PONENCIAS

Efectos neuroinflamatorios producidos por el consumo de alcohol en forma de atracón durante la gestación y la lactancia <i>Valverde, O.</i>	73
Consumo de alcohol en atracón durante la adolescencia: perfil inflamatorio y diferencias de género <i>Pascual Mora, M.; Guerri, C.</i>	73
Influencia del estrés social en el consumo de alcohol y en el desarrollo de la neuroinflamación <i>Rodríguez-Arias, M.</i>	74
Opioides en el dolor crónico. ¿Por qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? <i>Alvarez Mazariegos, J.A.</i>	75
Relación terapéutica y abordaje del paciente con dependencia a los opioides de prescripción <i>Lligoña Garreta, A.</i>	76
Tratamiento con sustitutivos: más allá de la adicción a heroína <i>Henche Ruiz, A.I.</i>	77
El papel de las administraciones autonómicas en las medidas de control del consumo de tabaco <i>Suanes Hernández, J.</i>	77
Proyecto ÉVICT: Desliando el nudo cannabis-tabaco <i>Lozano Polo, A*</i> en representación del Grupo de Trabajo EVICT: <i>Álvarez Roldán, A.; Amatller Gutiérrez, O.; Caudevilla Gálligo F.; Esteban Herrera, A.; Gamella Mora, J.F.; Germán Mancebo, I.; Grifell Guàrdia, M.; Isorna Folgar, M.; Lozano Polo, A.; Moreno Arnedillo, J.J.; Olano Espinosa, E.; Palmerín García, A.; Pinet Ogué, M.C.; Saltó Cerezuela, E.; Sánchez Martínez, F.; Suelves i Joanxich J.M.; Urigüen Echeverría, L.; Zabala Galán, J.</i>	78
Red gallega de playas sin humo (RGPSH) <i>García Blanco, M. J.; Otero Requeijo, M.; Veiga Rodeiro, S.; Suanes Hernández, J.</i>	78
Exposición prenatal al alcohol y neuroinflamación <i>Guerri, C.; Pascual, M.; Montesinos, J.</i>	79
Tratamiento neuropsicológico del TEAF <i>Bastons-Compta, A; Astals, M; García-Algar, O.</i>	80
Tratamiento farmacológico del TEAF <i>García-Algar, O.</i>	80
Avances en investigación preclínica en cocaína <i>Higuera Matas, A.</i>	80
Ausencia de craving de cocaína durante la hospitalización para interrumpir el consumo de esa sustancia <i>Pérez de los Cobos, J.; Alcaraz, S.; Trujols, J.; Muñoz, L.; Siñol, N.; Fernández-Serrano, M.J.; Verdejo, A.; Durán-Sindreu, S.; Batlle, F.</i>	81
Presente y futuro en el tratamiento de los trastornos por uso de cocaína. Una perspectiva clínica <i>Barrio Giménez, P.; Ortega Llorens, L.; Balcells-Olivero, M.; Gual i Solè, A.</i>	82
Ortorexia, ¿una nueva adicción? <i>Parra Fernández, L.</i>	82

Deporte: Uso terapéutico versus Adicción <i>Celorrío Bustillo, M. L.</i>	83
Enfoque terapéutico, dentro del modelo adictivo, de los Trastornos Alimentarios <i>Beato Fernández, L.</i>	84
OHCITIES un instrumento de medida de la presencia de alcohol en el entorno urbano <i>Pastor Muñoz, A.; Espelt Hernández, A.; Villalbi Hereter, JR.; Moure Rodríguez, L.; Pearce, J.; Franco Tejero, M.; Sureda Llull, X.</i>	85
Entorno urbano de alcohol: un estudio sobre disponibilidad, promoción y visibilidad del consumo en barrios de Barcelona <i>Espelt, A.; Puigcorbó, S.; Sureda, X.; Bosque-Prous, M.; Teixidó-Compañó, E.; Franco, M.; Villalbi, J.R.</i>	86
El alcohol en el medio urbano: perspectiva de los ciudadanos de Madrid mediante Photovoice <i>Franco, M.</i>	86
Abordaje multidisciplinar en los trastornos por consumo de cannabis en la adolescencia <i>Goti Elejalde, J.</i>	87
Aplicación clínica de la Unidad de Porro Estándar para la identificación precoz del consumo de cannabis <i>Casajuana Kögel, C.; López Pelayo, H.; Miquel L.; Balcells Oliveró, M.M.; Oliveras, C.; Colom, J.; Gual Solé, A.</i>	87
Evaluación del consumo de cannabis en la consulta: limitaciones de las escalas estandarizadas para evaluar todas las dimensiones del problema <i>López Pelayo, H.; Casajuana Kögel, C.; Miquel De Montagut, L.; Oliveras Salvà, C.; Balcells Oliveró, M.M.; Gual Solé, A.</i>	88
Evolución del consumo de opioides de prescripción <i>Coloma-Carmona, A.; Carballo, J.L.; Rodríguez-Marín, J.; van-der Hofstadt, C.J. y Pérez-Carbonell, A.</i>	89
Evolución de los nuevos derivados anfetamínicos <i>Galicia, M.</i>	89
Evolución de los hipnosedantes: benzodiazepinas no farmacológicas <i>Bajo Bajo, A.; Santos Pérez, M.E.</i>	90
TDAH y patología dual: dos lados de una misma cara <i>Martínez Raga, J.</i>	91
Perspectiva de género en las adicciones: la comorbilidad psiquiátrica <i>Torrens, M.; García-Guixa, A.; Mestre-Pinto, J.I.; Tirado-Muñoz, J.; Farré, A.</i>	91
¿Existen las psicosis inducidas? <i>Arias Horcajadas, F.</i>	92
El Modelo Portugués: un abordaje de Salud Pública <i>Castel-Branco Goulão, J.</i>	92
Integración del alcohol en las políticas nacionales de drogas <i>Cardoso, M.</i>	92
Parkinson y Conducta Adictiva <i>Miñarro López, J.; Blanco-Gandía, M.C.</i>	93
Consumo de Alcohol y Alzheimer: consecuencias del consumo de alcohol en forma de atracones durante la adolescencia, sobre las alteraciones conductuales de la enfermedad de Alzheimer <i>Ledesma Lorente, J.C.</i>	94
Móviles y trastorno por uso de Alcohol <i>Rodríguez de Fonseca, F.</i>	94
Impacto y manejo de la comorbilidad en personas con adicción y trastorno de ansiedad <i>Sáiz Martínez, P.</i>	95
Impacto y manejo de la comorbilidad en personas con adicción y trastorno del humor <i>Torrens, M.; Farré, A.; Tirado Muñoz J.; Szerman, N.; Mestre-Pintó J.</i>	95

Impacto y manejo de la comorbilidad en personas con adicción y trastorno psicótico <i>Flórez Méndez, G.</i>	95
Incorporación de la perspectiva de género al PAIME <i>Sánchez Fernández, M.M.</i>	96
Perspectiva de género desde la experiencia del programa PAIME <i>Braquehais Conesa, D.</i>	96
El tratamiento de las adicciones desde la perspectiva de género en el PAIME <i>Terán Prieto, A.</i>	96
Top 10 de las Comunidades Autónomas <i>Fernández Miranda, J.J.</i>	97
Top 10 de las Comunidades Autónomas <i>Seijo, P.</i>	97
Implementación de programas de tratamiento grupal ambulatorio para pacientes TLP en la red pública asistencial de Valencia: el STEPPS <i>Calatayud Francés, M.; Ochando Korhonen, B; Garcia Perez, P; Gonzalez Abolafia, M. L.</i>	97
Resultados de la aplicación del Programa de Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness (MBRP) y Compasión modificado <i>Tomás Gradolí, V.</i>	98
Comunidad Valenciana <i>Palau Muñoz, C.</i>	100
Motivación a pie de cama <i>Cordeiro-Crespo Cabral-Campello, G.</i>	100
Rentabilizando recursos (Programa de Desintoxicación ambulatoria con seguimiento intensivo en U.C.A.) <i>Gallego Bellido, J.M.</i>	101
Salas de reducción del daño de alcohol <i>Caceres Santos, A.</i>	101
Beneficios de la implementación de Intervención Motivacional Breve en pacientes hospitalizados por traumatismos relacionados con el consumo de alcohol y/u otras drogas. <i>Navas, J. F.; Cordovilla-Guardia, S.; Fernández-Mondejar, E.; Guerrero, F.; Ortega-Ortega, M.; Portillo-Santamaría, M.; Vilar-López, R.</i>	102
Trastornos de personalidad y adicciones como factores de riesgo para la aparición de conductas delictivas <i>Flórez Méndez, G.</i>	102
Tratamiento psicológico de la depresión dual en fumadores: hacia un modelo integrado de tratamiento <i>González De La Roz, A.</i>	103
Encuesta nacional Socidrogalcohol sobre prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastornos adictivos y otros trastornos mentales <i>Fernández Miranda, J.J.</i>	103
Entrevista Motivacional en intervención grupal: un nuevo proyecto <i>Montoro Ruiz, M.; Rueda Sanchez, G.; Bravo Escobar, M.A.</i>	104
Factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con un trastorno por consumo de sustancias <i>de Andres Muñoz, S.</i>	104
El entrenamiento en salud, el autocuidado... conceptos que están de moda <i>Solano Villarrubia, C.</i>	105
Marcadores inmunológicos en adicción: ¿qué información nos aportan? <i>Caparrós Cayuela, E.</i>	106

Modelos experimentales en adicciones y biomarcadores cerebrales en dependencia <i>Manzanares Robles, J.</i>	106
Biomarcadores psicofisiológicos en la detección y tratamiento de trastornos adictivos <i>Rubio Valladolid, G.</i>	106
Abordaje del uso problemático de las TICs desde la prevención de adicciones y el ámbito familiar <i>González Galnares, I.</i>	107
Uso de Apps y salud mental en adolescentes <i>Méndez Gago, S.</i>	107
La perspectiva de género en la prevención de las TICs <i>Martínez Redondo, P.</i>	108
Patología dual en población latinoamericana en Cataluña <i>Collazos, F.</i>	108
Acceso a servicios sanitarios entre las personas que se inyectan drogas inmigrantes que acuden a los centros de reducción de daños de Cataluña <i>Folch, C.</i>	108
Barreras y facilitadores para el acceso de pacientes de otras culturas a la Red de Atención a las Drogodependencias en Cataluña <i>Palacio-Vieira, J.; Segura, L.; Colom, J.</i>	109
Prácticas de riesgo y presencia de consumo de drogas: Un análisis a través de los foros de prostitución on line <i>Nieves Martín, Y.</i>	109
Entornos de cobijo para mujeres que usan drogas sobreviviendo a violencias de género <i>Roig Forteza, A.</i>	110
Recurso de tratamiento para mujeres consumidoras de drogas y víctimas de violencia de género <i>Dovao, A.</i>	111
Proyecto de intervención psicosocial con adolescentes desescolarizados en situación de vulnerabilidad <i>Llorens García, M.L.</i>	112
El servicio responsable en hostelería <i>Muñoz Iranzo, I.</i>	112
Cómo trabajar el estigma en salud mental y drogas <i>Peiró Sala, M.A.</i>	113
Crack en Brasil. Epidemiología y Políticas Públicas <i>Bastos, Fl.</i>	115
Pasta Básica de Cocaína en Latinoamérica <i>Castaño Pérez, G.A.</i>	115
La ayahuasca y el tratamiento de drogodependencias en Brasil <i>Diament, M.</i>	116
Legalización de la marihuana. La experiencia uruguaya <i>Rossi Gonnet, G.</i>	116
Funcionalidad del consumo de sustancias en la Violencia Filio-Parental <i>Sancho Acero, J. L.</i>	117
Violencia filio-parental y patología dual en adolescentes y jóvenes: una propuesta de intervención integral <i>Royo Isach, J.</i>	118
Intervención con adolescentes abusadores y sus familias en violencia filio-parental <i>Buale Coca, A.</i>	119

Desde la Adicción a los problemas por consumo de sustancias: un vistazo a los últimos 25 años <i>Zarco Montejo, J.</i>	120
Abordaje actual del alcoholismo en Atención Primaria: retos y objetivos <i>Ruiz Franci, I.</i>	120
Atención Primaria: usos no problemáticos, reducción de riesgos y uso responsable de drogas <i>Caudevilla Gállido, F.</i>	120
Efectos de la legalización del cannabis en Urgencias hospitalarias <i>Galicia, M.</i>	121
Complicaciones físicas por consumo de cannabis, ¿ha cambiado algo? <i>López Bueno, J.A.</i>	121
Cannabinoides sintéticos de nueva generación y su implicación en la atención hospitalaria <i>Burillo Putze, G.</i>	122
Vías de inserción, estrategias y técnicas de abordaje terapéutico en medio abierto <i>Rodríguez Álvarez, D.</i>	123
Apoyo psicosocial a drogodependientes en centros penitenciarios <i>Montoya Gómez, P.</i>	123
Enfoque social de la adicción desde la Comunidad Terapéutica <i>Bautista Plasencia, G.</i>	124
Oleoiletanolamida: papel protector en el consumo abusivo de alcohol <i>Orio, L.</i>	125
Metabolitos del triptófano: serotonina y kinureninas como biomarcadores de adicción a drogas <i>Vida, R.</i>	125
Microbiota y trastorno por uso de alcohol: modelos experimentales e implicaciones terapéuticas <i>López-Bueno, J.A.</i>	125
Factores de Crecimiento como biomarcadores de adicción a drogas de abuso: resultados en pacientes ambulatorios <i>Araos Gómez P.; García Marchena N.; Maza Quiroga R.; Serrano Criado A.; Pavón Morón F.J.; Rodríguez de Fonseca F.</i>	125
El papel de la comunidad en los cambios de las políticas públicas para las adicciones <i>Rocha Almeida, J.A.</i>	126
La mediación social y comunitaria en los comportamientos aditivos y dependencias <i>Abrantes Rodrigues, E.</i>	127
La Unidad de Deshabitación y el Tratamiento en la Comunidad <i>Lopes Curto, J.N.</i>	127
Chemsex: realidad, mito y estigma <i>Caudevilla Gálligo, F.</i>	128
Viviendo el estigma de la adicción en sus dos versiones <i>Iturbide, O.</i>	129
Estigma en adicciones <i>Vázquez Fernández, U.</i>	129

RESÚMENES COMUNICACIONES ORALES

Trayectorias de impulsividad como predictores de consumo de alcohol, tabaco y cánnabis <i>Martínez Loredo, V.; De La Torre Luque, A.; Fernández Artamendi S.; Fernández Hermida, J. R.</i>	133
---	-----

Tratamiento del tabaquismo mediante un protocolo de Manejo de Contingencias: seguimiento a 12 meses <i>López-Núñez, C.; González-Roz, A.; García-Pérez, Á.; Weidberg, S.; Fernández-Artamendi, S.; Secades-Villa, R.</i>	134
Transferrina deficiente en carbohidratos y Hoja Verde: Buscando el screening bioquímico para detectar exposición de riesgo de alcohol en embarazadas <i>Azurmendi Funes, M. L.; Sánchez Sauco, M. F.; Tobarra Sánchez, E.; Cáceres Álvarez, A.; Noguera Velasco, J. A.; Martínez Villanueva, M.; García Torres, B.; Ortega García, J. A.</i>	135
Neuroinflamación: pasarela entre el estrés y la adicción <i>Ferrer Pérez, C.; Ballestín Hinojosa, R.; Reguilón Marina, D.</i>	136
Factores de riesgo de trastorno por consumo de analgésicos opioides: software para el cálculo de prevención 1ª y 2ª <i>López Arteaga, T.; Gallego Bellido, J. M.</i>	136
Estudio diagnóstico aleatorizado comparando el cribaje de consumo de alcohol con etanol y etilglucuronido en pacientes con trastorno por uso de alcohol <i>Barrio, P.; Teixidor, L.; Ortega, L.; Lligoña, A.; Rico, N.; Bedini, J. L.; Vieta, E.; Gual, A.</i>	138
Consumo de alcohol y de otras sustancias en estudiantes universitarios españoles. Resultados preliminares del estudio UNIVERSAL: Universidad y salud mental <i>Ballester Coma, L.; Alayo Bueno, I.; Vilagut Saiz, G.; Almenara Barrios, J.; Echeburúa Odriozola, E.; Mestre Pintó, J. I.; Piqueras Rodríguez, J. A.; Roca Bennasar, M.; Alonso Caballero, J.; Por el equipo de investigación UNIVERSAL Blasco Cubedo, M. J.; Castellví Obiols, P.; Cebriá Meca, A.; Gabilondo Cuéllar, A.; Iruin Sanz, A.; Lagares Franco, C.; Leiva, D.; Miranda Mendizábal, A.; Pérez Vázquez, M. T.; Sesé Abad, A.; Soto Sanz, V.; Vives Forteza, M.</i>	139
Consecuencias del Consumo Intensivo de Alcohol desde la perspectiva de los universitarios <i>Giménez Costa, J. A.; Cortés Tomás, M. T.; Sancerni Beitia, M. D.; Martín del Río, B.</i>	140
Aceptación del "061 Quit_Mental": intervención telefónica multicomponente para dejar de fumar tras la hospitalización en unidades de psiquiatría de agudos <i>Nieva Rifà, G.; Pinet Ogué, M. C.; Mondon Vehils, S.; Hernández Ribas, R.; Vicens Vilanova, J.; Bruguera Cortada, E.; Costa Juste, S.; Barrio Gimenez, P.; Subirà Alvarez, S.; Ballbè Gibernau, M.; Feliu Josa, A.; Raich Soriguera, A.; Torres Esparza, N.; Vilaplana Mayoral, J.; Alaustre Naval, L.; Blanch Pardo, R.; Suelves Joanich, J. M.; Fernández Muñoz, E.; Martínez Martínez, C.</i>	141

RÉSUMENES PÓSTERS Y CASOS CLÍNICOS

Variabilidad psicopatológica de las intoxicaciones agudas por uso de estimulantes y alcohol <i>Becerra Darriba, H.; Ojeda Martínez, A. I.; Sánchez Enamorado, M.; Jiménez Cortés, M. P.; Gurrea Escajedo, A.</i>	145
Uso, conocimiento y percepción de riesgo de las drogas en los jóvenes estudiantes mexicanos de 14 a 18 años de edad en los municipios de Tepic y Xalisco, del estado de Nayarit <i>Ramírez Piña M.R.; Giménez Costa J.A.</i>	146
Tratamiento con Clozapina: fumar tabaco como predictor de recaídas <i>Pastor Jordá, C.; Torio Palmero, I.; González Martínez, E.; Cabrera Lozano, A.; Palomo Ruiz, J. L.; Arias Horcajadas, F.</i>	147
Trastorno por uso de benzodiazepinas. Una adicción iatrogénica en la depresión unipolar crónica <i>Becerra Darriba, H.; Ojeda Martínez, A. I.; Sánchez Enamorado, M.; Lacal Alejandre, L.; Jiménez Cortés, M. P.; Gurrea Escajedo, A.</i>	148
Sd. de Marchiafava-Bignami: A propósito de un caso <i>de la Iglesia Larrad, J. I.; Casado Espada, N. M.; De Alarcón Gomez, R.; De la Mata Hidalgo, R.; Valriberas Alonso, I.; Sanchez Pernas, L.; Al Chaal Marcos, L.; Gonzalez Soria, C.; Gamonal Limcaoco R. S.; Lozano Lopez, M.T.; Matías Polo, J.</i>	149
Relación entre la calidad del sueño y el consumo de cannabis en población española <i>Coloma-Carmona, A.; Sancho-Domingo, C.; Martínez-Loredo, V.; Carballo, J.L.</i>	149
Relación entre el consumo de drogas, apuestas online y uso problemático de Internet en menores <i>Isorna Folgar, M.; Sanmartín Feijóo, S.; Braña Tobío, T.; Pichel Mira, R.; Montesa Lou, B.; Rial Boubeta, A.</i>	150

Relación entre deterioro cognitivo, dificultades de regulación emocional, gravedad de la adicción y su influencia sobre los resultados del tratamiento en el Trastorno por Uso de Alcohol <i>Serrano Zapata, C.; Sion, A.; Martínez Maldonado, A.; Rubio Valladolid, G.</i>	151
Papel de los genes inhibidores teloméricos KIR en la cirrosis alcohólica <i>Legaz, I.; Bolarin, J.M.; Morales, R.; Pascual-Pastor, F.; Luna, A.; Alvarez-López, M.R.</i>	152
Musicoterapia en adicciones a drogas. Aportaciones en un recurso de reducción de daños desde el "Modelo Casa Baubo. A&S. Musicoterapia Científica Aplicada" <i>Giner Torres, M.</i>	153
Motivación, autoconcepto físico y consumos en el deporte. Aproximación a la relación en la edad adulta <i>Castro Pérez, M. L.; Giménez Costa, J.A.</i>	154
La inhibición prepulso discrimina las consecuencias de un estrés temprano sobre los efectos reforzantes de la cocaína <i>Prieto Arenas, L.; Arenas, M. C.; Pereira de la Fuente, R.; Castro Zabala, A.; Valverde, O.; Miñarro, J.; Manzanedo, C.</i>	156
La impulsividad como moderadora de la relación entre el consumo intensivo de alcohol y la ingesta de dieta alta en grasas en adultos jóvenes <i>Escrivá Martínez, T.; Baños Rivera, R. M.; Rodríguez Arias, M.</i>	157
Interacción entre trauma infantil, fenotipo psicótico y cannabis <i>Gorria Urtasun, A.; Campos Burgui, M.; Fonseca Pedrero, E.; Domínguez Pérez, C.</i>	158
Integración del tratamiento del tabaquismo en una comunidad terapéutica para la deshabituación del alcoholismo: implicaciones clínicas y recomendaciones para su implementación <i>González Roz, A.; Weidberg, S.; García Pérez, A.; Martínez Loreda, V.; Grande Gosende, A.; Secades Villa, R.</i>	159
Influencia del gen SKA2 en la dependencia a la heroína <i>Legaz, I.; Morales Penalva, R.; Pascual-Pastor, F.; Luna, A.</i>	160
Incremento de la respuesta neuroinflamatoria provocada por la cocaína en ratones sometidos a estrés social <i>Ballestín Hinojosa, R.; Ferrer Pérez, C.; Miñarro López, J.; Rodríguez Arias, M.</i>	161
Homofobia interiorizada y su relación con el Chemsex <i>Torrecilla Ramírez, C. J.; Olmos Espinosa, R.; Fernandez Mart, in A.; Morell Mengual, V.; Martín Ripollés, J.; Ibarguchi Samper, L.</i>	161
Hiperactivación del giro frontal inferior durante la inhibición de respuesta en jóvenes con consumo intensivo de alcohol <i>Suárez-Suárez, S.; Doallo, S.; Pérez-García, J.M.; Rodríguez Holguín, S.; Corral, M.; Cadaveira, F.</i>	162
Fetal Alcohol Syndrome (FAS): neuronal plasticity and oxidative stress <i>Fernández Vidal, A.; Andreu Fernández, V.; Navarro Tapia, E.; Bastons, A.; Astals, M.; García Algar, O.</i>	163
Factores predictores del consumo de alcohol en adolescentes: datos de un estudio prospectivo de 1 año de seguimiento <i>González Blanco, L.; Bousoño, M.; Velasco, A.; De la Fuente Tomás, L.; García Álvarez, L.; Menéndez Miranda, I.; Rodríguez Revuelta, J.</i>	164
Factores asociados al consumo de tabaco en pacientes con depresión mayor <i>Velasco, A.; González Blanco, L.; Abad, I.; Fernández Peláez, A.; García Álvarez, L.; Villa, R.; De la Fuente Tomás, L.; Menéndez Miranda, I.; Rodríguez Revuelta, J.</i>	164
Evaluación de citoquinas plasmáticas en pacientes abstinentes con trastornos por uso de cocaína. Identificación del Factor de Crecimiento Transformante (TGF?) como potencial biomarcador de consumo y diagnóstico dual <i>Araos Gómez, P.; Maza Quiroga, M.; García Marchena, N.; Serrano Criado, A.; Ruiz Ruiz, J. J.; Soria, M.; Campos Cloute, R.; Torrens Melich, M.; Marco, E.M.; Pavón Morón, F. J.; Rodríguez de Fonseca, F.</i>	165
Estudio de prevalencia de Patología Dual en la población femenina del Centro Penitenciario Las Palmas II. Comorbilidad y perfil delictivo <i>Yllobre Rodríguez, C. A.; Saavedra Deniz, B.V.; Cabal Ordóñez, J. J.; Sánchez Bernal, A. M.</i>	166
Estrés social y caracterización de animales resilientes en respuesta a los efectos reforzantes de la cocaína <i>Ródenas, F.; Blanco Gandía, M. C.; Miñarro, J.; Rodríguez Arias, M.</i>	167

El incremento en el consumo de etanol en ratones macho se mantiene tras el cese de los atracones de una dieta alta en grasa <i>Blanco Gandía, M. C.; Reguilón, M. D.; Montagud Romero, S.; Miñarro, J.; Rodríguez Arias, M.</i>	168
El enriquecimiento ambiental bloquea el incremento en el consumo de alcohol inducido por el estrés social <i>Reguilón, M.D.; Rodríguez Arias, M.; Miñarro, J.</i>	169
Efecto de una dieta alta en grasa en la recaída de labúsqueda de cocaína <i>Molari, I.; Blanco Gandía, M. C.; Miñarro, J.; Rodríguez Arias, M.</i>	170
Patología dual en personas con trastorno por uso de sustancias que reciben tratamiento <i>Puertolas Gracia, B.; Espelt, A.; Bartolí, M.; Teixidó Compañó, E.; Bosque Prous, M.; Brugal, M. T.</i>	171
Disponibilidad, visibilidad y promoción del alcohol en Barcelona en el año 2017 <i>Puigcorbé, S.; Bosque Prous, M.; Sureda, X.; Pastor Muñoz, A.; Teixidó Compañó, E.; Villalbí, J. R.; Espelt, A.</i>	172
Disminución en las concentraciones plasmáticas de BDNF e IGF-1 en pacientes con trastornos por uso de alcohol en tratamiento ambulatorio <i>Serrano Criado A; García Marchena N; Silva Peña D; Martín Velasco Al; Villanúa Bernúes MA; Araos Gómez P; Pedraz Fernández M; Maza Quiroga R; Porras Perales O; Rubio Valladolid G; Castilla Ortega E; Suárez Pérez J; Rodríguez de Fonseca F; Pavón Morón FJ.</i>	173
Diferencias en el descuento por demora entre bebedores de bajo riesgo y policonsumidores: un estudio longitudinal a tres años <i>Martínez Loreda, V.; Grande Gosende, A.; González Roz, A.; Weidberg, S.; García Pérez, Á.; Fernández Hermida, J. R.</i>	174
Deshabitación de tabaco en pacientes con TUS en tratamiento en el CAS de drogodependencias. De la hospitalización al seguimiento ambulatorio <i>Carcolé Batet, B.; Vivas Rubio, N.</i>	175
Depresión y alcoholismo, ¿causa o consecuencia? <i>Casado Espada, N.; De Alarcón Gómez, R.; De La Iglesia Larrad, J.; Valriveras Herrero, I.; Gamonal Limcaoco, S.; Sánchez Pernas, L.; González Sánchez, C.; De La Mata Hidalgo, R.; López Lozano, M.; Aguilar, L.; Madruga, A.</i>	176
Chemsex: A propósito de un caso <i>Demetrio Santana, R.; Ruiz Rodríguez, A.; García Leon E.; y Brisson Camacho, C.</i>	177
Consumo responsable de alcohol, ¿perjudica a los pacientes con trastorno bipolar? <i>De la Fuente Tomás, L.; González Blanco, L.; Velasco, Á.; Sánchez Autet, M.; Safont, G.; Arranz, B.; Sierra, P.; Revuelta, J.; García Álvarez, L.</i>	177
Consecuencias del estrés por separación maternal sobre el refuerzo condicionado inducido con cocaína: papel de la inhibición prepulso <i>Arenas, M. C.; Pereira de la Fuente, R.; Prieto Arenas, L.; Castro Zabala, A.; Valverde, O.; Miñarro, J.; Manzanedo, C.</i>	178
Completar un Programa de Tratamiento con Metadona. Experiencia y resultados (2017) en el Centro Penitenciario de Lledoners <i>Martínez de Carvajal Hedrich, V.; Martínez Remesal, J.; Tolochnaya, I.; Sotomayor, C.; Carbonés, G.; Touzón López, C.; Fernández Nager, J.</i>	179
Aproximación a la situación de España en el contexto internacional de la producción científica en adicciones <i>Melero Fuentes, D.; Bueno Cañigral, F. J.; Aleixandre Benavent, R.; Valderrama Zurián, J. C.</i>	180
Aplicación del análisis de conglomerados a la identificación y caracterización de grupos diana para la prevención del consumo de cannabis en adolescentes <i>Isorna Folgar, M.; Picón Prado, E.; Barreiro Couto, C.; Rivas Pestoni, A.; Varela Mallou, J.; Rial Boubeta, A.</i>	181
Anomalías electrofisiológicas en componentes tempranos del procesamiento de caras en jóvenes consumidores intensivos de alcohol <i>Folgueira-Ares, R.; Cadaveira, F.; Pazo-Álvarez, P.; Blanco-Ramos, J.; Rodríguez Holguín, S.</i>	182
Análisis comparativo de la efectividad de tratamientos opioides a largo plazo <i>Coloma-Carmona, A.; Carballo, J.L.; Rodríguez-Marín, J.; van-der Hofstadt, C.J.; Pérez-Carbonell, A.; González-Roz, A.</i>	183

Análisis bibliométrico y de redes de las tesis españolas sobre drogodependencias en la base de datos TESEO (1978-2016) <i>Castelló Cogollos, L.; Bueno Cañigral, F. J.; Aleixandre Benavent, R.; Valderrama Zurián, J. C.</i>	184
AlargamiENto QT y muerte súbita en pacientes con Metadona <i>Lopez Muñoz, F. J.; Nolasco Bonmatí, A.</i>	184
¡Objetivo: adicciones! Perfil actual del paciente en rehabilitación psiquiátrica (URP), consumidor de drogas <i>Bermúdez Navas, E.; Terán Prieto, A.</i>	185
Relación entre el consumo de tabaco y alcohol y el ejercicio físico con el paso por la universidad <i>Parra Fernandez, M. L.; Sanchez de la Nieta Aragonés, P.; Vida Mora, Y.; Montoya Crous, I.; Sánchez Fernández, M.M.; Bravo Mena, E.</i>	186
Reducción del consumo de tabaco y demanda de cigarrillos en fumadores con sintomatología depresiva <i>Weidberg, S.; González de la Roz, A.; García Pérez, Á.; Secades Villa, R.</i>	187
Primeros pasos de un programa de detección precoz de EPOC en la Ciudad de Ceuta <i>Rkaina Liesfi, C.; Merinas López, C.M.; Guerrero Rodriguez, A.; Casanova Mesa, M.A.; Mancilla Rojo, M.A.; Rodriguez Alcalde, R.; Blanco Rodriguez, C.; Dominguez Perez, L.; Marchante Melero, F.; Marquez Zapater, M. E.; Jimenez Escobar, P.</i>	188
Prescripción de opioides de síntesis en una consulta de Atención Primaria <i>Sanchez de la Nieta Aragonés, P.; Vida Mora, Y.; Parra Fernandez, M.L.; Montoya Crous, I.; Sánchez Fernández, M.M.; Bravo Mena, E.</i>	189
PlasmaT. Optimizando la calidad de la espera con medios audiovisuales <i>Crespo Portero, A.; De Haro Garcia, I.; López Pelayo, I.; Soler Catalán, A.; Campoy Felipe, J. C.</i>	189
Musicoterapia en adicciones a drogas. Aportaciones en un recurso de reducción de daños desde el "Modelo Casa Baubo.A&S.Musicoterapia científica aplicada" <i>Giner Torres, M.</i>	190
Cómo funciona nalmefene en el mundo real y quién lo recibe? Un estudio observacional fase-IV en pacientes con dependencia al alcohol que inician nalmefene por primera vez. <i>Barrio, P.; Ortega, L.; Guardia, J.; Roncero, C.; Yuguero, L.; Gual, A.</i>	191
Adolescentes, TDAH y consumo de drogas. Nuevas evidencias y recomendaciones <i>Isorna Folgar, M.; Liñares Mariñas, D.; Calvo Barros, R.; Gómez Salgado, P.; Alonso López, J.; Golpe Ferreiro, S.</i>	192
Trastorno Esquizofreniforme con consumo de alcohol y cannabis. A propósito de un caso <i>De Alarcón Gómez, R.; Aguilar Sánchez, M. L.; Casado Espada, N.; De la Iglesia Larrad, J.; Sánchez Pernas, L.; Al Chaal Marcos, L.; González Soria, C.; Valriberas Herrero, I.; De la Mata Hidalgo, R.; Lozano López, M. T.; Gamonal Limcaoco, R. S.</i>	193
Psicosis tóxica por metanfetaminas en contexto de chemsex: a propósito de dos casos <i>Sagué Vilavella, M.; Oliveras Salvà, C.; Pons Cabrera, M. T.; Madero Gómez, S.; Freixa Fontanals, N.</i>	194
Encefalopatía de Wernicke, a propósito de un caso <i>Casado Espada, N.; De La Iglesia Larrad, J.; De Alarcón Gómez, R.; De La Mata Hidalgo, R.; Lozano López, M.; Ad Chaal Marcos, L.; Pérez Laureano, A.; Aguilar, L.; Valriberas Herrero, I.; Gamonal Limcaoco, S.; Madruga, A.</i>	194
Trastorno psicótico primario versus inducido por sustancias. A propósito de un caso <i>Caldentey Duran, C.; Moreno Mas, A.; Santos López, J. M.; Guillén Font, A.; Álvarez Alonso, M. J.; Escoté Llobet, S.</i>	195
Psicosis en consumo crónico de cannabis sintético: a propósito de un caso <i>Pons Cabrera, M.T.; Oliveras Salvà, C.; Pérez de Vargas, S.; Sagué Vilavella, M.; Madero Gómez, S.; Freixa Fontanals, N.</i>	196
Paliperidona mensual en pacientes con Esquizofrenia y Trastorno por consumo de alcohol <i>López Arteaga, T.</i>	196
Encefalopatía minor alcohólica: a propósito de un caso <i>Gorria Urtasun, A.; García Martínez, R.; Gómez Equilaz, C.</i>	197

El abuso sexual infantil y su relación con el desarrollo de una adicción: a propósito de un caso <i>Franco Jaén, S.; Díaz López, A. M.; Del Río Olvera, F. J.</i>	198
Desintoxicación de metilfenidato en adulto con psicosis por psicoestimulantes <i>López Arteaga, T.</i>	198
Descompensación psicopatológica en el tratamiento con analgésicos opioides: a propósito de un caso <i>Rodríguez Gómez-Carreño, C.; Segura Escobar, E.; Ramírez García, A. J.; Nuevo Fernández, L.; Muñoz Martínez, V. E.; Mata Saénz, B.; Asensio Aguerri, L.</i>	199
Cuando la solución del dolor se convierte en adicción. A propósito de un caso <i>Caldero Alonso, A.; Tarancón Blázquez, A.; Moreno Santolaria, S.; Gelado Matellán, C.; Franco Martín, M. Á.</i>	199
Aspectos sociales, psicológicos y evolutivos de la patología identitaria: etiología y tratamiento de una adolescente diagnosticada de dependencia en nuestra sociedad actual <i>Sanz Díaz, S.; Tena García, P.; Ferrer Esteve, V.; Mora Claramunt, E.</i>	200
Apuestas deportivas a través del teléfono: a propósito de un caso <i>Franco Jaén, S.; Díaz López, A. M.; Del Río Olvera, F. J.</i>	200
Alteraciones conductuales en Trastorno Esquizoafectivo por anfetaminas. A propósito de un caso <i>De Alarcón Gómez, R.; De la Iglesia Larrad, J.; Casado Espada, N.; González Soria, C.; Al Chaal Marcos, L.; Sánchez Pernas, L.; De la Mata Hidalgo, R.; Valriberas Herrero, I.; Gamonal Limcaoco, R. S.; Lozano López, M. T.; Garzón de Paz, M. Á.</i>	201
Alteraciones cognitivas inducidas por alcohol: a propósito de un caso <i>Gorria Urtasun, A.; García Martínez, R.; Pibernat Serrano, V.</i>	202
Alcohol como factor etiológico de fallo hepático agudo <i>Ortega Sabater, A.; Pascual-Pastor, F.; Legaz, I.</i>	202
Tratamiento combinado de Mindfulness y Terapia Interferencial: alternativa en un caso de dependencia iatrogénica a opioides <i>López Lazcano A. I.; Lligoña Garreta A.; Ferrer Torres A.; Faulí Prats A.</i>	203
Estudio descriptivo de los usuarios/as atendidos en el Servicio de Orientación Jurídico Social de Ciudad Real durante el año 2016 <i>Vida Mora, Y.; Bravo Mena, E.; Sánchez Fernández, M.M.; Parra Fernández, M. L.; Sánchez de la Nieta Aragonés, P.; Montoya Craus, I.</i>	204
Servicio multicanal de información y prevención sobre drogas <i>Taboada Agulla, D.</i>	205

| RESÚMENES
TALLERES

La experiencia de la entrevista motivacional

TORRES MORALES, M.

Resumen no disponible.

Problemas típicos de la familia alcohólica

JARQUE, C.

Mi vínculo con Al-Ananón data de muchos años, desde que empecé a trabajar en mi ciudad natal, la ciudad de México porque soy una convencida de que todas las áreas del estudio de la psique humana pueden ser incluidas y tener un lazo entre sí. Por ello, desde un principio, en todas las ciudades donde ha vivido y trabajado (actualmente en Toledo) me he unido a profesionales interesados en la investigación, análisis y observación del alcoholismo y de las toxicomanías. El alcoholismo es una enfermedad familiar a la que llamamos *la familia alcohólica*. Podemos ver que en esta familia alcohólica, cada miembro que la integra, sufre, no sólo el alcohólico. También podemos observar que el sufrimiento siempre es muy intenso, pero puede variar en cada integrante de la familia. Por ello se hace necesario hablar de los problemas típicos que encontramos. A lo largo de esta ponencia nos centraremos en los problemas que están presentes en casi todos los casos, profundizando en temas como: la culpabilidad, la vergüenza, el rencor, la inseguridad, la ambivalencia, la falta de aceptación y la negación. Hablaremos también de las repeticiones que suelen existir entre los integrantes de la familia, casi siempre de padres a hijos, de una generación a otra. Los sujetos no se dan cuenta de estas repeticiones porque generalmente se originan por las transmisiones inconscientes que pasan de manera inadvertida, dejando huellas profundas que tienen influencia en los sujetos y que marcan sus relaciones: tanto amorosas, como laborales, familiares y amicales. En general la problemática que surge en los familiares del alcohólico tiene que ver con la manera de posicionarse ellos mismos ante el alcohol y las consecuencias que eso conlleva. Mencionaré diferentes casos para poder ver las diferencias del sufrimiento entre los cónyuges y los hijos. Una parte que me parece muy importante mencionar, es la que tiene que ver con la sorpresa ante el comportamiento del familiar cuando está ebrio. Esa sorpresa ante un comportamiento extraño y desconocido conduce al miedo, al sufrimiento y a la angustia. Esto ocurre sobre todo cuando los familiares del alcohólico presencian los cambios rotundos de personalidad que tiene su familiar cuando está bajo los efectos del alcohol, y que podremos analizarlo y ejemplificarlo con la conocida historia del Dr. Jekyll y Mr. Hyde. Esa angustia que experimenta la familia alcohólica es desmesurada y tiene consecuencias importantes que debemos analizar y tener en cuenta para poder encontrar soluciones que la mitiguen. Hablaremos también de la ira, la agresividad y la pulsión de muerte que conduce al sujeto a la destrucción de todo aquello que más ama, terminando en la autodestrucción. Comentaremos sobre los padres sobreprotectores y de lo que llamaré *el bucle* que se establece como un *eterno retorno* alrededor de los efectos del alcohol y sus consecuencias, para poder dilucidar las posibilidades que existen hoy en día, para salir de ese bucle.

Trabajo grupal y Entrevista Motivacional, del Individuo al Grupo Multi-Motivacional

BALCELLS OLIVERÓ, M.; FREIXA FONTANALS, N.

En este taller vamos a trabajar conjuntamente y en grupo, las estrategias y el espíritu motivacional, más allá de la entrevista motivacional individual.

Cuando el espíritu motivacional forma parte de la manera con la que nos relacionamos con los pacientes, podemos ponerlo al servicio de un grupo terapéutico. Esto, sin duda alguna, nos ayuda a mejorar la comunicación y facilita la dinámica grupal.

Con este taller queremos compartir nuestra experiencia en grupos y animaros a poner en común la manera de aplicar la entrevista motivacional en los grupos en diferentes dispositivos asistenciales; sala de agudos, Hospital de Día, grupos ambulatorios.

A partir de la entrevista motivacional individual vamos a ir trabajando de forma colaborativa también con la familia en equipo reflexivo para lograr el objetivo final que es reinserir al paciente a la sociedad a través del grupo multifamiliar.

Trabajo grupal y Entrevista Motivacional, del Individuo al Grupo Multi-Motivacional

BALCELLS OLIVERÓ, M.

Resumen no disponible.

Análisis de la Cohorte de Pacientes de Trastorno por Uso de Alcohol de la Red de Trastornos Adictivos. CohRTA

ZULUAGA, P.

La Red de Trastornos Adictivos-RTA- es una de las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RE-TICS) del Instituto de Salud Carlos III. La RTA está compuesta por 18 grupos de investigación en hospitales y universidades. Desde su inicio en 2003, el objetivo científico de RTA es investigar en el trastorno por uso de sustancias y sus complicaciones si bien desde 2017 se centran únicamente en las dos con mayor impacto en la sociedad: alcohol y cocaína.

El proyecto CohRTA, dentro del Programa Alcohol de RTA, se basa en establecer una cohorte abierta, prospectiva y multicéntrica de pacientes que solicitan tratamiento del trastorno por uso de alcohol (TUA) por primera vez. El estudio cuenta con financiación adicional del Ministerio de Sanidad a través de las ayudas a la investigación del Plan Nacional Sobre Drogas. La financiación adicional ha permitido ampliar el número de grupos clínicos que participan en CohRTA. El objetivo fundamental es dar respuesta a aspectos clínico-epidemiológicos del TUA y su impacto en la población. Entre las líneas de investigación clínica para el periodo 2017-2021 destaca:

1. Caracterizar la comorbilidad médica y factores de riesgo de enfermedad hepática, cardiovascular, neurológica y cáncer.
2. Analizar diferencias de género en la gravedad del TUA, síndrome de abstinencia, marcadores biológicos, prevalencia de trastornos psiquiátricos y policonsumo de sustancias.

CohRTA se coordina desde el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona) y a Febrero de 2018 cuenta con la participación activa de 10 centros del sistema nacional de salud, la mayoría hospitales universitarios, y un centro adicional que, como biobanco, colecciona muestras para estudios genéticos.

A Febrero de 2018, el biobanco de la RTA, situado en el Hospital Universitario de Sant Joan, Alicante, tiene muestras de ADN de 350 pacientes que participan en el estudio CohRTA.

Además, 5 nuevos centros asistenciales han solicitado participar en CohRTA y se hallan pendientes de la aprobación de sus respectivos CEIC. Se espera que a finales de 2018, un total de 15 centros del sistema nacional de salud, pertenecientes a 8 Comunidades Autónomas, reporten casos al estudio.

El cuestionario basal de los pacientes admitidos a estudio recoge variables socio-demográficas, antecedentes familiares, características del consumo de alcohol y de sustancias, analítica general, comorbilidad médica y psiquiátrica. A principios de 2018 hay 630 pacientes registrados en CohRTA, dos terceras partes de los cuales aportan muestra biológica al biobanco. Un 74% de los casos son hombres, con una media de edad de 49 años.

La edad de inicio de consumo de alcohol es 16 años y el 60% tienen antecedente familiar de TUA. Los pacientes en estudio beben, en promedio, $15 \pm 10,2$ UBE/día, la gran mayoría (97%) son fumadores de tabaco y casi una tercera parte (29%) consumen cocaína.

El estudio CohRTA está en condiciones de abordar los principales objetivos planteados en el proyecto RTA-Programa Alcohol para el periodo 2017-2021.

Eficacia de los programas SBIRT sobre el consumo de sustancias en pacientes con trastorno bipolar en seguimiento ambulatorio. Protocolo del estudio

BRUGUERA, P.

El trastorno bipolar suele ir acompañado de otras comorbilidades psiquiátricas, y los trastornos relacionados con sustancias son particularmente comunes. Esta comorbilidad es una enfermedad grave que implica un curso diferente de la enfermedad y empeora el pronóstico. A pesar de la relevancia de este tema, hay una falta de intervenciones preventivas y terapéuticas de eficacia probada. La intervención breve y los programas SBIRT (screening, brief intervention and referral to treatment) han demostrado ser efectivas reduciendo el consumo, la morbimortalidad y el impacto psicosocial asociado con el consumo de alcohol y sustancias. En consecuencia, muchas pautas y organizaciones recomiendan implementar programas de intervención breves en diferentes entornos. No hay evidencia sobre el efecto de las intervenciones breves en población psiquiátrica. Nuestro objetivo es evaluar el efecto de un programa de intervención breve sobre el consumo de sustancias en pacientes afectados por un trastorno bipolar en seguimiento psiquiátrico ambulatorio.

Citoquinas y quimioquinas inflamatorias como biomarcadores de adicción: estudios en humanos y en modelos animales

PAVÓN, F.J.

Resumen no disponible.

Neuroinflamación y patología dual: papel de los productos bacterianos en los trastornos psiquiátricos asociados a adicción

LEZA, J.C.

Resumen no disponible.

Eficacia de los grupos familiares de pacientes en la recuperación de los allegados de pacientes con dependencia del alcohol

RUBIO VALLADOLID, G.

El tratamiento de los pacientes con dependencia del alcohol necesita de abordaje multidisciplinarios no solo para el paciente, sino también para los familiares y allegados. La dinámica familiar en torno al alcohol provoca disfunciones en todos los miembros que conviven con la persona que tiene una adicción al alcohol. Sin embargo muchos

profesionales se centran en abordar casi exclusivamente al sujeto que acude a tratamiento olvidando al resto de familiares. Los efectos del tratamiento familiar sobre el propio paciente con adicción y sobre el resto de familiares ha sido estudiado desde diferentes paradigmas: cognitivo conductual, sistémico, en formato grupal o de pareja. Pero además hay abundante literatura sobre la eficacia de los grupos para familiares de Al-Anon. En esta presentación se resumirán las evidencias sobre la eficacia de este tipo de intervenciones así como las claves del por qué son eficaces. También se describen los resultados del Programa Ayúdate-Ayúdanos para familiares desarrollado en epor la Federación de alcohólicos de la Comunidad de Madrid y el Hospital 12 de Octubre.

El problema de la dependencia del alcohol en el medio familiar, lo que alcohólicos anónimos puede aportar

LOPEZ RIVAS, L.

Objetivos

- 1º Proporcionar información general sobre AA.
- 2ª Analizar el papel del alcohol en el medio familiar y lo que AA puede aportar.

Información sobre AA

AA existe, como organización de autoayuda dedicada a la recuperación de personas que sufren el alcoholismo, desde 1935 en EEUU y desde 1955 en España. A lo largo de estos años ha ayudado a millones de alcohólicos en todo el mundo, ofreciendo por primera vez un recurso eficaz para dejar de beber. Además AA ha contribuido de forma decisiva a un avance en el conocimiento de esta dependencia, avance que abrió luego las puertas al conocimiento y al tratamiento de otras dependencias. Ha sido también determinante en el reconocimiento del alcoholismo como enfermedad y ha servido de modelo a otras asociaciones de autoayuda.

Para este taller utilizamos la información interna de AA y las encuestas realizadas por entidades externas en España y se revisa la bibliografía disponible en relación con AA.

Existen múltiples estudios que el método de los 12 pasos de AA es útil para conseguir la sobriedad a largo plazo. Existen estudios que demuestran su superioridad frente a otras terapias, como las cognitivo-conductuales. Las personas con dependencia leve o personas con capacidad limitada de comunicación social, se benefician en menor medida. Existe también evidencia de la utilidad de AA y Al Anón (amigos y familiares de alcohólicos), en la comprensión del problema y en la relación de los familiares con el alcohólico.

Queremos hacer un énfasis especial en la situación de crisis económica y a la especial utilidad de AA en este contexto, dada su independencia y capacidad de autofinanciación.

El alcohol en el medio familiar y lo que AA puede aportar:

Existe mucha bibliografía sobre predisposición hereditaria, el papel de la familia como factor predisponente y de vulnerabilidad, y también sobre las consecuencias del alcoholismo en el medio familiar.

AA dispone de encuestas desde 1994, realizadas con el apoyo técnico del Instituto Deusto de Drogodependencias, la última del año 2017, sobre una muestra de 2.309 alcohólicos que acuden a los grupos de AA. De forma resumida, y en relación con el alcohol y el medio familiar:

1. El área más perjudicada por el alcohol es la relación familiar (61,5%), muy por delante de otros problemas como enfermedad, problemas laborales, sociales, judiciales etc.
2. También la presión familiar es la causa determinante más frecuente de llegar a AA (38,8%), muy por delante de la enfermedad (19%), u otros.

3. Por ello cuando los encuestados responden a lo que ha aportado AA a la estabilidad familiar, la respuesta es clara: un 71,9% mucho, un 21,9% bastante y solo un 2,2% responden que poco o nada.

Conclusiones

1. El alcoholismo es un problema de salud importante con especial impacto en el medio familiar, como lo demuestran, entre otros, los datos de AA.
2. AA es una asociación de autoayuda eficaz, cuyo método de los 12 pasos está avalado por la evidencia científica.
3. Los datos disponibles por AA en España y en otros países, indican que, cuando el alcohólico cumple el programa, y consigue la abstinencia a largo plazo, obtiene un enorme beneficio, con un impacto positivo en la salud, en los aspectos sociales y laborales, y especialmente en todo lo relacionado con la familia. Al Anón, organización hermana de AA, desempeña un papel muy importante en este aspecto.

Problemas que los hijos de los alcohólicos tienen y cómo se enfrentan con ellos

DOMINGUEZ GÓMEZ, B.

Resumen no disponible.

Aprendiendo a ser Resilientes: Que el estrés no sea tu compañero

MONTOYA CROUS, I.

Resumen no disponible.

Aprendiendo a ser Resilientes: Que el estrés no sea tu compañero

MARROQUÍ LÓPEZ, C.

Resumen no disponible.

Aprendiendo a ser Resilientes: Que el estrés no sea tu compañero

MARROQUÍ LÓPEZ -CLAVERO, C.; MONTOYA CROUS, I.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M. M.

Los profesionales de conductas adictivas y/ o salud mental durante el desarrollo de su actividad laboral deben soportar situaciones de estrés prolongado que pueden dar lugar a consecuencias negativas importantes, tanto a nivel físico como psicológico. Aprender a aplicar en su actividad diaria herramientas para el control de estrés, técnicas

de relajación, de inteligencia emocional, de asertividad, de comunicación y de modificación del pensamiento, les ayudará en su trabajo cotidiano.

La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Las personas resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés y mejor capacidad para afrontar estas, es decir, tienden a no generar estrés porque previenen adecuadamente la incertidumbre, así como sus consecuencias patológicas. Podríamos decir que efectivamente, ser resiliente sería la llave para poder afrontar todas esas situaciones vitales de la mejor manera posible, reduciendo sus consecuencias patológicas y con el mínimo de afectación para la integridad. La resiliencia no es algo que una persona tenga o no tenga, sino que implica una serie de conductas y formas de pensar que cualquier persona puede aprender y desarrollar.

Aprender a detectar, ser conscientes de cuando estamos en situaciones de estrés, saber donde se refleja el estrés en nuestro cuerpo y nuestra mente, conocer las técnicas que son más apropiadas para cada uno de nosotros y tener un arsenal de recursos para abordar estas situaciones, son algunos de los objetivos que pretendemos conseguir con este taller. Que el estrés no sea tu compañero, aprende a gestionarlo.

| RESÚMENES
| CONFERENCIAS

Avances en la Investigación para combatir la epidemia de Uso de Opiáceos

MONTOYA, I.D.

El uso indebido y las sobredosis de opioides han alcanzado proporciones epidémicas en los últimos años en los Estados Unidos. La respuesta para combatir esta crisis ha requerido la participación de múltiples estamentos de la sociedad. Uno de los aportes es el avance de la investigación científica de nuevos tratamientos que sean seguros y efectivos para los trastornos por uso de opioides (TUO) y las sobredosis. Los Institutos Nacionales de Salud (NIH) han lanzado una iniciativa para combatir esta epidemia fortaleciendo la investigación en tres áreas científicas: 1) nuevos e innovadores tratamientos para la adicción a los opiáceos, 2) mejores tratamientos para la sobredosis por opioides y reducir la mortalidad, y 3) nuevos medicamentos que sean seguros, efectivos y no adictivos para controlar el dolor crónico. Cada una de estas áreas requiere una variedad de estrategias de investigación a corto, medio y largo plazo. Actualmente existen tratamientos para la adicción a opioides como la metadona, la buprenorfina (sublingual, subcutánea, e implantable), y las formulaciones inyectables de naltrexona de liberación prolongada. Conjuntamente, se dispone de la naloxona inyectable e intranasal para el tratamiento de la sobredosis por opioides. Sin embargo, estos medicamentos no son eficaces en todos los pacientes. En este sentido, el desarrollo de tratamientos esta enfatizado los siguientes aspectos: 1) prevención del comienzo y empeoramiento del TUO, 2) mejorar la adherencia a los tratamientos disponibles, 3) facilitar la interrupción (detoxificación) del agonista opioide, incluyendo el síndrome de abstinencia en neonatos, 4) reducir la letalidad de la sobredosis por opioides, y 5) reducir las recaídas de sobredosis. El propósito de la presentación es ofrecer una actualización de los avances en la investigación de tratamientos para combatir la crisis del uso de opioides en cada una de estas áreas.

Neuromodulación: Terapias cerebrales no invasivas coadyuvantes para el tratamiento de las drogadicciones

ESPERT TORTAJADA, R.; LÓPEZ RUIZ, P.

La evidencia de la neuroimagen funcional (PET-SPECT- RMf) señala que la corteza prefrontal dorsolateral (DL-PFC) (que juega un papel importante en los mecanismos de control inhibitorio y de refuerzo) es claramente disfuncional (hipoperfusión o hipometabolismo) en el cerebro de los pacientes con adicción a las drogas (Goldstein y Volkow, 2012). Desde esta premisa, la neuromodulación no invasiva por estimulación cerebral de corriente continua (tDCS, en inglés) podría ayudar como coadyuvante a las terapias clásicas para acelerar los procesos de recuperación y prevención de recaídas en pacientes drogodependientes (alcohol, cannabis, tabaco, cocaína y metanfetaminas). La tDCS es una técnica sencilla, barata y segura (los pacientes solamente notan leves parestesias en cuero cabelludo) que aplica una pequeña corriente eléctrica (2 mA, en sesiones diarias de 15-30 minutos durante 3 semanas) sobre un área específica del cerebro a través de grandes electrodos en forma de esponja (ánodo, polo positivo; cátodo, polo negativo) colocados sobre el cráneo. El efecto primario del tDCS sobre las neuronas se basa en que la pequeña corriente eléctrica afecta a los potenciales de membrana neuronal hacia la despolarización o hiperpolarización (dependiendo de la dirección del flujo de corriente), afectando a la plasticidad cerebral dependiente del glutamato y reduciendo la neurotransmisión GABAérgica cuando se repite en sesiones diarias de varios minutos (15-30 min.). A más largo plazo hay indicios de que puede interferir en la conectividad funcional entre regiones cerebrales a través de posibles cambios estructurales en la membrana y en células de la glía. Originalmente se desarrolló para como terapia para acelerar la recuperación de pacientes con daños cerebrales adquiridos (v.g. ictus), pero últimamente está viviendo un auge inusitado para el tratamiento de muchas patologías (enfermedad de Parkinson, Alzheimer, dolor, esclerosis múltiple, epilepsia, depresión, esquizofrenia, tinnitus, como potenciador cognitivo y para el tratamiento de adicciones). Recientemente, la Comisión Europea financió a un grupo de la Federación Internacional de Neurofisiología Clínica para recopilar el conocimiento acumulado sobre los estudios de vanguardia (*state of the art*) en el campo de la neuromodulación (tDCS) para el tratamiento de las adicciones a sustancias. Este grupo analizó los trabajos publicados hasta septiembre de 2016 con criterios científicos basados en la evidencia que estaban experimentalmente bien diseñados (aleatorizados, controlados con placebo y con un n>25 para estudios de clase I y n<25

para clase II). La evidencia actual alcanza un nivel B (probablemente eficaz) en la terapia de neuromodulación a las adicciones a drogas mediante TDCS prefrontal dorsolateral (cátodo en frontal izquierdo y ánodo en DLPFC derecha) (Lafaucheur et al., 2017). Esta guía basada en la evidencia señala que deben realizarse nuevas investigaciones, con criterios metodológicos muy estrictos y con muestras mayores, antes de lanzarse a una aplicabilidad clínica en el campo del tratamiento de las drogodependencias.

Referencias

Goldstein, R.Z., Volkow, N.D. (2012). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience* 12 (11): 652-669

Lafaucheur et al. (2017). Evidence-based guidelines on the therapeutic use of transcranial direct current stimulation (tDCS). *Clinical Neurophysiology* 128: 56-92

| RESÚMENES
| PONENCIAS

Efectos neuroinflamatorios producidos por el consumo de alcohol en forma de atracón durante la gestación y la lactancia

VALVERDE, O.

El sistema nervioso central tiene una particular vulnerabilidad a los efectos tóxicos del alcohol. La exposición al alcohol “in utero” puede originar una amplia variedad de anomalías persistentes físicas, cognitivas y comportamentales, conocidas como síndrome alcohólico fetal (SAF). Aunque dicho síndrome puede ser prevenido, el SAF sigue representando una de las principales causas de alteraciones del neurodesarrollo, afectando al 2-5% de la población en Europa Occidental. Algunos estudios revelan que el consumo en atracón de alcohol durante la gestación se asocia con riesgos severos de neurodegeneración y alteraciones cognitivas. Sin embargo, existen discrepancias en la literatura sobre las consecuencias neurobiológicas del consumo de alcohol en forma de atracón durante periodos críticos del neurodesarrollo.

Los mecanismos moleculares de la neuroteratogénesis inducida por alcohol son complejos y diversos estudios demuestran que el alcohol interrumpe la correcta formación del sistema nervioso al interferir con distintos fenómenos celulares, bioquímicos y moleculares necesarios para el proceso del neurodesarrollo.

Nuestro estudio ha tenido como objetivo evaluar los efectos del alcohol sobre el sistema neuroinmune en la descendencia de ratones hembra expuestas al consumo de alcohol en forma de atracón durante la gestación y durante la gestación y la lactancia. Para ello, hembras gestantes de la cepa C57BL/6 fueron expuestas a un modelo de consumo de alcohol en forma de atracón durante la gestación o durante la gestación y la lactancia. Posteriormente, los ratones macho de la descendencia fueron evaluados al llegar a la edad adulta para conocer posibles alteraciones cognitivas y de la coordinación motora. La exposición temprana al alcohol durante la gestación produjo alteraciones de la coordinación motora observados en el test del rotarod. El consumo de alcohol de las madres produjo además alteraciones en los procesos de memoria que fueron evidentes cuando se utilizó el modelo del laberinto en Y, mientras que nos se observaron cambios significativos en el modelo del test de reconocimiento de objetos. Las alteraciones comportamentales se asociaron con un aumento de la señalización pro-inflamatoria (Toll-like receptor 4, Nuclear factor-kappa B p65, NOD-like receptor protein 3, caspasa 1 e interleukin-1beta9, además de gliosis, muerte celular y una reducción de la expresión de varias proteínas de mielina (myelin-associated glicoprotein, myelin basic protein, myelin proteolipid protein y el factor regulatorio de la mielina), en áreas cerebrales como el córtex prefrontal y el hipocampo de ratones adultos expuestos al alcohol. En conclusión, nuestros resultados demuestran que el consumo maternal de alcohol en forma de atracón produce un efecto neuroinflamatorio además de un daño en la mielina de los cerebros de la descendencia y que tales efectos pueden ser la causa de las alteraciones cognitivas y comportamentales que se observan en el síndrome alcohólico fetal.

Financiación

Estudio financiado por la UE (No 634143), el Ministerio de Economía (SAF2016-75966-R), y el Ministerio de Sanidad, Plan Nacional sobre Drogas (#2014/020).

Consumo de alcohol en atracón durante la adolescencia: perfil inflamatorio y diferencias de género

PASCUAL MORA, M.; GUERRI, C.

Una de las sustancias, con efectos adictivos, más utilizada por los adolescentes es el alcohol. El patrón de consumo utilizado por esta población es el de altas cantidades de alcohol durante periodos cortos de tiempo denominado *binge drinking* o *atracción*. Este tipo de consumo que conlleva a niveles elevados de alcohol en sangre y en cerebro tiene dos importante consecuencias: 1) daño neural en determinadas áreas cerebrales, como la corteza prefrontal e hipocampo y alteraciones cognitivas; 2) predispone al consumo, abuso y adicción al alcohol en la fase adulta.

Datos recientes indican que el alcohol es capaz de activar la respuesta inmune y los receptores TLRs (*toll-like receptors*), induciendo liberación de citocinas/quimiocinas, que causan inflamación en ciertos órganos y en cerebro. Trabajos recientes sugieren que chicas adolescentes son más vulnerables que los chicos al daño producido por el alcohol, por lo que el objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar las posibles diferencias de género en los niveles plasmáticos de citocinas y quimiocinas entre chicos y chicas adolescentes, tras una intoxicación aguda de alcohol. Además, para estudiar la posible correlación entre los niveles plasmáticos de citocinas/quimiocinas y los de cerebro, y analizar el papel de los TLRs en la respuesta inflamatoria del alcohol y evaluar diferencias de género, hemos utilizado ratones (machos y hembras) adolescentes normales (WT) y con deficiencia en los receptores TLR4 a los que se les había eliminado la expresión del receptor TLR4 (TLR4-KO). A estos animales adolescentes se les administró una dosis elevada de alcohol (3g/kg), de forma intermitente durante 2 semanas. Al terminar el tratamiento se analizó en suero y corteza prefrontal, los niveles de citocinas y quimiocinas.

Los resultados en jóvenes adolescentes con intoxicación aguda mostraron que a los mismos niveles de alcoholemia, los niveles plasmáticos de citocinas/quimiocinas (IFN- γ , IL-10, IL-17A, IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, fractalquina, MCP-1 y MIP-1a) como los de ARNm del receptor TLR4, eran significativamente superiores en chicas que en chicos. De hecho, los chicos intoxicados con una dosis aguda de etanol presentaron en plasma únicamente elevados los niveles de CSF, IL-4, IL-6 y fractalquina. De acuerdo con estos resultados en humano, el tratamiento de alcohol tipo atracón en animales adolescentes también produjo mayores niveles plasmáticos de varias citocinas y quimiocinas en hembras, tanto en la corteza prefrontal (IL-17A, IL-1 β , MCP-1, MIP-1a, fractalquina) como en el suero (IL-17A, MCP-1 y MIP-1a), mientras que los ratones macho solo presentaron diferencias significativas en los niveles de fractalquina en corteza prefrontal. El alcohol no produjo cambios en los niveles de citocinas y quimiocinas en animales adolescentes TLR4-KO.

Los resultados de este estudio demuestran que: 1) las chicas son más vulnerables que los chicos a los efectos inflamatorios producidos por el consumo de alcohol; 2) los niveles plasmáticos de citocinas/quimiocinas pueden ser biomarcadores de neuroinflamación; 3) la respuesta del receptor TLR4 es una importante diana de los efectos neuroinflamatorios del abuso del alcohol. (Financiado por: ISCIII/FEDER-RTA, Red-RTA RD12-0028-007, ERAB, PNSD2014).

Influencia del estrés social en el consumo de alcohol y en el desarrollo de la neuroinflamación

RODRÍGUEZ-ARIAS, M.

En nuestra vida diaria estamos continuamente expuestos a situaciones de estrés psicológico que habitualmente somos capaces afrontar adecuadamente. Pero cuando el estrés es de gran intensidad o de carácter crónico, se producen marcados efectos en el organismo que conducen a diferentes tipos de trastornos como la ansiedad o la depresión. Los modelos animales han sido ampliamente utilizados para el estudio de las bases neurobiológicas del estrés y de sus consecuencias a largo plazo. La derrota social repetida (DSR) es considerada como un estresor con relevancia etológica que imita fielmente las situaciones de la vida real.

Existe una estrecha relación entre los sistemas cerebrales que median la adicción y el estrés. Las experiencias estresantes modifican la actividad de áreas cerebrales involucradas en los efectos reforzantes de la drogas y pueden provocar cambios a largo plazo en la función del sistema cerebral de recompensa, favoreciendo fenómenos como el de la recaída. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que la DSR induce un incremento en los efectos reforzantes de la cocaína. Sin embargo, no sido hasta recientemente que se ha demostrado que la DSR también incrementa los efectos reforzantes del etanol. En nuestro grupo, hemos observado que ratones derrotados durante la adolescencia o la edad adulta, beben más cantidad de etanol que sus controles no estresados. Este efecto se mantiene un mes después de la última exposición al estrés.

Pero cual es el mecanismo mediante el cual el estrés social incrementa los efectos reforzantes de las drogas y del etanol en particular? No existe una respuesta única a esta pregunta, porque pueden ser muchos los mecanismo implicados, pero uno de los mas fuertemente involucrados en este efecto es la neuroinflamacion. El papel del sistema inmune se ha ido generalizando en estos últimos años, existiendo en la actualidad numerosos estudios que demuestran su papel en los efectos inducidos por el estrés social. Ante una situación de estrés crónico, se incrementa

la producción de monocitos y neutrófilo en la circulación periférica que liberarán citoquinas que penetraran en el SNC por vía neural o atravesando la barrera hematoencefálica (BHE).

Hemos observado que la DSR induce una marcada respuesta inflamatoria. Por ejemplo hemos observado que incrementa de forma consistente los niveles de las citoquinas como la IL-6 y quimiocinas, como la Fractalkina (CX3CL1) o la SDF1, tanto en plasma, como en diversas estructuras cerebrales. Los incrementos se mantienen en la mayoría de casos tres semanas después. Además, hemos observado que los niveles de estos mediadores inflamatorios son más elevados en los animales derrotados tras la administración de cocaína o de etanol, indicando que la DSR incrementa la neuroinflamación que se sabe producen estas dos drogas. Consecuentemente hemos observado que la administración de un antiinflamatorio, como es la indometacina, antes de la DSR bloquea en incremento en los efectos reforzantes de la cocaína y del etanol.

Opioides en el dolor crónico. ¿Por qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?

ALVAREZ MAZARIEGOS, J.A.

En la presente ponencia abordamos el empleo de opioides en pacientes con dolor crónico, desde Atención Primaria. Los/as profesionales de Atención Primaria somos el primer contacto de un usuario con el Sistema de Salud y el más permanente, responsable de áreas más amplias en cuanto a salud se refiere. Todo nos incumbe y de todo nos hacemos, o nos hacen, responsables. Planteo aquí las cuestiones que me parecen más relevantes para el profesional de A.P.

¿Por qué? ¿Cuándo?

Los opioides son los fármacos analgésicos más potentes con que contamos en la actualidad (desde la prehistoria). Sencillamente, cuanto mayor es el dolor más potencia analgésica necesitaremos. Como planteamiento práctico tenemos múltiples protocolos de abordaje del dolor crónico. Al que haré referencia será al publicado el año pasado, coordinado por Socidrogalcohol, con la colaboración de varias sociedades científicas (http://www.socidrogalcohol.org/images/pdf/GUIA_Buen_uso_opioides_DEF.pdf)

No siendo este lugar para extenderse, paso a señalar esquemáticamente:

- En ningún caso los analgésicos opioides son de primera elección. No existen estudios que demuestren su eficacia a largo plazo.
- Usar los de vida media larga evitando los de absorción errática (parches).
- Los efectos secundarios son frecuentes y en algunos casos serios. Es preciso advertir al paciente.
- Iniciar tratamientos con dosis bajas (menores efectos secundarios). Una vez establecida una dosis analgésica eficaz, posteriores necesidades de aumento de dosis se deberán probablemente a tolerancia, que es frecuente.
- Conviene respetar las contraindicaciones y las indicaciones de precaución, (ver guía) especialmente al usar otros fármacos como benzodiacepinas, antidepresivos y coadyuvantes en el tratamiento del dolor crónico.
- Sobre la aparición de dependencia, mal uso y abuso; y su abordaje, recomiendo consultar las ponencias correspondientes de esta mesa.
- Los tratamientos crónicos se establecen con objetivos concretos. Es preciso tener claro y decidir con el paciente la forma y tiempo de evaluarlos y plantear la retirada en caso de no alcanzarlos.

¿Dónde?

En nuestro sistema sanitario no existen limitaciones para la prescripción de opioides. El uso de recetas electrónicas evita antiguos trámites. Esto hace que la regulación deba interiorizarse por cada profesional. Creo que lo fundamental para evitar situaciones similares a las que se producen en otros países es tener en cuenta una serie de aspectos:

1. En ningún caso sobra formación acerca del manejo de estos fármacos.
2. El profesional prescriptor es el responsable del seguimiento y de la evaluación de resultados y secundarismos. No se debería derivar al médico de cabecera a este efecto.
3. Sospecha de mal uso, abuso, adición/dependencia es indicación de derivación a U.C.A. correspondiente.

4. Enfermería de Atención Primaria es fundamental en el seguimiento de pacientes con dolor crónico, usen o no opioides.
5. Evaluar la necesidad y decidir si se usan o no protocolos de consentimiento informado al iniciar un tratamiento crónico (nivel estatal o menos autonómico).
6. Desarrollar control de buenas prácticas en la industria farmacéutica para evitar información sesgada (minimizar secundarismos, riesgos de adicción)

Relación terapéutica y abordaje del paciente con dependencia a los opioides de prescripción

LLIGOÑA GARRETA, A.

El creciente uso de analgésicos opioides en pacientes con dolor crónico, y en los que, a menudo, existe una elevada comorbilidad psiquiátrica, ha aumentado los casos de sobredosis. Un trastorno psiquiátrico previo puede provocar un aumento del dolor percibido, retroalimentándose ambas patologías y generando mayor discapacidad. Los pacientes con trastornos psiquiátricos y dolor suelen recibir tratamiento con opioides más frecuentemente y durante más tiempo.

Al contrario de lo que ocurre con otras dependencias a sustancias, los pacientes con dependencia a opioides prescritos rara vez lo van a vivir como un problema, los fármacos se consumen bajo prescripción médica por lo que la continuidad del tratamiento se valora como decisión facultativa. Es importante, por tanto, que sean los propios médicos los que identifiquen aquellos casos que son susceptibles de ser deshabitados. Para iniciar el tratamiento de dicha dependencia *siempre* debe existir una coordinación entre el prescriptor del fármaco y el psiquiatra. A menudo existen impedimentos tales como, la escasez de tiempo en consulta, la resistencia al cambio, que nos transmite el paciente y la falta de habilidad en el manejo de la retirada, que favorecen la continuidad de la prescripción. Ante la sospecha de un posible abuso, el primer paso será establecer un contrato terapéutico (verbal o escrito) en el que conste:

- Que el paciente acepta un tratamiento y que entiende que no será fácil.
- Que esta dispuesto a enfrentarse a un posible craving
- Que esta dispuesto a hacer los cambios de medicación que se le indique
- Que las pautas de medicación siempre serán modificadas en función de su confortabilidad máxima
- Explicar que puede tener sintomatología de abstinencia: intentar explicar qué síntomas puede tener
- Debe entender que es un inversión a largo plazo y que los beneficios los verá con el paso del tiempo
- Facilitar unas vías de comunicación fáciles

Una vez establecido una buena relación terapéutica es conveniente intentar en primer lugar un *tratamiento estructurado con el opioide ya recetado (dosis concretas a horas concretas)*. A menudo el primer paso consiste en acordar un horario y unas dosis en función de la predisposición del paciente. A veces se deberá ir reduciendo de forma progresiva la dosis del opioide si esta es muy elevada hasta dosis terapéuticas. Si el tratamiento estructurado se estabiliza, confirmado mediante controles toxicológicos seriados en orina y supervisión estrecha, el cambio puede ser suficiente. Nunca se debería pasar a una siguiente etapa si el tratamiento estructurado no esta consolidado. En aquellos pacientes en los que falla el tratamiento estructurado, se van a plantear otras dos opciones de tratamiento: *Tratamiento basado en la abstinencia y Tratamiento asistido con medicación (tratamiento con sustitutivos opioides)*.

En definitiva, el momento más delicado y crucial en el abordaje de estos pacientes con dependencia y/o adicción a los opioides recetados es cuando se debe comunicar el diagnóstico y establecer un plan de trabajo. Si no se crea un adecuado vínculo de motivación difícilmente podremos incidir en el proceso de cambio terapéutico.

Tratamiento con sustitutivos: más allá de la adicción a heroína

HENCHE RUIZ, A.I.

Ante la sospecha de un posible abuso del analgésico opioide prescrito en un paciente con dolor crónico se debe realizar un tratamiento estructurado, con una reducción progresiva de la dosis del opioide y una supervisión estrecha que permita detectar posibles conductas aberrantes relacionadas, valorando incluso la retirada completa del opioide si fuera preciso.

En los pacientes en los que el tratamiento estructurado falla, presentan consumos activos de benzodiazepinas, alcohol u otras drogas o tienen criterios diagnósticos de trastorno por consumo de opioides de prescripción, se recomienda la retirada del fármaco prescrito. Lo más adecuado es la derivación a un servicio especializado en adicciones, donde están familiarizados con los tratamientos de desintoxicación y deshabitación de opiáceos.

Se puede plantear un tratamiento basado en la abstinencia (desintoxicación del opioide prescrito) en aquellos pacientes motivados, con buen apoyo social, una historia corta de abuso/adicción y sin antecedentes de comorbilidad psiquiátrica, incluyendo trastornos por uso de otras sustancias. En pacientes motivados que no tengan apoyos familiares o presenten gran miedo a la abstinencia o a experimentar un incremento del dolor, la desintoxicación se realizará en régimen hospitalario.

Aunque las anteriores son opciones terapéuticas válidas, la gran mayoría de las guías actuales consideran que el tratamiento asistido con medicación (MAT) a largo plazo es el método más eficaz para tratar la adicción a analgésicos opioides. El MAT consiste en la prescripción de cantidades controladas de opioides de acción más prolongada (sustitutivos opiáceos) para reducir el *craving* y prevenir la sintomatología de abstinencia, dentro de un programa integral de tratamiento médico, psicológico y social. Numerosos estudios demuestran que el tratamiento con sustitutivos reduce el uso indebido de otros opioides y aumenta la retención en tratamiento.

Los datos sobre el tratamiento con sustitutivos en pacientes con diagnóstico primario de trastorno por consumo de opioides de prescripción son escasos. Por el momento, el tratamiento con estos fármacos requiere la supervisión de especialistas en adicciones, que tienen que adaptar los protocolos que emplean para este tipo de tratamientos en pacientes adictos a la heroína.

Al igual que sucede en los consumidores de opiáceos ilegales, en los pacientes con trastorno por uso de analgésicos opioides de prescripción existen multitud de variables individuales, psicológicas y sociales que influyen en la dosis de mantenimiento del sustitutivo y no existe ninguna tabla equianalgésica que nos permita calcular con exactitud la dosis del fármaco sustitutivo equivalente a una determinada dosis de cualquier analgésico opioide. Por ello, lo más prudente es comenzar con una dosis baja del fármaco sustitutivo e ir ajustando la misma individualmente.

Aunque la metadona tiene una mayor experiencia de uso y parece mostrar mejores índices de retención en el tratamiento, la buprenorfina-naloxona tiene un mejor perfil de seguridad y es una opción segura, eficaz y rentable; con este fármaco se consigue una rápida estabilización, con menos efectos sedantes y cognitivos, una mejoría clara en la calidad de vida y una menor estigmatización de los pacientes.

El papel de las administraciones autonómicas en las medidas de control del consumo de tabaco

SUANCES HERNÁNDEZ, J.

Resumen no disponible.

la importancia de la conducta positiva de los adultos ante los más pequeños. La desnormalización del consumo, visualizar que “lo normal es no fumar” es uno de los objetivos de esta iniciativa. Al ampliar la delimitación del consumo de tabaco en las playas, actualmente no regulado, nos permite avanzar en políticas de espacios sin humo, cambiando la percepción social sobre el consumo de tabaco, convirtiéndose este entorno en educativo y preventivo. La red comenzó en el año 2016 con una participación de 26 playas que aumentaron a 46 en el 2017 repartidas en 27 ayuntamientos, logrando que dos de ellos consiguieran la máxima acreditación “oro” al declarar todas sus playas sin humo.

Material y método

En la RGPSH, está prohibido fumar en la zona del arenal, excluidas las zonas al aire libre de hostelería situados en ellas. NO existe vigilancia, ni sanción para el incumplimiento, es una elección voluntaria y personal seleccionar una playa sin humo como lugar de ocio, y por lo tanto una responsabilidad personal su cumplimiento. Los compromisos de pertenencia son, la señalización con materiales creados “ad hoc” facilitados por el PGVST. Difundir entre su población folletos informativos y de sensibilización, desarrollar actividades, acciones encaminadas a conseguir una sociedad libre de tabaco.

Resultados

Para evaluar la iniciativa, se realizó una encuesta, con una muestra de 1350 usuarios de las playas y 1000 entrevistas telefónicas a la población general de 18 años y más. (PG) El 64,2% de los usuarios de las playas participantes y el 63,7% de la población general calificaron la iniciativa como buena o muy buena. El 66,4% de la población quiere que la red se amplie a otras playas y un 61,6% que se extienda a otras zonas al aire libre no incluidas en la normativa actual. En el futuro, un 35,5% elegirá playas sin humo, al 50,5% no le influirá y un 14% no las escogerá.

Conclusiones

Sabemos que la Red necesita tiempo para su consolidación, que el cambio de actitud de la sociedad, es un proceso lento. Pero la excelente acogida tanto de los usuarios como de los ayuntamientos, que se visualiza en el crecimiento exponencial de la red en estos dos años de implantación y el buen cumplimiento de los usuarios, demuestra la implicación activa de la sociedad con este proyecto.

Exposición prenatal al alcohol y neuroinflamación

GUERRI, C.; PASCUAL, M.; MONTESINOS, J.

Evidencias recientes indican que la inflamación durante el desarrollo de cerebro participa en la patogénesis del daño cerebral fetal y neonatal. La exposición prenatal al etanol induce alteraciones en el desarrollo del cerebro, causando daño neural y alteraciones cognitivas y conductuales, denominado trastornos del espectro alcohólico fetal o en inglés *Fetal Alcohol Spectrum Disorders* (FASD). El consumo materno de alcohol aumenta la respuesta del sistema inmunitario con la consiguiente producción de citocinas/quimiocinas, y este evento se produce por una activación de los receptores inmunitarios TLRs (toll-like receptors), según hemos demostrado en nuestros estudios previos. El objetivo de este estudio ha sido evaluar si el aumento de la respuesta inmunitaria y de los receptores TLR4, que causa el abuso materno de alcohol durante el embarazo, puede aumentar la liberación de los niveles de citocinas/quimiocinas en sangre materna y en el cerebro fetal, alterando el desarrollo de cerebro, y causando disfunciones cognitivas. Hemos utilizado hembras normales (WT) y con deficiencia en la expresión del receptor TLR4 (TLR4-KO) con consumos de alcohol durante la gestación y lactancia. Demostramos que durante la gestación y la lactancia se produce un aumento de citocinas/quimiocinas pro-inflamatorias (IL-1 β , IL-17, MIP-1a y fractalquina) en sangre materna, líquido amniótico, y en cerebros fetales y postnatales expuestos al etanol. Los aumentos en los niveles de citocinas/quimiocinas en cerebro se asociaron con incrementos en marcadores microgliales (CD11b y MHC-II), junto con una reducción en la expresión de proteínas sinápticas y de mielina (MBP, PLP) en cerebros de crías a 0, 20 y 66 días (efectos a largo plazo). Estos efectos se asociaron con disfunciones conductuales de ansiedad

y de aprendizaje a largo plazo, en animales de 66 días de edad, evaluados mediante las pruebas del laberinto elevado en cruz y evitación pasiva. Los animales carentes del TLR4, tanto las madres como los fetos o las crías, no mostraron elevación en las citocinas/quimiocinas, ni en el daño cerebral ni en las alteraciones en la conducta. Estos resultados sugieren que la activación del sistema inmunitario de la madre y la neuroinflamación en las crías participan en los efectos del alcohol sobre el neurodesarrollo y en el FASD (Financiado por: ISCIII/FEDER-RTA, Red-RTA RD12-0028-007, PNSD2014-I010).

Tratamiento neuropsicológico del TEAF

BASTONS-COMPTA, A; ASTALS, M; GARCÍA-ALGAR, O.

El alcohol es el teratógeno humano más común y su consumo durante el embarazo puede producir un amplio abanico de anomalías conocidas como trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF; FASD en inglés). Las principales características del TEAF son: (I) retraso de crecimiento, (II) anomalías craneofaciales, y (III) disfunción del sistema nervioso central. El TEAF es la causa más frecuente de retraso mental no genético en los países desarrollados.

A pesar de las campañas que inciden en los peligros de alcohol durante el embarazo, las mujeres gestantes siguen consumiendo alcohol durante la gestación (aproximadamente 40% en nuestro entorno). Esta elevada prevalencia junto con una elevada tasa de embarazos no planificados pueden dar lugar a una exposición prenatal al alcohol importante especialmente durante el primer trimestre del embarazo. Por otro lado, en los últimos años se ha producido un incremento muy considerable de adopciones internacionales de países de Europa del este, donde la prevalencia de consumo de alcohol durante el embarazo entre las madres de estos niños es muy elevada (entre el 40-50% según el último estudio publicado).

Actualmente hay esfuerzos en intentar encontrar tratamientos dirigidos al período prenatal o después del nacimiento para conseguir prevenir, retrasar o revertir el daño persistente que se produce en el período prenatal. Las dianas terapéuticas en este caso se refieren principalmente a los mecanismos propuestos de daño del alcohol como la neuroinflamación, los agonistas serotoninérgicos o los antioxidantes. A nivel postnatal, el tratamiento tiene como objetivo paliar las alteraciones neuroconductuales y la comorbilidad derivada de los efectos dismorfológicos y las alteraciones estructurales del SNC. Se ha demostrado que, a pesar de no existir un tratamiento específico para el TEAF, el inicio de una intervención temprana, continua, individualizada y focalizada en mejorar los aspectos conductuales puede ser clave para un buen desarrollo del niño. Se han validado una serie de intervenciones que se pueden agrupar en el trabajo de: educación y formación parental, atención y autoregulación y fucionamiento adaptativo.

Tratamiento farmacológico del TEAF

GARCÍA-ALGAR, O.

Resumen no disponible.

Avances en investigación preclínica en cocaína

HIGUERA MATAS, A.

La investigación preclínica en el campo de la adicción a cocaína está viviendo una época dorada. Desde finales de los noventa y principio de los dos mil, han surgido nuevos modelos animales de estudio de esta patología que han permitido realizar aproximaciones cada vez más cercanas a la patología humana. Gracias a estas nuevas aproximaciones, que incorporan características cardinales del trastorno de uso de sustancias en humanos, tales como el consumo a pesar de las consecuencias negativas, la motivación exacerbada por la droga o el elevado riesgo de recaídas, hemos podido diseccionar con un alto nivel de detalle los mecanismos neurobiológicos que subyacen a la adicción a

la cocaína. En los últimos años se están aplicando estos modelos al estudio de la patología dual, con lo que el rango de aplicaciones está ampliándose de manera exponencial. En esta ponencia se presentarán los últimos avances en la investigación preclínica en animales, haciendo énfasis en los nuevos modelos y paradigmas de estudio y en su uso conjunto con las últimas tecnologías, tales como la neuroimagen o la secuenciación de nueva generación. También plantearémos los retos que aún están por resolver y las nuevas vías de investigación de cara al futuro.

Ausencia de craving de cocaína durante la hospitalización para interrumpir el consumo de esa sustancia

PÉREZ DE LOS COBOS, J.; ALCARAZ, S.; TRUJOLS, J.; MUÑOZ, L.; SIÑOL, N.;
FERNÁNDEZ-SERRANO, M.J.; VERDEJO, A.; DURÁN-SINDREU, S.; BATLLE, F.

Objetivo

Identificar los predictores independientes de la ausencia mantenida del deseo (*craving*) subjetivo y espontáneo de consumir cocaína durante la desintoxicación de cocaína.

Metodología

Participaron en el estudio 87 pacientes dependientes de cocaína. Veintinueve (33%) presentaron ausencia mantenida de *craving* de cocaína a lo largo del tratamiento de desintoxicación y 58 (66%) presentaron este síntoma en algún momento de dicho tratamiento. Ambos grupos fueron comparados respecto a la detección de cocaína en orina al inicio del tratamiento, gravedad de la dependencia de cocaína, estadio de cambio respecto al consumo de cocaína, competencia de funciones ejecutivas (inhibición, flexibilidad y toma de decisiones), déficit de la función interoceptiva, deseabilidad social, ansiedad y depresión. Los predictores independientes de la ausencia de *craving* fueron identificados mediante un análisis de regresión logística.

Resultados

En el análisis de regresión logística realizado (Test de Hosmer y Lemeshow: $\chi^2(7) = 5,219$; $P = ,616$; R^2 de Nagelkerke = 0,856) los factores independientemente asociados con la probabilidad de no presentar *craving* de cocaína durante la desintoxicación fueron el consumo de cocaína durante menos días en el mes previo a la hospitalización ($P = ,006$), un nivel reducido de ansiedad valorado con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo ($P = ,030$) durante dicha hospitalización y una mayor capacidad para inhibir procesos mentales valorada con el resultado de la resta entre el tiempo necesario para completar la condición 3 (inhibición) y el tiempo necesario para completar la condición 1 (denominación de colores) en la Prueba de Interferencia Palabras-Colores ($P = ,034$).

Conclusiones

La ausencia de *craving* es clínicamente positiva ya que se asocia con un consumo reciente de cocaína menos frecuente, menor ansiedad durante la interrupción del consumo y mayor capacidad para inhibir procesos mentales.

Financiación

Estudio realizado con el apoyo de la subvención PI 12/00105 del Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto Carlos III.

Presente y futuro en el tratamiento de los trastornos por uso de cocaína.

Una perspectiva clínica

BARRIO GIMÉNEZ, P.; ORTEGA LLORENS, L.; BALCELLS-OLIVERO, M.; GUAL I SOLÉ, A.

Introducción

El trastorno por uso de cocaína supone, tanto a nivel nacional como internacional, un problema de importante magnitud, tanto por las repercusiones individuales como sociales que supone. En el momento actual no existe ningún tratamiento farmacológico aprobado por las agencias reguladoras para su tratamiento. Sin embargo, durante los últimos años se han llevado a cabo múltiples esfuerzos para encontrar dianas terapéuticas eficaces que permitan establecer y validar tratamientos para el trastorno por uso de cocaína.

Método

Se realiza una revisión de la literatura reciente en cuanto a novedades terapéuticas en el tratamiento del trastorno por uso de cocaína, tanto desde el punto de vista de moléculas ya existentes como desde el punto de vista de futuras dianas terapéuticas, intentando no olvidar el fundamento psicosocial que debe acompañar a todo tratamiento relacionado con una adicción.

Resultados

Uno de los enfoques en el desarrollo de terapéuticas para la patología adictiva relacionada con cocaína es el modelo sustitutivo, donde existen diversos estudios con anfetaminas. En este sentido también se han llevado a cabo diversos ensayos con modafinilo, un fármaco estimulante y a la vez modulador de la neurotransmisión dopaminérgica y glutamatérgica. En ambos casos los resultados han sido variables. Otro enfoque novedoso ha sido el desarrollo de vacunas, cuyo objetivo es la producción de anticuerpos anti-cocaína, habiéndose realizado diversos ensayos hasta la fecha, con resultados variables. Cabe destacar también la realización de diversos ensayos clínicos en el momento actual que investigan posibles dianas en los circuitos glutamatérgicos del SNC. Otras moléculas que siguen siendo estudiadas son el disulfiram, la vigabatrina, el topiramato, el bupropion y otros diversos antidepresivos. En general ninguna molécula ha conseguido hasta la fecha demostrar una eficacia definitiva.

Conclusiones

Pese a la ingente cantidad de estudios llevados a cabo hasta la fecha, y los que se encuentran en curso, no existen por el momento tratamientos farmacológicos sólidamente establecidos para el trastorno por uso de cocaína, lo que remarca una vez más lo esencial que resulta el enfoque psicosocial en esta patología.

Ortorexia, ¿una nueva adicción?

PARRA FERNÁNDEZ, L.

Los síndromes adictivos se han relacionado tradicionalmente con trastornos por consumo de sustancias, en las últimas décadas se ha reconocido un nuevo grupo adictivo, donde se incluyen las llamadas “adicciones conductuales o sin sustancia”, que han atraído cada vez más la atención por su impacto social relevante. Este grupo incluye, los juegos de azar patológicos, compras compulsivas, adicciones a TV / Internet / redes sociales / videojuegos, adicción al trabajo, adicciones al sexo y las relaciones, ortorexia y síndrome de sobreentrenamiento. Las adicciones por sustancias y conductuales muestran características fenomenológicas similares, como el deseo, la dependencia, la tolerancia y la abstinencia, y quizás comparten una posible fisiopatología común. Sin embargo, es controvertido si todos o al menos algunos de ellos deben considerarse trastornos reales o simplemente comportamientos normales, aunque extremos.

La ortorexia (nerviosa) es un trastorno caracterizado principalmente por una obsesión patológica por llevar una comida sana y pura, lo cual conlleva a la restricción de alimentos debido a la pérdida de perspectiva que hace que la persona centre toda su atención y su vida gire en torno a la alimentación.

La palabra “ortorexia” deriva del griego y significa ‘apetito justo’ o ‘apetito correcto’: es la obsesión o preocupación extrema por la salud, centrada casi exclusivamente en la comida.

Bratman dio a conocer por primera vez este término en un artículo publicado en el Yoga Journal (1997)[1]. Es médico, cocinero y también miembro del movimiento sobre alimentos naturales en EEUU desde hace 25 años. Experimento las consecuencias de llevar una dieta estricta, en la cual se alimentaba únicamente de verduras frescas (recién sacadas del huerto) y seguía rituales y hábitos peculiares tales como: masticar cada trozo de comida cincuenta veces, comer en lugares silenciosos e intentar dejar su estómago parcialmente vacío después de cada ingesta.

La ortorexia nerviosa aún no está clasificada en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V,2014)[2], ni en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10)[3].

La patología comienza con un “quiero mejorar mi dieta”, un buen propósito que, poco a poco, se convierte en una adicción. El miedo a consumir alimentos “impuros”, “genéticamente modificados” o “con aditivos”, y la preferencia por lo orgánico, los lleva a una severa autoexigencia por resistir la tentación, y se auto-condenan si no lo logran. Esto les provoca un gran sufrimiento, que encubren bajo la premisa “soy superior por llevar una dieta perfecta”.

Esta preocupación extrema por la comida puede desencadenar una alteración de forma holística de las personas afectadas. Son pacientes con restricciones dietéticas importantes, afecciones médicas potencialmente mortales relacionadas con la malnutrición, inestabilidad afectiva y aislamiento social [4].

Referencias

Bratman S. Health Food Junkie. Bratman S Heal Food Junkie Yoga J . 1997; 42–50. Available: https://www.google.es/?gws_rd=ssl

First MB. DSM-5^o Handbook of Differential Diagnosis [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013. doi:10.1176/appi.books.9781585629992

Nanda International. NANDA Diagnosticos Enfermeros 2015-2017. Definiciones y clasificacion [Internet]. 3ra ED. ELSEVIER ; 2016. Available: <http://www.laleo.com/nanda-diagnosticos-enfermeros-20152017-definiciones-clasificacion-p-19379.html>

Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa-an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? Arch Psychiatry Psychother. 2012;1: 55–60.

Deporte: Uso terapéutico versus Adicción

CELORRIO BUSTILLO, M. L.

Hacer ejercicio es bueno a nivel físico y mental, sin embargo el exceso se puede convertir en una conducta compulsiva que interfiera la vida cotidiana, llegando incluso a una adicción.

Desde los centros de tratamiento de conductas adictivas se realiza el consejo médico de realizar ejercicio físico, sin embargo pocas veces se plantea un programa estructurado e individualizado.

En la revisión de diferentes artículos sobre la efectividad del ejercicio físico/deporte como intervención coadyuvante en los tratamiento habituales de las adicciones a sustancias psicoactivas se demuestra como una estrategia útil (Brown et al 2010), así como una herramienta muy bien aceptada por los pacientes en tratamiento.

Hay consenso en el efecto beneficioso del deporte tanto en la disminución del craving, aumento de días de abstinencia y prevención de recaídas, mejorando la evolución e implicación en el tratamiento (Siñol, N. et al 2012).

Para conseguir resultados se describe la necesidad de precisar tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio (Chaput et al 2011). Hay que tener en cuenta las características de nuestros pacientes con patrones de conducta tendentes a la alta impulsividad, por lo que debemos detectar indicadores para prevenir el riesgo de adicción al deporte/ejercicio físico.

El Dr. Williams Morgan (1980) fue el primero en utilizar la palabra adicción, explicando la práctica diaria, casi obsesiva, del jogging, con cuadros de abstinencia (irritabilidad, insomnio, depresión).

Odgen et al (1997) perciben interferencia en la vida social/familiar y gratificaciones positivas.

Echeburua E. (2006) el enfermo pierde el control sobre la actividad y continua a pesar de las consecuencias adversas.

Existen diferentes cuestionarios para identificar excesos o motivaciones inadecuadas ante el deporte. EDQ (Odgen et al 1997), EDS-R (Sicilia y González 2011).

En diferentes estudios queda demostrado que el ejercicio físico es útil como estrategia terapéutica, sin embargo, no es una herramienta utilizada en la práctica habitual, siendo rentable, accesible, bien tolerado y con pocos efectos secundarios (Siñol, N. et al 2012).

Por todo esto nos planteamos desarrollar un *Programa Estructurado de Ejercicio/Deporte* y ver los resultados en pacientes con trastorno por uso de cocaína en tratamiento.

Objetivo general

- Utilizar el deporte como herramienta terapéutica en la deshabitación de drogodependencias.
- Recuperar hábitos de vida saludable asociados al deporte y sus beneficios físicos, psíquicos y sociales.

Objetivos específicos

- Motivar al mantenimiento de la abstinencia.
- Desarrollar actividades incompatibles con el consumo.
- Mejorar hábitos de alimentación, sueño y cuidado personal.
- Mejorar autoestima y autoconcepto.
- Fomentar las relaciones interpersonales en ambiente saludables.

Metodología

- Evaluación por Médico Especialista en Medicina del Deporte: historia médica, ECG, analíticas, parámetros biológicos, antecedentes deportivos, IMC, grasa corporal, masa muscular, Test de Ruffier.
- Programa individualizado: ejercicio aeróbico y de fuerza. Elegir deporte según preferencias y aptitudes. Frecuentación de tres días/semana con sesiones de 30 a 60 minutos con intensidad progresiva.
- Tres meses de duración con citas quincenales de seguimiento.

Habrá que evaluar posteriormente resultados: adherencia, *craving*, abstinencia, mejoría física y de hábitos (alimentación, sueño, cuidado personal) y psicológico (ansiedad, ánimo, autoestima).

Referencias

Hernangil Perona y col (2011). Actividad Físico deportiva en el tratamiento de las Drogodependencias. Madrid Salu.

Siñol, N. y col (2012): Efectividad del Ejercicio Físico como intervención coadyuvante de las adicciones.

Antolín Cernuda y col (2015). Adicción al Deporte: estandarización de la escala de Adicción al Deporte, SAS-15.

Enfoque terapéutico, dentro del modelo adictivo, de los Trastornos Alimentarios

BEATO FERNÁNDEZ, L.

Resumen no disponible.

OHCITIES un instrumento de medida de la presencia de alcohol en el entorno urbano

PASTOR MUÑOZ, A.; ESPELT HERNÁNDEZ, A.; VILLALBÍ HERETER, JR.; MOURE RODRIGUEZ, L.; PEARCE, J.; FRANCO TEJERO, M.; SUREDA LLULL, X.

Introducción

Existen factores del entorno urbano que influyen en el consumo de alcohol. Muchos estudios desarrollados hasta el momento utilizan bases de datos secundarias para medir el entorno urbano de alcohol. Estas bases de datos no están validadas en algunos casos y además no permiten una descripción exhaustiva del entorno de alcohol. El objetivo de este estudio es describir el desarrollo del OHCITIES, un instrumento capaz de caracterizar mediante observación social sistemática el entorno urbano de alcohol, incluido la disponibilidad y accesibilidad, promoción y signos de consumo de alcohol.

Métodos

El diseño del instrumento contempló varias etapas: 1) se realizó una revisión de estudios anteriores con el objetivo de desarrollar un mapa conceptual del entorno urbano de alcohol; 2) se realizó un estudio pilotaje del instrumento sobre el cual se realizaron modificaciones; 3) se digitalizó el instrumento; 4) se midió la fiabilidad inter e intra-individual. Los datos fueron recolectados en siete secciones censales en Madrid en 2016 por dos observadores. Calculamos el porcentaje de acuerdo y los coeficientes de kappa para estimar la fiabilidad inter e intra-observador para las variables asociadas a los locales de venta y venta y consumo de alcohol. Calculamos los coeficientes de correlación intraclase y sus IC del 95% para las mediciones de signos de consumo de alcohol en vía pública. El trabajo de campo se llevó a cabo en diferentes días de la semana y horas para comprobar la idoneidad del cuestionario en diferentes situaciones de la vida real relacionados con el consumo de alcohol.

Resultados

El instrumento final incluye información sobre la presencia de establecimientos de venta sin consumo, establecimientos de venta y consumo de alcohol, así como la publicidad y promoción de alcohol asociada a éstos. Además, otros elementos publicitarios o de patrocinio de alcohol en vía pública, venta y promoción ambulante de alcohol e indicios de consumo de alcohol en vía pública fueron identificados. Encontramos 92 locales de venta y consumo de alcohol y 24 locales de venta de alcohol en el área estudiada. El % de acuerdo para la mayoría de medidas en los locales de venta y venta y consumo de alcohol fue mayor al 80% y los valores de fiabilidad inter e intra-observador fueron generalmente superiores a 0.80. Se identificaron 26 calles y 3 plazas con signos de consumo de alcohol. El coeficiente de correlación intraclase entre los observadores para los signos de consumo de alcohol en vía pública fue de 0,50 (IC del 95%: -0,09 a 0,77). Se encontraron pocos elementos de promoción en vía pública, no asociados a locales de venta y venta y consumo de alcohol.

Discusión

Este instrumento OHCITIES permite una descripción exhaustiva de la disponibilidad, la promoción y los signos del consumo de alcohol que componen el ambiente urbano de alcohol. Además, puede ser usado para entender como el entorno urbano de alcohol se asocia con su consumo y los resultados de salud asociados. Además, puede ayudar a diseñar y evaluar políticas que reduzcan el daño causado por el alcohol.

Entorno urbano de alcohol: un estudio sobre disponibilidad, promoción y visibilidad del consumo en barrios de Barcelona

ESPELT, A.; PUIGCORBÉ, S.; SUREDA, X.; BOSQUE-PROUS, M.; TEIXIDÓ-COMPAÑÓ, E.; FRANCO, M.; VILLALBÍ, J.R.

En los últimos años, ha aumentado el interés en conocer cómo el entorno social, urbano y cultural influyen sobre la salud de las personas y sobre factores de riesgo comportamentales asociados con la salud, como el consumo de alcohol y otras drogas. En el caso concreto del alcohol, cuando se pretende entender el efecto del entorno sobre su consumo, es importante considerar diferentes factores directamente ligados con el consumo de alcohol, como la disponibilidad y accesibilidad, los anuncios, el marketing y la visibilidad del consumo, que pueden contribuir a una percepción de normalización y a su aceptación.

El objetivo de esta ponencia es presentar el diseño y principales resultados del estudio financiado por el plan nacional de drogas (2016|029) que tiene como objetivo la caracterización del entorno urbano de alcohol en Barcelona. La recogida de información se realizó mediante el OHCITIES, un instrumento creado y validado para medir la presencia de alcohol en el entorno urbano.

En primer lugar, se presentarán los resultados de los distintos sub-estudios. En el primer estudio del proyecto se analizaron veinte secciones censales escogidas al azar, dos secciones censales para cada distrito. Con estos datos se encontraron 306 establecimientos que ofrecían bebidas alcohólicas (204 de venta y consumo y 102 de venta sin consumo). La distribución territorial fue desigual siendo el casco antiguo, donde había mayor presencia de turistas, donde se presentaban los indicios de consumo. En el segundo estudio, se seleccionaron aleatoriamente 2 secciones censales para cada uno de los 73 barrios de Barcelona (n=158). Dos observadoras recorrieron las zonas censales seleccionadas y recogieron los datos mediante el instrumento OHCITIES. En total se registraron 2.187 establecimientos que ofrecían bebidas alcohólicas de los cuales 1.560 fueron locales de venta y consumo de alcohol y 627 fueron locales únicamente de venta. Además, se registraron 143 establecimientos de productos no alimentarios que ofrecían productos relacionados con el alcohol. Se encontraron 281 elementos de publicidad y patrocinio, 4 elementos de venta y promoción ambulante y 853 indicios de consumo de alcohol.

En segundo lugar, se presentará el plan de análisis y primeros resultados sobre el consumo de alcohol en adolescentes y su relación con el entorno urbano relacionado con el alcohol. Se presentará el consumo de alcohol, a partir de la prevalencia de binge drinking y de borracheras en adolescentes por barrio a partir de los datos de la encuesta de Factores de Riesgo en Estudiantes de Secundaria (FRESC) y se mostrará su relación con distintos indicadores de entorno urbano relacionado con el consumo de alcohol.

Financiación

Financiado por el plan nacional de drogas: (2016|029)

El alcohol en el medio urbano: perspectiva de los ciudadanos de Madrid mediante Photovoice

FRANCO, M.

Resumen no disponible.

Abordaje multidisciplinar en los trastornos por consumo de cannabis en la adolescencia

GOTI ELEJALDE, J.

El abordaje de los trastornos por consumo de cannabis entre adolescentes constituye un reto significativo. Frente a la evidencia existente en lo concerniente a los riesgos que se derivan del mismo, el contexto social y cultural en nuestro entorno constituye un medio en el que los factores bio-psicosociales que predisponen al consumo acaban determinando una baja percepción del riesgo asociado al consumo y una edad de inicio precoz del mismo, en un contexto de notable confusión respecto a qué nivel de consumo y en qué etapa de desarrollo y contexto social constituye un consumo normalizado, un consumo de riesgo o un trastorno por consumo.

El incremento en la demanda asistencial en población adolescente y adultos jóvenes por trastornos por consumo de cannabis, ha incentivado la investigación de estrategias terapéuticas apropiadas. Se han desarrollado protocolos de intervención manualizados, que pueden ser implementados en espacios de intervención en la comunidad, y que han demostrado su eficacia en ensayos controlados; la mayoría de estos programas inciden en la importancia de abordar dificultades en diferentes ámbitos psicosociales al mismo tiempo, integrando, en diferente medida, elementos terapéuticos de la terapia cognitivo conductual, la entrevista motivacional, la terapia multisistémica, la terapia familiar y la terapia de conducta.

Si bien estos programas muestran eficacia a corto y medio plazo, revisiones sistemáticas en torno a las opciones de tratamiento en esta población indican que los efectos de las mismas decrecen a lo largo del tiempo. Esto pone de relieve la complejidad psicosocial en las que las intervenciones se enmarcan, y la necesidad de que los adolescentes y jóvenes con trastorno por consumo de cannabis u otras sustancias, reciban un abordaje terapéutico multidisciplinar, continuado en el tiempo y adaptado sus circunstancias y desarrollo. El coste de tales intervenciones resalta la importancia de las estrategias de prevención e intervención precoz.

Aplicación clínica de la Unidad de Porro Estándar para la identificación precoz del consumo de cannabis

CASAJUANA KÖGEL, C.; LÓPEZ PELAYO, H; MIQUEL L.; BALCELLS OLIVERÓ, M.M.; OLIVERAS, C; COLOM, J.; GUAL SOLÉ, A.

El cannabis es la tercera droga más consumida a nivel mundial después del alcohol y el tabaco. En un contexto de creciente tolerancia al cannabis, la identificación precoz de consumidores expuestos a mayores riesgos asociados al consumo, gana relevancia. Actualmente no se ha consensuado una definición de consumo de riesgo de cannabis. La dificultad para cuantificar el consumo de cannabis y la ausencia de una unidad estándar se han visto reflejadas en registros clínicos heterogéneos, que a su vez, han limitado el estudio epidemiológico de qué patrones de consumo (frecuencia y cantidad) se asocian a mayores riesgos.

No obstante, debido al marcado efecto dosis-dependiente del cannabis, para la valoración del consumo se requiere considerar tanto la frecuencia como la cantidad consumida. La definición del consumo de riesgo de cannabis permitiría diferenciar aquellos consumidores con mayor probabilidad de sufrir consecuencias negativas y facilitaría que estos pudieran beneficiarse de una intervención breve en la consulta.

Con el objetivo de superar estas limitaciones, en 2017 se estableció la Unidad de Porro Estándar (UPE, 1 UPE= 7mg de 9-Tetrahidrocannabinol (9-THC)). Esta unidad se construyó en base a la experiencia de la Unidad de Bebida Estándar (UBE) y pretende ser un instrumento de fácil aplicabilidad para la cuantificación del consumo de cannabis. Se complementa con una regla de equivalencias que permite convertir información habitualmente expresada por usuarios a miligramos de sustancia psicoactiva: 1 UPE ? 1 porro de marihuana o hachís ? 0,25 gr cannabis ? 1 € ? 7 mg de 9-THC.

El establecimiento de la UPE incentivó un análisis ad-hoc para explorar el impacto de la cantidad consumida (medida en UPEs) en el riesgo a sufrir consecuencias negativas asociadas al consumo (medidas según la escala *Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*). La finalidad de este análisis fue establecer de manera preliminar un criterio cuantitativo que permitiese diferenciar consumidores expuestos a un mayor riesgo. Los resultados sugieren que el consumo de 1 UPE (7 mg de 9-THC) al día predispone a un mayor riesgo a tener problemas asociados al consumo de cannabis. La validación de este resultado por futuros estudios permitiría avanzar hacia la definición del consumo de riesgo de cannabis.

En conclusión, la implementación de la UPE en la práctica clínica podría, a corto plazo, mejorar la valoración y monitorización del consumo de cannabis, a la vez que facilitaría un lenguaje común que ayudaría a homogenizar los registros clínicos. A medio-largo plazo, la UPE podría permitir la exploración de las implicaciones clínicas de diferentes patrones de consumo, paso necesario para la caracterización del consumo de riesgo de cannabis. Su definición será clave para la identificación precoz de consumidores de riesgo, y contribuirá a mejorar las estrategias preventivas y a disminuir el impacto del cannabis en la salud pública.

Evaluación del consumo de cannabis en la consulta: limitaciones de las escalas estandarizadas para evaluar todas las dimensiones del problema

LÓPEZ PELAYO, H.; CASAJUANA KÖGEL, C.; MIQUEL DE MONTAGUT, L.; OLIVERAS SALVÀ, C.; BALCELLS OLIVERÓ, M.M.; GUAL SOLÉ, A.

El consumo regular de cannabis alcanza el 7,3% de la población española siendo la tercera sustancia más consumida tras el alcohol y el tabaco. Paralelamente la percepción del riesgo de consumo regular de cannabis ha disminuido en los últimos 20 años. En la actualidad, la legislación sobre la producción, comercio y consumo de cannabis está virando desde la prohibición hasta la regularización en diferentes países y regiones. En este marco histórico la evaluación precoz de potenciales usuarios problemáticos de cannabis cobra más importancia que nunca. Sabemos que el consumo regular de cannabis afecta a las diferentes dimensiones de la salud y el bienestar. En cuanto a salud mental hay una clara relación con la aparición y el peor pronóstico de la esquizofrenia, el deterioro cognitivo, y la dependencia de la sustancia (1 de cada 10 consumidores regulares). A nivel físico se relaciona con problemas cardiovasculares, el síndrome de hiperémesis cannábica, y el daño durante el embarazo (bajo peso al nacer y parto pre-término), sin poderse descartar su asociación a problemas pulmonares y formación de neoplasias. En la dimensión social puede disminuir el rendimiento académico y es un factor de riesgo de accidentes de tráfico. Pese a existir al menos 25 instrumentos validados para la identificación de los consumidores problemáticos de cannabis, todos ellos tienen limitaciones para cumplir uno o más de los siguientes criterios: fiabilidad, validez, adaptabilidad a diversos patrones de consumo, aplicabilidad a la práctica clínica diaria, brevedad, claridad, usabilidad en diferentes poblaciones y ámbitos asistenciales. En pocas ocasiones evalúan el riesgo de aparición de daño asociado al consumo de riesgo de cannabis en todas sus dimensiones y por tanto no existe una definición operativa – a través de la frecuencia y cantidad consumida, grupos poblacionales- del consumo de riesgo de cannabis (“un patrón de uso que incrementa el riesgo de consecuencias dañinas para el usuario -salud física, mental o consecuencias sociales-. En contraste con el consumo problemático, el consumo de riesgo tiene un significado en la salud pública más allá de la ausencia de ningún trastorno actual en el usuario a nivel individual “OMS). Es muy relevante identificar los consumidores de riesgo en ausencia de daño asociado ya que permite una intervención más precoz y por tanto más efectiva.

En esta ponencia revisaremos brevemente la evidencia sobre las dimensiones de los daños causados por el consumo regular de cannabis, las limitaciones de los instrumentos de evaluación existentes, las oportunidades de investigación en este campo y la principal guía clínica de recomendaciones para la reducción de riesgo “Lower Risk Cannabis use Guidelines for Canada”.

Evolución del consumo de opioides de prescripción

COLOMA-CARMONA, A.; CARBALLO, J.L.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J.;
VAN-DER HOFSTADT, C.J. Y PÉREZ-CARBONELL, A.

El aumento en las prescripciones de fármacos opioides para el tratamiento del dolor crónico, se ha visto asociado a un incremento de las tasas de abuso y dependencia de dichos analgésicos. Ante esta situación, en los últimos años, son muchos los estudios que se han centrado en identificar los factores asociados al desarrollo de abuso y/o dependencia durante el tratamiento con fármacos opioides. Sin embargo, son escasos los estudios realizados en población española. Por este motivo el objetivo del presente estudio fue analizar la prevalencia del uso y la dependencia a fármacos opioides en población española con dolor crónico, así como evaluar los factores asociados a su desarrollo.

Método

Participaron un total de 310 consumidores de fármacos opioides, pacientes con dolor crónico de una Unidad de Dolor. Se evaluaron variables sociodemográficas, características del tratamiento con opioides, uso de otras sustancias, variables médicas (pauta de consumo de psicofármacos, consumo de otros fármacos y número de especialistas visitados habitualmente) y variables psicológicas (gravedad de la dependencia, sintomatología ansioso-depresiva y dolor percibido). Se llevaron a cabo análisis descriptivos, bivariados y de regresión logística binaria.

Resultados

El número total de años en tratamiento, de fármacos prescritos y de especialistas visitados habitualmente es significativamente mayor en los pacientes dependientes ($p < .01$), los cuales consumen más antidepresivos y ansiolíticos ($p < .05$) y presentan más ($p < .01$) percepción de intensidad e interferencia del dolor. Se observaron mayores tasas de dependencia también en aquellos pacientes que consumen más de un opioide de forma combinada. El modelo creado con las variables número de fármacos consumidos, presencia de depresión, consumo de ansiolíticos e intensidad percibida del dolor, clasifica correctamente al 72,5% de los pacientes dependientes.

Conclusiones

En el desarrollo de la dependencia parecen influir variables médicas y psicológicas que deben tenerse en cuenta en la planificación del tratamiento y en el desarrollo de estrategias preventivas del uso inadecuado, las cuales deben ser independientes del género. Son necesarios estudios con muestras más amplias que profundicen en las variables relacionadas con la dependencia y analicen la aplicabilidad del modelo en la identificación de pacientes dependientes.

Evolución de los nuevos derivados anfetamínicos

GALICIA, M.

El mercado de las drogas de abuso se encuentra en continua evolución y con un gran dinamismo y capacidad de adaptación. Se sigue caracterizándose por el gran número de nuevas sustancias que se notifican cada año. Entre 2008 y 2015, un total de 644 drogas emergentes han sido notificadas a través del sistema de alerta temprana de la UE. Entre las nuevas drogas psicoactivas podemos encontrar tanto sustancias conocidas desde hace mucho tiempo, como sustancias de nueva síntesis.

El grupo de derivados de las feniletilaminas es muy numeroso y abarcan desde el éxtasis y anfetaminas, hasta el grupo de las catinonas. El objetivo de esta ponencia es realizar una actualización de la evolución de estas sustancias psicoactivas, patrones de consumo, su toxicidad y manejo clínico.

Las anfetaminas son un grupo de sustancias derivadas de las feniletilaminas, que constituyen un amplio grupo. Desde las “clásicas” MDMA y análogos, anfetamina y metanfetamina han ido apareciendo en el mercado de drogas nuevas sustancias derivadas de las fenetilaminas.

Los derivados dimetoxi y trimetoxi análogos de la anfetamina no son tan nuevos, ya que también fueron sintetizados en la segunda mitad del siglo pasado, aunque alguna de ellas han resurgido en los últimos años. Destacan las DOM, DOB, DOC, TMA-2.

Los derivados 2C también fueron sintetizadas en las décadas de los 70 y 80, como sustitutos del MDMA, destacando 2C-B (“Nexus”), 2-CE y 2C-T-7. Al igual que las anteriores han sido utilizadas como sustitutivos del MDMA.

Los NBOME son un subgrupo que deriva de la serie 2C y son sustancias más novedosas, sintetizadas en este siglo, destacando 25B-NBOME, 25C-NBOME, 25I-NBOME. Introducidas en el mercado como alternativas al LSD dadas sus propiedades psiquedélicas, aunque con importantes manifestaciones simpaticomiméticas.

Los compuestos benzofuranos, también denominados compuestos “FLY”, entre los que destacan Bromo-Dragon-FLY, y 2C-B-DragonFLY, son derivados de las fenetilaminas sintetizadas a finales del siglo pasado. Presentan una muy prolongada duración de los efectos, que se caracterizan por ser piquedélicos y simpaticomiméticos.

Los aminoindanos son derivados indanos de las feniletilaminas con una gran similitud con sus análogos anfetamínicos. Destacan el 5,6-metilendioxi-2-aminoindano o MDAI, el MDMAI y el MMAI. Sintetizados como sustitutos del MDMA, al igual que con otros compuestos, existe muy poca información sobre efectos y toxicidad.

Otros derivados anfetamínicos como la 4-metilanfetamina, 4-metiltoanfetamina, 4-fluoroanfetamina, 4-fluorometanfetamina, 4,4'-dimetilaminorex, entre otras, son sustancias de síntesis que buscan remedar los efectos de las anfetaminas clásicas, realizándose modificaciones químicas escasas para mantener los efectos buscados, aunque con un potencial de toxicidad muy variable. Los derivados del pipradrol presentan una acción similar a otras anfetaminas pero más prolongada. Entre los más representativos se encuentran el desoxipipradrol o 2-DPMP, el D2PM y el desoxiD2PM.

En conjunto, todas las sustancias mencionadas cursarán clínicamente con un toxíndrome simpaticomimético, serotoninérgico y/o alucinógeno. Se han descrito numerosas intoxicaciones agudas con mortalidad importante. Igualmente existe el riesgo de dependencia en los consumidores habituales.

El tratamiento será sintomático.

Evolución de los hipnosedantes: benzodiazepinas no farmacológicas

BAJO BAJO, A.; SANTOS PÉREZ, M.E.

Los fármacos hipnótico-sedantes comprenden un gran número de medicamentos, siendo las benzodiazepinas los fármacos más prescritos y consumidos seguidos por los fármacos hipnóticos-sedantes no benzodiazepínicos, barbitúricos y no barbitúricos, etc.

En 1955 los laboratorios Roche bajo la dirección del Dr. Nutley, creó la clase química conocida como benzodiazepinas siendo la primera el clordiazepóxido, patentada en 1959 y comercializada en 1960. Desde entonces se han comercializado numerosas sustancias pero desde hace varios años no se registra ningún preparado nuevo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aunque ello no impide que el Sistema de Alerta Temprana (SEAT) haya detectado en los últimos dos años 4 nuevas sustancias dentro de este grupo.

Una de las novedades de la última encuesta EDADES, publicada a finales de 2017 es que incorpora un módulo específico sobre el uso de hipnosedantes, que explora la prevalencia y las características del consumo de este conjunto de sustancias (vía de obtención, pauta de tratamiento, motivos y sintomatología que originaron la prescripción, etc.).

La Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), observa por tercera vez consecutiva la tendencia de mayor consumo de hipnosedantes que el consumo de cannabis. En la última década, la prevalencia del consumo de psicofármacos con y sin receta ha aumentado 6,9 puntos porcentuales (del 5,1% de 2005 al 12% de la población entre 15 y 64 años en 2015), mientras el del cannabis ha bajado 1,7 puntos, de 11,2% a 9,5%. El uso de drogas legales -alcohol, tabaco y fármacos- supera al de las ilegales.

El subgrupo *Ansiolíticos: derivados de la benzodiacepina*, ocupa el tercer lugar entre los subgrupos farmacológicos más consumidos, existiendo tres principios activos de este subgrupo entre los 15 preparados más consumidos en España según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

No obstante, se observa un ligero descenso del consumo de los hipnosedantes con y sin receta, (12% actual por 12,2% hace 2 años), frenándose la tendencia ascendente de los últimos 10 años. Los datos reflejan que el 18,7% de los encuestados los ha probado alguna vez en su vida, el 12% en el último año, el 8,1% en el último mes y el 6% a diario. Como novedad en esta edición de EDADES se ha medido, según la escala del DSM-V, el consumo problemático de hipnosedantes, que alcanza al 2,5% de la población.

Este conjunto de sustancias se comienza a consumir, de media, a una edad más tardía (35,6 años) y es la única droga estudiada cuyo consumo está más extendido entre las mujeres (15,8%) que entre los hombres (8,3%). El tramo de edad que presenta mayor inicio de consumo es el de las mujeres de 45 a 54 años.

Un porcentaje cada más amplio de las prescripciones realizadas en nuestro país del grupo de hipnosedantes (superior al 25%) corresponde al grupo de análogos no benzodiacepinas (Z-Drugs), zolpidem, zopiclona y zaleplon. Un problema detectado por varios estudios internacionales es que estos medicamentos con indicaciones de uso para pocas semanas, permanecen prescritos a veces durante años.

TDAH y patología dual: dos lados de una misma cara

MARTÍNEZ RAGA, J.

Resumen no disponible.

Perspectiva de género en las adicciones: la comorbilidad psiquiátrica

TORRENS, M.; GARCIA-GUIXA, A.; MESTRE-PINTO, J.I.; TIRADO-MUÑOZ, J.; FARRÉ, A.

En los últimos años ha aumentado el interés por la perspectiva de género en las adicciones en general y en la patología dual en particular (García-Guix et al, 2018). Así aunque los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en hombres que en mujeres, la probabilidad de tener otro trastorno mental comórbido es el doble en las mujeres consumidoras que en los hombres. En las mujeres la patología dual oscila entre 15% y el 100%, siendo los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad (de la conducta alimentaria y de personalidad límite los más prevalentes (Torrens et al, 2011; Frem et al, 2017).

En esta ponencia se revisaran los distintos factores implicados que permiten explicar esta mayor comorbilidad psiquiátrica en las mujeres afectas de trastorno por consumo de sustancias, así como algunas de las intervenciones terapéuticas especialmente diseñadas desde la perspectiva de género.

Referencias

Frem, Y., Torrens, M., Domingo-Salvany, A. and Gilchrist, G. "Gender differences in lifetime psychiatric and substance use disorders among people who use substances in Barcelona, Spain", *Advances in Dual Diagnosis* 2017; 10: 45-56.

Torrens, M., Gilchrist, G. and Domingo-Salvany, A. "Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders", *Drug Alcohol Depend.* 2011; 113: 147-156

García-Guix A, Mestre-Pinto JI, Tirado-Muñoz J, Domingo-Salvany A, Torrens M. Psychiatric co-morbidity among women with substance use disorders. *Advances in Dual Diagnosis* 2018; 11: 1-3.

Red de Trastornos Adictivos, UE-FEDER RD16/0017/0010.

¿Existen las psicosis inducidas?

ARIAS HORCAJADAS, F.

Resumen no disponible.

El Modelo Portugués: un abordaje de Salud Pública

CASTEL-BRANCO GOULÃO, J.

- Se presentará una perspectiva histórica de la evolución de los consumos de sustancias psicoactivas en Portugal, de su transversalidad social, del impacto en la sociedad portuguesa y del desarrollo de las respuestas del Estado y privadas;
 - Se discutirán los aspectos principales de la Estrategia Nacional de Lucha contra la Droga de 1999, que incluía la descriminalización de los consumos;
 - Se explicará en detalle el concepto de descriminalización, como funciona en la práctica y la evolución de las reacciones internacionales;
 - Se explicaran los planes estratégicos siguientes y la inclusión de otros comportamientos adictivos en su abordaje;
 - Se darán detalles de la red de cuidados, de prevención, de reducción de riesgos y de reinserción;
 - Por último, se presentará la evolución de algunos indicadores a lo largo de los últimos 20 años.
-

Integración del alcohol en las políticas nacionales de drogas

CARDOSO, M.

En 2006 el Gobierno Portugués ha atribuido al, entonces, Instituto de Droga e Drogadicción (IDT), competencias en la gestión del Plan Nacional para la reducción de los problemas ligados al alcohol.

En 2012 el Servicio de Intervención en los Comportamientos Adictivos e las Dependencias (SICAD), sucesor del IDT, integró las respuestas a los problemas de droga, de drogadicción e del uso nocivo de alcohol con otros comportamientos adictivos.

Así la política portuguesa para la reducción de los problemas ligados al alcohol sigue un abordaje orientada para dos campos: campo de oferta e campo de procura. El plan nacional contempla, en el campo de oferta, cuestiones de producción, acceso, calidad e publicidad de alcohol. Las cuestiones de procura son abordadas teniendo en atención las etapas de ciclo (embarazo, niños, adolescencia, jóvenes, adultos, viejos) de vida del ciudadano, el contexto (familiar, escolar, ocupacional, recreacional, prisiones, militar, rodo viario...) en que se mueve e los tipos de intervención (prevención, reducción de danos, tratamiento e reinserción) necesaria para resolver el problema.

Presentaré los cuatro pilares fundamentales para el desarrollo del Plan.

En primer lugar la coordinación nacional que incluí, para la del coordinador nacional, el consejo interministerial, coadyuvado por una comisión técnica, e el consejo Nacional; en segundo la definición de metas claras. Con estas metas será posible a todas entender lo que se procura. Servirá como faro para toda la intervención. En tercer lugar a claréz e implementación de una red de referenciación e articulación que privilegie la identificación temprana e una intervención breve, seguida de una referenciación para cuidados dedicados o específicos se necesario.

El cuarto pilar es el fórum nacional alcohol e salud, un espacio de discusión e partilla de implantación de proyectos, actividades e acciones que concurran para el cumplimiento del plan nacional e el atingir de las metas. Hablaré un poco de cómo está organizado, como funciona, de los miembros (administración pública, sociedad civil, sociedades científicas, universidades, municipios, organizaciones non gubernamentales) de los compromisos, de las acciones e de como intentamos cambiar, con todos los socios, la cultura de consumo de alcohol.

Para finalizar presentaré algunos resultados nómadamente de cumplimiento de las metas que abemos definido.

Parkinson y Conducta Adictiva

MIÑARRO LÓPEZ, J; BLANCO-GANDÍA, M.C.

La enfermedad de Parkinson (EP) es el segundo trastorno neurodegenerativo más común detrás de la enfermedad de Alzheimer. El objetivo terapéutico es reemplazar la pérdida de la dopamina en la vía nigroestriatal, especialmente en la sustancia negra, y asegurar que los receptores de dopamina (DA) postsinápticos se activen. La estimulación de la vía nigroestriatal mejora los síntomas de EP, pero también estimula la vía DA mesolímbica, implicada en los efectos reforzantes de las drogas. De hecho las drogas de abuso actúan de manera similar a los fármacos para el tratamiento del Parkinson en ésta última vía.

Se ha observado que estos pacientes en tratamiento presentan alteraciones en el control de impulsos y adicciones comportamentales como juego patológico, hipersexualidad, compras e ingesta compulsiva. Un porcentaje de pacientes (10,15%) presenta abuso de la Levodopa (principal tratamiento del Parkinson), similar al abuso de psicoestimulantes como la cocaína o anfetamina. Este abuso se produce especialmente en los estados denominados “off”, cuando los pacientes vuelven a la rigidez, con temblores e incapaces de moverse, aliviando así los síntomas motores a corto plazo.

Prácticamente no existen estudios en los que se indique si el consumo de drogas provoca el desarrollo de Parkinson o si existen efectos beneficiosos del consumo de alguna de estas. Se ha demostrado que la llamada heroína sintética, meperidina o MPTP (1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridina) produce sintomatología parkinsoniana tanto en humanos como en modelos animales. La cocaína, la MDMA y especialmente la metanfetamina, provocan un aumento del estrés oxidativo, neurotoxicidad neuronal y pérdida de DA en diferentes estructuras y su consumo podría provocar un mayor riesgo de desarrollo de la EP. A su vez, el consumo de anfetamina provoca a largo plazo una mayor puntuación en la evaluación de la EP, aumentando la dificultad para hablar, rigidez del cuello, habilidad en los movimientos de las manos y piernas, etc.

Por otro lado, algunas drogas de abuso pueden resultar neuroprotectoras. Diferentes estudios epidemiológicos indican que los fumadores tienen un 60% menos de riesgo de desarrollar EP. En cuanto al consumo de drogas recreativas en pacientes de EP, un porcentaje elevado indica el cannabis como la droga más consumida. El uso del cannabis se ha estudiado como una posibilidad en el tratamiento de la EP. Existe una mayor concentración de receptores CB1 en estructuras que están implicadas en el movimiento (sustancia negra y globus pallidus). En modelos animales se ha observado cómo los agonistas cannabinoideos revierten los efectos comportamentales y neuronales provocados por la MPTP. Sin embargo los estudios realizados en humanos con diseños controlados no indican la existencia de una mejora significativa en estos pacientes. Por lo tanto, y aunque es posible que el tratamiento con agonistas cannabinoideos puede mejorar alguno de los síntomas de la EP, estos resultados requieren ensayos clínicos que pongan de manifiesto su supuesta eficacia. Es indudable que el sistema cannabinoideo juega un papel importante en los trastornos del movimiento y podría ser utilizado como una diana terapéutica en el tratamiento de esta enfermedad.

Consumo de Alcohol y Alzheimer: consecuencias del consumo de alcohol en forma de atracones durante la adolescencia, sobre las alteraciones conductuales de la enfermedad de Alzheimer

LEDESMA LORENTE. J.C

Introducción/objetivos

El alcohol es la droga más consumida y que antes empieza a tomarse por los adolescentes, y su ingesta en forma de atracón es cada vez más frecuente. Se ha propuesto que este patrón de consumo produce múltiples alteraciones conductuales a largo plazo, a partir de procesos de neuroinflamación en distintas regiones cerebrales. La neuroinflamación es uno de los factores principales en el desarrollo de diversas enfermedades asociadas a la vejez, como el Alzheimer. Por esta razón, el presente estudio trata de investigar si el consumo de alcohol en forma de atracones durante la adolescencia afecta el posterior desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

Material y método

Como modelo animal de Alzheimer se emplearon ratones transgénicos de la estirpe APP/PSE (AZ) y como control sus homólogos "Wild Type", a los que se les dio desde el día postnatal 21 al 60, una inyección intraperitoneal diaria de salina o alcohol (2,5 g/kg) dos días seguidos y alternativamente se les dejaba sin tratamiento durante uno o dos días, para emular el patrón de consumo de atracones de alcohol en adolescentes humanos. Para evaluar el efecto de nuestro tratamiento a largo plazo, los animales fueron testados a los 3 y a los 6 meses de edad, mediante los siguientes paradigmas conductuales: campo abierto, laberinto de Hebb-William's, laberinto elevado en cruz, inhibición prepulso y test de suspensión de la cola; para medir locomoción, memoria y aprendizaje, ansiedad, rasgos psicóticos y sintomatología depresiva respectivamente.

Resultados

El alcohol reduce la locomoción en ambos grupos de edad y genotipos. Sin embargo, este tratamiento empeora la memoria y el aprendizaje sólo en los animales AZ. Además, a los 6 meses de edad los sujetos AZ expuestos al alcohol durante la adolescencia manifiestan sintomatología ansiosa y psicótica con respecto a sus controles. Finalmente, parece que los animales AZ poseen un fenotipo más depresivo que sólo se observa a los 3 meses de edad, independientemente del tratamiento.

Discusión/conclusiones

El consumo de atracones de alcohol durante la adolescencia es capaz de acelerar la sintomatología en la enfermedad de Alzheimer. Tal vez esto se deba a que este patrón de ingesta alcohólica potencia los fenómenos de neuroinflamación que propician este tipo de demencia.

Referencias

Pascual y cols., 2017; Liu y cols., 2012.

Móviles y trastorno por uso de Alcohol

RODRIGUEZ DE FONSECA, F.

Resumen no disponible.

Impacto y manejo de la comorbilidad en personas con adicción y trastorno de ansiedad

SAIZ MARTÍNEZ, P.

Resumen no disponible.

Impacto y manejo de la comorbilidad en personas con adicción y trastorno del humor

TORRENS, M.; FARRÉ, A.; TIRADO MUÑOZ J.; SZERMAN, N.; MESTRE-PINTÓ J.

La comorbilidad entre la depresión mayor (DM) y los trastornos por uso de sustancias (TUS) es la patología dual más frecuente en el campo de las adicciones a sustancias, con prevalencias que oscilan entre el 12 y el 80%. Estos pacientes duales presentan mayor gravedad psicopatológica, se asocia a mayor comorbilidad con otras patologías médicas, peor funcionamiento social, y peor pronóstico si no se tratan. Así pues es crucial su diagnóstico y tratamiento.

En esta ponencia se presenta el estado actual del diagnóstico y abordaje terapéutico para la depresión comórbida en pacientes con TUS. Se revisa la evidencia disponible de tratamientos farmacológicos y psicológicos enfatizando además en los efectos adversos y las posibles interacciones.

Referencias

Farré A, Tirado-Muñoz J, Torrens M. Dual Depression: A Sex Perspective. *Addict Disord Their Treat.* 2017 Dec;16(4):180-186

Tirado Muñoz J, Farré A, Mestre-Pintó J, Szerman N, Torrens M. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones.* 2018 Jan 1;30(1):66-76.

Agradecimientos

La revisión se ha realizado gracias a ayudas para investigación de European Commission– Directorate General for Research and Innovation (Horizon 2020) (Creating medically driven integrative bioinformatics applications focused on oncology, CNS disorders and their Comorbidities: MedBioinformatics N° contrato: 634143) y del Instituto de Salud Carlos III (Red de Trastornos Adictivos, UE-FEDER 2012, RD16/0017/0010).

Impacto y manejo de la comorbilidad en personas con adicción y trastorno psicótico

FLÓREZ MÉNDEZ, G.

Resumen no disponible.

Incorporación de la perspectiva de género al PAIME

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M.

Resumen no disponible.

Perspectiva de género desde la experiencia del programa PAIME

BRAQUEHAIS GONESA, D.

Introducción

La feminización de la profesión médica tiene implicaciones en diversos ámbitos profesionales. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) se creó en 1998 con la finalidad de abordar los trastornos mentales, entre ellos las adicciones, en los médicos. Los problemas de esta índole también deben enfocarse teniendo en cuenta las diferencias de género.

Objetivo

1. Introducir conceptos básicos sobre la perspectiva de género y revisar la situación actual de feminización de la Medicina y de otras profesiones sanitarias y sus consecuencias en diversos ámbitos.
2. Reflejar los principales datos de prevalencia de trastornos mentales, entre ellos los adictivos, en médicos enfermos en otros programas para médicos a nivel mundial según la variable “sexo”.
3. Describir y analizar los datos asistenciales del PAIME de Barcelona (1998-2018) según la variable “sexo”.
4. Proponer estrategias de “escucha” del malestar en médicos dentro del programa PAIME según la perspectiva de género.

Metodología

La presentación pretende animar a la reflexión partiendo de los datos epidemiológicos y de los datos clínicos.

1. Se presentarán los resultados de las encuestas realizadas en profesionales de la salud llevados a cabo por la Fundació Galatea en Cataluña analizándolos desde la perspectiva de género así como las diferencias en la conciliación familia-trabajo en hombres y mujeres médico, trabajo presentado recientemente por el Colegio de Médicos de Barcelona.
 2. Respecto a la parte clínica, se mostrarán los datos de los pacientes atendidos en el PAIME de Barcelona (PAIMM) desde 1998 a 2018 según el género y se hará un análisis específico del papel del género en el manejo de los casos difíciles.
-

El tratamiento de las adicciones desde la perspectiva de género en el PAIME

TERÁN PRIETO, A.

La salud física y mental de los médicos se ha convertido en un tema de creciente interés. Al contrario de lo que muchas personas piensan, los médicos no son inmunes a las dificultades y problemas del día a día de su ejercicio profesional. Por el contrario, este produce altos niveles de tensión, sobrecarga y estrés laboral fuente de todo tipo de patologías. A pesar de ello, las necesidades asistenciales de los profesionales de la medicina no han sido estudiadas en profundidad y detalle, entre otras razones, por la tendencia de los médicos a ocultar el padecimiento de aquellas bajo el autodiag-

nóstico y autotratamiento. Este es mucho más habitual cuando se trata del padecimiento de enfermedades mentales –adicción a drogas– con una carga importante de estigma, rechazo y posibilidad de incapacitación para el ejercicio profesional. Diferentes estudios han señalado la importante prevalencia de trastornos mentales en la profesión médica: T. Afectivos; T. Ansiedad, T. Sueño, T. Adictivos, etc; además de tasas de suicidio superiores a las de la población general.

En el último cuarto de siglo hemos asistido a un protagonismo creciente de la mujer en el campo de la Medicina, al punto de igualar y superar en número a los hombres. Todo ello abre la puerta a una nueva realidad asistencial, ya que las mujeres médicas muestran algunos factores específicos y áreas de riesgo particular para el enfermar.

A lo largo del año 2016 fueron atendidos en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) un total de 323 facultativos de los que el 52,5% fueron mujeres y el 47,5% hombres. Le media de edad fue de 36 años para las primeras y de 44 años en los segundos. La demanda de tratamiento por Adicción a Drogas se produjo en el 19,4% superada por los T. del Estado de Ánimo (29,4%) y los T. Adaptativos (20,9%).

En la presente ponencia analizamos los aspectos fundamentales de la asistencia a las adicciones en el PAIME desde la perspectiva de género, poniendo especial foco de atención a los factores fundamentales de la etiopatogenia, clínica, diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico de este trastorno psiquiátrico en las profesionales médicas.

Top 10 de las Comunidades Autónomas

FERNÁNDEZ MIRANDA, J.J.

Resumen no disponible.

Top 10 de las Comunidades Autónomas

SEIJO, P.

Resumen no disponible.

Implementación de programas de tratamiento grupal ambulatorio para pacientes TLP en la red pública asistencial de Valencia: el STEPPS

GALATAYUD FRANCÉS, M; OCHANDO KORHONEN, B; GARCIA PEREZ, P; GONZALEZ ABOLAFIO, M. L.

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) representa una de las patologías más graves que vemos en nuestros dispositivos asistenciales, así como una de las que mayor costo sociosanitario conlleva y que genera más desgaste en los profesionales que los atienden, que saben que es un factor indispensable para la mejor evolución, combinar al tratamiento farmacológico psiquiátrico la Psicoterapia.

El Programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) comenzó en la Universidad de Iowa en 1995. Fue desarrollado en respuesta a las directrices que se marcaban desde las administraciones orientadas a disminuir costes, reducir el tiempo de estancia y los ratios de rehospitalización de los pacientes con TP graves incluidos en programas de salud mental. Se centraron en desarrollar un programa de tratamiento para pacientes ambulatorios con TLP que se pudiera tratar de una forma más conveniente mediante la terapia de grupo. Se revisaron los modelos disponibles y seleccionaron un enfoque para el tratamiento de las personas con TLP, originalmente desarrollado por Bartels y Crotty (fundamentalmente psicoeducativo) que alargaron y combinaron con otras directrices basadas en terapias de Tercera Generación, incluyendo la terapia Dialéctico-comportamental de Linehan. El programa de tratamiento grupal STEPPS es un instrumento terapéutico útil y de fácil aplicación clínica por su formato y contenidos. Es un tratamiento estructurado grupal semanal, de unas 20 semanas de duración, en

que se entrenan diferentes *habilidades básicas* para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas, con el apoyo de materiales-guía tipo cuestionarios de autoevaluación, fichas de trabajo de cada tema, ejercicios prácticos y vivenciales, materiales audiovisuales y tareas para casa. El entrenamiento se compone de *tres fases*:

- Fase I: Conciencia de enfermedad. Nueva DENOMINACIÓN de TLP a TIE
- Fase II: Entrenamiento en habilidades para la regulación de las emociones
- Fase III: Entrenamiento en habilidades para la regulación de las conductas.

Como continuidad existe el *STAIRWAYS, Programa de mantenimiento-seguimiento* para reforzar logros-nuevas habilidades.

Adaptaciones en la red pública valenciana: 3 tipos de experiencias

1. Pacientes TLP
2. Pacientes TLP-TUS
3. Grupo mixto: pacientes TLP y Pacientes TLP-TUS

Criterios inclusión/método selección/grupo anual

El paciente es seleccionado y derivado desde terapia individual y pasa por un periodo de evaluación previa al inicio del grupo. Se revisa su estado mental, status adictivo, administramos distintas pruebas psicométricas (pre y post) y finalmente se evalúa la motivación /actitud ante la participación y se exponen los requisitos de participación. Los terapeutas del STEPPS no son necesariamente los mismos que a nivel individual y el Programa no se considera sustituto de dicho seguimiento, sino como valor añadido al programa de tratamiento de cada paciente.

Adaptaciones del programa

Se revisan/adaptan algunas de las reglas del STEPPS original: abstinencia, asistencia, realización de tareas...Se incluyen nuevos materiales de apoyo en todas las lecciones y mindfulness para regulación emocional.

Se respetan todas las sesiones del programa, pero algunas se han acortado o ampliado y se han añadido nuevas (farmacología, relaciones interpersonales/dependencia emocional, familias...)

Desde hace un año, los pacientes que han realizado STEPPS, pasan a Programa Stairways para consolidación y aprendizaje de nuevas habilidades (control impulsividad, manejo de conflictos interpersonales, nuevas metas, entrenamiento en asertividad...).

Resultados de la aplicación del Programa de Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness (MBRP) y Compasión modificado

TOMÁS GRADOLÍ, V.

El Programa de Prevención de Recaídas basado en Mindfulness y Compasión (MBRP) utiliza como referente la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y entrena a los participantes en la identificación de factores de riesgo que conduzcan a posibles recaídas, así como en el desarrollo de habilidades de afrontamiento efectivas. Se trata de incrementar la tolerancia y aceptación de los estados negativos, como puede ser el craving, a nivel físico, cognitivo y emocional, disminuyendo la necesidad del sujeto de aliviar el malestar mediante el consumo. Se realiza un estudio cuasiexperimental pre-post, de 6 meses de duración, con una muestra de 28 pacientes divididos en grupo control (que recibe terapia TCC) y grupo experimental (que recibe terapia TCC + terapia MBRP). El objetivo es evaluar la eficacia del MBRP y su relación con las siguientes variables de ajuste emocional: regulación emocional, autoestima, autocompasión, resiliencia, alexitimia, autoeficacia, calidad de vida y variables psicopatológicas. Se utilizan 12 instrumentos de medida de tipo autoinforme. Los resultados muestran que los pacientes con MBRP mejoran en mayor medida y muestran menos recaídas, por tanto se demuestra la efectividad del programa.

Los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo la investigación fueron:

1. *Escala de Autocompasión de Kristin Neff* (Neff.2003; versión española extraída de Juan Muzquiz y cols.2003).
2. *Escala de Conciencia y Atención Plena (MAAS)* (Mindful Attention Awareness Scale. Brown y Ryan.2003; versión española extraída de Cebolla, A.2012).
3. *Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ)* (Five Facets Mindfulness Questionnaire.Baer y cols. 2006; versión española extraída de Cebolla,A. 2012).
4. *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)* (Hervás y Jódar, 2008; Adaptación al castellano de Gratz y Roemer, 2004).
5. *Escala de Meta-Estados de ánimo (TMMS-24)* (Trail Meta Mood Scale. Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995 ; versión española de Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. 2004).
6. *Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF* (Who Quality of Life Assessment,WHOQOL Group , 1993 ; versión española de Lucas,R. 1998).
7. *Cuestionario de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965; versión española extraída de Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).
8. *Escala de Autoeficacia General* (Baessler, J., y Schwarcer, R.1996; versión española extraída de Baessler, J., y Schwarcer, R, 1996).
9. *Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)* (Connor & Davidson.2003)
10. *Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)* (Toronto Alexithymia Scale, Bagb,R.M. 1994 ; versión española de Martínez-Sánchez,F.1994).
11. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberg,Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1982; versión española extraída de Seisdedos Cubero,N, 1982).
12. *Inventario de Síntomas (SCL-90-R)* (Symptom Checklist 90-Revised, Derogatis,LR. 1974 ; versión española de Vallejo,M.A. 2007).

Discusión y conclusiones

- La terapia MBRP goza de comprobada efectividad porque conduce a un porcentaje menor de recaídas de los pacientes.
- La terapia MBRP produce una mejora de las variables de ajuste emocional:
 - a. Contribuye a una mayor regulación emocional, permitiendo al sujeto adaptarse mejor a las exigencias de su entorno, y promover la aceptación y gestión de sus estados no placenteros sin recurrir al consumo.
 - b. Potencia la atención y la consciencia, haciendo que el individuo se sienta responsable de sus actos y permitiendo una toma de decisiones más asertiva.
 - c. Incrementa en gran medida la autocompasión, empatizando con uno mismo y autocuidándose, para evitar la frustración y autocrítica.
 - d. Aumenta la autoeficacia, creando expectativas de éxito y aportando mayor confianza y motivación al paciente para continuar con el tratamiento (mayor adherencia terapéutica).
 - e. Mejora las relaciones interpersonales, incrementando la red de apoyo del individuo y su bienestar social.
 - f. Se reducen los síntomas psicopatológicos característicos del trastorno, como la ansiedad y el estrés, disminuyendo el malestar y la probabilidad de recaída.
 - g. Todos estos beneficios suponen un aumento de la calidad de vida del individuo.
- Tras el tratamiento, los pacientes MBRP son más conscientes de los efectos positivos del mantenimiento de la abstinencia y las variables que mejoran si no recurren al consumo, por tanto disminuye la probabilidad de recaída.
- Se observan más resultados significativos dentro de un mismo grupo a lo largo del tiempo (sobre todo en el grupo MBRP), que al comparar el grupo control con el experimental.
- Aunque no se encuentran diferencias significativas en autoestima, resiliencia y alexitimia, al mejorar los pacientes en el resto de variables de ajuste emocional éstas también experimentan resultados más positivos. No obstante, sería conveniente analizar con más detalle la relación de estas variables en estudios posteriores.
- Por último, cabe destacar que en otro grupo posterior de terapia MBRP, en el que gran parte de los pacientes de esta muestra han tenido continuidad, se ha observado a nivel de estimación clínica que las variables han

mejorado notablemente, apreciándose un 80% de no recaídas. Por tanto, a mayor implicación con la terapia, ésta ejerce mayor efectividad.

Comunidad Valenciana

PALAU MUÑOZ, C.

Resumen no disponible.

Motivación a pie de cama

CORDEIRO-CRESPO CABRAL-CAMPELLO, G.

Resumen no disponible.

Introducción

Desde que la UCA (Unidad de Conductas Adictivas) La-Mancha Centro cambió su ubicación al hospital en mayo de 2012, se pensó en optimizar el acceso de los pacientes al recurso. Así, tras reunión con Medicina Interna, ideamos un programa que es algo más que una interconsulta, para mejorar el abordaje y tratamiento de los usuarios, que estando ingresados, no tenían conciencia de trastorno por abuso de sustancias (TUS). Fue de esta forma como surgió el programa de “Motivación a pie de cama”. Se basa en la eficacia de las intervenciones breves para motivar a tratamiento.

Metodología

Tras coordinación con Medicina Interna, nos desplazamos desde la UCA a visitar al paciente ingresado, por otras patologías con TUS. Realizamos un primer contacto y otras tres visitas, haciendo una intervención breve, cuya duración no excede los 15 minutos. Esto permite al paciente acceder a tratamiento en la UCA, tras el Alta hospitalaria.

Paralelamente hay también un trabajo con la familia, dando pautas tendentes a mejorar la motivación del paciente al cambio y tratamiento en la UCA.

Asimismo, hay una coordinación con el internista, actuando conjuntamente y optimizando la intervención.

Resultados

Desde 2012 se realizaron 88 intervenciones: 76 de alcohol, 6 de cocaína y 6 de opiáceos. 79 del total (89,7%) solicitaron tratamiento en la UCA. 71 lo hicieron acompañados de un familiar (80,6%). 39 de los atendidos tenían comorbilidad mental (44,3%). 36 de ellos accedieron a tratamiento: 29, padecían un trastorno afectivo, 6 un trastorno de personalidad y uno, un trastorno psicótico. 8 eran mujeres, ninguna de ellas tenía comorbilidad mental, 6 de ellas solicitaron tratamiento.

Conclusiones

El perfil del paciente que accede a la UCA : dependiente de alcohol, del sexo masculino y con comorbilidad mental. Los resultados avalan la eficacia del programa.

Rentabilizando recursos (Programa de Desintoxicación ambulatoria con seguimiento intensivo en U.C.A.)

GALLEGRO BELLIDO, J.M

Área sanitaria correspondiente a la unidad de conductas adictivas de Talavera de la Reina: 170.000 Habitantes

La idea de un Programa de Desintoxicación ambulatoria con seguimiento intensivo en U.C.A surge ante la necesidad de un determinado número de pacientes que con criterios diagnósticos de dependencia a tóxicos (drogas, alcohol...) y con unas características biopsico-sociales determinadas, presentan dificultades para llevar a término una desintoxicación (ambulatoria o en Unidad de Hospitalización Breve):

- Bien porque no toleran o fracasan en los ingresos en U.H.B.
- Bien porque carecen de apoyo y/o supervisión familiar, que viven solos.
- O bien pacientes en situación de marginalidad (viven en la calle).

Valorada esta necesidad por el equipo de la U.C.A con el compromiso del mismo, suponiendo un sobre esfuerzo y disponiendo de recursos materiales tales como: sala de reuniones, sala de estar, sala de actividades, dos habitaciones con camas... Se pone en marcha un Programa de Desintoxicación ambulatoria con seguimiento intensivo en U.C.A. (El paciente acude desde las 8:30 a 14:30, durante un periodo de 8-15 días o hasta que se considere finalizada la desintoxicación).

Resultados

Durante estos dos años de funcionamiento (enero 2016- enero 2018) consideramos que se están cumpliendo las expectativas en cuanto a llevar a término la mayoría de las desintoxicaciones iniciadas y siendo muy positiva la aceptación por parte del paciente.

Salas de reducción del daño de alcohol

CACERES SANTOS, A.

El consumo excesivo de alcohol supone un importante problema en el colectivo de personas sin hogar (PSH) y es uno de los principales obstáculos para su proceso de normalización. Estas personas suelen consumir en la vía pública provocando actitudes de rechazo y estigmatización. El consumo se realiza sin control, por lo que se alcanzan altos niveles de intoxicación etílica que reduce sus capacidades y habilidades, con el consiguiente riesgo para su salud y el agravamiento de su situación psicosocial. La existencia de consumo activo genera grandes limitaciones para acceder a recursos de alojamiento y de tratamiento por la imposibilidad de ingerir alcohol en los dispositivos de la red de atención a PSH.

Enfocar la problemática del consumo de alcohol desde la perspectiva única de la abstinencia suele fracasar en las PSH. Es necesario diversificar las estrategias desde un enfoque centrado en la persona y, por esta razón, se considera necesario diseñar e implementar nuevos programas de intervención que faciliten el acceso a los servicios.

En Madrid, se han puesto en funcionamiento salas de reducción del daño en alcohol en dos centros de la red municipal de atención a personas sin hogar cuyo objetivo principal es la intervención específica con PSH que presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol. Se trata de paliar las consecuencias individuales y sociales de la adicción, mejorando la calidad de vida de la persona, reduciendo el impacto ambiental y facilitando el acceso y la adherencia a los tratamientos.

La intervención se realiza desde un enfoque de reducción de daños, respetando las decisiones de las personas que utilizan la sala y consensuando con ellas los objetivos individualizados del tratamiento. La sala puede ser utilizada por cualquier persona que resida en el recurso de alojamiento en el que está ubicada, que beba alcohol y no desee dejar de hacerlo pero que quiera controlar su consumo o mejorar su situación física, psicológica y/o social.

Las personas son valoradas por el equipo sanitario y social. Tras explicar las normas de funcionamiento de la SRD y firmar un contrato terapéutico, se establece de forma consensuada la pauta de consumo de alcohol (cantidad diaria, frecuencia de las tomas) que será custodiado y administrado por los profesionales del dispositivo.

Tanto profesionales como personas usuarias, perciben que el uso de la sala mejora el estado de salud y los autocuidados, favorece la reducción de la ingesta de alcohol y otras sustancias, facilita el acceso a otros beneficios sociales y la incorporación a otros recursos de tratamiento.

Beneficios de la implementación de Intervención Motivacional Breve en pacientes hospitalizados por traumatismos relacionados con el consumo de alcohol y/u otras drogas.

NAVAS, J. F.; CORDOVILLA-GUARDIA, S.; FERNÁNDEZ-MONDEJAR, E.; GUERRERO, F.; ORTEGA-ORTEGA, M.; PORTILLO-SANTAMARÍA, M.; VILAR-LÓPEZ, R.

Existen altas tasas de reincidencia en pacientes que han sido alguna vez hospitalizados por haber sufrido un traumatismo relacionado con el consumo de alcohol y/u otras drogas (ej. accidente de tráfico). Para reducir dicha reincidencia, se han desarrollado programas de intervención de aplicación en sistemas de salud (SBIRT, por sus siglas en inglés: *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*), que incluyen (i) un cribado sistemático del consumo de alcohol y otras drogas, (ii) la aplicación de una intervención motivacional breve (IMB) en aquellos pacientes con un resultado positivo y (iii), en caso necesario, su derivación para tratamiento de una potencial adicción en centros específicos.

Este programa se ha implementado de manera piloto dentro del Servicio Andaluz de Salud (Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada), obteniendo resultados que avalan su efectividad clínica y su eficiencia económica. De esta manera, en un seguimiento de 5 años, aquellos pacientes que habían recibido una IMB – basada en los principios de la Entrevista Motivacional – redujeron a la mitad el riesgo de recidiva en comparación con los pacientes que no recibieron tal intervención. Asimismo, se estimó que una reducción de la asistencia hospitalaria asociada a dicha intervención supondría un ahorro de 37 euros por cada euro invertido en la implementación del programa

Dado que los programas SBIRT ayudan a minimizar la reincidencia de pacientes traumatizados por consumo de sustancias y suponen un importante ahorro económico para el sistema sanitario, se debería estudiar la viabilidad de su implementación generalizada en los diferentes servicios públicos de atención a dichos pacientes.

Trastornos de personalidad y adicciones como factores de riesgo para la aparición de conductas delictivas

FLÓREZ MÉNDEZ, G.

En esta ponencia se presentarán resultados de un estudio realizado en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Orense) en el que participaron 204 internos. En este proyecto se estudió la relación entre los Trastornos de la Personalidad, en especial el Trastorno Psicopático de la Personalidad, el consumo de tóxicos y la comisión de delitos con consecuencias penales. Se observó que el instrumento utilizado para la valoración de la Psicopatía, PCL-R vs CAPP, condiciona la relación de la misma con las conductas delictivas. Por otro lado, y como era de esperar, el Trastorno de la Personalidad Antisocial se relacionó con la comisión de delitos, no especialmente con los violentos, y el consumo de tóxicos; pero también lo hicieron con menor intensidad el Trastorno Narcisista y el Paranoide. El consumo de tóxicos, en especial de: alcohol, cannabis, cocaína y derivados mórnicos, se relacionó con un mayor incremento en la comisión de delitos. De todos los subtipos de delitos, sólo hay uno, la conducción bajo los efectos del alcohol que no se relaciona de forma clara con los Trastornos de la Personalidad ni con el consumo de tóxicos,

con la excepción obvia del alcohol, indicando que los internos condenados exclusivamente por este tipo de delito forman un grupo diferenciado de los demás.

Tratamiento psicológico de la depresión dual en fumadores: hacia un modelo integrado de tratamiento

GONZÁLEZ DE LA ROZ , A.

En España el tabaquismo continúa siendo una de las primeras causas de morbimortalidad. Aproximadamente un 30-40% de las personas fumadoras presentan un trastorno depresivo o bien síntomas del mismo. Este dato muestra una situación muy preocupante si tenemos en cuenta que el consumo de tabaco se relaciona con un empeoramiento del estado de ánimo y que este último, a su vez, supone un predictor de pobres resultados en el tratamiento del tabaquismo. Hasta la fecha, los modelos de intervención disponibles para este perfil de pacientes se han basado en un modelo en serie donde se persigue la recuperación del paciente a nivel anímico para después promover la abstinencia. El trabajo que se presenta da respuesta a dos de las problemáticas más acuciantes de la sociedad actualmente: el tabaquismo y la depresión. Se trata, por tanto, de una investigación clínica y novedosa basada en un modelo integrado de tratamiento. Concretamente se describirán y discutirán los resultados obtenidos en las dos condiciones de tratamiento que se indican: 1) un tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar combinado con un componente de activación conductual para la depresión (8 sesiones) y, 2) un tratamiento que integra la condición anterior más un componente de manejo de contingencias para reforzar la abstinencia (8 sesiones). Igualmente, esta ponencia tiene como objetivo discutir las barreras y dificultades en la implementación de este tipo de programas en diferentes contextos; clínica y comunidad terapéutica. Para ello, se discutirán los resultados obtenidos de la aplicación de un tratamiento integrado para dejar de fumar (tratamiento cognitivo conductual y activación conductual) en pacientes ex-consumidores de alcohol y sintomatología depresiva con régimen de residencia en una comunidad terapéutica. Un total de 120 pacientes han sido asignados de forma aleatoria a las condiciones ya descritas. Al final del tratamiento un 71.4% alcanza la abstinencia. Aunque no existen diferencias significativas, los pacientes que reciben el tratamiento de manejo de contingencias muestran tasas de abstinencia ligeramente superiores a aquellos que reciben un tratamiento estándar para dejar de fumar junto con un componente de activación conductual (63,4% versus 72,7%). Este estudio supone el primer intento dirigido a desarrollar y evaluar el efecto de un tratamiento integrado (tabaquismo y depresión) en pacientes con síntomas depresivos graves. La depresión remite a niveles subclínicos, y es posible evidenciar una reducción significativa en la sintomatología de ansiedad a corto y medio plazo (seguimiento a los 6 meses). En definitiva, los resultados de este estudio muestran los beneficios de utilizar un modelo integrado de tratamiento. La experiencia realizada en la comunidad terapéutica en pacientes ex-consumidores de alcohol permite concluir que a pesar de las barreras y dificultades encontradas, es posible evidenciar un beneficio a nivel psicológico y de abstinencia después de 8 semanas de tratamiento.

Referencia del proyecto

Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO16-PSI2015-64371-P/FEDER).

Encuesta nacional Socidrogalcohol sobre prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastornos adictivos y otros trastornos mentales

FERNÁNDEZ MIRANDA, J.J.

Resumen no disponible.

Entrevista Motivacional en intervención grupal: un nuevo proyecto

MONTORO RUÍZ, M.; RUEDA SANCHEZ, G.; BRAVO ESCOBAR, M.A.

Dentro de las competencias enfermeras encontramos entre otros el trabajo de hábitos de vida saludable y mejorar estrategias de autocuidado. Se presenta un nuevo proyecto basado en intervención grupal y entrevista motivacional con el objetivo de ayudar a mejorar el autocuidado. Se plantea dar un enfoque diferente a lo que se está haciendo en las consultas de manera habitual, con la idea de conjugar la entrevista motivacional y la intervención en grupo para fomentar el autocuidado y darle un papel central a lo que saben las personas con las que trabajamos de cómo hacerlo.

¿Porque entrevista motivacional?, basándome en mi experiencia pero sobretudo en la evidencia científica encontré una herramienta capaz de ayudar en los cambios de desde una vertiente más facilitadora. Haciendo que el eje central de la intervención fuera trabajar juntos, facilitando que las personas puedan aportar su experiencia de la vida y de su dificultad, aceptando a cada persona como es sin intención de juzgarla, no aleccionando con lo que para mí, como profesional, es más importante, promoviendo que traigan sus propias soluciones, trabajando desde la autoeficacia, teniendo una intención genuina de acercarse al sufrimiento del otro con la idea de ayudar.

Este proyecto inicial se centrará en personas con psicosis, dado que la prevalencia mundial de personas diagnosticadas de esquizofrenia es del 1%. La utilización de fármacos que ayudan en esta enfermedad han evidenciado unos efectos secundarios como ganancia de peso, dislipemia,... que afectan a la salud física y a la calidad de vida. Uniendo estos efectos secundarios farmacológicos a la dificultad en mantener unos hábitos de vida saludables, falta de ejercicio, tabaquismo, dietas ricas en grasas... nos encontramos con una población que tiene un riesgo cardiovascular mucho mayor que en el resto. Estas personas tienen 2-3 veces más probabilidad de morir por enfermedades cardiovasculares que la población general.

Con el objetivo de poder evaluar la eficacia de una intervención grupal, realizada por una enfermera especialista, basada en Entrevista Motivacional en personas con psicosis y síndrome metabólico asociado surge este proyecto. Basándonos en que la utilización de una herramienta como la entrevista motivacional ayudará a las personas a promover cambios en su vida intentando adquirir hábitos más saludables que promuevan una mejora del riesgo cardiovascular.

La intervención grupal constará de ocho sesiones que tendrán un formato estructural mantenido. Iniciaremos las sesiones con una revisión de la semana. Abordaremos diferentes temáticas con base motivacional y finalizaremos el grupo con veinte minutos de ejercicio suave. Se realizarán siete sesiones semanales consecutivas y una octava a los tres meses para finalizar el grupo. Para poder evaluarla se utilizarán medidas antropométricas (peso, perímetro abdominal, medidas de tensión arterial, nivel de triglicéridos, colesterol HDL), escala de calidad de vida, escala de ansiedad y depresión.

Para asegurar la consistencia con la entrevista motivacional a parte de realizarla personal entrenado se grabará el audio de las sesiones para poder realizar una supervisión posterior por parte de un experto en Entrevista Motivacional.

Factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con un trastorno por consumo de sustancias

DE ANDRÉS MUÑOZ, S.

En los últimos años ha habido grandes avances científicos en el conocimiento de las bases neuropsicobiológicas y farmacológicas de las adicciones, sin embargo aún no se ha podido resolver uno de los principales retos en la práctica clínica diaria del paciente con dependencia de sustancias como es la continuidad en el tratamiento establecido. La tasa de abandonos y expulsiones suele ser superior a la de altas terapéuticas y el mayor número de abandonos se produce durante las primeras semanas de tratamiento, siendo éstos los más graves por ser los que tienen peor pronóstico.

En los estudios de seguimiento realizados en adicciones, parece evidente que la adherencia al tratamiento está directamente relacionada con la evolución post-tratamiento y con el éxito terapéutico (Guardia et al., 2000) produciéndose además una mejoría a nivel de los síntomas psiquiátricos y de la actividad psicosocial, incluyendo una disminución de la actividad delictiva cuando ésta existe (Girón., 2007). Estos hechos han fomentado la investigación de diversos factores que puedan predecir la probabilidad de adherencia terapéutica al inicio del programa. Sin embargo, la gran diversidad de variables estudiadas, la heterogeneidad de los pacientes y de los programas incluidos y la escasez de población de muchos estudios ha dificultado su validez externa y la comparación de resultados.

Recientemente se ha llevado a cabo un estudio piloto en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona con el objetivo de identificar factores predictivos de adherencia al tratamiento en pacientes con un trastorno por consumo de sustancias que realizan tratamiento de deshabituación en un Hospital de Día de Conductas Adictivas. Los resultados obtenidos, en una muestra de 216 pacientes, demostraron que vivir con la pareja e hijos e iniciar el tratamiento con un nivel de autoestima medio eran factores protectores que aumentaban la probabilidad de adherencia terapéutica. Sin embargo, la dependencia a más de una sustancia o un trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia actuaban como factores de riesgo de abandono a tener en cuenta.

Actualmente se pretende ampliar los hallazgos obtenidos replicando el estudio con pacientes ingresados en una Unidad de Desintoxicación para comprobar si el régimen de ingreso influye en la adherencia al tratamiento. Los hallazgos obtenidos podrían aportar evidencias empíricas que contribuyan a determinar los factores asociados al bajo cumplimiento y el abandono precoz, lo que a su vez podría facilitar establecer programas terapéuticos adecuados para el paciente. De igual manera, conocer dichas variables permitiría mejorar las tasas de retención en los distintos programas mediante la aplicación de técnicas específicas orientadas a este fin, con el consiguiente aumento de la eficacia de los mismos.

El entrenamiento en salud, el autocuidado... conceptos que están de moda

SOLANO VILLARRUBIA, C.

El autocuidado está presente a raíz de las estrategias y modelos de atención a pacientes crónicos desde que la OMS declaró que el reto de *Salud para todos en el siglo XXI, es hacer frente a la carga mundial de las enfermedades no transmisibles*. En ellos aparece como uno de los elementos clave para una óptima atención a la cronicidad el rol de paciente activo, comprometido con el autocuidado y la autogestión de su enfermedad. En estos momentos se puede decir que el autocuidado cobra relevancia y *está de moda*, con el consiguiente peligro de simplificación del concepto. Será necesario comprender el autocuidado y recurrir a Dorotea Orem que en 1969 formalizó el concepto de autocuidado en su *Teoría de Enfermería del Autocuidado*. El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas y los demás, y hacia el *mantenimiento de la vida y la salud*. La esencia del autocuidado radica en el hecho de ser un acto voluntario, “puedo cuidarme o no”, íntimamente ligado a la cotidianidad, a las *vivencias y las creencias* de las personas, muy dependiente de la *predilección de las personas* por actuar en determinadas circunstancias y por el derecho de las personas a mantener el *control sobre su propio patrón de vida*.

El entrenamiento en salud es un concepto que aparece como una nueva tendencia en educación para la salud de las personas con enfermedades crónicas y pretende contribuir a aumentar el autocontrol sobre su enfermedad. Más concretamente Carmen Ferrer se refiere al *entrenamiento en autocuidado, como un rol enfermero* que va más allá de la educación. *La enfermera entrenadora en autocuidado*, con sus intervenciones y el acompañamiento personalizado de las personas con enfermedad crónica, busca conseguir la mayor autonomía posible en salud, mejorando la motivación y los conocimientos y ayudándoles a desarrollar las habilidades necesarias para alcanzar el mejor nivel de autocuidado y autogestión de su problema de salud.

El *entrenamiento en salud* se define como: “ayudar a las personas a adquirir conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para participar activamente en su cuidado, a fin de que puedan *alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos*. Este matiz es relevante, ya que al hablar de las metas identificadas por la persona, estarán en coherencia con su patrón de vida. Por ello es un concepto que se puede aplicar para el fomento de las conductas de autocuidado, el entrenamiento en autocuidado.

La técnica de entrenamiento en salud apela al concepto de *autoeficacia percibida* que es la creencia de la persona en la propia capacidad para controlar las situaciones difíciles, independientemente de los conocimientos y las habilidades que tenga. Las creencias sobre la eficacia de uno mismo actúan como un potente elemento motivador.

La intervención profesional para fomentar el autocuidado requiere una relación de confianza basada en una relación colaborativa. En este tipo de relación los profesionales tienen que abandonar el rol de experto/directivo y acercarse a las personas desde un rol facilitador/colaborativo en el que el profesional se esfuerza por ayudar a los pacientes a que encuentren sus propias respuestas y soluciones, centrándose en las fortalezas de las personas, en lo que está funcionando bien y en la motivación.

Marcadores inmunológicos en adicción: ¿qué información nos aportan?

CAPARRÓS CAYUELA, E.

Resumen no disponible.

Modelos experimentales en adicciones y biomarcadores cerebrales en dependencia

MANZANARES ROBLES, J.

Resumen no disponible.

Biomarcadores psicofisiológicos en la detección y tratamiento de trastornos adictivos

RUBIO VALLADOLID, G.

Los biomarcadores psicofisiológicos son dimensiones que están presentes en determinados individuos y que contribuyen en el desarrollo de las enfermedades. En el caso de la adicción al alcohol se han considerado tradicionalmente tres que además pueden influir en las recaídas: el sesgo atencional hacia las señales condicionadas, el deseo de beber y la capacidad de inhibición la conducta de aproximación al alcohol.

En la presente comunicación se exponen los resultados de qué papel es más determinante para explicar: la presencia de recaída, el tiempo transcurrido hasta la recaída y los días de abstinencia acumulada.

En una muestra de 127 pacientes atendidos en el Programa de tratamiento del alcoholismo del hospital 12 de octubre, se utilizaron tres métodos de evaluación distintos para determinar: el sesgo atencional hacia las señales condicionadas al alcohol, la modulación del reflejo de sobresalto por las imágenes de relacionadas con el alcohol y una prueba de inhibición conductual. Tras el seguimiento se evidenció que la capacidad inhibitoria y el sesgo atencional son los de más peso para explicar la recaída, y el número de días de abstinencia acumulada. La respuesta emocional de aproximación a las señales de alcohol era la que mejor predecía los días hasta la recaída y participaba con las otras dos paradigmas para explicar los días acumulados de abstinencia.

Abordaje del uso problemático de las TICs desde la prevención de adicciones y el ámbito familiar

GONZÁLEZ GALNARES, I.

La evidencia científica pone de manifiesto la importancia de los recursos preventivos desde el ámbito familiar, como uno de los pilares en el abordaje de las conductas adictivas, en adolescentes y jóvenes.

Por ello, desde el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, se pone en marcha, desde 2015, dentro del Programa Integral de Atención a Adolescentes y Jóvenes, el Servicio de Orientación Familiar.

Este Servicio está formado por profesionales de la psicología, que desde los Centros de Adicciones de la Ciudad de Madrid, despliega estrategias preventivas, centradas en familiares de adolescentes y jóvenes. Con interés en la prevención, dudas, sospechas, o que conviven y/o tengan a su cargo adolescentes y jóvenes que presentan comportamientos de riesgo o alguna dimensión de la conducta adictiva, con mayor o menor evolución y nivel de severidad. Siempre relacionados con el uso problemático de las tecnologías de la información la comunicación y el ocio (aunque también se atienden los casos vinculados con el consumo de alcohol y/u otras drogas).

El grueso de la intervención está enfocada en la atención individual, mediante entrevistas personalizadas y con el posible apoyo de módulos grupales, dirigidas a familiares, que en su inmensa mayoría se trata de figuras parentales. Con quienes buscamos, en la medida de lo posible y siempre que existan estas figuras, la implicación de ambos progenitores.

El objetivo es aportarles información, asesoramiento, orientación y entrenamiento práctico de las habilidades educativas y de gestión familiar, favoreciendo así cambios en ellas y ellos, que a su vez redunden en el clima y la convivencia familiar. Factores todos, que la evidencia científica señala como capaces de promover a su vez cambios en adolescentes y jóvenes, que sean significativos y perdurables. Con ello, buscamos en relación con las conductas adictivas de TICs, impedir la instauración, reconducción o reversión del problema y de sus dificultades asociadas. Teniendo, para ello en cuenta, las distintas motivaciones, momentos y necesidades familiares, propias o relacionadas con el caso que motiva la demanda.

Dentro del proceso de evaluación y mejora continua, el Servicio se encuentra inmerso en este momento, en un proceso de evaluación y validación externa.

Analizaremos las demandas recibidas en nuestro servicio. Las fluctuaciones que se han producido a lo largo de los distintos momentos de estos tres años, que han supuesto entre el 15 y el 20% de las demandas totales. Las conclusiones a las que hemos llegado, como la identificación de distintos factores y por lo tanto, perfiles. Relacionados con la severidad del caso y con las características, necesidades y objetivos de trabajo con sus familiares. La presencia de dos demandas fundamentales, las relacionadas con videojuegos (con o sin funcionamiento online), mayoritariamente vinculadas a chicos y los chats y redes sociales mayoritariamente relacionadas con chicas. De forma más minoritaria las que tienen que ver con el manejo de internet en sus múltiples aplicaciones y la ludopatía o apuestas on-line. Y finalmente los resultados.

Uso de Apps y salud mental en adolescentes

MÉNDEZ GAGO, S.

Resumen no disponible.

La perspectiva de género en le prevención de las TICs

MARTÍNEZ REDONDO, P.

El uso de las tecnologías de la información y comunicación es ya una característica de la población adolescente y juvenil. Tanto en su forma de relacionarse como de convertirse en personas adultas, las redes sociales, juegos on line, herramientas de comunicación digital, etc. forman parte de su día a día. Así, nos encontramos un relativamente nuevo marco de actuación para la prevención de posibles abusos en su utilización, así como incluso posibles dependencias, en este segmento de población.

Si hacemos una analogía con la prevención en el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, la principal diferencia que encontramos es que en el caso de las tecnologías, la “abstinencia o no uso” no es un objetivo viable ni realista en un elevado porcentaje de la población adolescente y juvenil (no afirmaremos que en el total de la población, puesto que siempre encontraremos casos que por diversas circunstancias no puedan acceder a ellas); antes al contrario, tendremos que enfocarnos directamente en fomentar un buen uso de estas herramientas, así como en la prevención de los riesgos derivados de determinadas prácticas y usos.

Tradicionalmente la prevención con adolescentes se ha fundamentado en no transmitir solo información, sino en tratar de fomentar valores y actitudes, desarrollo de habilidades, capacidades, destrezas y recursos personales con los que hacer frente a los posibles factores de riesgo, y amplificando los factores de protección. Su objetivo es reducir prevalencias de consumo (ya hemos señalado que en el caso de las TIC se trataría de fomentar directamente un uso responsable) y aumentar la percepción de riesgo en una población que se caracteriza por percibir menos riesgos que las personas adultas en sus conductas. Y todo ello mediante una metodología que refuerce la autonomía y toma de decisiones, así como el análisis crítico y la asunción de responsabilidades. Sin embargo, el enfoque tradicional no ha integrado la Perspectiva de Género (PG) y tiene un sesgo androcéntrico en general, que se traduce en programas de atención que no tienen en cuenta el peso tan importante que esta categoría tiene en la formación de la identidad y subjetividad, así como en la misma definición de los riesgos a los que se enfrentan chicos y chicas de forma diferencial, o el contenido de las actuaciones a poner en marcha. No es casualidad que en muchos de los recursos que atienden a población adolescente y juvenil, se estén encontrando con que la demanda con los chicos se sitúa sobre todo en los videojuegos (online y videoconsola) y las apuestas deportivas y juegos de azar, y en el caso de las chicas por la sobre exposición en redes sociales y la práctica del denominado “Sexting”. Así pues, si queremos mejorar nuestra intervención, la PG resulta indispensable: con ellos pondremos el foco de atención en la formación de la identidad masculina y los ritos de los que se compone, y con ellas tendremos que poder desvelar que los riesgos a los que principalmente se enfrentan provienen del sistema de género y su violencia.

Patología dual en población latinoamericana en Cataluña

COLLAZOS, F.

Resumen no disponible.

Acceso a servicios sanitarios entre las personas que se inyectan drogas inmigrantes que acuden a los centros de reducción de daños de Cataluña

FOLCH, C.

Resumen no disponible.

Barreras y facilitadores para el acceso de pacientes de otras culturas a la Red de Atención a las Drogodependencias en Cataluña

PALACIO-VIEIRA, J.; SEGURA, L.; COLOM, J.

Introducción y objetivo

En España, se sabe que los nacidos en el extranjero usan menos servicios especializados que los nacidos en España, usan más servicios de urgencias y el uso de los servicios de atención primaria es similar. En el caso de los servicios relacionados con las drogodependencias, el 17% de los 14.093 inicios de tratamientos en 2016 en Cataluña correspondían a personas nacidas fuera de España, pero se desconoce qué papel juegan las barreras relativas a los servicios en el acceso y uso de estos servicios. Este estudio analiza dichos aspectos en Catalunya.

Método

A partir de un instrumento desarrollado en el año 2011 por el Ministerio de Sanidad Español, se creó un cuestionario en línea dirigido a la valoración de las competencias interculturales. Se contactó e invitó a participar a los coordinadores de los 59 centros de Atención a las Drogodependencias (CAS) y 24 centros de Reducción de Daños de Cataluña (CRD). El instrumento evalúa la accesibilidad, el reconocimiento del derecho a la atención, la disponibilidad de información sobre el servicio, la evaluación de necesidades, el registro de indicadores relativos a estos pacientes, la evaluación de necesidades, la actividad profesional, la participación de los pacientes y la formación e investigación en interculturalidad. Se tuvieron en cuenta también variables organizativas y de atención relativas a los centros.

Resultados

La respuesta alcanzó el 34% de los centros, 37% de los CAS y 25% de los CRD. La población nacida fuera de España atendida en los centros osciló entre el 0 y el 85% (media 20%). Factores como el reconocimiento del derecho a la atención (media: 18,3; SD: 4,04) y la puesta en marcha de elementos que facilitan el acceso de los pacientes (11,6; SD: 4,17) favorecen la atención de estos. Por el contrario, la falta de mediadores o servicios de intérpretes y formación en el trabajo con los mediadores (8,55; SD: 5,8) y la participación de pacientes en la puesta en marcha de los servicios y una adaptación a sus necesidades (5,92; SD: 4,26) impiden mejorar la atención de los pacientes de culturas diferentes a la autóctona. Los CRD mostraron puntuaciones más elevadas que los CAS en 8 de las 12 variables del estudio, pero la diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Conclusiones

Pocos estudios han evaluado el papel de las barreras de acceso y utilización en los servicios de atención a las drogodependencias en España. Los resultados de este estudio demuestran que tener en cuenta los factores propios de los pacientes de culturas a la autóctona, ser flexibles en los horarios y contar con carteles en varios idiomas favorece la atención intercultural de las drogodependencias. Sin embargo, se requiere avanzar en la inclusión efectiva de estos pacientes y sus necesidades en la organización e implementación de los servicios dirigidos a ellos.

Prácticas de riesgo y presencia de consumo de drogas: Un análisis a través de los foros de prostitución on line

NIEVES MARTÍN, Y.

En la última década la publicidad de prostitución se ha concentrado mayoritariamente en internet con webs específicas y la publicidad de flyers en calle.

El estudio de estas webs permite analizar sus contenidos, tanto en lo referente a los anuncios de o sobre mujeres que ejercen la prostitución, como a los hombres que usan prostitución a través de las páginas que disponen de foros.

Los foros se constituyen como un espacio de mediación entre hombres y mujeres que ejercen, pero también configuran una comunidad de usuarios, un espacio virtual de comunicación e intercambio de experiencias bajo anonimato, un espacio de legitimación del uso de prostitución que libra al usuario de cualquier juicio social sobre la práctica.

La posibilidad de valorar e intercambiar experiencias con las mujeres introduce elementos de presión añadida para ellas, que en la mayoría de los foros no pueden responder en estas secciones. La mala valoración y la difusión de las prácticas acordadas con cada usuario introducen nuevos elementos de presión y de poder del cliente sobre la mujer.

En las web encontramos un alto número de ofertas que incluyen el consumo de sustancias, servicio que sólo se oferta en internet, no en la publicidad en flyers u otros medios. Analizando el discurso en los foros este consumo se invisibiliza gracias al rol de la administración de los foros que elimina comentarios vinculados al consumo de sustancias, de los hilos pero no de los anuncios, y el miedo de los usuarios del mismo a que se les vincule con una actividad ilegal. En la medida en que las demandas de los usuarios configuran la oferta de los anuncios, entendemos que la demanda es frecuente. Analizando otros foros generales destinados principalmente a hombres si encontramos post referidos al consumo conjunto con mujeres que ejercen la prostitución.

El consumo conjunto aparece originalmente con el nombre de “fiesta blanca”, término salta a internet en torno a 2007-2008, que se refiere al consumo conjunto de cocaína entre la mujer que ejerce la prostitución y el cliente.

Desde Fundación Atenea, a través del programa Higea de intervención psicosocial en prostitución, se identifica que el consumo de sustancias y su exigencia por parte de los usuarios supone una serie de riesgos. Uno de los principales es que bajo los efectos del consumo la capacidad de negociación de los servicios se ve afectada, incluyendo uso de preservativo. La duración de los mismos se ve ampliada suponiendo riesgos para la salud. La posibilidad de agresividad del hombre usuario se ve aumentada bajo el efecto del consumo. La negación al consumo conjunto reduce la cuantía del “servicio” y el número de “servicios” de las mujeres. Así mismo si en el anuncio

realizado por el club se publicita explícitamente la realización de fiestas blancas las mujeres sufren una mayor presión para el consumo, puesto que han de amoldarse a lo ofertado. Si además en su reputación virtual está incluida que ha realizado este consumo con alguno de los hombres anteriores, la negativa a realizarlo aumenta el riesgo de conflicto y disminuye la capacidad de negociación de las mujeres

Entornos de cobijo para mujeres que usan drogas sobreviviendo a violencias de género

ROIG FORTEZA, A.

Metzineres. Entornos de Cobijo para Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo Violencias es un proyecto de Fundación Salud y Comunidad. Se propone como planteamiento holístico e individualizado a las especificidades de cada una de las mujeres que acompañamos, tomando en consideración las barreras y vacíos institucionales que deben enfrentar en la transición por los diferentes estadios de recuperación así como a sus capacidades, intereses e expectativas.

Mediante un modelo de intervención innovador dirigido a evitar la cronificación de situaciones de exclusión, con estrategias que prueban ser costo-efectivas, ofrece propuestas flexibles, que son una posibilidad de derivación por parte de los servicios de atención sociosanitaria, a las que pueden acceder de manera directa, inmediata y sin intermediaciones. Para dar cabida a aquellas mujeres que, por una u otra razón, no acceden o adhieren ni a los recursos de las redes de atención a drogodependencias ni a los dirigidos a hacer frente a las violencias machistas, desde el pasado mes de junio Barcelona cuenta con este nuevo recurso, que en poco más de seis meses ya acompaña a más de 60 mujeres, en diferentes momentos tanto en sus trayectorias de consumo, como en sus relaciones con situaciones de violencia. Sin pretender hacer un listado exhaustivo ni excluyente, se llega a poblaciones en múltiples e interconectadas posiciones sociales contribuyendo a agravar sus situaciones de vulnerabilidad: sin hogar, jóvenes, adultas mayores, migradas, con largas estancias en prisión y/o lidiando con trastornos de salud física o mental, diversidad funcional, trabajo sexual, entre otras.

Incorporar a estas mujeres en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de Metzineres, considerándolas no sólo interlocutoras sino expertas en sus propias realidades, posibilita adaptar y producir respuestas a realidades cambiantes, que se despliegan de manera particular los *Entornos de Cobijo*. Además contribuye a reducir el prejuicio, estigma y discriminación que recae sobre las personas que usan drogas en general y de manera específica sobre las mujeres.

Recurso de tratamiento para mujeres consumidoras de drogas y víctimas de violencia de género

DOVAO, A.

La Fundación Emet Arco Iris es una institución declarada de interés social dedicada a la atención de adicciones y patologías asociadas, así como a menores tutelados con problemas de conducta, que lleva más de 30 años volcada con colectivos desfavorecidos. En el año 1987 comienza a trabajar con mujeres en un recurso residencial mixto y en 1990 se crea un recurso específico de mujeres con problemas de adicción, siendo éste único en Andalucía.

A lo largo de los años la experiencia en la intervención con estas mujeres nos hace llegar a diferentes conclusiones, entre ellas que muchas son víctimas de violencia de género, tienen necesidades diferentes a los hombres y poseen una doble vulnerabilidad al ser mujeres víctimas y tener problemas de drogodependencia. El tratamiento se ha ido adaptando conforme se va tomando conciencia de estos aspectos. Apoyando los datos que habían emergido a través de los años, en la realización de un estudio interno realizado en 2016 nos encontramos que un 80% de las mujeres que se atendían, estaba sufriendo o había sufrido Violencia de Género, por lo que va emergiendo una necesidad de abordaje simultáneo. Como respuesta a estas cuestiones y gracias a los contactos de la Fundación con la Diputación de Córdoba y el Instituto Andaluz de la mujer, se crea el Proyecto Nara, que significa “Mujer feliz, vivaz y con mucha energía”.

Este proyecto es pionero en Andalucía, surge para dar respuesta a la necesidad de un colectivo que tiene unas necesidades que no estaban siendo cubiertas, ya que no existían recursos a los que derivarlas. Aunque como las estadísticas arriba comentadas expresan muchas de nuestras mujeres han sido víctimas de violencia de género pero el proyecto se destina a las que actualmente están en situación de desprotección.

Partimos de la premisa de que el consumo de sustancias NO justifica que la pareja te maltrate, la realidad es que en ocasiones hay un maltrato previo que la persona sobrelleva con el consumo, y en otras situaciones existen mujeres con problemas de consumo que conviven en contextos en los que predomina la violencia y en los que hay más probabilidad de convertirse en víctima de esta violencia. Sin embargo en ningún caso la violencia está justificada.

El abordaje se realiza a través de un Equipo Multidisciplinar: médico, social, psicológico y educativo. De este tratamiento se espera que las mujeres puedan mantenerse abstinentes durante un periodo de tiempo, con el objetivo de poder hacerse conscientes de su problemática de consumo. Se considera que de cara a poder hacer un buen abordaje de la problemática de violencia de género, las mujeres deben estar estabilizadas, y comenzar una primera sensibilización sobre la cuestión, para que puedan ir tomando conciencia de su situación como víctimas de maltrato, ir acercándolas de forma paulatina a los recursos orientados a ayudarlas en este aspecto, conseguir una estabilización emocional y prepararlas para ir afrontando situaciones complejas. A su vez se va preparando junto a ellas, el proyecto de vida a corto plazo, ya sea orientándolas en su autonomía o derivando a recursos específicos.

El perfil de las usuarias a las que atendemos, es diverso. En su mayoría tienen poca conciencia de su problemática, llegan al recurso con mucha inestabilidad emocional producida por sus vivencias e historia personal y la forma de afrontar su realidad. La falta de motivación al cambio está determinada por la impotencia previa a solucionar el problema. Poseen escasas expectativas de autoeficacia percibida para lograr otra forma de vida y sienten temor a la vida futura. Adoptan conductas sumisas, con escasa capacidad de iniciativa, asertividad deficiente y poseen numerosos sentimientos de culpabilidad.

La realidad con la que nos enfrentamos es que sería recomendable una mayor coordinación entre los recursos así como la necesidad de la creación de una red asistencial para ofrecerles a esas mujeres una adaptación progresiva a su próxima realidad. **CONCIENCIACIÓN SOCIAL: TODOS SOMOS RESPONSABLES, TODOS PODEMOS Y TENEMOS ALGO QUE APORTAR Y MEJORAR.**

Proyecto de intervención psicosocial con adolescentes desescolarizados en situación de vulnerabilidad

LLORENS GARCÍA, M.L.

Desde los recursos a nivel local que trabajamos en la prevención del abuso de drogas, trabajamos en distintos niveles de intervención, universal, selectiva e indicada. Es el nivel de prevención selectiva el que quizás conlleve un mayor reto, no por los programas a implantar en estos grupos, sino por la forma de acceder a ellos. Si bien, mientras los menores y jóvenes están escolarizados, nos resulta relativamente fácil acceder a los mismos, es cuando dejan estos ámbitos cuando se “pierden” en la comunidad, apareciendo en un tiempo más o menos largo, en recursos sociales o judiciales.

Nuestro sistema educativo considera obligatoria la educación desde los 6 a los 16 años. El hecho de adaptar este sistema educativo a las necesidades de determinados colectivos se ha ido sucediendo en el tiempo. Los programas adaptados a necesidades especiales, los programas de formación profesional básica...etc han logrado aminorar el abandono escolar de determinados colectivos. Nuestra experiencia desde la administración local, concretamente de aquellos servicios públicos que trabajamos con menores, nos ha revelado la existencia de una necesidad emergente de aquellos jóvenes que si bien han terminado con mayor o menor éxito su etapa de educación obligatoria se encuentran en una situación de tránsito a la edad adulta en la que no tienen ningún recurso específico adecuado a sus necesidades. Hacemos referencia a adolescentes con una edad comprendida entre los 16 a los 18 años, que están fuera del sistema educativo y que están en una especial situación de vulnerabilidad.

El proyecto se justifica al incidir en un problema detectado, estando orientado hacia aquellos adolescentes que por sus circunstancias personales, familiares y sociales se hallan en situación que requiere de una atención especial por parte de la comunidad.

Consideraremos para la creación e implantación de este proyecto, la interacción compleja entre factores de riesgo y de protección, la cual desempeña un papel fundamental en las teorías integradoras como la Teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes (Jessor,1991) así como aquellos modelos teóricos que consideran múltiples factores protectores y de riesgo, individuales, sociales y familiares.

Concebimos este tipo de intervención desde una perspectiva global, interdisciplinar y con una participación activa de la comunidad. Nuestra función como profesionales del bienestar social, será de formación en aquellas carencias que presenten los adolescentes, de potenciar aquellas capacidades que posean y de servir de agentes de mediación, representantes de la administración pública, que garanticen un mayor acceso a los recursos sociales y comunitarios.

En resumen se trata de un proyecto de prevención selectiva dirigido a un grupo no cautivo de adolescentes que se encuentran en una situación de vulnerabilidad. El objetivo dar respuesta a una necesidad social desde la administración local que promueva la prevención de conductas de riesgo, la promoción de hábitos de vida saludables y el desarrollo de competencias personales, sociales, educativas y laborales de los y las adolescentes.

El servicio responsable en hostelería

MUÑOZ IRANZO, I.

Es un programa de prevención de las drogodependencias en el sector hostelero y recreativo, creado en 2008 por medio de un convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Hostelería. El objetivo principal es la promoción de ocio saludable y responsable, reduciendo así los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

Como objetivos específicos están:

- Sensibilizar a profesionales del sector hostelero sobre la importancia del papel que pueden desempeñar para evitar o reducir los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras drogas.
- Formar a profesionales del ámbito de la hostelería en dispensación responsable de alcohol y pautas de reducción de riesgos asociados, tanto al consumo de alcohol como al de otras drogas.
- Fomentar la dispensación responsable de alcohol y el cumplimiento de la normativa en relación a las drogas legales e ilegales.

Para poder participar en el programa las empresas hosteleras y así ser “Establecimientos Colaboradores con el programa Servicio Responsable” deben cumplir los siguientes requisitos:

- Cumplir con la normativa vigente.
- Que, al menos, el 30% del personal del establecimiento haya realizado el taller formativo de 5 horas de duración.
- Tener colocado en sitio visible la señalética diseñada con los mensajes del programa.
- Cumplir, comprometerse a cumplir y hacer cumplir el Código de Buenas Prácticas Profesionales para la Prevención de las Drogodependencias en el Sector Hostelero que se enumeran a continuación.
 1. Los/as profesionales del sector hostelero deben actuar para promover la prevención de las drogodependencias.
 2. Los/as profesionales de Hostelería deberán llevar a cabo una dispensación responsable de alcohol.
 3. Los/as profesionales de Hostelería deben evitar la venta, tráfico y consumo de drogas en sus establecimientos.
 4. Las empresas de hostelería asumirán y promoverán el compromiso social de protección al menor cumpliendo con la normativa vigente.
 5. La dirección definirá unas normas de funcionamiento que eviten o reduzcan los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y otras drogas.
 6. Los/as empresarios garantizarán las adecuadas condiciones de seguridad en el acceso a los establecimientos.
 7. Los/as empresarios y profesionales hosteleros promoverán medidas que eviten que los clientes conduzcan bajo los efectos del alcohol y/o otras drogas.
 8. Las campañas publicitarias de los locales estarán destinadas a favorecer un ocio responsable, seguro y más saludable.
 9. Los/as profesionales deben conocer la problemática de las drogodependencias y saber abordar los conflictos provocados por los consumos de alcohol y otras drogas.
 10. Empresarios y responsables de los establecimiento favorecerán la implantación de medidas preventivas que favorezcan un ocio responsable, seguro y más saludable en relación con el consumo de alcohol y otras drogas.

Fuentes documentales

Código de Buenas Prácticas Profesionales y página web de Federación Española de Municipios y Provincias; Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre Drogas y Ong Controla Club.

Cómo trabajar el estigma en salud mental y drogas

PEIRÓ SALA, M.A.

Introducción

La promoción de la salud mental supone la adopción de un enfoque basado en una perspectiva positiva, que busca el equilibrio entre acciones preventivas para la solución o reducción de déficits y aquellas que potencian la salud de las personas y comunidades (Hernán et al, 2011) a través de acciones dirigidas a proporcionarles la capacidad para identificar, controlar y utilizar los recursos necesarios para mejorar su calidad de vida. Por ello creamos un proyecto basado en la *Reducción del estigma en Salud Mental*, dado que reducir la discriminación y reflexionar sobre las actitudes va unido a una prevención de adicciones y una protección de la salud.

Metodología

Este proyecto surge dentro del grupo de trabajo intersectorial compuesto por agentes sociales, técnicos y políticos del municipio.

Los participantes en dicho programa son: área de Acción Social, unidad de prevención comunitaria de conductas adictivas (UPCCA) del Ayuntamiento de Sueca, colegio Ntra. Sra. de Fátima, fundación SASM (con un centro específico para personas con enfermedad mental crónica, centro de día y dos viviendas tuteladas supervisadas), asociación de familiares de enfermos mentales de la Ribera Baja (AFEMRB) y unidad de salud mental infantil y adolescentes del Hospital de la Ribera (USMIA)

La población destinataria es todo el municipio de Sueca, especialmente niños y jóvenes menores de 16 años.

Objetivos generales

Prevenir las adicciones y promover la salud mental. Erradicar el estigma, desde un entorno comunitario, educativo y sanitario.

Actividades desarrolladas

Las actuaciones van dirigidas a alumnos, profesores, familiares y a nivel comunitario.

Calendario: curso escolar 2017/18.

1. Actuaciones con los alumnos:

- Infantil y 1r ciclo Primaria: Actividades de sensibilización con marionetas.
- 2º ciclo Primaria: Actividades relacionadas con emociones
- 1º Secundaria: Conceptos básicos emociones, drogas y salud mental
- 2º Secundaria: Dinámica de grupo relacionada con la salud mental y drogas
- 3º Secundaria: Prevención en la Salud Mental
- 4º Secundaria: Video-forum contra el estigma. Cortometraje fundación SASM

2. Actuaciones con los profesores:

Proporcionar a los profesionales de la educación formación y apoyo para detectar adolescentes con problemas asociados a la salud mental, y facilitar los medios para que se establezca una derivación a los recursos adecuados.

- Taller informativo sobre el programa a desarrollar y encuesta sobre necesidades.

3. Actuaciones con los familiares:

Los familiares son los principales cuidadores, es por ello que han de estar informados sobre la enfermedad mental para poder detectar posibles síntomas y poder llevar a cabo una intervención precoz.

- Circular informativa sobre el programa
- IV Jornada de Psicoeducación en Salud Mental

4. Actuaciones en el ámbito comunitario:

- Día Mundial de la Salud Mental
- Miradas Violeta: Igualdad/desigualdad en Salud Mental
- Cine-forum Salud Mental
- Belén viviente
- Paella Convivencia Centros Salud Mental de la Comunidad Valenciana
- Falla Fundación SASM
- Jornada de deporte-salud Mental
- IV Jornada de Psicoeducación en Salud Mental

Instrumentos de evaluación

- Observación sistemática
- Registros de asistencia y participación en actividades
- Encuestas de satisfacción y percepción de cambios detectados en los participantes
- Recogida de sugerencias

Crack en Brasil. Epidemiología y Políticas Públicas

BASTOS, F.I.

Resumen no disponible.

Pasta Básica de Cocaína en Latinoamérica

CASTAÑO PÉREZ, G.A.

La cocaína es frecuentemente fumada en el continente americano en aquellas formas que permiten hacerlo: “Pasta básica”, “el Crack” y “la Base Libre”. Las “cocaínas fumables” derivan del procesamiento de la hoja de coca y tienen un muy bajo punto de fusión, lo que les permite ser volatilizadas fácilmente lo que les da un mayor poder adictivo, produciendo en los consumidores una rápida dependencia y un grave deterioro biopsicosocial. El consumo de pasta básica de cocaína aparece circunscrito a principios de la década de los ‘70 del siglo pasado, al área Andina en países como Perú, Colombia, Bolivia y Ecuador. La aparición en el sur del continente en Uruguay, Paraguay, Chile y Argentina, es más reciente a inicios del presente siglo.

A la pasta básica de cocaína, también se denomina sulfato de Cocaína, pasta base o simplemente pasta y se conoce con el nombre vulgar de “Basuco” en Colombia, “Pitillo” en Bolivia, “Baserolo” en Ecuador, “Pasta de Coca” en el Perú, “Pasta base” en Chile y Uruguay y “Paco” en Argentina. Es un producto intermedio en la fabricación de clorhidrato de cocaína a partir de las hojas de coca. Generalmente se obtiene al disolver en agua las hojas de coca secas y tratar la solución con Kerosene o gasolina, para posteriormente hacerlo con sustancias alcalinas y permanganato de potasio y finalmente con ácido sulfúrico y amoníaco.

Una de las características distintivas del perfil de los usuarios de cocaínas fumables, es su concentración en poblaciones con frecuentes indicadores de pobreza estructural y/o indigencia y por tanto sus prevalencias de consumo no son muy reflejados en los estudios que hacen los países en poblaciones “normalizadas”- general, escolares, universitarios-, teniéndose por tanto un subregistro epidemiológico importante. Los índices de prevalencia de consumo de pasta básica de cocaína en poblaciones “normalizadas”, reportados por los estudios nacionales, sin poderse muchos de ellos comparar por las diferentes metodologías, poblaciones y periodos en los que se realizaron, si dan una idea del consumo de esta sustancia en la región: Colombia 1.5% (población general, 2013); Perú 1,5% (población general, 2010); Bolivia 2,5% (población general, 2010); Ecuador 2,4% (estudiantes universitarios, 2016); Uruguay 0,6% (población general, 2016); Chile 2,5% (población general 2014); Paraguay 1,0% (población escolarizada, 2014); Argentina (0,5% (población general, 2017) con un predominio de consumo en el sexo masculino.

En poblaciones marginales consumidoras de sustancias psicoactivas, las prevalencias de consumo en el último año, en los países donde hay presencia de esta sustancia puede llegar hasta el 90%, en su mayoría policonsumidores

La pasta básica de cocaína, generalmente se fuma en pipas artesanales, construidas con materiales reciclables (tapas plásticas, caños de aluminio o plásticos- antenas de televisión, guías de cortinas, lapiceros-). En el fondo de la pipa se coloca “paveza - ceniza” de tabaco quemado o esponjilla metálica que tienen como función mantener la ignición y aumentar la temperatura. Durante una sesión de consumo, las primeras aspiraciones del humo provocan un breve estado de placer y euforia casi inmediata, ya que los efectos aparecen entre los 8 y los 40 segundos, pero no dura más de algunos minutos, el que es remplazado por una sensación disfórica (“angustia”), que obliga a los consumidores a continuar su consumo, hasta que llegue la intoxicación – que dificulta el consumo por los espasmos provocados y la paranoia-, o el dinero se les acabe.

El consumo de pasta básica de cocaína tiene graves efectos sobre la salud, tanto física como psíquica de los consumidores: intensa dependencia; alteraciones cognitivas; destrucción de mielina que recubre los axones del lóbulo frontal; problemas pulmonares y cardiovasculares; lesiones dentarias, de boca y faringe; desnutrición; alteraciones inmunológicas, psicosis y un sin número de problemas asociados (violencia, delincuencia, sexo inseguro, tuberculosis, delincuencia, disfuncionalidad familiar y social). Su asociación con trastornos mentales es alta, encontrándose con mayor frecuencia trastornos de personalidad, ansiedad y depresión.

El tratamiento del trastorno por uso de PBC, es muy complejo, por la comorbilidad asociada y las condiciones de marginalidad de los consumidores que ha hecho que muchas de las intervenciones realizadas se hagan en el marco de la Reducción de daños, en la que se ha propuesto la administración de cannabis como sustituto de la pasta básica de cocaína.

La ayahuasca y el tratamiento de drogodependencias en Brasil

DIAMENT, M.

La ayahuasca –palabra quechua para liana de los muertos o espíritus– es uno de los nombres dados a una bebida psicoactiva originalmente utilizada por las poblaciones indígenas y mestizas sudamericanas de la cuenca de los ríos Amazonas y Orinoco. Aunque su composición pueda variar, sus principales componentes son la liana *Banisteriopsis caapi* y las hojas del arbusto *Psychotria viridis*. Los usos indígenas y/o mestizos de la ayahuasca incluyen contextos chamánicos, rituales y medicinales. En Brasil, donde está protegido por ley desde 1987, la ayahuasca es también el sacramento de tres religiones sincréticas modernas creadas a principios del siglo XX: Santo Daime, Barquinha y União do Vegetal (UDV). Estas religiones tienen doctrinas que combinan elementos judeocristianos, indígenas y afro-brasileños. En los últimos 40 años, la ayahuasca también se ha extendido a escenarios psicoterapéuticos, psiconautas, de la nueva era y urbanos independientes en Brasil, otros países sudamericanos y en Europa, Asia y América del Norte. En los últimos 30 años, junto con la expansión de Santo Daime y UDV, viajeros de todo el mundo, pero principalmente norteamericanos y europeos, han viajado a la cuenca del Amazonas para experimentar los efectos de la ayahuasca, muchos de ellos para tratar el abuso de drogas. Esto ha llevado a un creciente interés científico en sus efectos místicos, espirituales y terapéuticos. La bebida se ha convertido en un fenómeno global, que incluye un mercado emergente de turismo de ayahuasca y/o experiencias en países de América del Sur y en el extranjero.

Estudios han demostrado que los usuarios habituales de ayahuasca tienen menos síntomas psiquiátricos que la población general; además, el consumo de alcohol y otras drogas es menor en estos grupos. La ayahuasca mostró un impacto positivo en pacientes con depresión recurrente y sobre síntomas de ansiedad. En Brasil, pero no solo, las religiones ayahuasqueras tienen una amplia experiencia en ayudar a las personas con problemas relacionados con las drogas y hoy existen centros que ofrecen programas de atención centrados en el uso de la bebida en diferentes contextos. En São Paulo, su uso con la población de la así llamada “Cracolândia” (en traducción libre, “la tierra del crack”) ha mostrado desenlaces interesantes.

El objetivo de esta presentación es discutir algunos elementos relacionados con los potenciales terapéuticos, bien como las limitaciones, de la ayahuasca para los problemas relacionados con las drogas a la luz de lo que se ha escrito sobre ellos en los últimos años, sobretodo sobre la experiencia brasileña, donde la ayahuasca tiene un estatus peculiar.

Legalización de la marihuana. La experiencia uruguaya

ROSSI GONNET, G.

Desde 2013 Uruguay tiene una ley única en el mundo en relación a toda la cadena de producción, venta y consumo del cannabis, esta ley permite sólo a los ciudadanos uruguayos, mayores de 18 años, acceder a formas legales de cannabis.

Se ha legislado en relación a tres puntos: a) el cannabis recreacional donde existe tres vías de adquirirlo: el autocultivo, los clubes de cannabis y la venta en farmacias. b) la utilizada con fines industriales, cosméticos y agronómicos y c) la medicinal. En la regulación del mercado de cannabis en nuestro país, lo relacionado al cannabis medicinal ha sido lo último implementado a diferencia de otros países. Seguramente muchos años de prohibición han impedido que las terapias derivadas del cannabis sean evaluadas y desarrolladas para uso clínico en varias patologías. Este tema está siendo debatido dentro de la comunidad académica y en las redes sociales, con especial énfasis en los productos de cannabis para niños (especialmente para epilepsia refractaria y trastornos del espectro autista), hoy

en día los pacientes o sus familiares recopilan información tratando de mejorar la calidad de vida del paciente y en ocasiones no se tiene en cuenta la opinión profesional.

Por lo tanto, existe una necesidad de datos clínicos confiables para ayudar a los profesionales de la salud a usar correctamente tales tratamientos y resolver su relación cotidiana con los pacientes. De hecho, hay una cantidad de personas que se autoadministran cannabis y derivados sin ningún asesoramiento y control médico adecuado.

Se considera prioritario que esta política deba atender también al consumo recreativo en los adolescentes, los cuales se configuran en un grupo especialmente vulnerable a la situación de riesgo en relación a su momento evolutivo. Se analizarán elementos relacionados al consumo problemático en esta franja etárea, así como planteos de abordaje al respecto.

Nuestro país con su marco regulatorio nos otorga una posibilidad única para ahondar en la investigación al respecto.

Funcionalidad del consumo de sustancias en la Violencia Filio-Parental

SANCHO ACERO, J. L.

Los estudios y ensayos que describen las características de los adolescentes que ejercen Violencia Filio-Parental (Garrido, 2005 y 2012; Pereira, 2006 y 2009; Royo, 2008; Urra, 2006; Urra et al., 2015) lo hacen desde la experiencia clínica, sin detenerse a analizar exhaustivamente cómo los adolescentes entienden que se ha llegado a esta situación. Habitualmente se habla del consumo de sustancias como una de las posibles causas que originan el fenómeno de la Violencia Filio-Parental (VFP). En este estudio se pretende analizar, a partir de la narrativa biográfica que han realizado los propios adolescentes, como se sienten ante el conflicto familiar en el que viven cuál es la funcionalidad del consumo de drogas y qué lugar ocupa el consumo de sustancias tóxicas dentro de la VFP.

El consumo de sustancias en la VFP es un aspecto destacado (Calvete et al., 2011; Evans y Warren-Sohlberg, 1988; Ibabe y Jaureguizar, 2009; Kennair y Mellor, 2007; Potter-Effron y Potter-Effron, 1985; Routt y Anderson, 2011). Aunque se constate que el uso y el abuso de sustancias no causa el comportamiento violento, los padres refieren un cambio drástico en el comportamiento de sus hijos e hijas (Cottrell, 2004). El consumo de sustancias, en los casos de VFP, se encuentra entre un 20% (Evans y Warren-Sohlberg, 1989; Potter-Effron y Potter-Effron, 1985) y un 22% (Routt y Anderson, 2011).

Las sustancias de referencia, en menores perpetradores de VFP, son tabaco, alcohol, cannabis y, en menor proporción, cocaína (Ibabe et al., 2009; Rechea et al., 2008; Sánchez et al., 2010). Especialmente significativas son la asociación entre consumo de alcohol y VFP (Galvani, 2015) y la relación entre consumo de cannabis y VFP (Calvete et al., 2014b; Ibabe et al., 2009).

Se utiliza una metodología mixta, cuantitativa y también realizando un análisis de contenido con metodología cualitativa. Partiendo de las biografías de 73 chicos y chicas de entre 14 y 17 años que los adolescentes redactan en un proceso de tratamiento. El estudio trata de generar una tipología aproximada de los menores que puedan ejercer VFP en función de los tipos de apego que estos hayan podido generar atendiendo a la clasificación que el Modelo de Desarrollo Madurativo (Crittenden, 2008) ofrece. Además, dentro del estudio se recogen los tipos de sustancias que estos menores consumen y la funcionalidad que los mismos le atribuyen en el origen y mantenimiento de la VFP. En la muestra analizada, el consumo de riesgo, valorado a través del CAST se sitúa muy por encima del 2,5% de consumidores problemáticos de población general y del 13,8% de los consumidores de cannabis en el último año (ESTUDES, 2014-2015) Además, en la mayoría de los casos nos encontramos que los y las menores estudiados señalan que el cannabis agrava su problema familiar pero no se encuentra en el origen del mismo y que su funcionalidad en su vida cotidiana se encuentra relacionada con la diversión y la evasión de sus problemas.

Referencias

Calvete, E. Orue, I. y Sampedro, R. (2011). Violencia Filio-Parental en la Adolescencia: Características Ambientales y Personales. *Infancia y Aprendizaje*, 34, 3, 349–363.

Calvete, E, Gámez-Guadix, M. y Orue, I. (2014). Características Familiares Asociadas a Violencia Filio-Parental en Adolescentes. *Anales de psicología*, 30, 3, 1176–1182.

- Cottrell, B (2004). *When Teens abuse their Parents*. Halifax, Nova Scotia: Fernwood Publishing.
- Crittenden, P.M. (2008). *Raising Parents. Attachment, Parenting and Child Safety*. Cullompton, UK: Willan Publishing. ESTUDES, 2014-2015
- Evans, E. D. y Warren-Sohlberg, L. (1988). A Pattern of Analysis of Adolescent Abusive Behaviour toward Parents. *Journal of Adolescent Research*, 3, 201-216. doi: 10.1177/07435548883207;
- Garrido, V. (2005). *Los Hijos Tiranos. El Síndrome del Emperador*. Barcelona: Ariel.
- Garrido, V. (2012). *Prevención de la Violencia Filio-Parental: el Modelo de Cantabria*. Colección de documentos técnicos 4. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. and Díaz, O. (2009). Adolescent Violence against Parents. Is it a Consequence of Gender Inequality? *The European journal of Psychology applied to legal context*, 1, 1, 3-24. Kennair y Mellor, 2007;
- Pereira, R. (2006). Violencia Filioparental: un Fenómeno Emergente. *Revista Mosaico IV*, 36, 1-4.
- Pereira, R. y Bertino, L. (2009). Una Comprensión Ecológica de la Violencia Filioparental. *Redes*, 21, 69-90.
- Pereira, R.; Loinaz, I.; Del Hoyo-Bilbao, J.; Arrospide, J.; Bertino, L.; Calvo, A.; Montes, Y. y Gutiérrez, M.M. (2017). Propuesta de Definición de Violencia Filio-Parental: Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Violencia Filio-Parental (SEVIFIP). *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, Vol. 38(3), pp. 216-223. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2839>.
- Potter-Effron, R. T. y Potter-Effron, P. S. (1985). Family Violence as a Treatment Issue with Chemically Dependent Adolescents. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2, 1-15.
- Rechea, C., Fernández, E. y Cuervo, A.L. (2008). *Menores Agresores en el Ámbito Familiar*. Centro de investigación en criminología. Informe N° 15.
- Routt, G. y Anderson, L. (2011). Adolescent Aggression. Adolescent Violence towards Parents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20, 1-19. DOI: 10.1080/10926771.2011.537595.
- Royo, J. (2008). *Los Rebeldes del Bienestar. Claves para la Comunicación con los Nuevos Adolescentes*. Barcelona: Alba.
- Sánchez, J., Ridaura, M.J. y Arias, C. (2010). *Manual de Intervención para Familias y Menores con Conductas de Maltrato*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Sancho, J.L (2016). *Violencia filio-parental. Características Psicosociales de Adolescentes y Progenitores en Conflicto Familiar Severo*. Tesis Doctoral
- Urra, J. (2006). *El Pequeño Dictador. Cuando los Padres son las Víctimas*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Urra, J.; Sancho, J.L. (coord.); Atarés, E.; Buale, A. e Isabel, C. (2015). *Violencia Filio-Parental. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Ed. Klinik, Madrid

Violencia filio-parental y patología dual en adolescentes y jóvenes: una propuesta de intervención integral

ROYO ISACH, J.

Amalgama7 es una institución privada y concertada con la Administración pública que desde el año 1997 ha abierto más de 5.000 historias clínicas. Prestamos atención ambulatoria, residencial (escuelas terapéuticas y educativas) o en régimen de centro de día a adolescentes y jóvenes con comportamientos de riesgo —entre otros, de violencia filio-parental—, con un perfil básico de trastorno conductual y/o patología dual, y a sus familias, con el objetivo de conseguir cambios en ambas direcciones, tanto en el adolescente como en sus padres (www.amalgama7.com).

El Modelo Amalgama7 se basa en una atención integral resultante de la interacción de seis áreas diferenciadas: clínica, académica, socioeducativa, familiar, legal y sociolaboral.

- *Área clínica: una intervención integral*. Este modelo integral se ofrece mediante un plan terapéutico individualizado, que prevé la elaboración de un diagnóstico polidimensional, un pronóstico, una intervención asistencial y una evaluación mediante un estudio longitudinal de seguimiento.
- *Área académica: una escuela motivadora*. Nuestros objetivos son que los adolescentes y jóvenes atendidos hagan frente a la desmotivación, vuelvan a encarrilar los estudios y mejoren sus resultados académicos. En

este sentido, y a partir de las directrices y en convenio con el Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya, elaboramos contenidos a medida, atractivos e innovadores que facilitan un aprendizaje más lúdico y participativo.

- *Área socioeducativa: actividades que nos ayudan a mejorar.* Ofrecemos un ambiente activo y positivo con el objetivo de facilitar nuevas vías de aprendizaje y potenciar la identificación y resolución de conflictos. Se trata de un programa de actividades diverso y planificado estructurado desde diversas áreas: culturales, psicoterapéuticas, educativas, sociolaborales, deportivas y de ocio.
- *Atención a las familias: un acompañamiento continuado.* Nuestro principal objetivo es generar un cambio favorable tanto por parte de los jóvenes como de los padres y hermanos. Con esta finalidad, en Amalgama7 ofrecemos diversos servicios como: atención individual familiar, escuela de padres, terapia de pareja y familiar, atención a familias adoptivas, terapias de grupo para hermanos de residentes y información telemática semanal para familias de residentes.
- *Área legal: un servicio consultivo.* A menudo, los adolescentes, jóvenes y sus familias se encuentran en situaciones diversas como violencia psicológica o física de los hijos hacia los padres, hermanos, abuelos u otros familiares (violencia filio-parental); multas por posesión de sustancias ilegales, consumo en la vía pública, vandalismo, grafitis...; citaciones judiciales; procesos de separación y de post separación de los padres... En este sentido, desde Amalgama7 ofrecemos un servicio de orientación, asesoramiento y de atención legal para los adolescentes, jóvenes y las familias que lo requieran.
- *Área sociolaboral: unas actividades dirigidas a la inserción.* En Amalgama7 queremos despertar el interés por el aprendizaje de hábitos y habilidades que permitan ofrecer salidas laborales a los jóvenes. En este sentido, trabajamos coordinadamente con la Fundación Privada Portal, de apoyo a chicos y chicas con patología dual y a sus familias (que con la empresa de inserción laboral, Portal Berguedà, elabora, entre otros, los yogures Delícies del Berguedà) para:
 - Ofrecer formación laboral y trabajo a jóvenes y adolescentes afectados por patología dual.
 - Preparar a los jóvenes para la incorporación a la empresa ordinaria.
 - Impulsar espacios laborales y residenciales para los casos crónicos.

Intervención con adolescentes abusadores y sus familias en violencia filio-parental

BUALE COCA, A.

El consumo de sustancias en los adolescentes representa uno de los problemas más preocupantes de los que afectan a los jóvenes, tanto es así que desde 1994 el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) viene recogiendo datos este hecho a través de diferentes mecanismos como la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Estos estudios lo que retratan, entre otras cuestiones, es el consumo de nuestros adolescentes, además permiten observar y analizar como se relaciona el consumo de drogas con otros problemas que surgen en esta población tan sensible, hablamos de problemas tales como el absentismo o el fracaso escolar, vandalismo, delincuencia juvenil, bullying, etc.

Uno de los problemas que está teniendo una incidencia creciente en la población adolescente es la Violencia Filio Parental (VFP), el estudio de esta ha llevado a buscar e identificar múltiples factores presentes en su desarrollo, entre los que se ha hipotetizado que el consumo de drogas pueda estar jugando un papel significativo.

Atendiendo al trabajo que se realiza desde el Centro Terapéutico Residencial Campus Unidos intentaré explicar qué papel hemos encontrado y creemos que juega el consumo de drogas en la VFP y cómo se interviene sobre ello a través del programa terapéutico que allí se pone en marcha. Este programa sustenta gran parte de su trabajo sobre un modelo de motivación al cambio (que combina el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente y el modelo Ecológico de Cottrell y Monk) en el que, en las diferentes fases que lo componen, se introducen herramientas de trabajo sobre el consumo de drogas de estos jóvenes, atendiendo no solo al consumo que han mantenido previo a su inmersión el proceso terapéutico, sino también a la actitud y manejo de las situaciones de consumo que se puedan dar durante y/o después de su participación en el mismo. Además, el trabajo con la familia de estos adolescentes es fundamental para generar el contexto propicio para el manejo de esta conducta y la propia situación de VFP.

Desde la Adicción a los problemas por consumo de sustancias: un vistazo a los últimos 25 años

ZARCO MONTEJO, J.

Resumen no disponible.

Abordaje actual del alcoholismo en Atención Primaria: retos y objetivos

RUIZ FRANCI, I.

Resumen no disponible.

Atención Primaria: usos no problemáticos, reducción de riesgos y uso responsable de drogas

CAUDEVILLA GÁLLIDO, F.

Según UNODC, se estima que, de los 250 millones de personas entre 15 y 64 años que tomaron alguna droga en 2014, un 12% sufre trastornos relacionados con el consumo. Los indicadores de prevalencia del Observatorio Español sobre Drogas señalan que los patrones de consumo de todas las drogas (con la excepción del tabaco) son ocasionales, esporádicos, o de baja frecuencia. También hay datos que indican que, a nivel poblacional, la mayoría de los usuarios recreativos dejan de consumir al llegar a la edad adulta. Así que sin perder de vista condicionantes como la edad de inicio, tipo de sustancia y otros factores contextuales, la idea ampliamente extendida de que cualquier consumo de drogas lleva al desarrollo de problemas graves no parece adecuada a la realidad.

La mayoría de estos consumidores pertenece al grupo de población joven y sana, cuyo contacto con el Sistema de Salud se realiza sobre todo a través de Atención Primaria, pero donde los temas relacionados con las drogas no suele abordarse. Las características del entorno de Atención Primaria son idóneas para la prevención selectiva e indicada. Pero la falta de información y los prejuicios de los profesionales así como el miedo de los pacientes a ser juzgados dificultan esta intervención.

Numerosos estudios muestran cómo los consumidores buscan estrategias dirigidas a minimizar los riesgos, que deben ser promovidas como estrategia de Salud Pública entre personas usuarias de drogas. El objetivo del profesional sanitario debería ser convertirse en un referente que proporcione información veraz y fiable, objetiva, realista, orientada a la práctica y sin elementos de tipo moral. Ya sabemos que información no es igual a prevención, pero es una herramienta imprescindible en la prevención selectiva e indicada en el ámbito de las drogas ilegales, donde la exageración, la generalización, los sesgos y el oscurantismo predominan sobre las evidencias científicas.

Hasta el momento, este abordaje pragmático sólo se considera en Atención Primaria en el caso del alcohol. Es importante detectar, abordar y derivar en su caso los trastornos derivados de su consumo y existen herramientas sistemáticas para ello. Pero las mismas herramientas destacan que “en la mayoría de casos el mensaje no tiene por qué ser de abstinencia completa siendo suficiente reducir el consumo hasta niveles de bajo riesgo, ofreciéndose de manera individualizada”.^{1,2}

El hecho de que otras sustancias estén fiscalizadas no impide un abordaje similar. No debemos olvidar que la clasificación de las drogas en “legales” o “ilegales” no está basada en criterios objetivos, científicos o farmacológicos. Es deseable una mayor implicación del entorno de Atención Primaria en la atención e intervención a esa mayoría de usuarios “no problemáticos”, precisamente para evitar que lleguen a serlo.

Efectos de la legalización del cannabis en Urgencias hospitalarias

GALICIA, M.

El cannabis es la sustancia ilegal de abuso que más se consume en el mundo. Se estima que su mercado mueve 9.300 millones de euros al año.

En los últimos años hay una tendencia mundial a legislar sobre la liberalización de su consumo. Esto conlleva un aumento de las personas consumidoras, que implica una variación en las asistencias en diferentes dispositivos de salud por patología relacionada con los efectos del cannabis.

En USA, concretamente en el estado de Colorado, el 1 de enero de 2014 comenzó la venta libre de productos derivados del cannabis.

La presente ponencia revisa algunas variaciones en los indicadores de salud relacionados directamente con el incremento de la disponibilidad de cannabis. A modo de resumen, las principales variaciones son

- Aparición de un “turismo cannábico”.
- Aumento de descompensaciones psiquiátricas.
- Aumento de asistencias en Servicios de Urgencias.
- Aumento de ingresos hospitalarios.
- Aumento de asistencias por quemaduras.
- Aumento de asistencias por vómitos.
- Aumento de ingestas accidentales de productos cannábicos .
- Aumento de concentraciones de THC en el cannabis disponible.
- Aumento de consumo en todas las edades.
- Aumento de episodios de conducción bajo efecto de drogas.
- Aumento de consultas al Poison Center.
- Disminución del consumo de cannabioideos sintéticos.
- Disminución de las sobredosis de opiáceos.

Complicaciones físicas por consumo de cannabis, ¿ha cambiado algo?

LÓPEZ BUENO, J.A.

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en el mundo, siendo los adolescentes y adultos jóvenes los grupos de población donde el consumo es más alto. Además, la legalización de su consumo en algunos países junto con la “normalización” del mismo, están contribuyendo al impacto en la salud por consumo de cannabis.

De hecho, tanto en la Unión Europea como en nuestro país, está aumentando el número de consumidores que demandan tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cannabis. Igualmente está en aumento el número de asistencias en los servicios de urgencias por este motivo.

Probablemente la alta prevalencia del consumo, con la enorme difusión del fenómeno del autocultivo y los cultivos hidropónicos, la disponibilidad de variedades de cannabis con elevadas concentraciones en cannabinoides y el consumo intensivo, están modificando la realidad asistencial con esta droga.

Existe un infradiagnóstico de las complicaciones físicas asociadas al consumo de cannabis, igual que sucedió con las complicaciones asociadas al consumo de cocaína. Es muy importante para los clínicos establecer la sospecha diagnóstica en la relación causal entre el consumo de cannabis y la aparición de algunas enfermedades.

Los clínicos nos enfrentamos a un enorme reto en un escenario difícil, donde junto a la cada vez mayor difusión del consumo, nos encontramos con una percepción social de inocuidad y de “farmacoterapia natural”. A esta realidad, se añaden la escasez de literatura médica sobre el tema y escasos estudios sobre los efectos en la salud a largo plazo. Este infradiagnóstico al que nos referimos y la percepción entre los profesionales sanitarios de la existencia de otras sustancias de abuso con mayor peligrosidad que el cannabis con toxicidad aguda y crónica más evidente y relevante que el cannabis.

El consumo concomitante con tabaco continúa constituyendo un factor de confusión y de agravamiento de las patologías orgánicas, principalmente respiratorias. No hay estudios que permitan separar el efecto del consumo crónico de tabaco del consumo de cannabis.

La mayoría de los estudios realizados sobre los efectos tóxicos del cannabis se han realizado incluyendo población con consumo fumado de cannabis de baja potencia. Mientras que en el año 2000 el porcentaje de THC era de alrededor de un 5%, en la actualidad supera el 15%, existiendo preparados que pueden alcanzar el 75%. Existen escasos datos sobre los efectos clínicos del consumo de preparados de alta potencia.

En esta ponencia se revisan diferentes aspectos sobre el consumo de cannabis, tales como la intoxicación aguda, la intoxicación en Pediatría, el síndrome de abstinencia y la patología orgánica en aparatos y sistemas relacionada con el consumo de cannabis.

Cannabinoides sintéticos de nueva generación y su implicación en la atención hospitalaria

BURILLO PUTZE, G.

Según el EMCDDA, el 3% de los estudiantes europeos entre 15 y 16 años ha consumido cannabinoides de síntesis (CCSS) en el último año y un 4% a lo largo de su vida.

A medida que se han ido conociendo los patrones cromatográficos de los CCSS más usuales (JWH-018, JWH-073, CP 47,497, etc), tras su ilegalización, han sido sustituidos por nuevos productos, con una EC50 progresivamente menores, cada vez más potentes, y no menos importante, de menor coste. Según datos del EMCDDA, en 2015 se notificaron 22.000 incautaciones de CCSS, siendo los más frecuentes la ADB-FUBINACA, la AB-CHMINACA, la UR-144, 5F-AKB48 y la ADB-CHMINACA.

Estos CCSS, denominados ultrapotentes (CUPs), presentan una afinidad y potencia sobre receptores cannabinoides muy superior al D⁹-THC y a los primeros CCSS. Así, en el caso de la AMB-FUBINACA su potencia sobre receptores CB1 es 85 veces superior (el JWH-018 es 50 veces más potente).

Los CUPs (MDMB-CHMICA, AMB-FUBINACA, ADB-FUBINACA, ADB-PINACA, AB-PINACA, etc), producen por tanto efectos clínicos mucho más graves. Es frecuente respecto al cannabis una mayor afectación a nivel psiquiátrico, con cuadros graves de agitación, paranoia, alucinaciones, ataques de pánico por sensación de muerte inminente y, secundariamente, agresividad extrema. A nivel cardiovascular se constata una mayor incidencia de eventos adversos como alteraciones del ritmo, taquicardias, hipertensión severa y parada cardiaca. Son mucho frecuentes las crisis convulsivas, y los episodios de isquemia cerebral. También se ha observado una mayor incidencia de insuficiencia renal aguda, tanto secundaria a rabdomiólisis como a nefrotoxicidad directa de los CUPs.

Los fallecidos por consumo de CCSS, de forma única o asociado al consumo de otras drogas ilegales y al alcohol también va en aumento. Las muertes no sólo se relacionan sólo con la mayor potencia de los nuevos cannabinoides, sino con otros aspectos como el uso de sujeción mecánica en los casos de agitación extrema, y con la producción rudimentaria en los laboratorios, no consiguiéndose una distribución homogénea de los CCSS en el producto vendido, con lo que las dosis finales pueden contener concentraciones altas, de alto riesgo de eventos clínicos graves.

Según datos de la *Euro-DEN Plus*, en 2015 el 9% de los urgencias hospitalarias por drogas estaban relacionadas con nuevas sustancias psicoactivas (en 2014 el porcentaje era del 6%). El 14% de las visitas por consumo de NPS estaban relacionadas con cannabinoides sintéticos. Los pacientes pueden presentarse con un único síntoma, de

magnitud severa o crítica. En sujetos jóvenes con convulsiones, brotes psicóticos o fallo renal, debe pensarse en el consumo de estos productos dentro del diagnóstico diferencial. Los productos utilizados como sustancias de corte o simplemente como contaminantes (vitamina E, oleamida, clenbuterol, ácido hidroxibenzoico, etc), pueden modificar los efectos clínicos. También se han observado casos de hiperémesis cannábica por NNCC.

Aun sin disponer de los métodos analíticos para su detección, una anamnesis dirigida al paciente o su entorno/acompañantes ha demostrado ser suficiente para establecer el diagnóstico probable de la intoxicación por cannabinoides sintéticos.

Vías de inserción, estrategias y técnicas de abordaje terapéutico en medio abierto

RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, D.

Es una realidad que la recuperación de un usuario gira en torno a tres ejes (biológico, psicológico y social) y es en esta última dimensión donde nos encontramos y que es objeto de esta exposición.

Área de incorporación social

Tiene como objetivo conseguir la normalización e integración social plena de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

Es un área muy extensa abarcando tres bloques de trabajo muy específicos

- área de acogida, donde se recogen aspectos de consumo, problemas sociales, legales, familiares, salud y otras necesidades.
- área de seguimiento, coordinación con el equipo de tratamiento, trabajo continuo y coordinado de su demanda.
- área de *incorporación socio-laboral* donde se enlazan los dos bloques anteriores junto con la derivación a recursos y puesta en acción del paciente, dinámica, activa y flexible con la implicación real de la sociedad.

Enfocándose esta hacia una atención integral basada en el acceso a recursos generales que la sociedad pone a disposición de la ciudadanía, en la medida de lo posible, y en el desarrollo de programas específicos en relación a diferentes perfiles con necesidades especiales.

Para desarrollar lo anterior voy a exponer los programas que se llevan y trabajan con el paciente en la provincia de Granada marcados dentro del III plan andaluz de drogas.

- PROGRAMA RED DE ARTESANOS.
- PROGRAMA RED DE ARQUÍMEDES.
- PROGRAMA DE ESPACIOS NATURALES.
- PROGRAMA SOCIOEDUCATIVOS DE CENTRO DE DÍA.

Programas y actuaciones llevadas a cabo de forma ambulatoria y enmarcadas en un BARRIO de especial problemática social, consumo, actividades ilícitas y en contrapartida a todo lo anterior con un gran tejido asociativo, de recursos humanos y administrativos que trabajan con esta población; es en este contexto en donde desarrollo el ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL. Lo cual requiere una INTERVENCIÓN CON DETERMINADOS Matices o características especiales.

Apoyo psicosocial a drogodependientes en centros penitenciarios

MONTOYA GÓMEZ, P.

El programa “Ariadna” de Apoyo a reclusos drogodependientes en Centros Penitenciarios de Castilla-La Mancha se desarrolla desde el año 1999 en cinco Centros Penitenciarios de Castilla la Mancha. Gestionado por Fundación

Atenea y financiado por la Fundación Sociosanitaria de Castilla la Mancha, los Equipos de intervención están formados por Trabajadoras Sociales y Psicólogas/os y desarrollan su trabajo en las prisiones de Alcázar de San Juan, Cuenca, Ocaña I y II y Albacete.

Está dirigido a personas internas en Centros Penitenciarios que voluntariamente quieran acceder a un tratamiento integral de su drogodependencia.

Se trata de un Programa cuyo objetivo principal es mejorar las condiciones de vida de las personas presas drogodependientes y dar respuesta a las necesidades de intervención específicas de las personas con problemáticas de consumo de drogas; además de facilitar la incorporación socio-laboral de los/as interno/as atendidos.

En él se llevan a cabo distintos niveles de intervención consensuados e individualizados con cada usuario/a; desde la información de los riesgos asociados al consumo y abuso de drogas, hábitos y estilos de vida no saludables y educación para la salud (Escuelas de Salud), hasta el planteamiento de un programa completo de tratamiento contemplando objetivos y niveles de exigencia diferentes (programas de reducción de daño, orientados a la abstinencia, de preparación para la libertad, etc.).

La Administración Penitenciaria tiene claramente definidos sus fines en el *artículo 25.2 de la Constitución Española* y en el *artículo 1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria*, resumiéndose en las siguientes:

- *Reeducación y reinserción social* de las personas sentenciadas a penas y medidas penales privativas de libertad.
- *Retención y custodia* de las personas detenidas, presas y penadas.
- *Asistencia y ayuda* de las personas internas y liberadas.

En la actualidad, los programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias vienen regulados por la *Instrucción 3/2011*. Para el desarrollo de los mismos se cuenta con la coparticipación de las diversas áreas penitenciarias y las diferentes instituciones responsables de la atención a las drogodependencias, dependientes de las administraciones central, autonómica y local, así como de organizaciones no gubernamentales.

En este sentido, el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones multidisciplinares está regulado a través del *Equipo Técnico GAD (Grupo de Atención al Drogodependiente)* cuyas funciones son: prevención-educación para la salud, la intervención psicosocial con internos/as en Programa de Mantenimiento con Metadona, en Programa de Deshabitación, en Programa de Alcohol y Reinserción social, con la finalidad de generar soluciones múltiples y elaboradas ante una problemática cada vez más compleja y diversificada.

Enfoque social de la adicción desde la Comunidad Terapéutica

BAUTISTA PLASENCIA, G.

La intervención en conductas adictivas requiere del abordaje profesional en todas las dimensiones de la adicción (biológica, psicológica y social).

Las Comunidades Terapéuticas son recursos especializados en el tratamiento de las conductas adictivas, forman parte de la Red Asistencial del Tratamiento en Adicciones y tienen como objetivo final la integración social del paciente.

Atendiendo a la definición de la OMS “*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” y, desde la perspectiva de un modelo de atención biopsicosocial, resulta sorprendente que encontremos habitualmente referencias a las graves repercusiones que una adicción tiene sobre la salud física y psíquica de los pacientes y que raramente encontremos alusiones a las graves repercusiones que una adicción puede tener para la salud social de esos mismos pacientes.

Salvo raras excepciones, los pacientes de Comunidad Terapéutica presentan una salud social deficitaria y varios problemas sociales asociados a la adicción (familiares, judiciales, laborales, formativos, ocio, participación social, vivienda y otros). Los datos reflejan que aquellos pacientes que han llevado a cabo un tratamiento en Comunidad Terapéutica, presentan una mayor capacidad de adaptación al medio y una mejor evolución en su proceso de incorporación social cuando, atendiendo al diagnóstico social, se ha intervenido en los problemas sociales asociados a la conducta adictiva (acceso a la información, habilidades sociales, autonomía física y psíquica, vivienda, relación convivencial, organización de la unidad convivencial, formación, situación laboral, situación económica, situación judicial, participación y aceptación social).

Esta intervención debe ser individualizada, acordada con el paciente y con coordinación interna y externa, teniendo en cuenta que tanto los recursos especializados como los recursos generales son un factor de protección en todas las etapas de intervención en adicciones y, desde la perspectiva del tratamiento en Comunidad Terapéutica, son especialmente valiosos en la fase de incorporación social. Atendiendo al criterio de especialización y partiendo del diagnóstico social del paciente, además de los recursos especializados en adicciones se solicitará la colaboración de recursos especializados en otros ámbitos (voluntariado, tiempo libre, inserción laboral, inmigración, violencia de género, salud mental, etc.).

Como conclusión, valorando la definición que establece la OMS sobre la salud y partiendo de un enfoque social de la adicción desde la Comunidad Terapéutica, se considera necesario prestar atención a esta dimensión del individuo, establecer el diagnóstico correspondiente y, mediante un proceso de evaluación continua, llevar a cabo las intervenciones oportunas que faciliten la atención integral y el proceso de incorporación social del paciente.

Oleoiletanolamida: papel protector en el consumo abusivo de alcohol

ORIO, L.

Resumen no disponible.

Metabolitos del triptófano: serotonina y kinureninas como biomarcadores de adicción a drogas

VIDA, R.

Resumen no disponible.

Microbiota y trastorno por uso de alcohol: modelos experimentales e implicaciones terapéuticas

LÓPEZ-BUENO, J.A.

Resumen no disponible.

Factores de Crecimiento como biomarcadores de adicción a drogas de abuso: resultados en pacientes ambulatorios

ARAOS GÓMEZ P.; GARCÍA MARCHENA N.; MAZA QUIROGA R.; SERRANO CRIADO A.; PAVÓN MORÓN F.J.; RODRÍGUEZ DE FONSECA F.

La identificación de factores de crecimiento como potenciales biomarcadores en los trastornos por uso de sustancias (alcohol y cocaína) puede ayudar a comprender los mecanismos subyacentes asociados con la patogénesis

de éstos trastornos. Estudios previos han vinculado los factores de crecimiento a la plasticidad neuronal en el deterioro neurocognitivo y los trastornos mentales. Con el fin de aclarar aún más el impacto del consumo crónico de alcohol y de cocaína sobre los factores de crecimiento circulares, se realizaron dos estudios transversales; primero en pacientes con trastornos por uso de alcohol (TUA) abstinentes (grupo alcohol, N = 91 y grupo control, N = 55) para examinar las concentraciones plasmáticas BDNF, IGF-1 e IGF-1. Se exploró la asociación de estos péptidos plasmáticos con las variables relevantes relacionadas con TUA y la comorbilidad psiquiátrica. El grupo alcohol fue diagnosticado con TUA grave y una media de 13 años de uso problemático. Observamos una incidencia elevada de enfermedades hepáticas por el alcohol (18,7%). Los pacientes con TUA mostraron una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (39,3%), [Principalmente depresión mayor (19,9%)] y trastornos de uso de sustancias comórbidos (40,7%). Las concentraciones plasmáticas de BDNF e IGF-1 fueron significativamente más bajas en el grupo alcohol que en el grupo control ($p < 0,001$). Sorprendentemente, hubo una asociación negativa entre las concentraciones de IGF-1 y la edad en el grupo de control ($r = -0,52$, $p < 0,001$) que no se encontró en el grupo alcohol. En cuanto a las variables relacionadas con TUA, los pacientes TUA con enfermedades hepáticas y páncreas mostraron concentraciones aún más bajas de BDNF ($p < 0,05$). Por el contrario, los cambios en las concentraciones plasmáticas de estos péptidos no se asociaron con la abstinencia, el uso problemático, la gravedad del TUA ni la comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida. Estos resultados sugieren que es necesario realizar más investigaciones para dilucidar el papel del BDNF en la toxicidad inducida por el alcohol y la importancia biológica de la falta de correlación entre los niveles de IGF-1 y la edad y del plasma en pacientes con TUA de abstinencia. Por otro lado, hemos desarrollado un estudio de pacientes con trastornos por uso de cocaína (TUC) en abstinencia (grupo cocaína, N=79 y grupo control, N=81) y se valoró las determinaciones plasmáticas del factor de crecimiento transformante (TGF- α). Un 57% de los pacientes TUC tienen comorbilidad psiquiátrica y éstos pacientes presentaron mayor gravedad en los criterios diagnósticos. Observamos niveles significativamente menores en TGF- α ($p < 0,05$) en el grupo cocaína. Finalmente, hubo un efecto de la comorbilidad psiquiátrica sobre las concentraciones de TGF- α ($p < 0,05$) y estos niveles se ven disminuidos en comparación a los que no tienen comorbilidad. Los niveles de TGF- α son diferentes entre los grupos cocaína y control, y la comorbilidad psiquiátrica se identifica claramente con los niveles de TGF- α .

El papel de la comunidad en los cambios de las políticas públicas para las adicciones

ROCHA ALMEIDA, J.A

El consumo de sustancias psicoactivas, como fenómeno con relevancia social, capaz de producir graves problemas de salud pública, ha sido estudiado e investigado teniendo en cuenta una multiplicidad de factores implicados en este fenómeno. En los años 80 y 90 del siglo pasado, en Portugal, la política que prevalecía fue la criminalización el consumo y el consumidor. Pero los graves problemas de salud pública que en esa época existían llevaron a intervenciones diferentes a las orientaciones de las políticas existentes. Fue la época en que se privilegió la dimensión salud a través de intervenciones en la comunidad y en el tratamiento, y que acabaría por originar una nueva ley que consagra un régimen de despenalización del consumo de drogas, teniendo como base la evolución del conocimiento científico sobre la acción de las acciones sustancias psicoactivas en el organismo humano y los principios del humanismo y del pragmatismo. Existe hoy en día en la sociedad portuguesa un amplio consenso sobre la importancia de esta ley.

Pero, ante un fenómeno en permanente cambio, se vuelven nuevos desafíos, habiendo necesidad de seguir asegurando la sostenibilidad de las políticas, la calidad de los servicios y de las intervenciones realizadas. La idea sigue siendo desarrollar acciones de intervención en la comunidad que privilegien la prevención, la reducción de riesgos y minimización de daños, el tratamiento y la reinserción, necesarias para minimizar las consecuencias negativas que puedan surgir si el consumo de sustancias psicoactivas seguir aumentando.

En este trabajo abordaremos los resultados de las intervenciones realizadas y los desafíos frente a los nuevos patrones de consumo y al perfil de estos nuevos consumidores.

La mediación social y comunitaria en los comportamientos aditivos y dependencias

ABRANTES RODRIGUES, E.

Las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (lícitas y/o ilícitas) se encuentran a menudo en situación de exclusión, aislamiento y rechazo frente al medio social donde se encuentran. Para salir de un proceso de exclusión social, es fundamental la existencia de interacciones positivas con la sociedad, lo que implica el (re) establecimiento de vínculos entre las personas y su contexto social, para crear o reparar los lazos sociales entre los ciudadanos, los individuos y los sistemas sociales.

La mediación social es generalmente definida como un proceso abierto de negociación voluntaria, dinamizado por un tercer elemento neutral, con el objetivo de ayudar a las partes involucradas en la resolución del conflicto en un ambiente protegido, basado en una lógica de co-construcción de compromisos. El profesional es el agente que conduce la comunicación, organizando la discusión de las cuestiones movilizadoras del conflicto a resolver, apoyando a las partes a definir claramente su problema, comprendiendo sus intereses y generando condiciones para solucionar la disputa.

En el campo de los comportamientos aditivos y dependencias (CAD), la mediación social presenta una doble función: por un lado, asume un papel de disciplina social y vigilancia sanitaria para prevenir los riesgos sociales; por otro lado, se compromete en la defensa y protección de los derechos de ciudadanía (adquisición, reconocimiento y promoción de derechos sociales). Así, la práctica de la mediación social se rige por tres orientaciones: *orientación hacia la resolución de conflictos*, *orientación hacia la regulación social* y *orientación transformadora*.

El diploma orgánico del SICAD, aprobado por el Decreto-Ley nº 17/2012, de 26 de enero, concreta una innovación basada en el refuerzo del componente de planificación y seguimiento de programas en estas áreas, otorgándole competencias eminentemente técnico-normativas en lo que se refiere a la intervención, la planificación y la evaluación. En este contexto, la *producción de líneas de orientación técnica y normativa para la intervención en las áreas de los comportamientos aditivos y de las dependencias* fue una de las principales atribuciones del SICAD, lo que permitió que en 2014 se hayan concluido las “*Líneas Orientadoras para la Mediación Social y Comunitaria en el ámbito de la Reinserción de Personas con Comportamientos Aditivos y Dependencias*”. Un documento que busca armonizar las prácticas, la mejora de los resultados y la calidad de la intervención efectuada, así como contribuir a la facilitación de los procesos formativos de nuevos profesionales. Se abordarán las especificidades de la Mediación Social y Comunitaria en el ámbito de los CAD, en particular el modelo analítico reflexivo, los niveles de intervención, pilares, estrategias y procesos de intervención.

La Unidad de Deshabitación y el Tratamiento en la Comunidad

LOPES CURTO, J.N.

Tras la evaluación de las admisiones para la deshabitación en la Unidad de Deshabitación de Coimbra, y de constatar un número elevado de casos con sucesivos internamientos poco espaciados en el tiempo, demostrando evidentes dificultades para llevar a cabo las orientaciones y los programas terapéuticos, se concluye la necesidad de crear un circuito de intervención terapéutica de proximidad individualizada. La práctica clínica ha demostrado que la recuperación de la persona adicta no se limita a la mejora de su salud física o mental, pero también está estrechamente relacionada con su evolución positiva en el empleo, la vivienda, la reducción de la actividad delincente y la reinserción en la comunidad. El hecho de que las personas con problemas de adicción presenten una enorme variedad de situaciones con diferentes grados de gravedad y complejidad, origina la necesidad de un conjunto de respuestas y estructuras de apoyo, en el marco de un enfoque comprensivo centrado en el paciente. Es decir, pasar a un punto de vista más amplio, promoviendo un tratamiento donde se incluya la valorización humana, el ciudadano enfermo, el bienestar y la protección de la salud pública.

El objetivo de este proyecto, es proporcionar tratamientos de proximidad, contribuir a la reducción de los daños y mejorar la calidad de vida de personas con pronunciadas dificultades en el control de su comportamiento aditivo, con y sin comorbilidades orgánicas o psiquiátricas. Los profesionales de la Unidad de Deshabitación se desplazan al medio ambiente de las personas referenciadas a través de los registros de las Unidades Locales de Salud, de

las Agrupaciones de Centros de Salud (ACES), de las Instituciones Públicas de Solidaridad Social (IPSS) y de los Departamentos de Acción Social de las Comunidades Cárnicas Municipales de la región centro del país, socios importantes en la identificación de la población destinataria y en la combinación de esfuerzos para la realización de las actividades del programa.

Se realizan intervenciones de terapia individual y familiar, de recapacitación de beneficios para la salud, de consulta de selección y de prescripción de tratamientos en domicilio o con recurso a las instalaciones de las organizaciones referidas con referencia a las unidades locales de salud más ajustadas a la fase en que se encuentra el individuo. Se pretende: incentivar la idea de continuidad del tratamiento, reforzando sus beneficios. Promover la adquisición de actitudes y hábitos relacionados con la prevención y el tratamiento de enfermedades contagiosas, como el VIH / SIDA, la Hepatitis C. Contribuir a que los familiares puedan comprender que la drogodependencia es una enfermedad y no una elección, para reforzar las competencias que les ayuden a acompañar de forma más informada situaciones de riesgo facilitando las relaciones socio-familiares, junto con la disminución del estigma. Proporcionar forma de conexión continuada a los servicios de tratamiento para que puedan beneficiarse en favor de su salud.

La población afectada estará constituida por: personas con adicción persistente, que mantienen consumos, a pesar del impacto del avance en la edad, con sucesivos ciclos de tratamiento, incluyendo internaciones recurrentes, en las que se incluyen personas sin hogar y personas con comorbilidades psiquiátricas, que por incapacidad personal o de contexto, mantienen disfuncionalidad en la organización de vida autónoma, no consiguiendo interrumpir los consumos.

Chemsex: realidad, mito y estigma

CAUDEVILLA GÁLLIGO, F.

Desde el año 2011, ONGs relacionadas con los colectivos LGTB y prevención del VIH de grandes ciudades europeas como Londres y Berlín, vienen señalando un nuevo patrón de consumo problemático de drogas. El perfil típico es el de un varón entre 30 y 40 años, gay o bisexual, con experiencia previa en uso recreativo de drogas, que desarrolla un patrón de consumo abusivo o dependiente, vinculado a contextos de tipo sexual. Investigaciones posteriores han ido ofreciendo más detalles sobre este fenómeno, al que se ha dado el nombre de “chemsex”: focalización extrema en actividad sexual, encuentros de larga duración, participación de múltiples parejas sexuales, circuitos de fiestas privadas en domicilios, el uso de apps de móvil específicas, o el uso de sustancias específicas (GHB, mefedrona y metanfetamina), a veces por vía intravenosa.

El “chemsex” pasó relativamente desapercibido para el público general hasta finales de 2015, tras la publicación de un editorial en el *British Medical Journal*¹. El artículo, prudente y riguroso a partir de los datos objetivos disponibles, destacaba que se trata de un fenómeno minoritario dentro de la comunidad gay pero potencialmente problemático, discutía las posibles (e hipotéticas) implicaciones para la Salud Pública e invitaba a establecer alianzas entre los distintos dispositivos y recursos implicados. Casi un tercio del texto insistía en la necesidad de destinar recursos para la investigación y la prevención, y denunciaba aspectos como los problemas de financiación o la adecuada formación de los profesionales sanitarios.

Este editorial fue el detonante que hizo saltar el fenómeno a los medios de comunicación general. Pero, la información transmitida en los medios generalistas ha pasado por alto los contenidos del BMJ y ha optado por el sensacionalismo habitual en las noticias sobre drogas: titular llamativo y alarmista, generalización de historias anecdóticas, presentación de hipótesis como hechos objetivos... “Novedad”, “última moda”, “tendencia en auge”, “fenómeno creciente”, “drogas afrodisiacas”, “orgías de tres días” son términos que se encuentran casi invariablemente.

Drogas, sexo y minorías son tres elementos perfectos para un cóctel de sensacionalismo que mantenga atento al espectador hasta la siguiente pausa publicitaria. Pero éste cóctel contiene además una carga de moralina, estigma y homofobia, profunda y retorcida.

Pero tan poco adecuado resulta sobredimensionar los fenómenos como ignorarlos. La advertencia que lanzaban en Londres y Berlín en el año 2011 nos la hacen ahora ONGs de grandes núcleos urbanos en España. Y la respuesta de las administraciones públicas ha sido hasta el momento casi nula. Como sucede con frecuencia, es el Tercer Sector quien lleva la delantera en el abordaje de situaciones que, más allá de su relevancia epidemiológica, pueden tener consecuencias muy graves sobre colectivos particularmente vulnerables. Las reflexiones del BMJ de hace dos años siguen siendo válidas hoy y conviene un debate en profundidad, lejos de visiones simplistas y distorsionadas.

(1) McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015 Nov 3;351: 5790. doi: 10.1136/bmj.h5790.

Viviendo el estigma de la adicción en sus dos versiones

ITURBIDE, O.

Resumen

La comunidad científica lleva décadas tratando de identificar las causas de la adicción, y las distintas maneras que hay para abordar el tratamiento del paciente adicto. En esta línea, han sido varias las teorías y modelos que se han elaborado.

En los últimos tiempos, la idea de que la adicción es una enfermedad cerebral crónica, y con tendencia a la recaída, ha ido calando en la sociedad y en los diferentes agentes sociales que se dedican a atender a las personas drogodependientes.

Esta tesis, entre muchas otras cosas, pretende hacer desaparecer el estigma asociado a la adicción: si lográbamos ver al adicto como un enfermo, no lo consideraríamos un vicioso o individuo amoral.

Muchos de nosotros nos hemos rehabilitado en este contexto: somos enfermos mentales y, como tales, necesitamos ayuda médica para aprender a convivir con una patología crónica.

En un primer momento, este argumento logra calar en nosotros, ya que, si somos enfermos, estamos abocados a hacer algo. No es una elección que puedo no tomar, sino que mi organismo (mi cerebro en este caso) es disfuncional y me veo obligado a tratarme. Resulta casi un alivio pensar que todas aquellas cosas que uno ha hecho bajo los efectos de la droga no son producto de una personalidad perversa sino de una enfermedad. Sostenerse en esta afirmación nos ayuda a asumir la responsabilidad de nuestra propia recuperación.

Pero, ¿qué ocurre después? Con el tiempo terminamos viviéndonos como enfermos crónicos, y nuestro entorno también lo hace. De esta forma, se genera un doble estigma: el que ya existe sobre el individuo drogadicto, más el que pesa sobre el enfermo mental.

Durante la ponencia, presentaré mi propia experiencia con la droga, y posterior rehabilitación, en el marco referido.

Estigma en adicciones

VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, U.

El estigma de las personas con trastornos adictivos está relacionado con el desconocimiento y la incompreensión de las Adicciones, lo que se traduce en el rechazo y la discriminación de estas personas. Este estigma supone limitaciones en el abordaje de este problema de salud, motivo por el que desde la *Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías, Socidrogalcohol*, se ha lanzado la Campaña de sensibilización *#rompelestigma*, cuyo objetivo general es romper el estigma de las personas adictas dentro de la sociedad y reclamar una intervención acorde con esta normalización. En la comunicación se presentará la Campaña *#rompelestigma*, promoviendo la reflexión entre los asistentes sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados.

| COMUNICACIONES
ORALES

Trayectorias de impulsividad como predictores de consumo de alcohol, tabaco y cánnabis

MARTÍNEZ LOREDO, V.; DE LA TORRE LUQUE, A.;
FERNÁNDEZ ARTAMENDI S.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R.

Introducción

A pesar de que la búsqueda de sensaciones y la impulsividad son dos factores consistentemente asociados al uso de sustancias, pocos estudios han analizado la relación entre los cambios en impulsividad y el consumo de sustancias en la adolescencia temprana.

El objetivo del presente trabajo fue identificar diferentes trayectorias de impulsividad a lo largo de la adolescencia y explorar su relación con el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis.

Método

La muestra estaba compuesta por un total de 1.342 adolescentes (53,6% hombres; edad media 12,98, DT = 0,50) no consumidores evaluados una vez al año durante tres años mediante la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11-A), la Escala de Búsqueda de Sensaciones Impulsiva de Zuckerman (ImpSS) y una tarea de descuento por demora (DD). Se preguntó por la frecuencia de consumo en el último año de alcohol, tabaco y cánnabis. Se usaron Modelos Mixtos de Crecimiento Latente para examinar las trayectorias de impulsividad de cada participante. Para explorar las trayectorias como predictores del consumo de sustancias se utilizaron regresiones logísticas binarias.

Resultados

Se hallaron dos trayectorias de impulsividad en hombres (61.91% y 38.09% de los participantes) y cinco en mujeres (6,54%, 8,72%, 23,66%, 31,88% y 29,17%). En hombres la trayectoria incremental predecía el uso de tabaco (odd ratio (OR) = 3.01; Intervalo de confianza (95% IC) = 1.71-5.29) y cánnabis (OR = 1.84; 95% IC = 1.10-3.08). La trayectoria de incremento temprano en mujeres predijo el consumo de tabaco (OR = 4.31; 95% IC = 1.69-11), cánnabis (OR = 6.87; 95% IC = 2.38-19.80).

Conclusiones

La impulsividad general, la falta de premeditación y la toma de decisiones impulsivas son facetas de gran interés para detectar perfiles de riesgo para el consumo de sustancias. Estas personas podrían beneficiarse de intervenciones preventivas selectivas o tratamientos personalizados e intensivos.

Referencias

- Liu, W., Lee, G. P., Goldweber, A., Petras, H., Storr, C. L., Ialongo, N. S., & Martins, S. S. (2013). Impulsivity trajectories and gambling in adolescence among urban male youth. *Addiction*, 108(4), 780-788. doi: 10.1111/add.12049
- Lynne-Landsman, S. D., Graber, J. A., Nichols, T. R., & Botvin, G. J. (2011). Is sensation seeking a stable trait or does it change over time? *J Youth Adolesc*, 40(1), 48-58. doi: 10.1007/s10964-010-9529-2

Tratamiento del tabaquismo mediante un protocolo de Manejo de Contingencias: seguimiento a 12 meses

LÓPEZ-NÚÑEZ, C.; GONZÁLEZ-ROZ, A.; GARCÍA-PÉREZ, Á.; WEIDBERG, S.; FERNÁNDEZ-ARTAMENDI, S.; SECADES-VILLA, R.

Introducción

A pesar de los significativos progresos alcanzados en el campo de los tratamientos para dejar de fumar, un elevado porcentaje de pacientes recae tras el abandono del consumo, por lo que se necesitan estrategias de intervención más eficaces que favorezcan la prevención de recaídas a largo plazo. En los últimos años la técnica de Manejo de Contingencias (MC) ha mostrado ser eficaz para el abordaje de la adicción a la nicotina. No obstante, ningún estudio había evaluado previamente su eficacia a largo plazo para el tratamiento de fumadores de la población general. Objetivo. Analizar si dos procedimientos diferenciados de MC añadidos a un tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para dejar de fumar, mejoraba los resultados comparado con el programa multicomponente estándar, atendiendo a las tasas de retención, así como al punto de prevalencia tanto en el post-tratamiento como en los seguimientos a corto y largo plazo.

Material y método

Un total de 159 pacientes fueron asignados aleatoriamente a TCC (N=49), TCC más MCA (N=55) o TCC más MCM (N=55). Todos los fumadores recibieron el TCC estándar para dejar de fumar. Los pacientes asignados a MCA ganaron incentivos (vouchers) contingentes a los resultados negativos de cotinina en orina al final del tratamiento. En cambio, los fumadores que pertenecían a MCM fueron reforzados desde la primera semana por sus progresivas reducciones de consumo de acuerdo a un programa percentil de descenso gradual.

Resultados

Existieron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de retención para las tres condiciones de tratamiento ($F(2, 156) = 13,51, p < 0,01$). El promedio de sesiones asistidas para los pacientes del TCC ($M=9,20$; $DT=3,38$) fue significativamente menor al promedio del grupo TCC+MCA ($M=10,84$; $DT=0,54$) y TCC+MCM ($M=10,96$; $DT=0,19$). En el post-tratamiento, un porcentaje significativamente mayor de pacientes alcanzó la abstinencia en TCC+MCA (94,5%) y TCC+MCM (94,5%), frente al tratamiento estándar (59,2%; $p < 0,01$). Al mes, los participantes asignados a TCC+MCA (65,5%) y TCC+MCM (54,5%) mantuvieron tasas significativamente mayores de abstinencia que el TCC (36,7%; $p=.013$). A los seis meses, el 43,6% de pacientes en TCC+MCA y 32,7% en TCC+MCM mantenían su abstinencia, frente a aquellos que habían pertenecido al TCC solo (25%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=.246$). Al año, estas tasas también eran superiores para TCC+MCA (40%), frente a TCC+MCM (29,1%) y TCC (30,6%), aunque las diferencias tampoco fueron significativas ($p=.426$).

Conclusiones

La adhesión del protocolo de MC al tratamiento estándar (especialmente MCA) permite lograr mejores resultados en relación a las tasas de retención durante el tratamiento y de abstinencia tanto en el post-tratamiento como en los seguimientos (tanto a corto como a largo plazo). Este hallazgo permite apoyar la diseminación del MC para el tratamiento de fumadores en un contexto comunitario.

Referencias

- Ledgerwood, D. M. (2008). Contingency management for smoking cessation: where do we go from here? *Current Drug Abuse Reviews*, 1(3), 340-349. doi: 10.2174/1874473710801030340
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., López-Núñez, C., Alonso-Pérez, F., & Fernández-Hermida, J. (2014). Contingency management for smoking cessation among treatment-seeking patients in a community setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 140, 63-68. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.03.030

Transferrina deficiente en carbohidratos y Hoja Verde: Buscando el screening bioquímico para detectar exposición de riesgo de alcohol en embarazadas

AZURMENDI FUNES, M. L.; SÁNCHEZ SAUCO, M. F.; TOBARRA SÁNCHEZ, E.; CÁCERES ÁLVAREZ, A.; NOGUERA VELASCO, J. A.; MARTÍNEZ VILLANUEVA, M.; GARCÍA TORRES, B.; ORTEGA GARCÍA, J. A.

Introducción y objetivos

El alcohol durante el embarazo es teratógeno y neurotóxico para la descendencia. No se ha podido establecer ningún nivel de bebida sin efecto. Los trastornos del espectro alcohólico fetal ocurren en personas cuyas madres bebieron alcohol durante el embarazo. El gold estándar en la detección de consumo de alcohol materno es el reporte materno. Sin embargo no existen cuestionarios adaptados para embarazadas, sólo experiencias locales como es la Hoja Verde (HV) del embarazo que permite cuantificar la ingesta de alcohol materno. La transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) es un marcador de alcoholismo crónico que ha sido poco estudiado en el embarazo. El objetivo es realizar un estudio de correlación y como prueba diagnóstica del valor de la CDT en el cribado de exposición de alto riesgo por alcohol en el primer trimestre del embarazo.

Material y método

Estudio en 91 gestantes del primer trimestre en un Hospital de Referencia a las que en el cribado del primer trimestre se añadió la determinación del biomarcador CDT junto a la realización de la Hoja Verde. Se estableció como criterio de alto riesgo ambiental por exposición a alcohol y otras drogas en la etapa periconcepcional los seguidos en la consulta del programa ELIJO MAS SANO (al menos se ha de cumplir uno de los siguientes criterios): 1.-Ingesta de más de 20 gramos de alcohol diarios, 2.- Al menos 3 atracones de ≥ 40 gramos de alcohol, 3.-Exposición a drogas ilegales al menos una vez/semana.

Resultados

Edad media materna 30,62 (IC95% 29,18- 31,93), raza blanca: 85%, SG media realización HV 12,03 (11.85-12.22), IMC normal: 60%, embarazo buscado: 66%. Un 52% de las gestantes están expuestas a humo ambiental de tabaco. El 70% toma algo de alcohol con un consumo medio de 9,1 gramos de alcohol/día (IC95% 5,4-12,8). Un 30 % han tenido algún atracón, con una media de 5 atracones IC95% (3,1-5,8). 16,5% expuesta a Cannabis, un 4,4% eran consumidoras activas. CDT fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el número de atracones ($p = 0,01$, $r = 0,27$), con estar buscando el embarazo ($p = 0,004$) y con la SG en que se realiza la HV ($p = 0,02$ $r = -0,25$). Un 22% cumplían criterios de riesgo por exposición prenatal a alcohol. El AUC de CDT en la detección de alto riesgo ambiental por alcohol fue de 0,705 ($p < 0,05$).

Discusión/Conclusiones

El valor de CDT en la mujer se afecta más por el patrón de consumo en atracón que por el consumo crónico como se describe en la bibliografía. Conforme más tarde se realizan la ecografía del primer trimestre más bajo el valor de CDT ya que hace más tiempo que dejaron de beber.

Referencias

Ortega-García JA, Gutierrez-Churango JE, Sánchez-Saucó MF, Martínez-Aroca M, Delgado-Marín JL, Sánchez-Solis M, Parrilla-Paricio JJ, Claudio L, Martínez-Lage JF. Head circumference at birth and exposure to tobacco, alcohol and illegal drugs during early pregnancy. Childs Nerv Syst. 2012 Mar; 28(3): 433-9.

Neuroinflamación: pasarela entre el estrés y la adicción

FERRER PÉREZ, C.; BALLESTÍN HINOJOSA, R.; REGUILÓN MARINA, D.

La adicción es una enfermedad multifactorial que aparece como resultado de la interacción entre factores biológicos y ambientales, y se caracteriza por la pérdida de control en el uso de la sustancia adictiva (Volkow et al., 2015). En la actualidad el mecanismo por el cual se origina la adicción no está totalmente definido, pero recientes, aunque ya numerosos estudios apuntan que el sistema inmune juega un papel central. La teoría neuroinflamatoria de la adicción considera que la respuesta inflamatoria es una posible causa del proceso adictivo (Rodrigues, 2014). Esta teoría permite explicar cómo las drogas producen sus efectos de toxicidad y efectos deletéreos en la (Montesinos et al., 2016). Otra clave en la comprensión del proceso adictivo es el estrés. La mayor fuente de estrés en los humanos proviene de la interacción social (Miczek et al., 2008). En modelos animales, se ha demostrado que la exposición a diferentes procedimientos de derrota social (estrés social), incrementa las propiedades reforzadoras de psicoestimulantes como la cocaína, utilizando paradigmas como la autoadministración y el condicionamiento de la preferencia de lugar (Aguilar et al., 2013). Numerosos estudios han demostrado que al igual que las drogas, el estrés social también activa la respuesta neuroinflamatoria (Menard, 2017). Por lo tanto, los procesos inflamatorios pueden ser la pasarela que conecte la exposición al estrés y el incremento en la sensibilidad a los efectos reforzantes de las drogas (Reguilón et al., 2017). Atendiendo a este nexo entre estrés, sistema inmune e incremento de la susceptibilidad a la adicción desarrollamos en el "Russo Laboratory" (*Icahn School of Medicine at Mount Sinai*, Nueva York) un experimento donde se valoró el perfil inflamatorio de ratones adultos tras un protocolo de estrés social crónico. El análisis de los resultados mostró que 13 de los 50 animales sometidos a estrés crónico desarrollaron un patrón de vulnerabilidad psicológica, caracterizado por la inhibición de la conducta natural de interacción social. Estos ratones susceptibles a los efectos deletéreos del estrés poseían además un perfil de elevada activación del sistema inmune, que fue determinado por la concentración de interleucina-6 en plasma. Sin embargo, el resto de roedores que mostraron resistentes (resilientes) a los efectos del estrés manifestaron un índice de interacción social y un perfil inflamatorio comparable al que registramos en nuestros animales control (sin estrés). Con el fin de demostrar si este perfil de resiliencia también se aplicaba a la respuesta a los efectos de la cocaína, realizamos otro estudio en la Unidad de Investigación de Psicobiología de las Drogodependencias (Valencia). En este trabajo corroboramos que los animales que desarrollaban un incremento en los efectos reforzantes de la cocaína, siendo por tanto susceptibles al estrés social, también presentaban un elevado perfil neuroinflamatorio. Por el contrario, los animales derrotados que no desarrollaban preferencia con una dosis subumbral de cocaína, siendo resilientes a los efectos del estrés social, presentaban niveles más bajos de interleucina-6. Por lo tanto, estos estudios respaldan el papel de la respuesta de neuroinflamación en los efectos que produce el estrés social.

Factores de riesgo de trastorno por consumo de analgésicos opioides: software para el cálculo de prevención 1ª y 2ª

LÓPEZ ARTEAGA, T.; GALLEGO BELLIDO, J. M.

Resumen

A través del cálculo del OR en nuestra muestra, los factores de riesgo descritos en la literatura y los valores de las escalas/cuestionarios, hemos desarrollado un software que permita calcular el riesgo de adicción con tratamiento analgésico opioides en dolor crónico no oncológico.

Introducción/objetivos

El dolor crónico es un problema de salud pública, en donde los enfoques farmacológicos suelen ser los más utilizados, y aunque los opioides deberían considerarse como la segunda línea de tratamiento (2: 13) se ha incrementado el uso de opioides analgésicos en dolor crónico no oncológico (DCNO) y por lo tanto, ha habido un incremento del trastorno por consumo de opiodes (TCO). A través de nuestro estudio intentamos determinar los posibles factores de riesgo asociados, para así favorecer el proceso de prevención 1ª y 2ª de TCO en DCNO. Para ello sea llevado a cabo una revisión bibliográfica, el estudio de escalas de valoración del riesgo y la inclusión de nuestros datos del área. La combinación de estos datos, se ha unificado a través de un software para facilitar su cálculo en la clínica diaria.

Material y método

Se ha realizado un estudio de casos y controles con una muestra de 80 pacientes que presentaban DCNO y que fueron derivados a psiquiatría entre noviembre de 2015 y marzo de 2017, mayores de edad, con comorbilidad psiquiátrica asociada y/o sospecha de trastorno por consumo a opioides. A su vez, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los factores de riesgo existentes en la literatura hasta el momento del estudio y de las herramientas de medición del riesgo (escalas y cuestionarios) y se ha estratificado el riesgo en alto, moderado y bajo, según los valores de Odds Ratio de nuestro estudio y de la literatura. Con estos valores se ha desarrollado un algoritmo de decisiones, que permite el cálculo informatizado de los riesgos.

Resultados

Valores obtenidos a través de la muestra estudiada:

- Antecedentes familiares de consumo de sustancias son factor de riesgo para desarrollar:
 - o trastorno somatoforme: OR 21
 - o Fibromialgia (FBM): OR 29,43
 - o para precisar >100DEM: OR 4,66
- Son factores de riesgo para desarrollar TCO:
 - o antecedentes personales psiquiátricos
 - OR 1,556
 - o síndrome de espalda fallida: OR 3,06
 - o DEM>100mg/d: OR 1,7241
 - o trastorno somatoforme: OR 2,82
 - o FBM: OR 0,174.
- Son factor de riesgo para precisar dosis >100DEM para manejo del dolor:
 - o trastorno somatoforme: OR 4
 - o antecedentes familiares de consumo de sustancias
 - OR 4,66
 - o síndrome de espalda fallida: OR 1,77

Discusión

En la era de las TICs, mostramos una herramienta para facilitar el cálculo individualizado de factores de riesgos de TCO, de aplicación tanto en AP como en AE, el cual se resuelve mientras se realiza la historia clínica y permite una individualización del tratamiento en DCNO. A su vez, al utilizar la aplicación, podemos tener en cuenta, con menos tiempo empleado, la combinación de valores existentes en la literatura y la fusión de distintas escalas/cuestionarios, por lo que la valoración del paciente será más completa y estandarizada, permitiéndonos estudiar poblaciones mayores.

Estudio diagnóstico aleatorizado comparando el cribaje de consumo de alcohol con etanol y etilglucurónido en pacientes con trastorno por uso de alcohol

BARRIO, P.; TEIXIDOR, L.; ORTEGA, L.; LLIGOÑA, A.; RICO, N.;
BEDINI, J. L.; VIETA, E.; GUAL, A.

Introducción

Una estrategia frecuentemente utilizada para el tratamiento y la prevención de recaídas en pacientes con un trastorno por uso de alcohol es el cribado frecuente de consumos mediante análisis de orina seriados. Recientemente, el etilglucurónido ha demostrado poseer una elevada sensibilidad y especificidad para la detección de consumos recientes de alcohol. Sin embargo, a fecha de hoy ningún estudio ha analizado su impacto clínico de una manera aleatorizada y prospectiva. El objetivo de nuestro estudio fue pues evaluar el impacto que tiene el cribado frecuente en pacientes con dependencia del alcohol utilizando etilglucurónido en comparación a un biomarcador de baja sensibilidad como el etanol, haciendo especial énfasis en el diseño randomizado y abierto del estudio.

Métodos

Los pacientes ambulatorios con un trastorno por uso de alcohol fueron aleatorizados a un cribado seriado de orina durante 24 semanas mediante etanol o bien etilglucurónido. Tras estas 24 semanas, todos los pacientes fueron cribados mediante etilglucurónido. También se recogieron los autoinformes de los pacientes a las 24 semanas en relación a su consumo de alcohol. Se utilizó un modelo de regresión logística para comparar entre grupos la proporción de sujetos abstinentes al final del estudio según los datos proporcionados por los autoinformes y el etilglucurónido. Un modelo de ecuaciones de estimación generalizada fue utilizado para evaluar mes a mes el descenso de cribados positivos en el grupo de etilglucurónido, para evaluar si los pacientes en el grupo del biomarcador más sensible reducen el número de muestras positivas al incorporar el conocimiento sobre la mayor sensibilidad del biomarcador.

Resultados

Se aleatorizaron 162 pacientes. El grupo que recibió cribado con etanol mostró durante las primeras 24 semanas un menor número de muestras positivas. (19/64 (29.7%) vs 58/98 (59.3%)). Sin embargo, al finalizar este periodo, el grupo que había recibido cribado con etilglucurónido previamente mostró una menor proporción de pacientes no abstinentes al finalizar el estudio, en comparación al grupo que había recibido cribaje con etanol i medidos ambos según las muestras negativas a etilglucurónido tras 24 semanas, (5/62 (8.1%) vs 13/39 (33.3%)). Se observó también una disminución significativa de la proporción de muestras positivas a etilglucurónido mes a mes en el grupo que recibió cribado con este biomarcador.

Conclusiones

El cribado rutinario con etilglucurónido reduce el número de muestras positivas y incrementa la proporción de pacientes abstinentes, sugiriendo que los pacientes, una vez incorporan el conocimiento en torno a la mayor sensibilidad del biomarcador, adaptan su conducta a este nuevo biomarcador para evitar positivos y así pues reducen sus consumos.

Consumo de alcohol y de otras sustancias en estudiantes universitarios españoles.

Resultados preliminares del estudio UNIVERSAL: Universidad y salud mental

BALLESTER COMA, L.; ALAYO BUENO, I.; VILAGUT SAIZ, G.; ALMENARA BARRIOS, J.; ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E.; MESTRE PINTÓ, J. I.; PIQUERAS RODRÍGUEZ, J. A.; ROCA BENNASAR, M.; ALONSO CABALLERO, J.; POR EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN UNIVERSAL BLASCO CUBEDO, M. J.; CASTELLVÍ OBIOLS, P.; CEBRIÁ MECA, A.; GABILONDO CUÉLLAR, A.; IRUIN SANZ, A.; LAGARES FRANCO, C.; LEIVA, D.; MIRANDA MENDIZÁBAL, A.; PÉREZ VÁZQUEZ, M. T.; SESÉ ABAD, A.; SOTO SANZ, V.; VIVES FORTEZA, M.

Introducción/Objetivos

El periodo universitario se asocia a un riesgo para el inicio, consolidación e intensificación del consumo de alcohol y otras sustancias. Cada vez más jóvenes realizarán estudios universitarios (actualmente, el 30% de los adultos jóvenes inicia algún estudio universitario). Existe poca evidencia de estudios longitudinales en jóvenes, acerca de la relación entre los trastornos de uso de sustancias (TUS) y los trastornos mentales. Los objetivos de este trabajo son:

- i) estimar la prevalencia de posible riesgo de TUS en estudiantes españoles que inician estudios universitarios;
- ii) explorar la asociación de variables sociodemográficas y trastornos mentales con los TUS.

Métodos

UNIVERSAL es un estudio multicéntrico, observacional, prospectivo (4 años) de estudiantes entre 18 y 24 años de 5 universidades de 5 Comunidades Autónomas de España.

Recogida de datos

Se realizó con una plataforma en línea confidencial y segura. La prevalencia a lo largo de la vida de posible trastorno mental (depresión mayor, bipolar, ansiedad generalizada y pánico) se evalúa con ítems de cribado adaptados de CIDI-SC. La prevalencia de posible trastorno por uso de sustancias se evalúa con ítems adaptados de la CIDI-SC y el AUDIT. Se estima la prevalencia total y estratificada por sexo, y se realizan modelos de regresión logística ajustados por sexo, centro y ámbito de estudios.

Resultados

2.118 estudiantes completaron la evaluación basal (proporción de respuesta ponderada del 19%). La edad media es de 18,6 años (DE= 1,2), el 55,4% de la muestra son mujeres y el 47,6% estudiaban grados de ciencias sociales o jurídicas. El 58,8% de los estudiantes reporta consumo de riesgo de alcohol (más de 3 bebidas alcohólicas en un día de consumo) y el 24,5%, indica haber tenido alguna vez en su vida consumo de alcohol perjudicial o peligroso así como posible dependencia.

El 3,9% de la muestra tiene riesgo de padecer algún problema relacionado con el uso de otras sustancias. La sustancia más consumida (como mínimo, menos de una vez al mes) es el cannabis (30,9%). Los estudiantes que alguna vez en la vida han presentado un posible trastorno afectivo, tienen un riesgo significativamente mayor de problemas relacionados con el consumo de alcohol (depresión mayor OR=1,6; IC95% 1,2-2,0 y bipolar OR=2,4; IC95% 1,3-4,3). Los que han manifestado algún problema relacionado con el uso de otras sustancias, tienen un riesgo significativamente mayor de presentar problemas relacionados con el alcohol (OR= 3,9; IC95% 2,5-6,3), y viceversa (OR=3,7; IC95% 2,3-5,9). Los estudiantes con posible trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida tienen un riesgo significativamente mayor de problemas relacionados con el uso de sustancias, (OR=1,7; IC95% 1,3-2,2).

Discusión/Conclusiones

Se observa una elevada prevalencia de problemas relacionados con las sustancias en jóvenes universitarios españoles. La presencia de posible trastorno mental a lo largo de la vida se asocia con mayor probabilidad de problemas relacionados con el uso de sustancias. Es necesario aumentar el conocimiento sobre los factores asociados y las consecuencias de estas conductas.

Financiación

ISCIII (CM14/00125 y CD12/00440), ISCIII- FEDER (PI13/00343), PNSD (Exp. 2015I015); AGAUR (2014 SGR 748); FPU (FPU15/05728)

Consecuencias del Consumo Intensivo de Alcohol desde la perspectiva de los universitarios

GIMÉNEZ COSTA, J. A.; CORTÉS TOMÁS, M. T.; SANCERNI BEITIA, M. D.; MARTÍN DEL RÍO, B.

Introducción/Objetivos

El Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) en estudiantes universitarios tiene graves consecuencias, incluyendo lesiones y agresiones, mayor probabilidad de sufrir agresiones sexuales, problemas legales, académicos o de salud, y mayor riesgo de trastornos por consumo de sustancias (Cortes et al, 2014, 2017; SAMHSA, 2014). El grado en que las consecuencias que se experimentan se consideran positivas o negativas (Logal et al, 2012) determinan el consumo futuro. Desde la investigación generalmente estas se consideran negativas, pero algunos trabajos (Lee et al., 2011; Mallett et al., 2008) demostraron que consecuencias comúnmente etiquetadas como “negativas” (p.e. resacas y desmayos) se percibían como neutras o positivas. El objetivo de este trabajo es analizar la valoración por parte de estudiantes universitarios de un conjunto de consecuencias asociadas al consumo intensivo de alcohol, y ver si hay alguna relación entre esta percepción y su patrón de consumo.

Material y método

601 estudiantes de la Universidad Miguel Hernández de Elche (mujer: 64,1%; media edad: 19.2 años), cumplimentaron un autoregistro de consumo de alcohol de los 6 meses anteriores y el IECI (Cortés et al, 2012). Este último recoge la frecuencia de aparición de 77 consecuencias asociadas al consumo intensivo de alcohol, junto con la valoración (negativa/neutra/positiva) de cada una de ellas.

Resultados

El 63.9% de estudiantes presenta al menos un episodio de CIA en los últimos seis meses (sin diferencias significativas por sexo). Un 24% de CIA señalan como neutro el hecho de “beber en situaciones o momentos en los que no tenía previsto beber”, y entre un 18% y un 13% “no poder levantarse a la hora que se tenía previsto”, “molestarse porque alguien critique su forma de beber”, “beber más de lo previsto antes de empezar” o “durante más tiempo del previsto”. Como consecuencias positivas destacan algunas relacionadas con el control de la conducta: “conseguir reducir el consumo cuando uno quiere (25.5%) o al menos planteárselo” (25.3%) o “buscar ayuda profesional (10.2%) o de otra persona (7.6%)”. Destaca que entre un 20 y un 25% de los CIA no vean como negativo aspectos como “sentirse con menos energía”, “volverse más torpe”, “no comer adecuadamente”, “notar cambios en la personalidad”, “tener cambios de peso” o “darse cuenta que necesita mayores cantidades de alcohol para notar el mismo efecto”.

Discusión/Conclusiones

Los resultados muestran como, pese a que siguen siendo numerosas las consecuencias valoradas como negativas, los CIA aún presentan un importante número de consecuencias que o bien no se plantean si evitarlas o no (al considerarlas neutras), o bien pueden suponer un incentivo para el consumo (al evaluarlas como positivas). Atender a estas consecuencias es necesario tanto para diseñar actividades preventivas como para posibles intervenciones, ya que constituyen un factor de riesgo de incremento de la conducta al valorar adecuadamente las implicaciones o resultados a cada una de estas consecuencias.

Referencias

- Logan, D. et al (2012). Rose-Colored Beer Goggles: The Relation Between Experiencing Alcohol Consequences and Perceived Likelihood and Valence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 311–317.
- Mallett, K. et al. (2013). An Update of Research Examining College Student Alcohol-Related Consequences. *Alcohol Clin Exp Res.*, 37(5): 709–716.

Aceptación del “061 Quit_Mental”: intervención telefónica multicomponente para dejar de fumar tras la hospitalización en unidades de psiquiatría de agudos

NIEVA RIFÀ, G.; PINET OGUÉ, M. C.; MONDON VEHILS, S.; HERNÁNDEZ RIBAS, R.; VICENS VILANOVA, J.; BRUGUERA CORTADA, E.; COSTA JUSTE, S.; BARRIO GIMENEZ, P.; SUBIRÀ ALVAREZ, S.; BALLBÉ GIBERNAU, M.; FELIU JOSA, A.; RAICH SORIGUERA, A.; TORRES ESPARZA, N.; VILAPLANA MAYORAL, J.; ALAUSTRE NAVAL, L.; BLANCH PARDO, R.; SUELVES JOANXICH, J. M.; FERNÁNDEZ MUÑOZ, E.; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, C.

Introducción/Objetivos

Hasta un 80% de los pacientes ingresados en unidades de psiquiatría son fumadores. El consumo de tabaco tiene un elevado coste para estos pacientes y reduce su esperanza de vida en 25 años. Las intervenciones hospitalarias dirigidas a estos pacientes para mantener la abstinencia y fomentar el abandono requieren de intervenciones comunitarias intensivas sostenidas en el tiempo. El objetivo del estudio “061 Quit_Mental” es evaluar la eficacia de una intervención telefónica multicomponente dirigida a pacientes que son dados de alta de unidades de psiquiatría de agudos. Los objetivos de este trabajo son: (1) identificar qué pacientes aceptan y rechazan el “061 Quit_Mental” y (2) describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes incluidos en el estudio .

Material y método

Los pacientes son informados durante su estancia hospitalaria sobre la posibilidad de participar en este ensayo pragmático aleatorizado y controlado, simple ciego, asignación 2:1 [Grupo Intervención (GI) y Grupo Control (GC)] en 5 hospitales. El GI recibe atención telefónica para dejar de fumar (con apoyo psicológico, psicoeducativo y con recomendación de terapia sustitutiva de nicotina, si precisa) proactivamente durante 12 meses, y el GC sólo consejo breve tras el alta. El equipo de enfermería del 061 CatSalut Respon, que ha recibido formación específica, realiza la intervención telefónica llamando de forma proactiva a los pacientes incluidos. Se comparan variables sociodemográficas y de diagnóstico entre los que aceptan y rechazan participar.

Resultados

El 55,8% de los pacientes aceptan participar (116/208), sin diferencias por sexo, edad, ni diagnóstico principal.

El porcentaje de aceptación es estadísticamente diferente entre los cinco hospitales (con un rango de 31,6% a 84%, $p < 0,01$).

Discusión/Conclusiones

En general, los pacientes hospitalizados en unidades de psiquiatría de agudos aceptan una intervención telefónica para abordar su consumo de tabaco. No hay diferencias en la aceptación por características de los pacientes, pero sí por hospital participante. Es necesario explorar los motivos por los que algunos hospitales tienen mejor participación que otros para incrementar el reclutamiento. De ser efectiva la intervención, podría implementarse en la práctica clínica habitual.

| PÓSTERES
| Y CASOS CLÍNICOS

Variabilidad psicopatológica de las intoxicaciones agudas por uso de estimulantes y alcohol

BECERRA DARRIBA, H.; OJEDA MARTÍNEZ, A.I.; SÁNCHEZ ENAMORADO, M.; JIMÉNEZ CORTÉS, M.P.; GURREA ESCAJEDO, A.

Introducción/objetivos

En los últimos años se ha observado un inicio precoz del uso de estimulantes, además del consumo simultáneo de alcohol en patrón *binge* en la población adolescente y juvenil. En consecuencia, los episodios de intoxicaciones agudas han aumentado su incidencia en los servicios de urgencias psiquiátricas, con diversas manifestaciones clínicas. El objetivo de la investigación se centró en analizar las diferencias presentes en la psicopatología experimentada en las intoxicaciones agudas derivadas del consumo de cocaína o speed, en combinación con alcohol.

Material y método

Se diseñó un estudio observacional caso-control sobre una muestra de 22 pacientes, atendidos entre 2014 y 2017 en las Urgencias de Psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca, con edades comprendidas entre 17-25 años, sin antecedentes psiquiátricos previos, que debutaron con un primer episodio de intoxicación aguda en contexto de uso de cocaína o speed, combinado con alcohol. Las características sociodemográficas y clínicas se recogieron con la aplicación de una entrevista semi-estructurada. Se utilizó la técnica del urinoanálisis cualitativo para confirmar el consumo de cocaína o speed, mientras que el alcohol se cuantificó en aire espirado. Las dimensiones psicopatológicas se determinaron mediante la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) y la Young Mania Rating Scale (YMRS). El análisis estadístico fue desarrollado con el programa SPSS v21.0, tomando como nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

En función del estimulante detectado en combinación con alcohol en el cuadro de intoxicación aguda, se estableció un grupo de 10 pacientes con uso de cocaína, y otro grupo de 12 sujetos consumidores de speed. El perfil sociodemográfico general fue de un varón (68%), con edad media de 21,19 años ($SD=4,8$), empleo no cualificado (54,5%), soltero (77,27%) y con estudios de secundaria (40,9%). No se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones totales de la PANSS de ambos grupos. No obstante, los usuarios de speed obtuvieron puntuaciones cuantitativamente superiores en la sintomatología positiva (PANSS-P; $p=0,051$); en contraposición al predominio de la clínica maniforme (YMRS; $p=0,046$) en los pacientes consumidores de cocaína. La frecuencia de las alteraciones conductuales con auto/heteroagresividad no presentó diferencias significativas.

Discusión/conclusiones

El tipo de estimulante combinado con alcohol e implicado en la intoxicación aguda podría influir en la diferente expresión sintomática psicótica o afectiva de la misma. Limitaciones como la heterogeneidad o el reducido tamaño muestral han podido disminuir el efecto en los resultados. Son necesarios futuros estudios experimentales que apoyen estos hallazgos.

Referencias

Barkla XM, McArdle PA, Newbury-Birch D. Are there any potentially dangerous pharmacological effects of combining ADHD medication with alcohol and drugs of abuse? A systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. 2015 Oct 30;15:270.

Colell E, Domingo-Salvany A, Espelt A, Parés-Badell O, Teresa Brugal M. Differences in mortality in a cohort of cocaine use disorder patients with concurrent alcohol or opiates disorder. *Addiction*. 2018 Jan 22 [Epub ahead of print].

Uso, conocimiento y percepción de riesgo de las drogas en los jóvenes estudiantes mexicanos de 14 a 18 años de edad en los municipios de Tepic y Xalisco, del estado de Nayarit

RAMÍREZ PIÑA M.R.; GIMÉNEZ COSTA J.A.

Introducción

El país de México consta de 32 entidades federativas de las cuáles algunas de ellas han realizado estudios epidemiológicos, sin embargo estudios que incluyan a las 32 entidades federativas solo se han realizado en 3 ocasiones en el año de 1991, 2008 y el 2014. Por lo que podemos decir que en México han existido diversos estudios epidemiológicos a través del tiempo, pero no con una periodicidad constante como sucede en otros países.

Objetivos

Este trabajo de investigación tiene como objetivo general recabar información para conocer la prevalencia de uso, el conocimiento y la percepción de riesgo de las drogas que tienen actualmente los jóvenes estudiantes mexicanos de 14 a 18 años de edad residentes de los municipios de Tepic y Xalisco del estado de Nayarit, para que en un futuro se puedan diseñar y aplicar programas de prevención de consumo de drogas y los problemas asociados que se derivan de este consumo.

Método

La muestra final del trabajo de investigación fue de 711 alumnos (349 estudiantes son del sexo masculino y 362 del sexo femenino). La información recopilada se obtuvo mediante una adaptación del cuestionario empleado a recogida de información que habitualmente se utiliza para confeccionar el informe ESTUDES por el observatorio sobre Drogas del Plan Nacional Sobre Drogas en España. Hay que mencionar que se realizaron algunas modificaciones al cuestionario, pero únicamente de expresiones de lenguaje, debido a las diferencias de términos que existen entre España y México. Se obtuvieron prevalencias de alcohol, tabaco y algunas drogas ilegales, así como patrones de consumo, edad media de inicio y se utilizaron procedimientos de frecuencias, se cruzaron las variables de consumo por sexo, edad, tipo de centro educativo, temporalidad de consumo de alguna vez en la vida, el último año y el último mes para comprobar si había diferencias respecto a ellas. Se realizaron las pruebas de Chi cuadrado de Pearson y pruebas T de muestras independientes para comprobar si existían diferencias significativas en el consumo de sustancias entre el género de los estudiantes así como diferencias de consumo entre los centros educativos privados y públicos.

Resultados

Los resultados finales de la investigación muestran que las mayores prevalencias de consumo son principalmente con 4 tipos de sustancias, en primer lugar el alcohol, segundo lugar tabaco, tercer lugar hipnosedantes y cuarto lugar cannabis. Sin embargo la sustancia que está principalmente presente dentro de la población estudiantil es el alcohol.

Conclusiones

La percepción de riesgo de los estudiantes es baja con una tendencia a la normalización del consumo y el conocimiento de las sustancias no se ve reflejado en el consumo ya que la prevalencia de consumo entre estudiantes que están informados y no lo están es la misma.

Referencias

Villatoro-Velázquez JA, Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, Oliva Robles, N., M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. Secretaría de Salud (Ed.). (2015). Encuesta Nacional de

Tratamiento con Clozapina: fumar tabaco como predictor de recaídas

PASTOR JORDÁ, C.; TORÍO PALMERO, I.; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, E.; CABRERA LOZANO, A.; PALOMO RUIZ, J. L.; ARIAS HORCAJADAS, F.

Introducción

La clozapina es el prototipo de antipsicótico atípico. Tiene más antagonismo dopaminérgico D4 que D2, y además muestra un potente antagonismo de los receptores serotoninérgicos 5-HT2A y 5-HT2C, de los receptores α 1-adrenérgicos, y de los receptores muscarínicos e histaminérgicos H1. Teniendo en cuenta que la clozapina sufre un importante metabolismo hepático, especialmente por la enzima CYP1A2, y que esta es inducida por los hidrocarburos aromáticos del tabaco, se puede decir que fumar disminuye los niveles sanguíneos de Clozapina, y en consecuencia, disminuye su eficacia. El 58-88% de los pacientes con Esquizofrenia Paranoide son fumadores activos de tabaco, por lo que este consumo podría tener relevancia clínica, y debería ser tenido en consideración.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es, habiendo valorado la diferencia de niveles de clozapina según consumo de tabaco en 2014, evaluar si esto pudiera tener una repercusión clínica a largo plazo, valorando la cantidad de ingresos que han requerido los pacientes fumadores y no fumadores desde 2014 hasta octubre de 2017.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo llevado a cabo en una muestra de 52 pacientes con trastornos psicóticos que estaban siendo tratados con Clozapina en 2014, y se evalúa la dosis de clozapina en 2017, su consumo de tabaco y su número de ingresos en esos tres años. Se usa una regresión lineal simple analizada en el *SPSS Statistics software version 22*.

Resultados

Se estudió que en ese momento (2014) el 57.7% de los pacientes eran fumadores activos. De esos 52, en 2017 solo tenemos datos de 48, habiéndose pedido los 4 pacientes en dos traslados de comunidad y dos defunciones. A tres pacientes además, se les retiró la Clozapina de su tratamiento antipsicótico habitual. Se mantenía el mismo número de fumadores. La media de dosis de Clozapina en 2017 fue de 313 mg. El 31,3% de la muestra fueron mujeres. En el 85,4% el diagnóstico fue de Esquizofrenia Paranoide. Al analizar el coeficiente de determinación ajustado: 0,51. Con una significación $P=0,067$.

Discusión

En el tratamiento de mantenimiento con Clozapina debería plantearse un incremento de la dosis en pacientes que fumen altas cantidades de tabaco al día, y debería en ocasiones plantearse como opción la reducción de dosis, en casos de pacientes no fumadores en el caso de aparición de efectos adversos como sialorrea o excesiva sedación. Con estos ajustes podría favorecerse por una parte adherencia al tratamiento, y por otra, unos niveles terapéuticos de Clozapina en sangre, podrían evitar una recaída con la repercusión conductual y emocional suficiente como para suponer un nuevo ingreso en una unidad de agudos de Psiquiatría, aunque requeriríamos una mayor muestra para poder aportar datos con mayor nivel de significación estadística.

Referencias

Tsuda Y, Saruwatari J, Yasui-Furukomi N. BMJ Open 2014;4:e004216. doi:10.1136/bmjopen-2013-004216
Gee S.H, Taylor D.M, Shergill S.S, Flanagan R, MacCabe J.H. Ther Adv Psychopharmacol 2017, Vol. 7(2) 79-83

Trastorno por uso de benzodiazepinas. Una adicción iatrogénica en la depresión unipolar crónica

BECCERRA DARRIBA, H.; OJEDA MARTÍNEZ, A. I.; SÁNCHEZ ENAMORADO, M.;
LACAL ALEJANDRE, L.; JIMÉNEZ CORTÉS, M. P.; GURREA ESCAJEDO, A.

Introducción/objetivos

El abuso y dependencia de benzodiazepinas ha incrementado su prevalencia en mujeres y ancianos en los últimos años. La prescripción frecuente de estos fármacos durante el tratamiento de trastornos afectivos, implica fácil acceso y exposición prolongada a los mismos, favoreciendo el desarrollo de conductas adictivas en aquellas personas vulnerables. El objetivo de la investigación consistió en determinar la prevalencia del trastorno por uso de benzodiazepinas en una población con trastornos depresivos unipolares crónicos.

Material y método

Se diseñó un estudio transversal sobre una muestra de 65 sujetos, en seguimiento ambulatorio en la Unidad de Salud Mental de Huesca entre 2015 y 2017, con una edad comprendida entre 25 y 65 años, y diagnóstico previo de Trastorno Depresivo Recurrente o Trastorno Distímico, con un mínimo de 2 años de evolución, según los criterios de la CIE-10. Las características sociodemográficas y clínicas fueron obtenidas en una entrevista semi-estructurada. La prevalencia del Trastorno por Uso de Benzodiazepinas se exploró mediante el *Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ)*. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando SPSS v21.0.

Resultados

Se hallaron 42 casos de abuso o dependencia de benzodiazepinas (64,6%), representados por un perfil de paciente con una edad media de 49,32 años (DE=3,328) ($p=0,005$), mujer (75%), desempleada (64,3%), casada con hijos (58%), con estudios de educación secundaria (82%; $p=0,03$) y residente en área urbana (60%; $p=0,02$). El 41% presentaba comorbilidad con otras patologías como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, mientras que en el 24% coexistían diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria. El 53% identificaba la problemática familiar como el principal factor mantenedor de la clínica depresiva. Un 29% de los sujetos habían realizado sobreingestas medicamentosas voluntarias con finalidad autolítica utilizando estos fármacos. La benzodiazepina predominantemente utilizada fue el Alprazolam (32%), seguida de Lorazepam (27%), Clotiazepam (18%), Clorazepato Dipotásico (12%), Diazepam (7%) y otras (4%). El consumo simultáneo de alcohol se identificó en el 36% de los casos.

Discusión/conclusiones

El trastorno por uso de benzodiazepinas puede interferir negativamente en el pronóstico de los trastornos depresivos unipolares crónicos. Son necesarios estudios experimentales que repliquen estos hallazgos para el futuro diseño de estrategias de prevención.

Referencias

Jones CM, Paulozzi LJ, Mack KA; Centers for Disease Control and Prevention(CDC). Alcohol involvement in opioid pain reliever and benzodiazepine drug abuse-related emergency department visits and drug-related deaths – United States, 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014 Oct 10;63(40):881-5.

Sd. de Marchiafava-Bignami: A propósito de un caso

DE LA IGLESIA LARRAD, J. I.; CASADO ESPADA, N. M.; DE ALARCÓN GOMEZ, R.; DE LA MATA HIDALGO, R.; VALRIBERAS ALONSO, I.; SANCHEZ PERNAS, L.; AL CHAAL MARCOS, L.; GONZALEZ SORIA, C.; GAMONAL LIMCAOCO R. S.; LOZANO LOPEZ, M.T.; MATÍAS POLO, J.

Justificación

El Sd. De Marchiafava Bignami se presenta como un síndrome confusional con clínica de encefalopatía confundible con el cuadro de una encefalopatía de Wernicke (ataxia, alteraciones de la conciencia y la atención). En nuestro medio, dicho síndrome, que se asocia con imágenes radiológicas sugestivas concretas en resonancia magnética, es infrecuente. Se expone un caso de dicha patología hallado en el contexto de un síndrome confusional.

Resumen

Un paciente de 59 años ingresado en la Unida de Hospitalización Breve de Psiquiatría para deshabitación alcohólica tras derivación por su psiquiatra de la Unidad de Alcoholismo exhibe tras el inicio de dicho ingreso ataxia, desorientación, agitación psicomotriz. Se hallan alteraciones hidroelectrolíticas en su analítica sanguínea y es trasladado a Medicina Interna, donde una resonancia magnética desvela la presencia de dos lesiones hiperintensas en T2 a ambos lados del rodete del cuerpo calloso, sugestivas de la presencia del síndrome. Tras tratamiento de la clínica referida, estabilización, y tras completar la deshabitación, el paciente es dado de alta.

Referencias

Dong, X., Bai, C. and Nao, J. (2018). Clinical and radiological features of Marchiafava–Bignami disease. *Medicine*, 97(5), p.e9626.

Hillbom, M., Saloheimo, P., Fujioka, S., Wszolek, Z., Juvela, S. and Leone, M. (2013). Diagnosis and management of Marchiafava-Bignami disease: a review of CT/MRI confirmed cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), pp.168-173.

Relación entre la calidad del sueño y el consumo de cannabis en población española

COLOMA-CARMONA, A.; SANCHO-DOMINGO, C.; MARTÍNEZ-LOREDO, V.; CARBALLO, J.L.

Introducción

El consumo de cannabis es un problema de salud pública, por lo que resulta necesario estudiar los factores que influyen en el inicio y mantenimiento de su uso. En este sentido, la mala calidad de sueño se ha relacionado con el consumo de cannabis, siendo un factor que aumenta la probabilidad de consumo. Por ello, y debido a la escasez de investigaciones con muestra española, resulta necesario realizar estudios que analicen la relación entre sueño y consumo de cannabis. Objetivo: Estudiar las diferencias en la calidad de sueño entre consumidores de cannabis y no consumidores, así como, analizar el poder predictivo de la calidad de sueño sobre el consumo de cannabis.

Método

Participaron voluntariamente 1052 españoles con una edad media de 20,78 años (DT=2,9), de los cuales el 59,9% (n=630) eran mujeres. El 14,9% (n=152) eran consumidores de cannabis. Los participantes cumplimentaron una batería de instrumentos que evaluaba la presencia de consumo de cannabis, así como la calidad del sueño mediante el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Se realizaron análisis descriptivos y bivariados.

Resultados

La puntuación total del PSQI fue significativamente mayor para los consumidores de cannabis en comparación con los no consumidores ($Z=-3,055$; $p<0,01$). Los consumidores de cannabis presentaron una latencia de sueño significativamente superior ($Z=-2,741$; $p<0,01$), así como, un porcentaje significativamente menor de horas sueño ($Z=-2,034$; $p<0,05$) y de eficacia de sueño ($Z=-2,690$; $p<0,01$). Tras realizar una regresión logística binaria se observó que la calidad de sueño (OR=1,801; IC 95%=1,251–2,593; $p<0,01$) y el género (OR=1,723; IC 95%=1,208–2,457; $p<0,01$) eran buenos predictores del consumo de cannabis.

Conclusiones

Un 14,9% de la muestra eran consumidores de cannabis, el cual es un porcentaje similar al que se encuentra en las encuestas de población general. Los resultados muestran como la mala de calidad de sueño podría relacionarse con el consumo de cannabis. Estos resultados pueden tener implicaciones en las intervenciones dirigidas a consumidores de cannabis.

Referencias

Angarita, G. A., Emadi, N., Hodges, S., & Morgan, P. T. (2016). Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review. *Addiction Science & Clinical Practice*, 11(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13722-016-0056-7>

Babson, K. A., Boden, M. T., Harris, A. H., Stickle, T. R., & Bonn-Miller, M. O. (2013). Poor sleep quality as a risk factor for lapse following a cannabis quit attempt. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(4), 438-443. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.224>

Relación entre el consumo de drogas, apuestas online y uso problemático de Internet en menores

ISORNA FOLGAR, M.; SANMARTÍN FEIJÓO, S.; BRAÑA TOBÍO, T.;
PICHEL MIRA, R.; MONTESA LOU, B.; RIAL BOUBETA, A.

Introducción/objetivos

Según el ESTUDES 2014/2015, un 76,8% de los escolares de entre 14 y 18 años reconoció haber consumido alcohol en el transcurso del último año, siendo esta la sustancia más consumida por los menores. Si bien el consumo de drogas entre los más jóvenes constituye uno de los principales problemas sociosanitarios en España, otra de las polémicas que están surgiendo en la actualidad es el uso que estos hacen de las Nuevas Tecnologías e Internet. Recientes trabajos han constatado la estrecha relación entre ambas problemáticas (Golpe, Gómez, Braña, Varela y Rial, 2017). Numerosos autores alertan específicamente sobre la participación en juegos de azar *online*, una conducta que parece asociarse a la aparición de otras igualmente problemáticas, como puede ser el consumo de drogas. El presente trabajo tiene como objetivo estimar la incidencia de estas prácticas y explorar la relación entre ellas, en aras de identificar variables explicativas comunes que contribuyan a una prevención integral.

Material y método

Se ha utilizado una metodología selectiva, consistente en la realización de una encuesta a estudiantes de Educación Secundaria y Bachillerato del Municipio de Santiago de Compostela y área metropolitana. La muestra final está conformada por 3.188 menores de entre 12 y 17 años (Media=14,44; D.T.=1,67). Además de herramientas específicas para la evaluación de consumos de riesgo (como el AUDIT, el CRAFFT, el CAST o el EUPI), se emplearon ítem extraídos también del ESTUDES y el ESPAD.

Resultados

Los resultados del presente trabajo han permitido en primer lugar, estimar en un 8,2% el porcentaje de menores de edad que han participado en juegos de azar online en el último año, lo cual refleja un aumento considerable (cuatro veces mayor en apenas 7 años). Ello constata la enorme preocupación social que el problema viene suscitando y el peligroso caldo de cultivo que esta práctica supone. En segundo lugar, se ha podido comprobar también que aquellos que apuestan en la Red presentan una tasa mayor uso de problemático de Internet y de diferentes conductas de riesgo on line, al igual que mayores tasas de consumo de diferentes sustancias, así como un consumo de riesgo también mayor, tanto de alcohol, de cannabis, como de drogas en general.

Discusión/conclusiones

Los resultados ponen de manifiesto que el consumo de sustancias, el juego de azar online y el Uso Problemático de Internet, no son problemáticas aisladas. Si bien no siempre estas conductas aparecen conjuntamente, cuando lo hacen suponen una situación de riesgo particularmente preocupante, lo que justifica la necesidad de un enfoque holístico, entendiendo la prevención de las adicciones de una manera integral.

Referencias

Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. y Rial, A. (2017). Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones*, 29, 268-277. Plan Nacional sobre Drogas. (2016). Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2014-2015. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Relación entre deterioro cognitivo, dificultades de regulación emocional, gravedad de la adicción y su influencia sobre los resultados del tratamiento en el Trastorno por Uso de Alcohol

SERRANO ZAPATA, C.; SION, A.; MARTÍNEZ MALDONADO, A.; RUBIO VALLADOLID, G.

Introducción

El trastorno por uso de alcohol (TUA) se ha demostrado que cursa con alteraciones en la función cognitiva y emocional. Estos déficits desempeñan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento del TUA y hasta ahora han sido explorados por separado. Por tanto, la fundamentación de tal investigación recae en el efecto que todas estas variables tienen en el curso del TUA y en su pronóstico para la recuperación.

Objetivo

El objetivo general de este estudio ha sido analizar las relaciones existentes entre las posibles alteraciones en la función cognitiva, parámetros indicadores de la gravedad del TUA, habilidades de regulación emocional y su influencia sobre los resultados del tratamiento.

Material y método

Se han recabado datos de 63 participantes abstinentes con diagnóstico de TUA que reciben tratamiento ambulatorio para su dependencia en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Como instrumentos de evaluación se han utilizado el Test de Detección de Deterioro Cognitivo en población alcohólica (TEDCA), Test de Colores y Palabras de Stroop, Test Stroop Alcohol y pruebas que evalúan las habilidades de regulación emocional, como la Escala de Dificultades en la Regulación emocional (DERS-E) y el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). Se ha registrado la ocurrencia de recaídas y abandonos.

Resultados

Los resultados indican que el 46 % de la muestra presenta un posible deterioro cognitivo, estando éste únicamente relacionado con los años de adicción y siendo la capacidad más alterada la función ejecutiva y la dimensión memoria/ aprendizaje. Los participantes con posible deterioro cognitivo también presentan dificultades en el control de la interferencia sólo cuando los estímulos están relacionados con el alcohol. Sin embargo, no se ha encontrado que exista una relación entre el deterioro cognitivo, más específicamente entre el control cognitivo y la regulación emocional.

En cuanto a los resultados del tratamiento el análisis de regresión logística muestra como posibles factores predictivos de recaída el tener un consumo puntual previo, una buena ejecución en habilidades visoespaciales, la cantidad de alcohol consumida y una edad de inicio en el consumo tardía. Como factores de protección ante la recaída se han encontrado la edad y un buen rendimiento en pruebas que evalúan función ejecutiva. Tener una recaída en los tres primeros meses es el único factor asociado con el abandono del tratamiento

Discusión/conclusiones

Estos resultados en comparación con la literatura encontrada sobre esta temática indican la heterogeneidad que existe entre las alteraciones dentro del TUA y el papel que ejercen como factores pronósticos del curso de la adicción. Por tanto, se hace necesario incluir pruebas, como las utilizadas en esta investigación, de fácil aplicación y utilidad clínica que permitan describir perfiles y patrones característicos con el fin de adaptar los contenidos del tratamiento a la idiosincrasia de cada individuo.

Referencias

Bernardin, F., Maheut-Bosser, A., y Paille, F. (2014). Cognitive impairments in alcohol dependent subjects. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 78.

Jurado-Barba, R., Martínez, A., Sion, A., Álvarez-Alonso, M.J., Robles, A., Quinto-Guillen, R., y Rubio-Valladolid, G. (2017). Development of a screening test of cognitive impairment in alcoholic population: TEDCA. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(5), 201-17.

Papel de los genes inhibidores teloméricos KIR en la cirrosis alcohólica

LEGAZ, I.; BOLARIN, J.M.; MORALES, R.; PASCUAL-PASTOR, F.;
LUNA, A.; ALVAREZ-LÓPEZ, M.R.

Introducción

Las interacciones entre las células hepáticas estrelladas (HSC) y NK son importantes de la progresión y regresión de la fibrosis hepática. El consumo crónico de alcohol produce alteraciones en el sistema inmunológico innato, pero se desconocen los mecanismos biológicos. Las células NK y T expresan los receptores KIR en su superficie e interactúan con los ligandos HLA-I regulando su actividad.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue conocer el papel de los genes KIR inhibidores teloméricos en la susceptibilidad a desarrollar cirrosis alcohólica en pacientes con hábito alcohólico.

Materiales y métodos

El ADN genómico se extrajo de sangre periférica mediante extracción automática. Los genes KIR se determinaron en 281 pacientes con cirrosis alcohólica y 319 controles mediante el método PCR-SSP. Los pacientes fueron agrupados en función de las infecciones virales asociadas (n=68 y n=213, respectivamente).

Resultados

Nuestros datos muestran una frecuencia similar de KIR2DS1, KIR2DS3 y KIR2DS4 entre pacientes y controles. Los genes KIR2DS5 y KIR3DS1 aparecieron aumentados en ambos grupos, pero estas diferencias solamente fueron significativas para el gen KIR2DS5 (P=0.033). Se observó un aumento en la frecuencia de KIR2DS5 en los pacientes con cirrosis alcohólica no viral (39.9%) respecto a la población control (27%; P=0.002). Se observó una disminución de la frecuencia de KIR2DS5 en pacientes con infección viral (20.6%) respecto sin virus (39.9%; P=0.004). Los genes aKIR teloméricos (KIR2DS1, KIR2S5 y KIR3DS1) estaban aumentados en los pacientes, pero solo KIR2DS5 estaba aumentado significativamente (P=0.002). Similares tendencias fueron observadas en pacientes sin infecciones virales con KIR2DS5+/KIR3DS1+ (P=0.002).

Finalmente, se analizó de manera conjunta la influencia de los tres genes KIR centroméricos (KIR2DS1, KIR2DS5, KIR3DS1), observándose un aumento en pacientes con cirrosis alcohólica sin infección viral asociada.

Conclusiones

En conclusión, la presencia de los genes KIR2DS1, KIR2S5 y KIR3DS1 parecen estar más frecuentemente representados en la población de pacientes con cirrosis alcohólica pudiendo participar en los mecanismos biológicos del proceso cirrótico.

Referencias

Marangon AV, Silva GF, de Moraes CF, Grotto RM, Pardini MI, de Pauli DS, Sell AM, Visentainer JE, Moliterno RA. KIR genes and their human leukocyte antigen ligands in the progression to cirrhosis in patients with chronic hepatitis C. *Hum Immunol.* 2011;72(11):1074-8.

Dos Santos EJ, McCabe A, Gonzalez-Galarza FF, Jones AR, Middleton D. Allele Frequencies Net Database: Improvements for storage of individual genotypes and analysis of existing data. *Hum Immunol.* 2016;77(3):238-48.

Musicoterapia en adicciones a drogas. Aportaciones en un recurso de reducción de daños desde el “Modelo Casa Baubo. A&S. Musicoterapia Científica Aplicada”

GINER TORRES, M.

Introducción

Puede que esta constituya una primera experiencia del uso de la musicoterapia en un recurso de reducción de daños. Normalmente las intervenciones desde la musicoterapia en adicciones se realizan en entornos residenciales, programas de prevención de recaídas y/o como una parte del tratamiento global que reciben las/os pacientes que desean superar su adicción, lo que le aporta interés a una intervención con consumidores en activo sin intención

aparente de dejar de consumir. Este proyecto fue desarrollado en CIBE, Centro de Intervención de Baja Exigencia de Valencia (FSyC), un recurso de reducción de daños y en el marco de las prácticas extracurriculares del Máster en adicciones (DITPA) de la Universidad de Valencia.

Material y método

La intervención se realizó entre mayo y julio de 2017, y se implementó mediante una intervención grupal abierta (n = 12). Los usuarios asistieron a sesiones semanales de 2 horas, sin recibir ninguna compensación por ello. Durante 12 sesiones, trabajaron/abordaron momentos y aspectos concretos de sus vidas desde la musicoterapia, utilizando principalmente canciones, análisis de letras, la improvisación y técnicas receptivas. El “Modelo Casa Baubo. A&S. Musicoterapia Científica Aplicada” es un modelo holístico de Musicoterapia, cuyo marco teórico constituye el núcleo de la intervención. Creado por la Investigadora y Supervisora Europea en Musicoterapia, Montse Merino, implementa tratamientos neuropsicofisiológicos que involucraron a los usuarios en un proceso continuo en el que experiencias de su vida relevantes se vincularon a la música, posibilitando procesos analíticos y reflexivos vinculados a ellos y en ocasiones procesos relacionados con la activación de su motivación interna al cambio. La fase final del programa terminó en una fase de grabación.

Resultados

Cuatro usuarios completaron el programa (n = 4, 33%), registrando tanto composiciones propias como otras, obteniendo un producto final, material y tangible de su proceso terapéutico, como acto simbólico de autoaceptación y restauración de su identidad. Se consideró un resultado significativo teniendo en cuenta la dificultad de los usuarios en mantener la asistencia y motivación para propuestas que impliquen una participación continuada de más de 4-6 semanas.

Conclusiones

Se obtuvieron informes positivos de los usuarios, que muestran un aumento en la asistencia, el compromiso y la motivación con respecto a la intervención a su asistencia y adherencia al recurso. Asimismo se visibilizó en los usuarios una demanda de recibir una intervención musical de tipo formativo con posibles aportaciones en su vida diaria. Se considera que la musicoterapia podría considerarse un recurso útil y de interés en este tipo de recursos. De hecho, una descripción de esta intervención ha sido aceptada en el Congreso de Musicoterapia de Reino Unido que se celebrará en Londres los días 16-17-18 de febrero de 2018.

Referencias

Silverman, M. J. (2015). Effects of lyric analysis interventions on treatment motivation in patients on a detoxification unit: A randomized effectiveness study. *Journal of music therapy*, 52(1), 117-134.

Silverman, M. J. (2012). Effects of group songwriting on motivation and readiness for treatment on patients in detoxification: A randomized wait-list effectiveness study. *Journal of Music Therapy*, 49(4), 414-429.

Motivación, autoconcepto físico y consumos en el deporte. Aproximación a la relación en la edad adulta

CASTRO PÉREZ, M. L.; GIMÉNEZ COSTA, J. A.

Introducción

Diferentes autores (Usán y Salavera, 2017), defienden la existencia de una relación entre el tipo de motivación hacia la práctica deportiva y la prevalencia de consumo de sustancias. Sin embargo no se ha tenido en cuenta el

autoconcepto físico, un factor relevante por la influencia que ejerce sobre la presencia de consumos y la práctica deportiva (Hauw, y Bilard, 2017). Estos trabajos se han realizado con muestras de adolescentes o niños en edad escolar, por lo que es necesario comprobar estos mismos resultados en otras poblaciones, como por ejemplo los adultos.

Objetivo

Analizar la relación entre el tipo de motivación por el deporte practicado y las prevalencias de consumo en población adulta, e indagar el posible papel del autoconcepto físico en esta relación.

Material y método

Se elaboró un cuestionario ad-hoc estructurado en 4 bloques: “datos personales” (información acerca del deporte practicado, género y edad); “consumo” (sustancias, cantidades, y frecuencias); “motivación” (versión traducida del cuestionario BREQ-2 -Moreno, Cervelló, y Martínez, 2007-); y “autoconcepto físico” (versión traducida del CAF -Goñi, Palacios, Zulaika, Madariaga y Ruiz de Azúa, 2002-). Se entrevistó on-line a 184 personas (47.8% mujeres), entre 18 y 81 años (media: 32.55 años), que realizaban ejercicio regularmente. Se distribuyó por las principales redes sociales y de mensajería instantánea, acompañado de un texto explicativo, priorizando su comunicación a círculos deportivos amateurs.

Resultados

Mediante el programa SPSS 19.0, se realizaron análisis de fiabilidad de los cuestionarios (BREQ-2 $\alpha=.77$; CAF $\alpha=.94$), descriptivos, y correlaciones bivariadas, que demostraron la existencia de relaciones significativas entre motivación intrínseca y menores consumos de tabaco entre semana ($r=-.16$, $p<.05$), y mensuales ($r=-.16$, $p<.05$); así como menor consumo de cannabis en fines de semana ($r=-.19$, $p<.01$), y fiestas ($r=-.15$, $p<.05$). Así mismo, motivaciones de carácter más extrínseco obtuvieron correlaciones significativas con consumos, como por ejemplo, de alcohol en fiestas ($r=.27$, $p<.01$). Aparecen correlaciones positivas entre los 6 factores del autoconcepto y la motivación intrínseca: Habilidad física ($r=.20$, $p<.05$), Atractivo físico ($r=.29$, $p<.01$), Condición física ($r=.37$, $p<.01$), Fuerza ($r=.28$, $p<.01$), Autoconcepto físico general ($r=.36$, $p<.01$), y Autoconcepto general ($r=.27$, $p<.01$). Únicamente el factor Fuerza presentó relación significativa con el consumo festivo de alcohol ($r=.24$, $p<.01$).

Conclusiones

Los resultados apoyan los obtenidos en investigaciones previas. En la línea de Usán y Salavera (2017), se ha encontrado que la motivación intrínseca se relacionaría con menor consumo de sustancias, y los mayores consumos se presentarían en adultos con una motivación de carácter más extrínseco hacia el ejercicio practicado (Usán, y Salavera, 2017). El autoconcepto sigue siendo un elemento de interés en la edad adulta, como planteaban Hauw y Billard (2017), relacionado con la práctica de actividad física, y con una menor prevalencia de consumos (Hauw, y Bilard, 2017).

Referencias

Hauw, D. and Bilard, J. (2017). Understanding Appearance-Enhancing Drug Use in Sport Using an Enactive Approach to Body Image. *Journal Frontiers in Psychology*, 8.

Usán, P., and Salavera, C. (2017). Influence of motivation towards sports in alcohol, tobacco and cannabis consumption in adolescent students. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 119-131.

La inhibición prepulso discrimina las consecuencias de un estrés temprano sobre los efectos reforzantes de la cocaína

PRIETO ARENAS, L.; ARENAS, M. C.; PEREIRA DE LA FUENTE, R.; CASTRO ZABALA, A.; VALVERDE, O.; MIÑARRO, J.; MANZANEDO, C.

Introducción/objetivo

El estrés sufrido en etapas tempranas del desarrollo es un factor importante para la aparición de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida, como los trastornos afectivos y por uso de sustancias. La separación maternal es un modelo animal de estrés que provoca alteraciones conductuales a largo plazo en roedores. Se ha observado que induce un incremento de la conducta de anhedonia y una disminución de la sensibilidad al refuerzo condicionado de la cocaína, alteraciones que se han relacionado con el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias en humanos. Además, existen muy pocos trabajos que evalúen los efectos de este estresor temprano sobre las hembras a pesar de ser las mujeres las que manifiestan más patologías asociadas con el estrés. La inhibición prepulso (IPP) de la respuesta de sobresalto es una medida del procesamiento pre-atencional, cuyo déficit se relaciona con la vulnerabilidad a desarrollar trastornos psiquiátricos. En estudios previos hemos mostrado que el paradigma de la IPP discrimina los animales más sensibles a las propiedades reforzantes condicionadas de la cocaína. Concretamente, observamos que los ratones con una menor IPP presentaban una mayor vulnerabilidad a los efectos de la cocaína. Por ello, el objetivo del presente estudio fue evaluar la capacidad de la IPP para predecir las consecuencias de un estresor temprano, como es la separación maternal, sobre los efectos reforzantes condicionados de la cocaína en ratones hembras, considerando también su efecto en una prueba de anhedonia.

Material y métodos

Dos grupos de ratones hembras, controles ($n=22$) y sometidas a separación maternal entre los días postnatal 2-16 ($n=27$), fueron categorizadas como altas o bajas en su IPP, utilizando el promedio de las hembras del grupo control. Tras ello, todas fueron evaluadas en el Condicionamiento de Preferencia de Lugar (CPL) inducido por una dosis subumbral de cocaína (1mg/kg). Posteriormente, se evaluó su conducta en la prueba de suspensión por la cola, como medida de anhedonia.

Resultados

Se observó una preferencia de lugar en las hembras con alta IPP, tanto en las controles ($p<0.03$) como en las estresadas ($p<0.02$). Aunque, las hembras con baja IPP estresadas presentaron un menor tiempo en el compartimento asociado con la droga que sus controles ($p<0.002$). Por otro lado, la separación maternal provocó una disminución del tiempo de inmovilidad en las hembras con una alta IPP ($p<0.05$), mientras que lo aumentó en las hembras con una baja IPP ($p<0.05$).

Discusión/conclusiones

Las hembras con baja IPP no presentaron preferencia condicionada y la separación maternal potenció la ausencia del valor reforzante de esta dosis de cocaína. Este efecto se acompañó por una mayor conducta de anhedonia de las hembras estresadas. Por ello, consideramos que la IPP predice las consecuencias del estrés por separación maternal sobre los efectos reforzante de la cocaína y sobre la respuesta motivacional de los animales.

Agradecimientos

MINECO (PSI2015-69649-R; PSI2014-51847-R; PSI2017-83023-R; SAF2016-75966-R), Instituto de Salud Carlos III, Red de Trastornos Adictivos RD16/0017/0007; y Unión Europea, Fondos FEDER “una manera de hacer Europa”.

La impulsividad como moderadora de la relación entre el consumo intensivo de alcohol y la ingesta de dieta alta en grasas en adultos jóvenes

ESCRIVÁ MARTÍNEZ, T.; BAÑOS RIVERA, R. M.; RODRÍGUEZ ARIAS, M.

Introducción/objetivos

Numerosos estudios ponen de manifiesto la concurrencia del trastorno por uso de alcohol y de los trastornos alimentarios, y su relación con la impulsividad. Investigaciones recientes también sugieren la relación entre una dieta alta en grasas y una conducta impulsiva. Por su parte, estudios en modelos animales demuestran una relación entre el consumo de alcohol y la dieta alta en grasas. Sin embargo, la dirección y naturaleza de dicha relación no ha sido investigada en humanos. El objetivo de nuestro estudio es explorar en adultos jóvenes la influencia del consumo intensivo de alcohol en el consumo de una dieta alta en grasas, y comprobar si la impulsividad es una variable moderadora de dicha relación.

Material y método

La muestra estuvo compuesta por 71 participantes con una edad comprendida entre los 18 y los 31 años ($M = 20.76$; $SD = 2.50$; 84.5 % mujeres). En el estudio se evaluó el consumo intensivo de alcohol mediante el número de consumiciones ingeridas en un periodo de 2 horas (NIAAA, 2004) ($M = 47.46$; $SD = 7.58$); el consumo de dieta grasa mediante el cuestionario Scale Fat Questionnaire (Annette et al., 1993) ($M = 25.75$; $SD = 7.58$), y la impulsividad mediante la Escala de Impulsividad de Barrat (Spinella, 2007) ($M = 25.07$; $SD = 7.58$). Se realizó un análisis de moderación para explorar la relación entre dichas variables a través del método descrito por Hayes (2013).

Resultados

Los análisis de moderación mostraron que el nivel de impulsividad moderaba la relación entre el consumo intensivo de alcohol y el consumo de dieta alta en grasas, $F(1,67) = 6.90$, $p = .011$, $R^2 = .06$. La relación fue positiva y significativa cuando el valor en impulsividad era alto, $t = 2.15$, $SE = 0.02$, $p = .036$, 95% CI [.002, .063].

Discusión/conclusiones

Los resultados muestran que un mayor consumo intensivo de alcohol predice un mayor consumo de dieta alta en grasas en aquellas personas que tienen puntuaciones elevadas en impulsividad. Nuestros resultados sugieren que el consumo de alcohol de forma intensiva es una variable que incrementa el consumo de comida alta en grasas en población con alta impulsividad, y por tanto, puede tener implicaciones clínicas. Futuros estudios deberían incluir población con drogodependencias y explorar las implicaciones terapéuticas de la impulsividad en esta población.

Referencias

Blanco-Gandía, M. C., Ledesma, J. C., Aracil-Fernández, A., Navarrete, F., Montagud-Romero, S., Aguilar, M. A., ... & Rodríguez-Arias, M. (2017). The rewarding effects of ethanol are modulated by binge eating of a high-fat diet during adolescence. *Neuropharmacology*, 121, 219-230. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.040

Lumley, J., Stevenson, R. J., Oaten, M. J., Mahmut, M., & Yeomans, M. R. (2016). Individual differences in impulsivity and their relationship to a Western-style diet. *Personality and Individual Differences*, 97, 178-185. doi: 10.1016/j.paid.2016.03.055

Interacción entre trauma infantil, fenotipo psicótico y cannabis

GORRIA URTASUN, A.; CAMPOS BURGUI, M.; FONSECA PEDRERO, E.; DOMÍNGUEZ PÉREZ, C.

Introducción

El trauma en la infancia y el uso de cannabis parecen ser factores de riesgo para la aparición de psicosis. Además, son muchos los estudios que asocian la presencia de traumas en la infancia con síntomas más severos y mayor comorbilidad, como abuso de sustancias. Así pues, y teniendo en cuenta la importancia del consumo de cannabis y el trauma infantil en la psicosis, sería interesante el estudio de la interacción entre ambos en el desarrollo de la psicosis. **Objetivo:** Analizar la relación entre experiencias traumáticas en la infancia, fenotipo psicótico y la dependencia a cannabis. **Hipótesis:** La presencia de más antecedentes de trauma en la infancia se asocia a una mayor presencia de dependencia a cannabis en pacientes con fenotipo psicótico.

Material y método

Para nuestro estudio contamos con tres grupos de participantes: el primero con diagnóstico de psicosis (N=14), el segundo con alto riesgo psicométrico (N=24) y un tercer grupo de control (N=29). Examinamos la relación entre las experiencias traumáticas, fenotipo psicótico y dependencia a cannabis. Para ello utilizamos los cuestionarios CTQ, y una entrevista clínica estructurada (MINI Plus). Para el análisis de datos, se realiza un modelo de regresión lineal con el programa estadístico SPSS v22 (IBM Corp Released, 2013).

Resultados

Para los grupos de comparación y alto riesgo, el hecho de tener mayores puntuaciones de trauma se asoció con una mayor presencia de dependencia de sustancias; mientras que en el grupo de pacientes, nuestros resultados muestran lo contrario.

Discusión

Autores diversos (Kendall-Tackett, 2002; Levitan et al., 1998; Nemeroff et al., 2003; Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984) relacionan la presencia de traumas con mayor presencia de trastornos afectivos y abuso de sustancias (Creamer et al., 2001; Kilpatrick et al., 2000). Esta información está en consonancia con nuestros resultados en el grupo control y de alto riesgo psicométrico. Parece, que el haber sufrido traumas o abusos en la infancia sensibiliza a las personas al desarrollo de la psicosis, pues en algunos estudios se observa un efecto sinérgico entre ambos (Harley et al. 2009, Konings et al. 2012). Sin embargo, en contra de lo que pudiéramos pensar, en nuestra muestra, la presencia de abuso de sustancias y de depresión, disminuye a mayor prevalencia de trauma en el grupo de psicosis. Por tanto, hablaríamos de un efecto independiente entre ambos tal y como otros autores han apuntado (Barrigón et al.)

Conclusiones

En nuestra muestra, la mayor presencia de traumas en el grupo de comparación y de alto riesgo se asocia a más dependencia de sustancias. - La mayor presencia de traumas en el grupo de pacientes, se asocia a menor presencia de antecedentes de dependencia de sustancias.

Referencias

- Ordóñez-Cambor N, Lemos-Giráldez, S, Paino, M., Fonseca-Pedrero E. et al. Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología* 2014; 3: 283-294.
- Trauelsén AM, Bendall S, Jansen JE, Nielsen HG, Pedersen MB, Trier C et al. Childhood adversity specificity and dose-response effect in non-affective first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 2015. 165, 52-59.

Integración del tratamiento del tabaquismo en una comunidad terapéutica para la deshabituación del alcoholismo: implicaciones clínicas y recomendaciones para su implementación

GONZÁLEZ ROZ, A.; WEIDBERG, S.; GARCÍA PÉREZ, A.; MARTÍNEZ LOREDO, V.; GRANDE GOSENDE, A.; SECADES VILLA, R.

Introducción/objetivo

El consumo conjunto de tabaco y alcohol constituye una de las pautas de consumo más dominantes en España: entre un 80%-95% de las personas con trastorno por consumo de alcohol, o en recuperación por el consumo de dicha sustancia consumen también tabaco¹. En comparación con los fumadores que no abusan del alcohol, el grupo de fumadores con historia de alcoholismo presenta mayor dependencia a la nicotina, e informa de una mayor gravedad del síndrome de abstinencia al reducir y/o cesar el consumo de tabaco². A pesar de que la evidencia científica concluye que dejar de fumar no supone una mayor vulnerabilidad para recaer en el alcoholismo, los intentos por integrar el tratamiento del tabaquismo en los centros de drogodependencias son escasos. El objetivo de este estudio es analizar el proceso de implementación de un tratamiento para dejar de fumar en pacientes ingresados en comunidad terapéutica para la deshabituación del alcoholismo.

Material/método

La muestra estuvo formada por 17 pacientes (94% hombres) con trastorno por consumo de alcohol, fumadores de una media de 15 cigarrillos al día. Todos los participantes recibieron un tratamiento cognitivo-conductual junto con un componente de activación conductual para el manejo de la depresión durante ocho semanas consecutivas. El porcentaje de abstinencia se evaluó como punto de prevalencia de siete días. El estatus de abstinencia se confirmó mediante valores de monóxido de carbono en aire espirado iguales o inferiores a 6 partículas por millón (ppm).

Resultados

El porcentaje de abstinencia al final del tratamiento fue del 29,4%, siendo la media de días de abstinencia continuada de 9 (SD = 11,76). El 100% de los pacientes abstinentes se encontraba en fase ambulatoria. Ninguno de los pacientes en fase residencial alcanzó un período de abstinencia de al menos 24 horas. Se evidenció una reducción estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva hasta niveles subclínicos (Mpre-tratamiento= 12; SD= 10; Mpost-tratamiento= 8; SD= 7).

Conclusiones/discusión

Los resultados de este estudio resaltan la importancia de proporcionar un tratamiento para dejar de fumar a la población de fumadores con trastorno por consumo de alcohol. No se obtuvo evidencia de que proporcionar un tratamiento para dejar de fumar afectara a la abstinencia del alcohol. El tratamiento del tabaquismo debe ser un objetivo prioritario en los centros de drogodependencias. La baja tasa de participación en este estudio y el proceso de implementación del tratamiento para dejar de fumar, sugieren la existencia de barreras que dificultan la integración del abordaje del tabaquismo en las comunidades terapéuticas. Existen barreras a nivel organizacional, del paciente y del personal trabajador que reducen la eficacia de los programas para dejar de fumar.

Referencias

Kalman, D., Kim, S., DiGirolamo, G., Smelson, D., & Ziedonis, D. (2010). Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: the case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. *Clin Psychol Rev*, 30(1), 12-24. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.009

Influencia del gen SKA2 en la dependencia a la heroína

LEGAZ, I.; MORALES PENALVA, R.; PASCUAL-PASTOR, F.; LUNA, A.

Introducción

La heroína es una sustancia muy adictiva que genera graves problemas para el paciente adicto y la sociedad que le rodea, y, conlleva a una serie de gastos económicos, pérdida de productividad, aumento de la criminalidad y una disminución del bienestar social. Es fundamental analizar los mecanismos moleculares implicados en la adicción a drogas y la optimización farmacogenómica de los distintos tratamientos de deshabituación. El gen humano SKA2, codifica la proteína que recibe su mismo nombre, y forma parte del complejo SKA que juega un papel crítico en la estabilización del cinetocoro y huso mitótico. El polimorfismo A59110368G, se localiza en la región 3' UTR del transcrito 1, produciendo un cambio de una adenina por una guanina, influyendo en la estabilidad del ARNm, en la traducción y expresión de la proteína.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue analizar la variabilidad genotípica del polimorfismo A59110368G del gen SKA2 en pacientes con adicción a heroína y estudiar su influencia en la dosificación de metadona.

Material y métodos

Para ello, se analizaron 73 controles sanos y 15 pacientes heroínómanos. La extracción del material genético (ADN) se realizó de manera automatizada y se cuantificó por NanoDrop One. El ensayo de genotipificación KASP fue realizado para la determinación del polimorfismo A59110368G (rs7250508). Los individuos fueron clasificados en 3 grupos en función del polimorfismo (AA, AG Y GG), y su comparación fue realizada mediante el test de Fisher de dos colas.

Resultados

Nuestro estudio indica que no existen diferencias significativas genotípicas entre pacientes y controles, aunque pueda existir una mayor presencia del genotipo heterocigoto en la población paciente heroínómana respecto a la población control sana (60.00% y 47.94%, respectivamente, $p=0.652$). En el análisis de los pacientes según el tratamiento de deshabituación hemos obtenido que existe mayor presencia del genotipo heterocigoto 63.63% para metadona frente al 50% observado para buprenorfina.

Conclusiones

En conclusión, los resultados indican que no existen diferencias genotípicas entre individuos sanos y con dependencia a la heroína. Tampoco se han encontrado diferencias que impliquen a este polimorfismo con la dosificación de metadona. Nuestros resultados pueden deberse al reducido de pacientes, por lo que se debe de ampliar en un futuro.

Referencias

Sadeh N., Spielberg J.M., Logue M.W., Wolf E.J., Smith A.K., Lusk J., Hayes J.P., Sperbeck E., Milberg W.P., McGlinchey R.E., Salat D., Carter W.C., Stone A., Schichman S.A., Humphries D.E., Miller M.W. SKA2 methylations associated with decreased prefrontal cortical thickness and greater PTSD severity among trauma-exposed veterans. *Mol Psychiatry*. 2016 Mar;21(3):357-63.

Incremento de la respuesta neuroinflamatoria provocada por la cocaína en ratones sometidos a estrés social

BALLESTÍN HINOJOSA, R.; FERRER PÉREZ, C.; MIÑARRO LÓPEZ, J.; RODRÍGUEZ ARIAS, M.

Numerosos estudios han demostrado que el estrés juega un papel importante en el inicio, mantenimiento y recaída en el consumo de drogas. Aunque el estrés social es el más comúnmente experimentado por los seres humanos, los estudios utilizando modelos animales habitualmente evalúan los efectos del estrés físico. En nuestro laboratorio utilizamos el modelo de derrota social repetida (DSR) para estudiar las bases neurobiológicas que nos expliquen los efectos tan marcados que el estrés social induce sobre el consumo de drogas. En numerosos estudios hemos demostrado que la exposición a la derrota social incrementa los efectos reforzantes de la cocaína, evaluada mediante el condicionamiento de la preferencia de lugar (CPL). Sabemos que tanto la cocaína como la DSR activan la respuesta neuroinflamatoria, por lo que el objetivo del presente estudio es evaluar si la DSR incrementa la respuesta de neuroinflamación que provoca la cocaína. Para ello medimos los niveles de interleucina 6 (IL-6) tras el CPL inducido por cocaína. Utilizamos 28 ratones macho adultos de la cepa OF1 que se dividieron en dos grupos experimentales (Exploración y DSR). El protocolo de la DSR se realizó según las directrices establecidas por Covington y Miczek (2001) y tres semanas después de la última derrota se inició el protocolo de CPL inducido por 1mg/kg de cocaína. Seguidamente, los animales fueron sacrificados y se les extrajo plasma y estructuras cerebrales como el estriado para el posterior estudio de la IL-6 mediante ELISA. Los resultados muestran que los animales que han experimentado la derrota social presentan unos niveles más elevados de IL-6 tanto en plasma como en estriado. Nuestros resultados indican que el estrés social produce un aumento en la respuesta de neuroinflamación que induce la cocaína.

Agradecimientos

Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MINECO), PSI2014-51847-R y PSI2017-83023-R. Instituto de Salud Carlos III, Red de Trastornos Adictivos (RTA) RD12/0028/0005 y RD16/0017/0007 y Unión Europea, Fondos FEDER “una manera de hacer Europa”.

Homofobia interiorizada y su relación con el Chemsex

TORRECILLA RAMÍREZ, C. J.; OLMOS ESPINOSA, R.; FERNÁNDEZ MARTÍN, A.; MORELL MENGUAL, V.; MARTÍN RIPOLLÉS, J.; IBARGUCHI SAMPER, L.

Introducción

Chemsex término de origen inglés, que se puede definir como el uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales en hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días). Clave en esta definición es el tiempo, porque a mayor tiempo puede ocurrir mayor exposición a diversos riesgos (Fernández-Dávila, 2016). La “homofobia interiorizada” es entendida como la interiorización de las actitudes homófobas de la sociedad dentro de un individuo, ya sea lesbiana, gay o bisexual (Newcomb & Muntansky, 2011). Hace referencia al conjunto de sentimientos negativos que el individuo tiene hacia sí mismo por poseer fantasías, sueños o deseos de relacionarse íntima y afectivamente con personas del propio sexo. Su evaluación es importante por el impacto psicológico y social negativos que tienen en los individuos que desarrollan una orientación homosexual (Rowen & Malcolm, 2002). Una alta homofobia interiorizada lleva a más conductas sexuales de riesgo (Ross, Rosser, Neumaier, & the Positive Connections Team, 2008),

menor receptividad hacia las campañas de prevención y menor adherencia al tratamiento antirretroviral (Johnson, Carrico, Chesney, & Morin, 2008).

Objetivo general

- Conocer si existen diferencias en homofobia interiorizada entre quienes practican chemsex y quienes no lo hacen.
- Identificar la relación específica entre las diferentes dimensiones de la homofobia interiorizada y su relación con la práctica del chemsex.

Metodología

Estudio descriptivo, la muestra está compuesta por 49 sujetos divididos en dos grupos. Grupo control (reconoce no haber practicado chemsex, ni utilizar apps de encuentro por geolocalización, 27) y Grupo experimental (reconocen haber practicado chemsex y el uso de apps de encuentro por geolocalización, 22). El grupo experimental son sujetos atendidos en tres dispositivos de salud: el CAD (Centro de Atención a las Adicciones) de Latina, el Centro de Salud Sandoval, y el Servicio de Atención Psicosocial de Apoyo Positivo, localizados en Madrid capital. El grupo control formado por miembros de la asociación Coro Voces LGTB Madrid. Para valorar las diferentes dimensiones de la homofobia interiorizada, utilizaremos la Escala SIHS (Escala de Homonegatividad Corta Internalizada) Currie, Cunningham y Findlay, 2004. Este instrumento ha sido validado recientemente para población española (Morell-Mengual, Gil-Llario, Ballester-Arnal y Salmerón-Sánchez, 2017).

Conclusiones

1. No existen diferencias significativas en los valores de homofobia interiorizada totales de ambos grupos.
2. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la dimensión Identificación pública como homosexual. En nuestra muestra presentan menor homofobia interiorizada el grupo que no practica chemsex.
3. El grupo que practica chemsex presenta mayor puntuación en las dimensiones Comodidad social con personas homosexuales. Una interpretación puede ser que este grupo entiende que no presentan dificultades para relacionarse con personas homosexuales reveladas, por el contexto y la situación donde se mantienen estas relaciones.
4. Con menor diferencia el grupo que practica chemsex presenta mayor puntuación en la dimensión Comodidad sexual con personas homosexuales. Los ítems de esta dimensión exploran la atribución de la promiscuidad como característica típica y la consideración de las personas homosexuales como incapaces de tener relaciones duraderas.

Hiperactivación del giro frontal inferior durante la inhibición de respuesta en jóvenes con consumo intensivo de alcohol

SUÁREZ-SUÁREZ, S.; DOALLO, S.; PÉREZ-GARCÍA, J.M.; RODRÍGUEZ HOLGUÍN, S.; CORRAL, M.; CADAVEIRA, F.

Introducción/objetivos

La inhibición de respuesta, habitualmente definida como la capacidad de detener o suprimir una respuesta inapropiada, es un proceso clave en la regulación de la conducta humana. Estudios previos han señalado el posible efecto que el patrón de consumo intensivo de alcohol (binge drinking, BD), caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de alcohol de manera intermitente, puede ejercer sobre procesos de control inhibitorio en jóvenes[1]. Sin embargo, existe poca evidencia sobre el impacto que este patrón de consumo puede ejercer en regiones cerebrales involucradas en la inhibición de respuesta, como el giro frontal inferior (GFI). El objetivo de este estudio es exami-

nar los efectos del patrón BD sobre la actividad de regiones frontales implicadas en la inhibición de respuesta, en una muestra de jóvenes.

Material y método

Se empleó una muestra de 68 estudiantes universitarios: 32 con consumo intensivo de alcohol (Grupo BD) (12 hombres, edad media $18,22 \pm 0,42$) y 36 controles (CN) (19 hombres, edad $18,08 \pm 0,28$) sin historia familiar/personal de alcoholismo, psicopatología o afectación neurológica. Los participantes realizaron una tarea Go/NoGo en la que se presentaban fotografías de bebidas, con o sin contenido alcohólico, ante las que se debía emitir (ensayos Go) o inhibir (ensayos NoGo) una respuesta motora en función de las instrucciones recibidas, mientras se registraban imágenes por resonancia magnética funcional (IRMf). El preprocesado y análisis de los datos de IRMf se llevó a cabo con el programa SPM8. Se realizó un análisis ROI (Region Of Interest) en el GFI, definido anatómicamente mediante el programa WFU-PickAtlas, tomando como referencia los principales clústeres señalados en un meta-análisis reciente[2].

Resultados

Los resultados conductuales no revelaron ninguna diferencia significativa, entre ambos grupos (BD vs. CN), ni en el porcentaje de respuestas correctas ante estímulos Go, ni en la inhibición de respuesta (i.e. porcentaje de falsas alarmas ante estímulos NoGo). Los resultados de IRMf mostraron: (i) la activación, en un análisis conjunto del contraste NoGo > Go para ambos grupos (BD y CN), de regiones implicadas en procesos de inhibición de respuesta en tareas Go/NoGo[2] (giro precentral, lóbulo parietal inferior, giro frontal inferior y giro frontal medio); (ii) una mayor activación del GFI derecho extendiéndose a la ínsula anterior, en el contraste No-Go > Go, en jóvenes BD en comparación con el grupo control.

Discusión/conclusiones

El patrón de consumo intensivo de alcohol se encuentra asociado a alteraciones en la actividad del GFI durante la realización de una tarea de inhibición de respuesta.

Referencias

López-Caneda, E., Rodríguez Holguín, S., Cadaveira, F., Corral, M., & Doallo, S. (2013). Alcohol and alcoholism, 49(2), 173-181.

Criaud, M., & Boulinguez, P. (2013). Neuroscience & biobehavioral reviews, 37(1), 11-23.

Fetal Alcohol Syndrome (FAS): neuronal plasticity and oxidative stress

FERNÁNDEZ VIDAL, A.; ANDREU FERNÁNDEZ, V.; NAVARRO TAPIA, E.; BASTONS, A.; ASTALS, M.; GARCIA ALGAR, O.

Maternal alcohol consumption triggers oxidative stress pathways, affecting fetal neurodevelopment. Use of natural antioxidants as a pharmacological treatment for Fetal Alcohol Syndrome (FAS). It is widely known that alcohol is an important teratogen and its consumption during pregnancy impairs fetal development, leading to the appearance of a wide range of adverse effects. It has been reported that prenatal alcohol exposure causes developmental malformations which correlate with various degrees of motor and cognitive deficiencies, all of them included within the Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). Fetal Alcohol Syndrome (FAS) is the most severe expression of FASD and includes morphological malformations, growth retardation and impairment of structural and functional CNS development, being this last aspect detected as behavioural, cognitive, and emotional deficiencies. Embryos are sensitive to alcohol along all the stages of development and thereby, teratogenic effects depend on multiple factors such as: alcohol exposure pattern, alcohol dose, developmental stage, maternal genetic background and maternal habits (stress, nutritive status...). The combination of these factors will determine the vulnerability or resistance of the fetus to prenatal alcohol exposure.

During fetal development, alcohol metabolism produces reactive oxygen species (ROS) that generate an oxidative stress situation, impairing not only neuron survival, differentiation and proliferation, but also gene expression patterns through changes in epigenetic processes. Under these circumstances, several cellular death pathways are activated, leading to the appearance of anatomical aberrations in different regions of the brain such as the hard body, the hippocampus or the dentate gyrus. In the last years, several studies have demonstrated the benefits of using natural antioxidants as a treatment of complex neuronal pathologies such as Down Syndrome or Alzheimer's Disease. Epigallocatechin-3-gallate (EGCG) is an antioxidant enriched in green tea leaves and its benefits have already been demonstrated in Down Syndrome patients. Antioxidants reduce oxidative stress levels, which stimulates neuronal plasticity processes and protects susceptible neurons from further damage, improving, in last term, the cognitive status of patients.

Key words

Fetal Alcohol Syndrome; prenatal alcohol exposure; teratogenesis; epigenetic changes; oxidative stress; neuronal damage.

Factores predictores del consumo de alcohol en adolescentes: datos de un estudio prospectivo de 1 año de seguimiento

GONZÁLEZ BLANCO, L.; BOUSOÑO, M.; VELASCO, A.; DE LA FUENTE TOMÁS, L.; GARCÍA ÁLVAREZ, L.; MENÉNDEZ MIRANDA, I.; RODRÍGUEZ REVUELTA, J.

El uso/abuso de alcohol es un problema de salud en los adolescentes. La última Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias realizada en España (ESTUDES 2014-2015), pone de manifiesto que 76,8% de los adolescentes entre 14 y 18 años consumieron alcohol en el último año y 68,2% en el último mes. El principal objetivo es determinar los factores que se asocian con el consumo de alcohol a medio plazo en una muestra de adolescentes españoles. El estudio forma parte del proyecto Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE). La muestra final estuvo compuesta por 708 estudiantes, evaluados en dos momentos temporales [basal (T0) y al año (T1)] [varones: 51,98%, edad media basal (DE)=4,43 (0,67)]. Se realizaron análisis de regresión univariante y multivariante, con el fin de investigar las relaciones entre posibles variables predictoras descritas en el momento temporal T0 y el consumo de alcohol en el momento T1. En el momento basal (T0) la prevalencia de abuso de alcohol fue del 25,56%, mientras que la prevalencia al año fue del 49,72% (T1). Las variables que predicen de forma significativa el abuso de alcohol al cabo de un año son: abuso previo del alcohol en el momento T0 ($p < 0,001$), abuso previo de drogas ($p = 0,011$), padres que asisten a sus competiciones deportivas ($p = 0,005$), problemas de relación con compañeros ($p = 0,019$) y ausencia de comportamiento prosocial ($p = 0,043$). A la vista de nuestros resultados se puede concluir que, en adolescentes, los trastornos externalizantes parecen ser factores determinantes de consumo de alcohol a medio plazo.

Factores asociados al consumo de tabaco en pacientes con depresión mayor

VELASCO, A.; GONZÁLEZ BLANCO, L.; ABAD, I.; FERNÁNDEZ PELÁEZ, A.; GARCÍA ÁLVAREZ, L.; VILLA, R.; DE LA FUENTE TOMÁS, L.; MENÉNDEZ MIRANDA, I.; RODRÍGUEZ REVUELTA, J.

Introducción

El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte entre las personas con diagnóstico de trastorno mental. Sus tasas en esta población son significativamente más altas que en la población general, siendo la depresión mayor uno de los trastornos mentales más comúnmente asociado al consumo de ta-

bacho. El objetivo del presente estudio es determinar los factores asociados al consumo de tabaco en pacientes con diagnóstico de depresión mayor (MDD).

Pacientes y método

Estudio descriptivo transversal que incluye una muestra de 205 pacientes con diagnóstico de MDD (criterios DSM-5) [Mujeres: 65.4%; desviación típica (DT) = 53.94 (10.48) años]. Protocolo de evaluación: a) Protocolo "ad hoc" para las variables sociodemográficas y clínicas; b) Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS); c) Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11); d) Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (CTQ); f) Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE). Se realizó un análisis descriptivo, utilizando las pruebas T-Student y Chi-cuadrado, para determinar las diferencias sociodemográficas y clínicas existentes entre pacientes fumadores y no fumadores. Se realizó un modelo de regresión logística para determinar los factores asociados al consumo actual de tabaco en pacientes con MDD.

Resultados

86 (41.9%) pacientes consumen tabaco en el momento de la evaluación [Mujeres: 55 (41.0%); edad media (DT) = 51.77 años]. Los pacientes con MDD que consumen tabaco son más jóvenes [51.77 (9.1) vs 55.53 (11.2) años; $p=0.011$], predomina estado civil de separado/divorciado (26.7% vs 13.4%; $p=0.038$), mayor porcentaje de inactivos laboralmente (79.1% vs 68.1%; $p=0.020$), presentan más frecuentemente diagnóstico de depresión unipolar episodio único (61.6% vs 45.4%; $p=0.046$), una mayor gravedad de la depresión según HDRS [19.77 (5.3) vs 17.93 (6.3); $p=0.029$] y han estado expuestos a un mayor número de acontecimientos vitales estresantes en los seis meses previos a la evaluación [3.00 (0.1) vs. 2.67 (0.1); $p=0.024$]. Para la realización del análisis de regresión logística por pasos hacia delante se tuvieron presentes las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado, añadiéndose otras variables consideradas como posibles factores de riesgo en la literatura (sexo, antecedentes personales de tentativa de suicidio e impulsividad). El modelo de regresión logística final incluye dos variables que contribuyen de un modo estadísticamente significativo al mismo, edad [$\beta=-0.043$, $p=0.021$; OR (95% CI)=0.958 (0.924-0.994)] y gravedad de la depresión según HDRS [$\beta=0.064$, $p=0.040$; OR (95% CI)=1.066 (1.003-1.133)].

Conclusión

Los resultados sugieren que la gravedad de la depresión y la edad son dos factores asociados de modo específico al consumo de tabaco en pacientes con depresión mayor. Factores como el sexo, la impulsividad o los acontecimientos traumáticos distales o proximales no se asocian al consumo actual de tabaco en la presente muestra.

Evaluación de citoquinas plasmáticas en pacientes abstinentes con trastornos por uso de cocaína. Identificación del Factor de Crecimiento Transformante (TGF?) como potencial biomarcador de consumo y diagnóstico dual

ARAOS GÓMEZ, P.; MAZA QUIROGA, M.; GARCÍA MARCHENA, N.; SERRANO CRIADO, A.; RUIZ RUIZ, J. J.; SORIA, M.; CAMPOS CLOUTE, R.; TORRENS MELICH, M.; MARCO, E.M.; PAVÓN MORÓN, F. J.; RODRÍGUEZ DE FONSECA, F.

Background

Cocaine use disorder (CUD) is a complex health condition, especially when it is accompanied by comorbid psychiatric disorders (dual diagnosis). Dual diagnosis is associated with difficulties in the stratification and

treatment of patients. One of the major challenges in clinical practice of addiction psychiatry is the lack of objective biological markers that indicate the degree of consumption, severity of addiction, level of toxicity and response to treatment in patients with CUD. These potential biomarkers would be fundamental players in the diagnosis, stratification, prognosis and therapeutic orientation in addiction. Due to growing evidence of the involvement of the immune system in addiction and psychiatric disorders, we tested the hypothesis that patients with CUD in abstinence might have altered circulating levels of signaling proteins related to systemic inflammation. Methods: The study was designed as a cross-sectional study of CUD treatment-seeking patients. These patients were recruited from outpatient programs in the province of Malaga (Spain). The study was performed with a total of 160 white Caucasian subjects, who were divided into the following groups: patients diagnosed with CUD in abstinence (N=79, cocaine group) and matched control subjects (N=81, control group). Participants were clinically evaluated with the diagnostic interview PRISM according to the DSM-IV-TR, and blood samples were collected for the determination of chemokine C-C motif ligand 11 (CCL11, eotaxin-1), interferon gamma (IFN γ), interleukin-4 (IL-4), interleukin-8 (IL-8), interleukin-17 α (IL-17 α), macrophage inflammatory protein 1 α (MIP-1 α) and transforming growth factor α (TGFA) levels in the plasma. Clinical and biochemical data were analyzed in order to find relationships between variables.

Results

While 57% of patients with CUD were diagnosed with dual diagnosis, approximately 73% of patients had other substance use disorders. Cocaine patients displayed greater cocaine symptom severity when they were diagnosed with psychiatric comorbidity. Regarding inflammatory factors, we observed significantly lower plasma levels of IL-17 α ($p < 0.001$), MIP-1 α ($p < 0.001$) and TGFA ($p < 0.05$) in the cocaine group compared with the levels in the control group. Finally, there was a significant primary effect of dual diagnosis on the plasma concentrations of TGFA ($p < 0.05$) in the cocaine group, and these levels were lower in patients with dual diagnoses.

Discussion

IL-17 α , MIP-1 α and TGFA levels are different between the cocaine and control groups, and TGFA levels facilitate the identification of patients with dual diagnosis. Because TGFA reduction is associated with enhanced responses to cocaine in preclinical models, we propose TGFA as a potential biomarker of complex CUD in humans.

Estudio de prevalencia de Patología Dual en la población femenina del Centro Penitenciario Las Palmas II. Comorbilidad y perfil delictivo

YLLOBRE RODRÍGUEZ, C. A.; SAAVEDRA DENIZ, B.V.;
CABAL ORDÓÑEZ, J. J.; SÁNCHEZ BERNAL, A. M.

Introducción

Los datos epidemiológico recientes indican que un 92,5% de los internados en prisión declaran haber consumido sustancias psicoactivas. A pesar de ellos, solamente un 2% de las investigaciones en patología dual se ha realizado en el contexto penitenciario; investigaciones que se han diseñado en hombres y solo pocas hacen referencias al colectivo femenino.

Objetivos

Conocer la prevalencia de Patología Dual en la población reclusa femenina internada en el C.P. Las Palmas II y sus peculiaridades demográficas, comorbilidades y perfil delictivo.

Material y método

Se realiza un estudio transversal, aleatorizado y descriptivo, en mujeres internadas en prisión, para lo cual se aplicó un cuestionario de recogida de datos demográficos, toxicológicos, antecedentes patológicos y perfil delictivo, así como la aplicación del cuestionario MINI (Entrevista Neurosiquiátrica Internacional). Todos los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.

Resultados

Prevalencia de patología Dual muy similares a los observados en poblaciones masculinas penitenciarias, predominando los trastorno Antisociales de la personalidad en relación al consumo de sustancias tóxicas, inicios del consumo en edades muy tempranas, asociación de patologías infecciosas (VHC-HIV) y comisión de actos delictivos .

Conclusiones

La prevalencia de Patología Dual es un grave problema de salud dentro de la población femenina penitenciaria, que requiere de mayor atención sanitaria, social y apoyo Institucional también extra penitenciario.

Estrés social y caracterización de animales resilientes en respuesta a los efectos reforzantes de la cocaína

RÓDENAS, F.; BLANCO GANDÍA, M. C.; MIÑARRO, J.; RODRÍGUEZ ARIAS, M.

Introducción

El estrés juega un importante papel en el proceso de adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva. Algunos autores afirman que el consumo abusivo de sustancias se debe a la manera de interpretar, procesar o confrontar dicho estresor. La resiliencia se define como la capacidad de sobreponerse tras la experimentación de una situación aversiva o estresante y ajustarse nuevamente a un estado de normalidad. Hasta la fecha no existen estudios centrados en la respuesta de resiliencia el incremento de los efectos reforzantes de la cocaína producido por el estrés social, por lo que en el presente trabajo el objetivo fue identificar las características conductuales que presentan los animales resilientes a este efecto del estrés social.

Material y método

Se emplearon un total de 43 ratones de la cepa C57/B6 de 42 días de edad a su llegada al laboratorio. Fueron divididos en dos grupos: 28 como grupo experimental y 15 como grupo control. El procedimiento experimental se compuso de tres fases. En primer lugar se expuso al grupo experimental a cuatro episodios de derrota social con un intervalo de 72h cada episodio. El grupo control exploración se sometió al mismo protocolo, pero sin la presencia de un ratón residente en la jaula. En la segunda fase se evaluó el efecto reforzante de una dosis de 1mg/kg de cocaína mediante el Condicionamiento de la Preferencia de Lugar (CPL).

Resultados

Dentro del grupo de ratones derrotados, un grupo desarrollo CPL con la dosis subumbral de cocaína (SUSCEPTIBLES), que sin embargo, no resultó efectiva en otro grupo de animales derrotados (RESILIENTES) ni en los controles no estresados. En el análisis de la respuesta conductual a la primera derrota social, observamos que los ratones resilientes presentaron menos conductas de evitación y de defensa que los susceptibles. Además, un 30% de la muestra de resilientes presenta conductas de ataque en este primer encuentro (1ª DSR), que prácticamente no se observa en los susceptibles. Estas diferencias, aunque se siguen observado en dos poblaciones la 4ªDSR, ya están mucho menos marcadas puesto que la experiencia de derrota modula la respuesta de los animales. Conclusión

Nuestros resultados confirman, en primer lugar la existencia de una población de animales resilientes al incremento de los efectos reforzantes de la cocaína inducido por el estrés social. Además, hemos demostrado que estos animales presentan una estrategia de afrontamiento diferentes a los susceptibles, con menos conductas de sumisión y aceptación de la derrota social, presentando incluso intentos de ganar dicho encuentro.

Agradecimientos

Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MINECO), PSI2014-51847-R y PSI2017-83023-R. Instituto de Salud Carlos III, Red de Trastornos Adictivos (RTA) RD12/0028/0005 y RD16/0017/0007 y Unión Europea, Fondos FEDER “una manera de hacer Europa”.

Referencias

Koob, G. F. (2003). *European Neuropsychopharmacology*, 13, 442-452. Logrip, M. L., Zorrilla, E. P., & Koob, G. F. (2012). *Neuropharmacology*, 62 (2), 552-564. Folke, C., Carpintero, S. R., Walker, B., Scheffer, M., Marten, T., & Rockstrom, J. (2010). *Ecology and Society*

El incremento en el consumo de etanol en ratones macho se mantiene tras el cese de los atracones de una dieta alta en grasa

BLANCO GANDÍA, M. C.; REGUILÓN, M. D.; MONTAGUD ROMERO, S.; MIÑARRO, J.; RODRÍGUEZ ARIAS, M.

Introducción y objetivos

Reforzadores naturales como la alimentación, estimulan el circuito cerebral de recompensa del mismo modo que lo hace el consumo de drogas. Se ha descrito la existencia de similitudes psicológicas y biológicas entre la ingesta de comida rápida y la adicción a las drogas, compartiendo mecanismos cerebrales comunes. Recientemente se ha demostrado que existe comorbilidad entre el alcoholismo y los trastornos de alimentación, especialmente en población adolescente. Nuestro laboratorio corroboró en estudios previos realizados en modelos animales que el consumo de comida rica en grasa en forma de atracón intermitente incrementaba los efectos reforzantes de la cocaína y el alcohol. Así pues, el objetivo del presente trabajo fue valorar si estos efectos perduran a largo plazo, evaluando si la vulnerabilidad al consumo de etanol persiste tras el cese de la realización de atracones de comida rica en grasas saturadas.

Material y método

Se utilizaron un total de 30 ratones macho de la cepa OF1. Todos los animales recibieron una dieta equilibrada durante la adolescencia, con un acceso durante 2h a la comida rica en grasa tres veces por semana. Esta pauta de administración produjo el desarrollo de la conducta de atracón, ya que los animales realizaron una escalada en el consumo entre los días postnatales (PND) 25 a 43. En el día postnatal 43 realizaron su último acceso a la comida rica en grasa y 15 días después evaluamos el consumo de alcohol mediante el paradigma de autoadministración oral.

Resultados

Nuestros resultados mostraron que 15 días después de la interrupción del consumo de la dieta rica en grasa, los animales que habían sido expuestos a la misma, consumían mas de etanol y además manifestaban una mayor motivación para obtenerlo (mayor ratio progresivo).

Conclusión

Confirmamos de nuevo que el consumo intermitente de una dieta alta en grasa incrementa la vulnerabilidad al consumo de etanol induciendo efectos a largo plazo que perduran en el sistema de recompensa cerebral.

Agradecimientos

Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO), PSI2014-51847-R y PSI2017.830-23-R. Instituto de Salud Carlos III, Red de Trastornos Adictivos (RTA) RD12/0028/0005 y RD16/0017/0007 and Unión Europea, Fondos FEDER “una manera de hacer Europa”

Referencias

Blanco-Gandía et al., *Neuropharmacology*, 2017a Blanco-Gandía et al., *Neuropharmacology*, 2017b Puhl et al., *Behavioral Neuroscience*, 2011 Volkow et al., *Obesity Reviews*, 2013

El enriquecimiento ambiental bloquea el incremento en el consumo de alcohol inducido por el estrés social

REGUILÓN, M.D.; RODRÍGUEZ ARIAS, M.; MIÑARRO, J.

Las situaciones estresantes de la vida se han asociado con la búsqueda y el consumo de drogas. Los estudios tanto en seres humanos como en modelos animales han revelado que la exposición a diferentes tipos de estrés aumenta el abuso y la recaída en el uso del alcohol. En un estudio preclínico previo hemos demostrado que la exposición a la derrota social repetida (DSR), que es un modelo de estrés social, produce un incremento a largo plazo en el consumo de etanol en ratones. Además, también se activa el sistema inmune, produciendo una marcada respuesta neuroinflamatoria que se constata en diferentes estructuras cerebrales. En este trabajo, nuestro objetivo fue evaluar si el incremento en el consumo de etanol producido por la DSR puede ser contrarrestado por la exposición a un ambiente enriquecido. Los animales fueron alojados durante todo el procedimiento en unas jaulas grandes en las que colocaron pequeñas casas y tubos de plástico. Los animales fueron previamente expuestos a 4 sesiones de derrota social repetida, enfrentándolos con un animal agresivo (residente), mientras que los grupos controles se expusieron a una situación similar sin oponente agresivo (exploración). Tres semanas después de la última derrota social, comenzó la autoadministración de etanol. Hemos observado que los animales derrotados socialmente pero expuestos a un ambiente enriquecido no muestran el incremento en el consumo de etanol que si se observa en los animales estresados pero alojados en condiciones normales. El enriquecimiento ambiental también bloquea el incremento en la motivación (medido mediante el ratio progresivo) por consumir alcohol, que si se observa en los animales derrotados. Por lo tanto, nuestros resultados confirman que las intervenciones ambientales positivas pueden revertir los efectos que el estrés social induce sobre el consumo de alcohol.

Agradecimientos

Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MINECO), PSI2014-51847-R y PSI2017-83023-R. Instituto de Salud Carlos III, Red de Trastornos Adictivos (RTA) RD12/0028/0005 y RD16/0017/0007 and Unión Europea, Fondos FEDER “una manera de hacer Europa”.

Referencias

Kopschina Feltes, P., de Vries, E.F., Juárez-Orozco, L.E., Kurtys, E., Dierckx, R.A., Moriguchi-Jeckel, C.M., Doorduyn, J. (2017). Repeated social defeat induces transient glial activation and brain hypometabolism: A positron emission tomography imaging study. *J Cereb Blood Flow Metab.* Jan 1:271678X17747189. doi: 10.1177/0271678X17747189

Rodríguez-Arias, M., Montagud-Romero, S., Rubio-Araiz, A., Aguilar, M.A., Martín-García, E., Cabrera, R., Maldonado, R., Porcu, F., Colado, M.I. y Miñarro, J. (2017). Effects of repeated social defeat on adolescent mice on cocaine-induced CPP and self-administration in adulthood: integrity of the blood-brain barrier. *Addict Biol.* 22(1): 129-141. DOI: 10.1111/adb.12301

Efecto de una dieta alta en grasa en la recaída de la búsqueda de cocaína

MOLARI, I.; BLANCO GANDÍA, M. C.; MIÑARRO, J.; RODRÍGUEZ ARIAS, M.

Estudios epidemiológicos han demostrado una elevada comorbilidad entre los Trastornos por Uso de Sustancia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En esta línea, estudios previos de nuestro laboratorio han indicado que el consumo de comida rica en grasa representa un factor de vulnerabilidad al posterior consumo de sustancias. Una dieta alta en grasa consumida de forma intermitente durante la adolescencia se asocia a un mayor consumo de cocaína y alcohol en la edad adulta y modifica la expresión de genes pertenecientes al sistema de refuerzo. Pero en el ámbito clínico se ha descrito que este tipo de dietas pueden jugar un papel como reforzador alternativo, aliviando el craving por drogas de abuso. A nivel neurobiológico tanto el consumo de comida palatable como el abuso de sustancias activan las mismas regiones cerebrales y comparten las vías del sistema cerebral de recompensa. En un estudio previo, observamos que el consumo de una dieta rica en grasa de forma continuada aceleraba el proceso de extinción del recuerdo placentero de la cocaína y disminuye la vulnerabilidad a la recaída en la búsqueda de la droga. Sin embargo este patrón de ingesta induce obesidad, produciendo además profundos cambios a nivel hormonal. El objetivo del presente trabajo fue evaluar si un consumo puntual de comida rica en grasa también aceleraría el proceso de extinción y disminuiría la vulnerabilidad a la recaída. Se utilizaron 28 ratones de la cepa OF1 de 42 días de edad (adulto joven) y se realizó un Condicionamiento de la Preferencia de Lugar con una dosis de 10mg/kg de cocaína. Todos los animales recibieron una dieta equilibrada durante la fase de condicionamiento y a partir del post-condicionamiento, todos los animales continuaron con dieta equilibrada en sus jaulas pero los animales experimentales además tuvieron un acceso de una hora a la comida rica en grasa previamente a cada sesión de extinción. Los datos obtenidos muestran que los ratones que consumieron comida palatable previamente a la extinción tardaron menos sesiones en extinguir la preferencia de lugar y, no reinstauraron la preferencia con una dosis priming de cocaína (5 mg/kg), que si reinstauró la preferencia en el grupo control. Estos resultados sugieren que una exposición breve (solo 1h) a la comida rica en grasa puede ayudar a extinguir las memoria asociadas a la droga y a disminuir la sensibilidad a la recaída cuando es administrada de forma contingente a la exposición a las claves ambientales asociadas al consumo.

Agradecimientos

Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO), PSI2014-51847-R y PSI2017-83023-R. Instituto de Salud Carlos III, Red de Trastornos Adictivos (RTA) RD12/0028/0005 y RD16/0017/0007 and Unión Europea, Fondos FEDER “una manera de hacer Europa”

Referencias

Blanco-Gandía MC, Cantacorps L, Aracil-Fernandez A, Montagud-Romero S, Aguilar MA, Manzanares J, Valverde O, Miñarro J, Rodríguez-Arias M (2017). Effects of bingeing on fat during adolescence on the reinforcing effects of cocaine in adult male mice. *Neuropharmacology*, 113: 31-44.

Blanco-Gandía MC, Aracil-Fernández A, Montagud-Romero S, Aguilar MA, Manzanares J, Miñarro J, Rodríguez-Arias M (2017). Changes in gene expression and sensitivity of cocaine reward produced by a continuous fat diet. *Psychopharmacology*, 234(15): 2337-2352.

Foulds Mathes W, Brownley KA, Mo X, Bulik CM (2011). The biology of binge eating. *Appetite*, 52545-553. Puhl MD, Cason AM, Wojnicki FHE, Corwin RL, Grigson PS (2011). A history of bingeing on fat enhances cocaine seeking and taking. *Behavioral Neuroscience*, 125(6): 930-942.

Patología dual en personas con trastorno por uso de sustancias que reciben tratamiento

PUERTOLAS GRACIA, B.; ESPELT, A.; BARTROLI, M.; TEIXIDÓ COMPAÑÓ, E.; BOSQUE PROUS, M.; BRUGAL, M. T.

Introduction/objectives

Dual Diagnosis refers the co-occurrence of a substance use disorder (SUD) and another psychiatric disorder in the same individual. Individuals who suffer dual disorders have an increased likelihood of negative social and health consequences, such as medical conditions like HIV and HCV infection, overdose, suicide, unemployment or homelessness than those who have only SUDs or other psychiatric diagnoses. There are few studies conducted within Spanish population, none of them carried out in the drug addiction treatment network of Barcelona city. Proportion estimations of dual diagnosis can be useful for planning, evaluation and health management. Thus, the purpose of the present study is to describe the proportion of dual diagnosis among individuals with substance use disorders (SUDs) receiving treatment in the public drug treatment centres (CAS) of Barcelona city.

Methods

Descriptive study conducted in individuals aged 18 or more diagnosed with a substance use disorder, according to Fourth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders criteria (DSM-IV), that were admitted to treatment from 2013 to 2016 in drug addiction treatment centres (CAS) of Barcelona city. We used the Dual Diagnosis Screening Instrument (DDSI) to identify psychiatric comorbidity among individuals with substance use disorder. The variables of interest were dual diagnosis, psychiatric disorders and year of dual diagnosis screening. We calculated univariate descriptive statistics, absolute and relative frequencies for each categorical variable.

Results

The proportion of dual diagnosis among screened individuals was 67% (IC95%: 55.3; 86.4) in 2013, 76% (IC95%: 71.8; 80.5) in 2014, 74% (IC95%: 70.7; 77.9) in 2015 and 75% (IC95%: 72.4; 78.2) in 2016. For each year considered, the major proportion of individuals with a substance use disorder that were screened, scored positive in major depressive disorder (57% [IC95%: 53.8; 60.4] in 2016), followed by panic disorder (29% [IC95%: 26.1; 32.1] in 2016) and psychotic disorder (29% [IC95%: 25.5; 31.5] in 2016) or generalised anxiety disorder (21% [IC95%: 16.9; 25.3] in 2014).

Conclusions

The frequency of dual diagnosis observed in individuals receiving treatment in the public drug treatment centres (CAS) of Barcelona city was high. The association of substance use disorders with another psychiatric disorder have a substantial impact on an individual's recovery and their biopsychosocial functioning and quality of life. Thereby, this information can be useful to improve the therapeutic results, the prognosis of both disorders and the quality of life of these individuals reducing the chances of relapse by the adjustment of the therapeutic programs.

Disponibilidad, visibilidad y promoción del alcohol en Barcelona en el año 2017

PUIGCORBÉ, S.; BOSQUE PROUS, M.; SUREDA, X.; PASTOR MUÑOZ, A.; TEIXIDÓ COMPAÑÓ, E.; VILLALBÍ, J. R.; ESPELT, A.

Introducción/objetivos

Las características del entorno urbano tienen una gran influencia en la salud de sus residentes. En el alcohol, niveles elevados de disponibilidad, visibilidad y promoción pueden influir en la normalización y aceptación de su consumo. El objetivo de este estudio es describir el contexto de elementos relacionados con el alcohol en el espacio público de la ciudad de Barcelona en el año 2017 valorando su presencia en establecimientos, en publicidad o en indicios de consumo situados en la vía pública.

Material y método

Se realizó un estudio observacional descriptivo y se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados utilizando como unidades muestrales las secciones censales. Se seleccionó una muestra representativa de la ciudad, que contenía un mínimo de 2 secciones censales de cada uno de los 73 barrios de Barcelona (n=158). Dos observadoras recorrieron las zonas censales seleccionadas según rutas establecidas y registraron cada elemento de disponibilidad de alcohol, visibilidad y promoción de su consumo mediante el instrumento OHCITIES, un aplicativo con el que se registraba la localización de cada elemento por medio de Sistema de Información Geográfica (SIG) y que contenía un cuestionario diseñado y validado para caracterizar los elementos relacionados con el consumo de alcohol en entornos urbanos.

Resultados

En total se registraron 2.187 establecimientos que ofrecían bebidas alcohólicas de los cuales 1.560 fueron locales de venta y consumo de alcohol y 627 fueron locales únicamente de venta. Además, se registraron 143 establecimientos de productos no alimentarios que ofrecían productos relacionados con el alcohol. Se encontraron 281 elementos de publicidad y patrocinio, 4 elementos de venta y promoción ambulante y 853 indicios de consumo de alcohol. Se describen los resultados por territorio, y se valora la asociación espacial entre variables.

Conclusiones

Existe una elevada presencia de elementos relacionados con el alcohol en el contexto urbano de Barcelona, sobretudo de disponibilidad. Además, se observa que su distribución en los diferentes barrios es desigual, siendo los barrios más céntricos los que tienen mayor disponibilidad de alcohol.

Financiación

Proyecto financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (2016|029).

Referencias

Sureda, X., Carreño, V., Espelt, A., Villalbí, J.R., Pearce, J., Franco, M. (2017). Alcohol in the city: wherever and whenever. *Gac Sanit.* S0213-9111(17)30174-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.06.008

Sureda, X., Espelt, A., Villalbí, J.R., Cebrecos, A., Baranda, L., Pearce, J., Franco, M. (2017). Development and evaluation of the OHCITIES instrument: assessing alcohol urban environments in the Heart Healthy Hoods Project. *BMJ Open.* 7(10):e017362. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017362

Disminución en las concentraciones plasmáticas de BDNF e IGF-1 en pacientes con trastornos por uso de alcohol en tratamiento ambulatorio

SERRANO CRIADO A; GARCÍA MARCHENA N; SILVA PEÑA D; MARTÍN VELASCO AI;
VILLANÚA BERNÚES MA; ARAOS GÓMEZ P; PEDRAZ FERNÁNDEZ M; MAZA
QUIROGA R; PORRAS PERALES O; RUBIO VALLADOLID G; CASTILLA ORTEGA E;
SUÁREZ PÉREZ J; RODRÍGUEZ DE FONSECA F; PAVÓN MORÓN FJ.

Introducción/objetivos

La identificación de determinados factores de crecimiento como potenciales biomarcadores de los trastornos por uso de alcohol (TUA) podría ayudar a comprender los mecanismos que subyacen a la patogénesis y etiología de dichos trastornos. Estudios previos han descrito la implicación de los factores de crecimiento en la plasticidad neuronal asociada al desarrollo de trastornos neurocognitivos y mentales. En este estudio se pretende evaluar el impacto del consumo crónico de alcohol sobre los niveles circulantes de factores de crecimiento y su asociación con variables asociadas a TUA en pacientes.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal en un grupo de pacientes diagnosticados con TUA en abstinencia (N=91) y un grupo control de sujetos sin trastornos por uso de sustancias (N=55). Los participantes fueron evaluados mediante una entrevista clínica de diagnóstico psiquiátrico (PRISM) basada en el DSM-IV-TR. También se extrajo una muestra de sangre para determinar las concentraciones plasmáticas del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) y la proteína 3 de unión a IGF-1 (IGFBP-3). Finalmente, se exploró la asociación entre estos péptidos plasmáticos y variables relacionadas con los TUA y comorbilidad psiquiátrica.

Resultados

El grupo alcohol fue diagnosticado con un promedio de 7 criterios de abuso y dependencia a alcohol (diagnóstico de TUA grave), mostrando un promedio de 13 años de uso problemático de alcohol y 10 meses de abstinencia en el momento del estudio. Además, observamos una alta incidencia de enfermedades hepáticas y pancreáticas inducidas por alcohol (18.7%) y de comorbilidad psiquiátrica (76.9%). De hecho, los pacientes con TUA mostraron una alta prevalencia de patología dual (39.3%) [principalmente depresión (19.9%)] y de trastornos por uso de sustancias comórbidos (40.7%). Las concentraciones plasmáticas de BDNF e IGF-1 fueron más bajas en el grupo alcohol que en el grupo control ($p < 0.001$). Además, observamos una asociación negativa entre la concentración de IGF-1 y la edad en el grupo control ($r = -0.52$, $p < 0.001$) que no observamos en el grupo alcohol. Respecto a las variables asociadas a TUA, los pacientes del grupo alcohol que presentaban enfermedades hepáticas y/o pancreáticas tenían niveles aún más bajos de BDNF ($p < 0.05$). Sin embargo, no encontramos ninguna asociación de las concentraciones de estos péptidos con la abstinencia, uso problemático, gravedad de los TUA o comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida.

Discusión/conclusiones

Estos resultados sugieren un posible papel del BDNF en la toxicidad inducida por alcohol. Sin embargo, se necesitan más estudios para una mejor caracterización de este papel de BDNF así como para conocer el significado biológico de la ausencia de correlación entre la edad y los niveles plasmáticos de IGF-1 en pacientes con TUA.

Diferencias en el descuento por demora entre bebedores de bajo riesgo y policonsumidores: un estudio longitudinal a tres años

MARTÍNEZ LOREDO, V.; GRANDE GOSENDE, A.; GONZÁLEZ ROZ, A.; WEIDBERG, S.; GARCÍA PÉREZ, Á.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R.

Introducción

La toma de decisiones impulsiva basada en el descuento por demora es un importante mecanismo subyacente al abuso y dependencia de sustancias. En la actualidad aún no existe acuerdo sobre si los adolescentes policonsumidores difieren en su nivel de descuento de reforzadores demorados (DD) o si el patrón de consumo conlleva modificaciones en sus niveles de DD. El presente trabajo tiene como objetivo analizar las diferencias en el DD entre adolescentes con distintos patrones de consumo y sus cambios a lo largo del tiempo.

Método

La muestra estaba compuesta por un total de 1.565 adolescentes (54,4% hombres; edad media 13,02, DT = 0,57) evaluados una vez al año durante tres años. Se evaluó la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y cánnabis en el último año, la frecuencia de borracheras en el último mes y la presencia de problemas relacionados con el alcohol mediante el Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). La toma de decisiones impulsiva se analizó a través de una prueba de descuento por demora. Se usaron Modelos Mixtos de Crecimiento Latente para examinar las trayectorias policonsumo de cada participante. Las diferencias en el DD entre las trayectorias se analizaron mediante Análisis Mixtos de Covarianza.

Resultados

Se hallaron tres trayectorias de policonsumo (AIC= 90.364,96, BIC= 90.457,71): una principal de bebedores de bajo riesgo (85,67% de la muestra), una segunda de inicio temprano (8,62%), y una tercera caracterizada por un escalamiento en el consumo (5,71% de la muestra). Los resultados del ANCOVA muestran que los bebedores de bajo riesgo descontaron menos valor de los reforzadores futuros en todas las evaluaciones que los consumidores tempranos y escaladores. Sólo los bebedores de bajo riesgo disminuyeron su nivel de DD a lo largo del tiempo, con fuertes reducciones entre la primera y segunda evaluación.

Conclusiones

El DD es un mecanismo importante para entender los patrones de riesgo de consumo de sustancias. Pese a que los "escaladores" apenas presentaban consumos en las primeras evaluaciones, sus niveles de DD eran equivalentes a los de los consumidores tempranos. Estos resultados son de interés para entender el policonsumo y abuso de sustancias con claras implicaciones en la prevención y tratamiento.

Referencias

- Tomczyk, S., Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2016). Latent classes of polysubstance use among adolescents- a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 12-29. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.11.035
- Khurana, A., Romer, D., Betancourt, L. M., Brodsky, N. L., Giannetta, J. M., & Hurt, H. (2015). Experimentation vs. Progression in Adolescent Drug Use: A Test of an Emerging Neurobehavioral Imbalance Model. *Development and Psychopathology*, 27, 901-913. doi: 10.1017/S0954579414000765

Deshabitación de tabaco en pacientes con TUS en tratamiento en el CAS de drogodependencias. De la hospitalización al seguimiento ambulatorio

CARCOLÉ BATET, B.; VIVAS RUBIO, N.

Introducción

Pese a ser evidente la magnitud del problema del consumo de tabaco en población drogodependiente, todavía son insuficientes los estudios clínicos que nos permitan dar respuestas concluyentes sobre cómo y cuándo intervenir para aumentar la abstinencia en esta población.

Objetivo

Evaluación de la eficacia del ingreso en *UHD en la deshabitación del consumo de tabaco en pacientes adictos a otras drogas que siguen un tratamiento ambulatorio en el CAS.

Método

Estudio longitudinal de medidas repetidas en una muestra (N=49; 65.3% hombres y 34.6% mujeres) que ingresa en UHD para desintoxicación. Se aplican los tests *Fagerström y el *Richmond al inicio del estudio, así como *cooximetría en los niveles de seguimiento (primera visita post-alta, 1, 3, 6 y 12 meses).

Resultados

En el momento del alta de UHD se registró una abstinencia del 93.8% de pacientes, información consistente con los niveles obtenidos con cooximetría. Al mes, la abstinencia total descendió hasta un 65.3%, y a los tres meses hasta un 26.5%. A los 6 y a los 12 meses un 16.3% mantiene abstinencia.

Conclusiones

El ingreso a UHD parece facilitar un breve periodo de abstinencia al tabaco a un elevado porcentaje de pacientes con adicciones. No obstante, a partir del primer mes de seguimiento ambulatorio hay un número importante de recaídas. Se hace patente la necesidad de seguir investigando para prevenir recaídas en esta población.

Referencias

Milan Khara and Chizimuzo T.C.Okoli. Smoking Cessation Outcomes among Individuals with Substance Use and/or Psychiatric Disorders, Research Article. *Addiction*, 2011 2:4. Research & Therapy.

Tsoh et al. Stopping smoking during first year os substance use treatment predicted 9-year alcohol and drug treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 2011 Apr 1; 114 (2-3):110.

Depresión y alcoholismo, ¿causa o consecuencia?

CASADO ESPADA, N.; DE ALARCÓN GÓMEZ, R.; DE LA IGLESIA LARRAD, J.; VALRIVERAS HERRERO, I.; GAMONAL LIMCAOCO, S.; SÁNCHEZ PERNAS, L.; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, C.; DE LA MATA HIDALGO, R.; LÓPEZ LOZANO, M.; AGUILAR, L.; MADRUGA, A.

Introducción

Se estima que un 17% de los pacientes que presentan un Trastorno por Uso de Alcohol padecen al mismo tiempo un episodio depresivo mayor. Además el alcohol es la sustancia más consumida entre los pacientes con depresión.

Objetivos

- Observar la prevalencia de trastorno depresivo coadyuvante a Trastorno por abuso de alcohol en la muestra.
- Comparar el tiempo de abstinencia en los pacientes en tratamiento antidepressivo y, por lo tanto, con patología afectiva asociada al trastorno por consumo de alcohol, con el grupo control (sin tratamiento antidepressivo).
 - Mostrar la relación de antidepressivos utilizados en la muestra y la existencia o no de coadyuvancia de estos con otros fármacos.

Material y método

Estudio descriptivo transversal y observacional retrospectivo de casos y controles. Recogida de datos mediante entrevista clínica de una muestra de 100 pacientes atendidos en consulta durante 2 meses en Unidad de Tratamiento de Alcoholismo, Salamanca.

Resultados

Más de la mitad (52%) de los pacientes de la muestra están en tratamiento con antidepressivos, de los cuales casi el 90% además presenta algún otro tratamiento adicional, siendo la coadyuvancia con ansiolíticos lo más frecuente en la muestra (67%), clorazepato como el más utilizado; frente a aversivos (46%), disulfiram como el más utilizado; estabilizadores del ánimo/anticraving (46%), topiramato como el más utilizado; antipsicóticos (48%), tiaprizal como el más utilizado. Respecto a los periodos de abstinencia no hay grandes diferencias entre ambos grupos, si bien la mitad o más de pacientes en ambos tienen un periodo de abstinencia menor a 6 meses, siendo las proporciones parecidas en los periodos comprendidos entre 6 meses y un año (12%), y entre 1 año y 5 años (en torno al 20%). Sin embargo, en el periodo de mayor tiempo de abstinencia, más de 5 años, hay una diferencia notable entre el grupo de casos (21%), con respecto al de controles (6%).

Discusión/conclusiones

Los síntomas depresivos pueden darse de forma comórbida al trastorno por consumo de alcohol o bien ser consecuencia del mismo debido a alteraciones a nivel del cerebro. Los datos existentes indican que la concurrencia entre ambas patologías se asocia con peores resultados tanto clínicos como funcionales y duplica el riesgo de desarrollar otro trastorno. Asimismo los pacientes con depresión que padecen un Trastorno por Uso de sustancias de forma comórbida presentan mayor riesgo de suicidio, hasta 10 veces más alto que en la población general. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, los estudios arrojan resultados contradictorios y la evidencia científica es muy reducida, por lo que las recomendaciones que se pueden realizar son de carácter débil. Sin embargo, la combinación de Sertralina y Naltrexona podría lograr mayores tasas de abstinencia alcohólica en contraposición al tratamiento por separado del TUA o del trastorno depresivo; y mejorar la clínica depresiva frente a placebo.

Referencias

DeVido, J. and Weiss, R. (2012). Treatment of the Depressed Alcoholic Patient. *Current Psychiatry Reports*, 14(6), pp.610-618.

Chemsex: A propósito de un caso

DEMETRIO SANTANA, R.; RUIZ RODRÍGUEZ, A.; GARCIA LEON E.; Y BRISSON CAMACHO, C.

Actualmente las nuevas drogas psicoactivas como Mefedrona, Ketamina, GHB, MDMA, se utilizan para sesiones de sexo en las que se prolongan las relaciones sexuales en pareja o en grupo. Paciente varón de 38 años, HSH, abogado, con pareja estable hasta hace un año. Se produce ruptura e inicia consumo de sustancias psicoactivas en un contexto sexual (Chemsex). Acude a Unidad de Infecciosos para solicitar tratamiento profiláctico de VIH. Después de atenderle, en varias ocasiones, le aconsejan acudir a nuestra UAD para tratamiento de deshabitación de dichas sustancias. Al valorarlo, se clasifica como consumidor puntual con fines de ocio y del incremento de las sensaciones placenteras que se buscan en una relación sexual; no tenía signos de intoxicación aguda por el uso de las sustancias referidas; Se muestra pasivo, con apatía, anhedonia e inhibido en el contacto social. Refiere que esta práctica le ayuda a sentirse más cómodo y alegre en las relaciones con los otros. Por tanto y valorando la reducción de daños de esta práctica, se consideró, en primer lugar, una información adecuada de las sustancias de consumo y sus posibles efectos en el organismo, así como reducir riesgos de contagio de enfermedades y en segundo lugar sesiones de psicoterapia.

Referencias

Dolongevich et al; Nuevas drogas Psicoactivas. -Fernando Dávila et al. Med Clin (Barc) 2015.

Consumo responsable de alcohol, ¿perjudica a los pacientes con trastorno bipolar?

DE LA FUENTE TOMÁS, L.; GONZÁLEZ BLANCO, L.; VELASCO, Á.; SÁNCHEZ AUTET, M.; SAFONT, G.; ARRANZ, B.; SIERRA, P.; REVUELTA, J.; GARCÍA ÁLVAREZ, L.

Introducción

Existen múltiples estudios que examinan los efectos que provoca el abuso de alcohol en pacientes con un diagnóstico de trastorno bipolar (TB) (1). Sin embargo, no hemos encontrado investigaciones que valoren el impacto de un patrón de consumo responsable (1UBE/día en mujeres y 2UBEs/día en varones) sobre la clínica, el funcionamiento, la cognición y la salud física de este tipo de pacientes. Investigaciones en población general indican que un consumo responsable de alcohol está relacionado con un menor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (2) y un efecto cerebral neuroprotector (3). Objetivo: analizar la relación entre el patrón de consumo de alcohol (UBEs/semana) y las características clínicas, el funcionamiento, la cognición, y la salud física en una muestra de pacientes con TB.

Material y método

Estudio transversal, naturalístico y multicéntrico (Oviedo, Barcelona y Valencia) financiado por el Instituto de Salud Carlos III (FIS)(ref. PI11/02493). Participantes: 224 pacientes con diagnóstico de TB. Los pacientes se dividieron en 3 grupos en función del número promedio de Unidades de Bebidas Estándar (UBEs) consumidas a lo largo de la semana: 1) no consumidores; 2) consumo responsable de alcohol: 1 UBE/día en mujeres vs 2UBEs/día en varones; 3) consumo moderado de alcohol: 8-24 UBEs/semanales en mujeres vs 15-21 UBEs/semanales en varones. Instrumentos de evaluación: a) Protocolo "ad hoc" de variables sociodemográficas y clínicas; b) Psicopatología: HDRS,

YMRS, CGI, Cuestionario de cambios en la función sexual (CSFQ-14); 3) Cognición: SCIP; 4) Funcionamiento: EEAG y FAST; 6) Evaluación biológica: constantes vitales, parámetros antropométricos y analíticos (glucosa, colesterol, colesterol -HDL y -LDL, triglicéridos, transaminasas hepáticas (ALT, AST y GGT) y, fosfatasa alcalina). Análisis estadístico: pruebas Chi-cuadrado, ANOVA y post hoc de Tukey.

Resultados

Edad media 46.28 (DE: 12.22); 65.5% mujeres; 77% tenían un diagnóstico de TB tipo I; CGI 3.15 (DE: 1.42); patrón de consumo de alcohol: 20% responsable, 5% moderado y 75% sin consumo. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre personas que no consumen alcohol y aquellas con un patrón de consumo responsable en el nivel de estudios (universitarios: 18.9% vs 37.5% vs 50%: $p=0.008$), Índice de Masa Corporal (IMC) (29.073 vs 26.729; $p=0.045$), tensión arterial (TA) sistólica (121.85 vs 114; $p=0.040$), TA diastólica (78.25 vs 73.45, $p=0.039$) y el nivel de funcionamiento sexual (32.01 vs 37.10; $p=0.010$).

Conclusiones

Entre los pacientes que consumen alcohol de manera responsable se encuentra un mayor porcentaje de personas con estudios secundarios y universitarios. Los pacientes con un patrón de consumo responsable de alcohol frente a los no consumidores presentaron un menor IMC, niveles más bajos de presión arterial (sistólica y diastólica) y reportaron un mejor funcionamiento sexual. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos de pacientes en otras características clínicas, en el funcionamiento, la cognición o los parámetros analíticos.

Referencias

Messer, T., et al., Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*, 2017. 253: p. 338-350.

de Gaetano, G., et al., Effects of moderate beer consumption on health and disease: A consensus document. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2016. 26(6): p. 443-67. Topiwala, A. and K.P. Ebmeier, Effects of drinking on late-life brain and cognition. *Evid Based Ment Health*, 2018. 21(1): p. 12-15.

Consecuencias del estrés por separación maternal sobre el refuerzo condicionado inducido con cocaína: papel de la inhibición prepulso

ARENAS, M. C.; PEREIRA DE LA FUENTE, R.; PRIETO ARENAS, L.; CASTRO ZABALA, A.; VALVERDE, O.; MIÑARRO, J.; MANZANEDO, C.

Introducción/objetivo

El estrés temprano por separación maternal es un modelo animal de estrés utilizado para evaluar la vulnerabilidad a desarrollar trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias a lo largo de la vida. Son pocos los trabajos que evalúan los efectos de este estresor temprano sobre las hembras a pesar de ser las mujeres las que manifiestan más patologías asociadas con el estrés. La inhibición prepulso (IPP) de la respuesta de sobresalto se considera un endofenotipo de vulnerabilidad psiquiátrica en humanos. Recientemente hemos mostrado que el paradigma de la IPP discrimina los animales más vulnerables a los efectos condicionados de la cocaína. Por ello, el objetivo del presente estudio fue evaluar la capacidad de la IPP para predecir las consecuencias de un estresor temprano, como es la separación maternal, sobre los efectos reforzantes condicionados de una dosis efectiva de cocaína en ratones hembras, considerando también su efecto en una prueba de memoria emocional.

Material y métodos

Dos grupos de ratones hembras, controles (n=19) y sometidas a separación maternal entre los días postnatal 2-16 (n=26), fueron categorizadas como altas o bajas en su IPP, utilizando el promedio de las hembras del grupo control. Tras ello, todas fueron evaluadas en el Condicionamiento de Preferencia de Lugar (CPL) inducido por una dosis efectiva de cocaína (12mg/kg). Posteriormente, se evaluaron en el condicionamiento de evitación pasiva a las 24h y a la semana.

Resultados

Todas las hembras mostraron una preferencia de lugar condicionada ($p < 0.05$). Tras la extinción de la misma, reinstauraron la preferencia con una dosis *priming* de 6mg/kg de cocaína todos los grupos ($p < 0.05$) excepto el de hembras control con alta IPP, no mostrando ya reinstauración con 3mg/kg de cocaína. Las hembras control con baja IPP necesitaron significativamente un mayor número de sesiones para extinguir la preferencia que el resto de grupos ($p < 0.05$). En el condicionamiento de evitación pasiva, solo las hembras con alta IPP (tanto controles como estresadas) incrementaron significativamente su latencia de cruce ($p < 0.05$); sin embargo, mientras las hembras controles con alta IPP disminuyeron su latencia a la semana ($p < 0.05$), este efecto no fue observado en las estresadas.

Discusión/conclusiones

Como en estudios previos, una baja IPP predice una mayor perseverancia en la conducta de búsqueda de la cocaína. Asimismo, el estrés temprano incrementó el valor reforzante de la cocaína para reinstaurar la preferencia condicionada con dosis menores, mostrando una mayor afectación en las hembras con alta IPP. Esta distinción del efecto del estrés entre las hembras con alta y baja IPP, se confirma con los resultados de la evitación pasiva, donde observamos efectos opuestos del estrés según el índice de IPP. Por tanto, consideramos que la IPP predice las consecuencias del estrés por separación maternal sobre los efectos reforzante de la cocaína y sobre la memoria emocional de las hembras.

Agradecimientos

MINECO (PSI2015-69649-R; PSI2014-51847-R; PSI2017-83023-R; SAF2016-75966-R), Instituto de Salud Carlos III, Red de Trastornos Adictivos RD16/0017/0007; y Unión Europea, Fondos FEDER “una manera de hacer Europa”.

Completar un Programa de Tratamiento con Metadona. Experiencia y resultados (2017) en el Centro Penitenciario de Lledoners

MARTÍNEZ DE CARVAJAL HEDRICH, V.; MARTÍNEZ REMESAL, J.; TOLOCHNAYA, I.; SOTOMAYOR, C.; CARBONÉS, G.; TOUZÓN LÓPEZ, C.; FERNÁNDEZ NAGER, J.

Desde 2015, en el C.P. Lledoners (Barcelona) se ofrece al paciente en Programa de Tratamiento con Metadona (PTM), y cumple criterios según protocolo, la opción de hacer deshabituación parcial o completa mediante el Programa de Deshabituación de Metadona (PDM). Recordamos, éste programa se basa en cinco conceptos: 1) Considerar el centro como Comunidad Terapéutica. 2) Ofrecer al paciente la oportunidad de completar una deshabituación de metadona (MTD) y, por ende, conseguir estar libre de droga y fármacos. 3) Bajar las dosis de metadona de forma lenta (cada 7-10 días) y escalonada (“suaves”), con reducciones que no superan el 10% de la dosis. 4) Detener el PDM si el paciente lo desea y, si precisara, volver a la dosis previa. 5) En la medida de lo posible, y previo consentimiento, las reducciones de dosis son ciegas para el paciente. En el estudio descriptivo que presentamos se muestran los resultados obtenidos con todos los paciente que entraron en el PTM durante el año 2017, destacando los que completaron la fase de deshabituación. Se describen sus características (edad, sexo, nacionalidad, existencia de patología dual, VIH y VHC), su evolución a lo largo del programa, y la carga asistencial (visitas realizadas, dosis de MTD elaboradas,...).

Resultados

- Durante el año 2017, 81 pacientes entraron en el PTM, un 4,4% de la población media del centro.
- Un 76% del total de pacientes estuvieron en PDM; la mayoría (96,5%), en pauta ciega consentida.
- 32 (39'5%) pacientes completaron el PTM con el PDM.
- 1 paciente que completó PDM (1,2%) reentró en PTM.
- 1 paciente renunció al PTM.
- Hubieron 7 altas voluntarias (en pacientes que estaban en dosis de entre 5 y 11mg/día de MTD).
- El seguimiento de los pacientes supuso 1031 visitas de enfermería o/y de facultativo, de las que 374 fueron presenciales y 657 virtuales (la gran mayoría de estas para ajuste de dosis).
- Se prepararon y dispensaron más de 12.000 dosis de metadona. Los pacientes que finalizan el PDM, y continúan en el centro, inician el Programa de Seguimiento de la Abstinencia (PSA) que dura 12 meses.

Conclusiones

Los resultados, en línea con los obtenidos durante 2015 y 2016, consolidan un PTM que está fundamentalmente orientado a aprovechar la estancia del paciente en un Centro Penitenciario para conseguir que complete el tratamiento de deshabituación, objetivo que consideramos prioritario en cualquier programa terapéutico de adicciones. La carga asistencial que representa, asumible, invita a continuar con el programa y hacerlo extensivo a otros centros.

Aproximación a la situación de España en el contexto internacional de la producción científica en adicciones

MELERO FUENTES, D.; BUENO CAÑIGRAL, F. J.; ALEIXANDRE BENAVENT, R.; VALDERRAMA ZURIÁN, J. C.

Introducción

El presente estudio busca ampliar los estudios bibliométricos previos sobre adicciones con un análisis de la situación de España en el contexto internacional de la producción científica en sustancias adictivas, a través de un estudio transversal de los artículos científicos publicados durante el periodo 2008-2012 y recogidos en los índices Science Citation Index-Expanded y Social Science Citation Index.

Metodología

Los registros bibliográficos utilizados en el presente análisis fueron los 44.822 seleccionados por la tesis doctoral de Melero-Fuentes (2016), de los que en 1.618 existía participación de una institución española. Para la selección de regiones internacionales, se consideraron tres modelos; macro-regiones, regiones y tipo de desarrollo de regiones de la Organización de Naciones Unidas (unstats.un.org/unsd/methodology/m49). El análisis se llevó a cabo a través de indicadores bibliométricos de nivel macro (España y agrupaciones de países).

Resultados

La colaboración a nivel internacional en todos los registros fue de 17,85% y en los registros donde figura una institución española se sitúa en el 31,77%. Los mayores vínculos de España a nivel de macro-regiones los presenta con Europa (20,4%), seguido de la colaboración con América del Norte (13,91%) y Latino América y el Caribe (4,08%). Los mayores vínculos de España a nivel de regiones los presenta con América del Norte (13,91%), seguido de la colaboración Europa Occidental (11,43%), Europa del Sur (10,51%) y Europa del Norte (10,26%). Los vínculos de España con respecto al desarrollo de los países son de un 29,6% con países desarrollados y de un 5,75% con países en desarrollo. Conclusiones Los países se refuerzan a través de sus vínculos geográficos, culturales, políticas económicas e investigación, siendo los vínculos de España en el área científica de adicciones elevados fundamentalmente con

Europa y Norteamérica, pero no así con Sudamérica. En el futuro habrá que valorar si el desarrollo de programas, como por ejemplo COPOLAD (www.copolad.eu), producen modificaciones en los vínculos de colaboración.

Referencias

Melero-Fuentes, D. (2016). Análisis de la producción científica en sustancias adictivas a través de Web of Science durante el periodo 2008-2012 (Tesis doctoral). Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

Agradecimientos

Plan Municipal de Drogodependencias; UPCCA; Ajuntament de València; Regidoria de Sanitat, Salut i Esports; Valencia; Spain.

Aplicación del análisis de conglomerados a la identificación y caracterización de grupos diana para la prevención del consumo de cannabis en adolescentes

ISORNA FOLGAR, M.; PICÓN PRADO, E.; BARREIRO COUTO, C.; RIVAS PESTONI, A.; VARELA MALLOU, J.; RIAL BOUBETA, A.

Introducción/objetivos

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida entre los adolescentes españoles. Un 2,5% presenta además un consumo de riesgo. Los esfuerzos a nivel de prevención deben partir de la premisa de que no todos los adolescentes consumidores de cannabis presentan el mismo patrón. Identificar y caracterizar de manera integral las diferentes tipologías de consumidores constituye un paso fundamental para mejorar la prevención. Aplicar las mismas herramientas estadísticas que utilizan las grandes firmas comerciales para la segmentación de sus mercados puede ser de notable utilidad.

Material y método

La muestra estuvo compuesta por 3.882 adolescentes de entre 12 y 18 años ($M = 14,52$; $DT = 1,72$), correspondientes a 15 centros educativos de ESO y Bachillerato de la Comunidad Gallega, tanto públicos como privados. 575 (14,8%) declararon haber consumido cannabis en el último año. Se utilizaron sus respuestas en el CAST como variable de segmentación y la información de otros instrumentos como el AUDIT o el CRAFFT para su caracterización, junto a variables como la autoestima, la asertividad o la impulsividad.

Resultados

Se identificaron 4 tipos de consumidores, que apenas diferían en sexo o edad, pero sí en su patrón de consumo y en las edades de inicio. Cuanto antes se empieza a consumir, mayor probabilidad de abusar de esta sustancia. Se encontró además una correlación positiva entre la edad de la primera borrachera y la edad de inicio de consumo de cannabis y negativa con el patrón de riesgo: cuanto antes llega la primera borrachera, mayor es la probabilidad de abuso del cannabis. No se ha encontrado relación con la autoestima o habilidades sociales, pero sí se asocia un consumo bajo con una mayor asertividad y una menor impulsividad. Los adolescentes que abusan del cannabis suelen hacerlo también del alcohol y del resto de drogas, por lo que no se trata de un fenómeno aislado. En el Grupo 1 se incluyen los consumidores ocasionales, que no experimentan problemas con el cannabis; en el Grupo 2 los que comienzan a tener algunos problemas de consumo y han intentado varias veces dejarlo. Los Grupos 3 y 4 son los que muestran ya un abuso claro. El Grupo 3 presenta un consumo diario menos conflictivo, pero un mayor policonsumo, mientras que el Grupo 4 es el que mayor puntuación obtiene en el CAST, con problemas manifiestos y quejas habituales de terceros.

Discusión/conclusiones

Los resultados poseen interesantes implicaciones tanto teóricas como prácticas, no sólo porque permiten comprender mejor una realidad preocupante como es el consumo de cannabis entre los adolescentes y su progresión en el consumo, sino también a la hora de diseñar nuevos programas de prevención.

Referencias

Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Gómez, P. y Golpe, S. (2018). Consumo de cannabis entre adolescentes: patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, en prensa.

Picón, E., Varela, J. y Real, E. (2003). Clasificación y segmentación post hoc mediante el análisis de conglomerados. En *Análisis Multivariable para las Ciencias Sociales* (Levy y Varela coord.). Madrid: Prentice Hall.

Anomalías electrofisiológicas en componentes tempranos del procesamiento de caras en jóvenes consumidores intensivos de alcohol

FOLGUEIRA-ARES, R.; CADAVEIRA, F.; PAZO-ÁLVAREZ, P.; BLANCO-RAMOS, J.; RODRÍGUEZ HOLGUÍN, S.

La investigación sobre consumo intensivo de alcohol (CIA) ha puesto de manifiesto los efectos perjudiciales sobre el cerebro adolescente todavía en desarrollo, especialmente vulnerable al alcohol. Este estudio tiene como objetivo determinar mediante potencias evocados (PEs) si el CIA afecta al procesamiento de caras en una tarea de memoria asociativa cara-nombre. 50 estudiantes universitarios (20.6 años), grupo control (GC): n= 25 (12 mujeres), grupo CIA: n= 25 (11 mujeres) sin historia familiar/personal de alcoholismo o trastornos psicopatológicos/neurológicos. Se registraron los PEs durante la fase de recuerdo de una prueba de memoria asociativa de pares cara-nombre. Se midió la amplitud de pico de N170 (ventana 120-220 ms) y P250 (180-300 ms) y se analizaron mediante ANOVA de medidas repetidas con dos factores intergrupo: Grupo (GC/CIA), Sexo (hombres/mujeres) y dos factores intragrupo: Localización (PO3, POz, PO4, O1, Oz, O2), Condición (recuerdo correcto (RC)/recuerdo incorrecto (RI)). N170 presentó diferencias significativas en las interacciones entre Grupo x Sexo y Grupo x Sexo x Condición ($p < 0.05$). Los contrastes post hoc pusieron de manifiesto una menor amplitud en los varones CIA que en los controles en ambas condiciones (RI y RC), mientras que en las mujeres se apreciaron diferencias entre grupos sólo en la condición RC, con mayor amplitud en el grupo CIA.

Por otra parte, en el GC los varones presentaron mayor amplitud que las mujeres en ambas condiciones, mientras que en el grupo CIA no se apreciaron estas diferencias entre sexos. P250 presentó interacciones significativas Grupo x Sexo y Condición x Sexo ($p < 0.05$). Los contrastes post hoc pusieron de manifiesto, en la condición RI, una mayor amplitud en las mujeres que los varones, mientras que el grupo CIA no hubo diferencias entre sexos ni condiciones. El factor Grupo no mostró efectos principales significativos en ninguno de los dos componentes. Los hombres CIA presentan una amplitud reducida en el componente N170, índice específico de procesamiento perceptivo de caras humanas (Bentin et al., 1996), que podría estar indicando un procesamiento superficial tanto de las caras recordadas como de las no recordadas (Maurage et al. 2012), mientras que en la mujeres CIA se manifiesta una diferencia en función del recuerdo correcto o incorrecto, que no está presente en sus controles ni en los varones. P250 también presenta una amplitud modulada por la interacción entre sexo y grupo, de mayor complejidad que deberá ser corroborada en nuevos estudios.

Referencias

Maurage et al. (2012) *Clin Neurophysiol*, 123:892–901. Bentin et al. (1996). *J Cogn Neurosci*, 8:551–65.

Análisis comparativo de la efectividad de tratamientos opioides a largo plazo

COLOMA-CARMONA, A.; CARBALLO, J.L.; RODRÍGUEZ-MARÍN, J.; VAN-DER HOFSTADT, C.J.; PÉREZ-CARBONELL, A.; GONZÁLEZ-ROZ, A.

Introducción/objetivos

Aunque el uso de opioides de prescripción para el tratamiento del dolor crónico ha aumentado a nivel mundial, la evidencia de su efectividad en su uso a largo plazo (superior a 90 días) es escasa. Tampoco existen estudios de más de un año de seguimiento que comparen los beneficios del tratamiento con opioides frente a otros tratamientos. Por este motivo, el objetivo del presente estudio transversal fue analizar las diferencias en intensidad percibida del dolor, capacidad funcional y otras variables relacionadas con la calidad de vida entre pacientes con dolor crónico en tratamiento no opioide y dos grupos de usuarios de fármacos opioides a largo plazo.

Material y método

Participaron 250 pacientes con dolor crónico no oncológico, atendidos en una Unidad de dolor. Los pacientes fueron divididos en función del tratamiento recibido en el momento de la evaluación: (1) Sin Fármaco Opiode (SFO, n=105), (2) en tratamiento a Largo-plazo con Fármaco Opiode durante mínimo 90 días, pero menos de 12 meses (LFO; n=44) y (3) en tratamiento Continuo con Fármacos Opioides entre 12 y 24 meses (CFO; n=101). Se evaluaron variables sociodemográficas, médicas (número de medicamentos consumidos y especialistas visitados), intensidad e interferencia percibida del dolor y sintomatología ansioso-depresiva. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y de varianza.

Resultados

El grupo LFO presentaba un porcentaje de alivio del dolor significativamente mayor que los pacientes en tratamiento con CFO y SFO ($F=13,401$, $p<,01$). El grupo SFO refirió una intensidad ($F=7,597$, $p<,01$) e interferencia ($F=13,401$, $p<,01$) del dolor significativamente más baja que el resto de grupos, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de consumidores de fármacos opioides en ninguna de las variables relacionadas con dolor y estado de ánimo ($p>,05$). Además, ambos grupos de consumidores de fármacos opioides a largo plazo refirieron un mayor uso de los servicios de salud ($F=4,618$, $p<,05$) y consumo de otros medicamentos ($F=26,157$, $p<,01$) que el grupo sin terapia opioide. El porcentaje de pacientes con síntomas moderados-graves de trastorno por uso de fármacos opioides aumentó conforme lo hacía la duración del tratamiento ($c2=5,938$, $p<,05$).

Conclusiones

Pese a que los fármacos opioides son efectivos en la reducción del dolor, el riesgo de desarrollo de trastorno por uso de opioides aumenta en los tratamientos prolongados, mientras que los beneficios sobre el dolor y la capacidad funcional diaria de los pacientes disminuyen. Son necesarios futuros estudios longitudinales que confirmen estos hallazgos.

Referencias

- Chou, R., Turner, J. A., Devine, E. B., Hansen, R. N., Sullivan, S. D., Blazina, I., ... Deyo, R. A. (2015). The Effectiveness and Risks of Long-Term Opioid Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Annals of Internal Medicine*, 162(4), 276. <https://doi.org/10.7326/M14-2559>
- van Amsterdam, J., & van den Brink, W. (2015). The Misuse of Prescription Opioids: A Threat for Europe? *Current Drug Abuse Reviews*, 8(1), 3-14.

Análisis bibliométrico y de redes de las tesis españolas sobre drogodependencias en la base de datos TESEO (1978-2016)

CASTELLÓ COGOLLOS, L.; BUENO CAÑIGRAL, F. J.; ALEIXANDRE BENAVENT, R.; VALDERRAMA ZURIÁN, J. C.

Introducción

En las últimas décadas se ha producido una explosión en la investigación sobre adicciones, debido a la alerta creada por el aumento del consumo y abuso de las drogas, sumado a informes anuales del Observatorio Europeo de Drogas que revelan que España, desde 2008, se encuentra a la cabeza de la Unión Europea en consumo de cocaína y cannabis. Toda esta explosión en la producción genera estudios bibliométricos que caractericen esta área, sin embargo, estos estudios se han centrado en el análisis de los artículos de revistas y no en el análisis de tesis. El presente trabajo tiene por objeto desvelar la estructura de posiciones del campo de las Adicciones a partir del análisis de las tesis doctorales leídas desde 1976. Para ello, se toma como referencia las tesis defendidas, sus autores, la dirección y la composición de los tribunales de evaluación. Metodología: La fuente consultada para la selección de las tesis fue TESEO. Los registros de las tesis se obtuvieron en dos etapas. En primer lugar, se seleccionaron los descriptores relacionados con drogodependencias de la lista de descriptores UNESCO utilizada por la base de datos TESEO para indizar las tesis “Abuso de drogas”, “Alcoholismo”, “Efecto de las drogas” y “Tratamiento de la drogadicción”. Seguidamente se realizaron las búsquedas de los registros indizados por estos cuatro términos y se depuraron los posibles duplicados.

Resultados

Se han obtenido 656 tesis, siendo el quinquenio más productivo el 2012-2016 con 173 (26,7%) tesis doctorales. La evolución por quinquenios de la realización de tesis sobre adicciones es ascendente, excepto en el quinquenio 2002-2006 que la producción baja significativamente situándose en un 6,2% del total. La universidad que aporta más tesis es la Universitat de València. El académico que más tesis ha dirigido es Alfonso Velasco Martín y Emilio Ambrosio Flores es el investigador que más ha participado en los tribunales. Aunque en porcentajes globales la balanza sigue cayendo en la producción masculina, a partir del quinquenio 2002-2006 la situación cambia y son las mujeres las que más tesis realizan. En relación a la temática general, los aspectos más tratados han sido los relacionados con la Farmacología, la Psicología y las Ciencias Médicas.

Conclusiones

El análisis de las tesis de una disciplina proporciona una visión de su estructura y de las personas más influyentes de la misma. El incremento de la preocupación social por las consecuencias de las adicciones y el aumento de la creación de grupos y unidades de investigación que analicen esta problemática tienen su efecto en el incremento de la producción científica en el campo de las adicciones. Las posiciones más destacadas en este campo las ocupan nombres como Alfonso Velasco, Ana María Bermejo, Frances Jané, Emilio Ambrosio, Miguel Sánchez Turet o Elisardo Becoña Iglesias. En lo relativo al estudio de género, en el ámbito universitario también existe, en esta área, un “techo de cristal” que dificulta que las mujeres progresen en el ámbito laboral, obstruyendo el acceso a los puestos elevados de responsabilidad.

AlargamiENto QT y muerte súbita en pacientes con Metadona

LOPEZ MUÑOZ, F. J.; NOLASCO BONMATÍ, A.

Desde finales de 2015 hasta enero de 2018 hemos tenido 12 decesos en pacientes incluidos en el Programa de Metadona. Al igual que ocurre con otros fármacos, la metadona prolonga el espacio qt, incrementando en algunos casos el riesgo de taquiarritmias. (Torsades de pointes). Este efecto puede ser sumativo a la ingesta de otras sustancias y a la condición y estado clínico del paciente. El óbito suele ocurrir en horario nocturno de forma

súbita, sin una patología de base definida. Algunos de estos casos han tenido autopsia que nos puede precisar si las dosis de los medicamentos ingeridos eran terapéuticas o no. Siguiendo las directrices del Plan de Metadona en el seguimiento de estos pacientes se realiza regularmente un ECG para valorar qt (qt-correctado). Los objetivos del presente estudio son:

1. Determinar la relación entre dosis de metadona y qt de la muestra de pacientes.
2. Determinar la dosis de metadona en el momento del óbito.
3. Determinación de medicación concomitante en ambos casos susceptible de prolongar qt. A muchos de estos pacientes se le ha prescrito o toman por su cuenta benzodiazepinas y /o escitalopram, incrementando el riesgo. Tras la recogida de datos por parte del equipo de UCA y la revisión bibliográfica elaboraremos el cuerpo teórico y la hipótesis de presunción para contrastarla con el estudio estadístico y ofrecer unas conclusiones.

¡Objetivo: adicciones! Perfil actual del paciente en rehabilitación psiquiátrica (URP), consumidor de drogas

BERMÚDEZ NAVAS, E.; TERÁN PRIETO, A.

Introducción

Estudio descriptivo para delimitar el perfil actual de paciente que ingresa para Rehabilitación Psiquiátrica, con un consumo activo de drogas.

Material y método

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron durante 2017 para Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Se trata de una muestra de 5 pacientes en la que estudiamos el sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico, comorbilidad con adicciones en el momento del ingreso o reflejado en su historia clínica previa, etiopatogenia, objetivos de la derivación y si se ha producido consumo de drogas durante su ingreso y de qué sustancias.

Resultados

La muestra comprende 5 hombres con edades que oscilaron de 26 a 44 años. Los diagnósticos psiquiátricos fueron: Esquizofrenia (60%), trastorno de personalidad (40%), trastorno del control de impulsos (20%) y trastorno de Asperger (20%). Todos los pacientes presentaban un trastorno adictivo comórbido (se excluyeron adicción a la nicotina y a la cafeína) en el momento del ingreso y/o reflejado en su historia clínica previa: abuso o dependencia de estimulantes (80%), dependencia de cannabinoides (40%) y abuso de alcohol (20%). En el 60% de los pacientes el consumo de drogas es anterior a la presentación de la comorbilidad psiquiátrica. Los pacientes contaban con entre 2 y 8 objetivos de derivación cada uno. Uno de los pacientes ingresó con un objetivo que hacía referencia a la adicción (20%). Al menos el 60% de los pacientes realizaron consumo de drogas durante su ingreso: alcohol (60%), cannabinoides (40%) y metanfetamina (40%).

Discusión

Los enfermos mentales consumen drogas, complicándose el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Todos los pacientes que han ingresado durante el último año en una Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica han presentado un trastorno adictivo comórbido con su enfermedad mental, sin embargo, solo uno de ellos fue derivado con un objetivo que haga mención a este problema (uno de los 21 objetivos contabilizados en total). El 60% de los pacientes, además, ha consumido drogas durante el ingreso, lo cual pone en tela de juicio la idoneidad de objetivos tales como “alejamiento del entorno”, que podrían responder al estigma en el sector sociosanitario que ve molesto a este tipo de personas, con tendencia a declarar que “han quemado” todos los dispositivos disponibles en su lugar de proceden-

cia. El tratamiento de los trastornos adictivos en personas en rehabilitación empieza con la actitud de los profesionales valorando su relevancia. Para el logro de otros objetivos de derivación, como la “estabilización clínica” entre otros, el éxito del tratamiento va a estar en función de la integración en la atención simultánea de ambas patologías, por lo que dotar de visibilidad esta realidad clínica actual pone de relieve la necesidad de formación y respuesta en adicciones más allá de los centros de atención a drogodependientes.

Referencias

Pascual Mollá, M; Pascual Pastor, F. El estigma de la persona adicta. Adicciones 2017. Vol. 29 Núm. 4. Págs. 223-226. Fernández-Fernández, J.A; Touriño-González, R. Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial. Rehabilitación psicosocial. 2006; 3(1):9-16.

Relación entre el consumo de tabaco y alcohol y el ejercicio físico con el paso por la universidad

PARRA FERNANDEZ, M. L.; SANCHEZ DE LA NIETA ARAGONÉS, P.; VIDA MORA, Y.;
MONTOYA CROUS, I.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M.; BRAVO MENA, E.

La etapa universitaria conlleva una serie de cambios emocionales, fisiológicos y ambientales que van a determinar unas costumbres y hábitos de riesgo que en muchos casos serán mantenidos a lo largo de la vida y repercutirán en su estado de salud. El objetivo del presente estudio es analizar el estilo de vida (consumo de alcohol, tabaco y niveles de actividad física) por esto se requiere de información preliminar que permita identificar los factores asociados a éstos hábitos para la planificación de estrategias de intervención desde el contexto universitario.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal. Se utiliza un cuestionario auto cumplimentado y anónimo, consumo de tabaco, consumo de alcohol (CAGE) y realización de ejercicio físico.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 454 universitarios de la Universidad de Castilla La Mancha, como resultado un 15,4 % de los participantes se hallaban en el umbral de consumo de riesgo y consumo perjudicial de alcohol. Un 38% responde afirmativamente al hábito de fumar, siendo en mujeres el porcentaje más alto con un 22,4%. Respecto al ejercicio físico, la frecuencia de Estudiantes Universitarios que refieren práctica deportiva arroja un porcentaje de, un día a la semana es de 19,38%, dos días a la semana 22,02% ,3 días a la semana 11,23%, más de tres días a la semana 20,04% y nunca hace ejercicio un 25,11%.

Conclusiones

El paso por la universidad no parece tener influencia positiva en los hábitos y estilos de vida de los jóvenes. Es necesario aplicar medidas para potenciar estilos de vida saludables entre los universitarios. Se sugiere la necesidad de concienciar a la población universitaria sobre los beneficios del abandono del consumo de alcohol y tabaco y la práctica regular de ejercicio físico. Además, sería aconsejable desarrollar protocolos de intervención educativa en el ámbito universitario potenciando los hábitos de vida saludables.

Referencias

Gallardo-Escudero A, Muñoz Alférez MJ, María E, Del Pozo P, Aliaga IL. La etapa universitaria no favorece el estilo de vida saludable en las estudiantes granadinas. The University Stage Does Not Favor the Healthy Life Style in Women Students From Granada. Nutr Hosp Nutr Hosp. 2015;3131(2). doi:10.3305/nh.2015.31.2.8303.

Reducción del consumo de tabaco y demanda de cigarrillos en fumadores con sintomatología depresiva

WEIDBERG, S.; GONZÁLEZ DE LA ROZ, A.; GARCÍA PÉREZ, Á.; SECADES VILLA, R.

Introducción

A pesar de que estudios previos que la Tarea de Compra de Cigarros (Cigarette Purchase Task, CPT) es un instrumento válido para medir el refuerzo relativo del tabaco, la investigación sobre cómo los cambios ambientales afectan a la actuación en el CPT es escasa. El objetivo de este estudio fue evaluar por primera vez si las reducciones del consumo de tabaco establecidas dentro de una intervención psicológica para dejar de fumar influyen en la demanda intra-tratamiento de tabaco.

Método

92 participantes (72.8 % mujeres) que buscaban tratamiento para dejar de fumar y que presentaban sintomatología depresiva. Los participantes fueron aleatorizados a una de las dos siguientes intervenciones de cesación tabáquica: tratamiento cognitivo conductual para dejar (TCC) y activación conductual (AC) o dicho tratamiento más un componente de manejo de contingencias (MC). Los participantes completaron el CPT 8 veces; la primera durante la evaluación del pre-tratamiento y las siete restantes una vez por semana durante el tratamiento. Se recogieron muestras de cotinina en cada uno de estos momentos.

Resultados

Los niveles de cotinina se relacionaron positivamente con la demanda de cigarrillos ($p < 0.001$), aunque esta asociación fue menos prominente a lo largo de las sesiones. Las reducciones intra-tratamiento de la cotinina se asociaron con los decrementos en la demanda de cigarrillos ($p < 0.001$), aunque esta relación no alcanzó significatividad para el índice de elasticidad. Los participantes que recibieron TCC+AC+MC mostraron una mayor reducción de la demanda de cigarrillos que los participantes que recibieron TCC+AC, aunque esta comparación sólo alcanzó significatividad para el índice de intensidad ($p = 0.004$).

Conclusiones

Este estudio sugiere que la demanda de cigarrillos es principalmente una variable estado y que el decremento del consumo de tabaco establecido durante una intervención para dejar de fumar reduce la demanda intra-tratamiento de cigarrillos. Por ello, el desvanecimiento gradual del consumo de nicotina ha de ser considerado una estrategia eficaz por parte de los profesionales de la salud encargados de diseñar e implementar intervenciones eficaces para la cesación tabáquica.

Referencias

Smith, T. T., Cassidy, R. N., Tidey, J. W., Luo, X., Le, C. T., Hatsukami, D. K., & Donny, E. C. (2017). Impact of smoking reduced nicotine content cigarettes on sensitivity to cigarette price: further results from a multi-site clinical trial. *Addiction*, 112, 349-359. doi: 10.1111/add.13636

Primeros pasos de un programa de detección precoz de EPOC en la Ciudad de Ceuta

RKAINA LIESFI, C.; MERINAS LÓPEZ, C.M.; GUERRERO RODRIGUEZ, A.; CASANOVA MESA, M.A.; MANCILLA ROJO, M.A.; RODRIGUEZ ALCALDE, R.; BLANCO RODRIGUEZ, C.; DOMINGUEZ PEREZ, L.; MARCHANTE MELERO, F.; MARQUEZ ZAPATER, M. E.; JIMENEZ ESCOBAR, P.

Introducción y justificación

Es sabido que en nuestro país la enfermedad de EPOC está infradiagnosticada, habiendo solo un 22% de enfermos diagnosticados. La espirometría es la herramienta imprescindible para abordar el problema del infradiagnóstico de las enfermedades respiratorias, especialmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Por ello nos planteamos la puesta en marcha de un protocolo de detección precoz de EPOC en nuestro medio, teniendo como principal objetivo la instauración de la prueba en los diferentes niveles de salud a los que se acercan fumadores que podrían haber desarrollado la enfermedad.

Material y métodos

En la Unidad de Conductas Adictivas de Ceuta (UCA) y la Unidad Especializada de Tabaquismo (UET) así como en el Centro I de Atención Primaria, se procede a la realización de espirometría de toda persona mayor de 35 años que acudiera a cualquiera de estos centros por cualquier motivo de salud y se constata tabaquismo actual o previo con carga tabáquica superior a 10 Paquetes/año. Todas las espirometrías alteradas son derivadas al Servicio de Neumología, se les repiten las pruebas y son valorados por un Neumólogo. El proyecto fue puesto en marcha en octubre de 2016. Se han recogido los resultados del primer año de la puesta en marcha de este protocolo y se ha realizado un análisis estadístico. Resultados Entre la Unidad de Conductas Adictivas de Ceuta (UCA) y la Unidad Especializada de Tabaquismo (UET) se han realizado desde la instauración del protocolo un total de 207 espirometrías, de las cuales estaban alteradas 79. La edad media de los sujetos en la UCA es de 43.4 años. Un 86.6% de los casos fueron hombres y el 13.3% mujeres. Mantenían tabaquismo un 86.7%, siendo la media del consumo de cigarrillos al día de 16.1 cigarrillos. En la UET, la edad media fue de 49 años, un 42.85% mujeres y un 57.15 hombres. En este caso mantenían tabaquismo en el momento de la prueba todos los sujetos y la media de consumo de cigarrillos al día fue de 22.4 cigarrillos al día. En el centro de salud I se han realizado un total de 50 espirometrías, de las cuales 17 estaban alteradas. Todos ellos fueron derivados a Atención especializada y valorados por el Neumólogo, con diagnósticos de 8 nuevos casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica. Algunos de ellos ya estaban diagnosticados y seguidos previamente en consulta externa de Neumología, por lo que no se han incluido en el protocolo.

Conclusiones

- I. La espirometría, prueba clave para el diagnóstico de EPOC se ha comenzado a realizar de forma habitual en los centros de UCA, UET y atención primaria.
 - II. La mayoría de las espirometrías se han realizado en hombres, con una edad media de 45 años.
 - III. La realización de la espirometría así como la coordinación entre los centros periféricos y el Servicio de Neumología del Hospital nos ha permitido un diagnóstico precoz de la EPOC, así como una mayor motivación en los pacientes para abandonar el hábito tabáquico.
-

Prescripción de opioides de síntesis en una consulta de Atención Primaria

SANCHEZ DE LA NIETA ARAGONÉS, P.; VIDA MORA, Y.; PARRA FERNANDEZ, M.L.;
MONTROYA CROUS, I.; SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M.; BRAVO MENA, E.

Objetivo

Revisar la prescripción de opioides de síntesis en una consulta de Atención Primaria, del ámbito rural, durante una semana.

Material y método

Estudio descriptivo, transversal. Se elige al azar una semana, del 20 al 26 de noviembre de 2017, revisando las historias de los pacientes que acuden a consulta de su Médico de Familia en esa semana y vemos cuántos de ellos tienen prescritos opioides de síntesis. Resultados. La muestra está compuesta por 164 pacientes, 81 hombres y 83 mujeres. Un 16.46% tienen prescritos opioides de síntesis. El 70.37 % son mujeres. En cuanto a la edad el 77.77 % son mayores de 70 años. La patología por la que se prescriben estos fármacos en un 89.47% son enfermedades osteomusculares y un 10,52 % procesos oncológicos. El opioide que más se usa es tramadol.

Conclusiones

Se evidencia un elevado porcentaje de prescripción de opioides de síntesis (16,46%) en la muestra estudiada. Objetivando una diferencia muy importante cuanto a la distribución por sexos, la prescripción de opioides de síntesis es más frecuente en la mujer, además se prescriben opioides en dolor osteomuscular, más que en dolor Oncológico aún no habiendo evidencia clara de la efectividad de estos tratamientos en la patología osteomuscular

Referencias

Coloma-Carmona A, Carballo JL, Rodríguez-Marín J, Pérez-Carbonell A. Uso y dependencia de fármacos opioides en población española con dolor crónico: prevalencia y diferencias de género. Rev Clínica Española [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2018 Jan 18];217(6):315-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256517301066?via%3Dihub>

López D, Babarro A, espanola PS-R clinica, 2008 undefined. Evolución del consumo de opiáceos en dos áreas sanitarias de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (España) y sus hospitales de referencia entre los años. Elsevier [Internet]. [cited 2018 Jan 18]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256508760302>

PlasmaT. Optimizando la calidad de la espera con medios audiovisuales

CRESPO PORTERO, A.; DE HARO GARCIA, I.; LÓPEZ PELAYO, I.; SOLER CATALÁN, A.; CAMPOY FELIPE, J. C.

Esta comunicación pretende informar del proceso de desarrollo y brindar la primera evaluación de nuestro "Proyecto Plasma" del CAD de Lorca. ¿Y si todo fuese igual pero hubiese un plasma? Las salas de espera y el tiempo que en ellas se pasa pueden ser causa de malestar para profesionales y pacientes y contaminar una asistencia posterior. Por otro lado los contenidos y experiencias audiovisuales facilitan la comprensión y el análisis de la información. Si no podemos lograr reducir el tiempo de espera, si podemos intentar que este sea al menos más productivo, aportarle valor añadido, desde la idea de la importancia capital de la prevención y promoción de la salud para influir en los hábitos y estilos de vida (con más motivo ante un horizonte donde la cronicidad los autocuidados se convertirán en piezas capitales del sistema). Además supone un medio para complementar la

actividad estrictamente asistencial con una función preventiva de carácter instructivo y suplementario sin mayor requerimiento en consumo de tiempo y energía por parte de los profesionales. Como instrumento de medida se elaboró una sencilla encuesta sin especial exigencia metodológica aunque suficientemente rigurosa y funcional para al menos cumplir con las expectativas establecidas, con un muestreo de un número no inferior a 50 pacientes de forma que proporcionara su información conforme a unos indicadores previamente determinados (comodidad, intimidad, tiempo de espera, decoración, utilidad, y valoración global). Recogida la información inicial, comenzamos el proyecto. Nos servimos de una televisión de plasma de 43 pulgadas donde hasta el momento se emiten cinco composiciones, realizados por nosotros, a partir de material considerado de interés por el equipo y obtenido de Internet o bien elaborado por nosotros. Este material incluye temas tan variados como cocina sana, hábitos de conducta, conservacionismo y medio ambiente, consecuencias del consumo de drogas, música clásica, aficiones y hobbies, vídeos promocionales de las comunidades terapéuticas de la provincia así como información sobre sus programas e instalaciones, información de interés y trámites administrativos, hábitos saludables, consejos sobre diabetes, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, hidratación, higiene del sueño, colesterol, ansiedad, prevención de enfermedades infectocontagiosas... todo el material utilizado ha sido autorizado por los propietarios intelectuales para evitar cualquier conflicto por derechos de autor. Al margen de la evaluación pendiente tras ya dos meses de emisión de contenidos, y que podremos ofrecer en las Jornadas , si destacamos el notable efecto en los usuarios. Así hemos percibido como se mitigan las problemáticas habituales de los tiempos de espera, la solicitud de información adicional a la que hemos ofrecido por parte de usuarios y familiares, el desarrollo de inquietudes de investigación por parte de los usuarios en aspectos concretos... Pero este proyecto ha servido para algo más, a lo largo de su desarrollo ha fortalecido y estrechado las relaciones entre los miembros del equipo, sirviendo de revulsivo para continuar mejorando la atención que ofrecemos.

Musicoterapia en adicciones a drogas. Aportaciones en un recurso de reducción de daños desde el “Modelo Casa Baubo.A&S. Musicoterapia científica aplicada”

GINER TORRES, M.

Introducción

Puede que esta constituya una primera experiencia del uso de la musicoterapia en un recurso de reducción de daños. Normalmente las intervenciones desde la musicoterapia en adicciones se realizan en entornos residenciales, programas de prevención de recaídas y/o como una parte del tratamiento global que reciben las-os pacientes que desean superar su adicción, lo que le aporta interés a una intervención con consumidores en activo sin intención aparente de dejar de consumir. Este proyecto fue desarrollado en CIBE, Centro de Intervención de Baja Exigencia de Valencia (FSyC), un recurso de reducción de daños y en el marco de las prácticas extracurriculares del Máster en adicciones (DITPA) de la Universidad de Valencia.

Material y método

La intervención se realizó entre mayo y julio de 2017, y se implementó mediante una intervención grupal abierta (n = 12). Los usuarios asistieron a sesiones semanales de 2 horas, sin recibir ninguna compensación por ello. Durante 12 sesiones, trabajaron/abordaron momentos y aspectos concretos de sus vidas desde la musicoterapia, utilizando principalmente canciones, análisis de letras, la improvisación y técnicas receptivas. El “Modelo Casa Baubo.A&S. Musicoterapia Científica Aplicada” es un modelo holístico de Musicoterapia, cuyo marco teórico constituye el núcleo de la intervención. Creado por la Investigadora y Supervisora Europea en Musicoterapia, Montse Merino, implementa tratamientos neuropsicofisiológicos que involucraron a los usuarios en un proceso continuo en el que experiencias de su vida relevantes se vincularon a la música, posibilitando procesos analíticos y reflexivos vinculados a ellos y en ocasiones procesos relacionados con la activación de su motivación interna al cambio. La fase final del programa terminó en una fase de grabación.

Resultados

Cuatro usuarios completaron el programa (n = 4, 33%), registrando tanto composiciones propias como otras, obteniendo un producto final, material y tangible de su proceso terapéutico, como acto simbólico de autoaceptación y restauración de su identidad. Se consideró un resultado significativo teniendo en cuenta la dificultad de los usuarios en mantener la asistencia y motivación para propuestas que impliquen una participación continuada de más de 4-6 semanas.

Conclusiones

Se obtuvieron informes positivos de los usuarios, que muestran un aumento en la asistencia, el compromiso y la motivación con respecto a la intervención a su asistencia y adherencia al recurso. Asimismo se visibilizó en las/os usuarios una demanda de recibir una intervención musical de tipo formativo con posibles aportaciones en su vida diaria. Se considera que la musicoterapia podría considerarse un recurso útil y de interés en este tipo de recursos. De hecho, una descripción de esta intervención ha sido aceptada en el Congreso de Musicoterapia de Reino Unido que se celebrará en Londres los días 16-17-18 de febrero de 2018.

Cómo funciona nalmefene en el mundo real y quién lo recibe? Un estudio observacional fase-IV en pacientes con dependencia al alcohol que inician nalmefene por primera vez.

BARRIO, P.; ORTEGA, L.; GUARDIA, J.; RONCERO, C.; YUGUERO, L.; GUAL, A.

Introducción

Los trastornos por uso de alcohol son un problema de salud pública de primer orden. Las estrategias de reducción de daños son actualmente reconocidas como válidas y en algunos casos son el objetivo primordial del tratamiento. En este sentido, nalmefene ha sido recientemente aprobado para la reducción de consumos tras la realización de los ensayos de fase-III. Sin embargo más datos provenientes de la práctica clínica habitual son necesarios para aumentar la validez externa de los ensayos previos. El objetivo de este estudio fue llevar a cabo un estudio de fase-IV en pacientes que inician tratamiento con nalmefene por primera vez. También se llevó a cabo una comparación de variables basales con los ensayos de fase-III. El estudio cuenta con cuatro puntos de evaluación (basal, 1, 6 y 12 meses), describiéndose aquí los resultados basales y al mes.

Métodos

Se trató de un estudio observacional, multicéntrico, de un solo brazo, de fase-IV, llevado a cabo en pacientes con dependencia al alcohol quienes iniciaron tratamiento con nalmefene por primera vez. Se analizaron los consumos mediante autoinformes (método calendario para los 28 días previos), así como la satisfacción con la medicación tanto en profesionales como en pacientes. Se llevó a cabo un análisis de efectividad mediante un modelo lineal mixto (reducción de consumos en gramos por día y reducción de días de consumo en atracones). Las comparaciones con los ensayos de fase-III se realizaron mediante tests univariados. Con el fin de encontrar variables asociadas a una buena respuesta a nalmefene (reducción del 70% o más de consumo o reducción de la categoría de riesgo según la OMS) se llevó a cabo una regresión logística.

Resultados

Se incluyeron 110 pacientes, con un total de 88 proporcionando datos para el primer mes de tratamiento. De media, los pacientes tomaron nalmefene un 68% de los días. El número de días de consumo excesivo se redujo de

13.5 a 6.8 días/mes, y el consumo total de alcohol pasó de 169 unidades el mes previo al inicio del tratamiento a 79 unidades el primer mes. Para ambos resultados, la única variable predictora significativa fue el tiempo. 37 pacientes cumplieron criterios de respuesta a la medicación, sin encontrarse ninguna variable predictora significativa en la regresión logística. La satisfacción fue alta en ambos colectivos. La comparación con los ensayos de fase-III reveló importantes diferencias en diversas variables. En general la tolerancia al fármaco fue buena.

Conclusiones

Los datos de este estudio sugieren que nalmefene es un tratamiento efectivo y bien tolerado para la dependencia al alcohol en la práctica clínica habitual. Este estudio también sugiere que hay diferencias importantes en tre los estudios de fase-III y los de fase-IV, enfatizando la necesidad de llevar a cabo estudios de fase-IV para aumentar la validez externa y complementar los resultados de los ensayos de fase-III.

Adolescentes, TDAH y consumo de drogas. Nuevas evidencias y recomendaciones

ISORNA FOLGAR, M.; LIÑARES MARIÑAS, D.; CALVO BARROS, R.; GÓMEZ SALGADO, P.; ALONSO LÓPEZ, J.; GOLPE FERREIRO, S.

Según los expertos el consumo intensivo de alcohol (en forma de atracón), el descenso de las edades de inicio, el repunte del consumo de cannabis, o las elevadas tasas de consumo encontradas entre las mujeres, son algunos de los elementos que mayor preocupación social están suscitando. Paralelamente, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) constituye uno de los campos de investigación aplicada más prolíficos y polémicos en el ámbito infanto-juvenil. Diferentes trabajos no han dudado en vincular ambas cuestiones, advirtiendo de un mayor consumo de sustancias en los adolescentes diagnosticados con este trastorno. Sin embargo, en nuestro país son todavía escasos los estudios que hayan analizado empíricamente los hábitos de consumo, profundizando en los posibles consumos de riesgo, utilizando los instrumentos oportunos. Ese ha sido precisamente el objetivo de este trabajo, analizar los niveles y patrones de consumo de sustancias de los adolescentes con TDAH, echando mano de herramientas contrastadas como el AUDIT, el CRAFFT, el POSIT o el CAST, y compararlos con una muestra del mismo perfil sociodemográfico, extraída de la misma población e incluso de los mismos centros educativos.

Material y método

La muestra estuvo compuesta por 3339 adolescentes de entre 12 y 18 años (M=14,60; D.T=1,789) pertenecientes a 12 centros escolares de Santiago de Compostela y área metropolitana, tanto de ESO como de Bachillerato. Para la recogida de datos, se utilizó un cuestionario ad hoc que incluía diferentes instrumentos de screening, así como ítems extraídos del ESTUDES y el ESPAD. Resultados Los adolescentes diagnosticados con TDAH presentan tasas significativamente mayores de consumo de alcohol (58,1% vs. 48,4%), tabaco (38,7% vs. 25,4%) y cannabis (22,1% vs. 15,3%), obteniéndose también diferencias significativas en los “consumos de riesgo”, con porcentajes de positivos mayores en todos los instrumentos, en especial en el CAST (cannabis) y, de manera alarmante, entre las chicas.

Discusión/conclusiones

Los resultados encontrados confirman un mayor consumo de drogas en los adolescentes diagnosticados con TDAH, tal y como advierte la literatura internacional. Se ha podido constatar también un mayor consumo de riesgo de alcohol, cannabis y de drogas en general. Dichos resultados constituyen una nueva evidencia empírica de la problemática que caracteriza al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y refuerza la necesidad de un abordaje particular con estos adolescentes, en la medida en que constituye un grupo de riesgo específico. Se pone de manifiesto también la demanda de acciones concretas con relación al cannabis y se redonda en la necesidad de un enfoque de género en las políticas de prevención.

Referencias

Plan Nacional sobre Drogas. (2016). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 2015-2016. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 11-19.

Trastorno Esquizofreniforme con consumo de alcohol y cannabis.

A propósito de un caso

DE ALARCÓN GÓMEZ, R.; AGUILAR SÁNCHEZ, M. L.; CASADO ESPADA, N.;

DE LA IGLESIA LARRAD, J.; SÁNCHEZ PERNAS, L.; AL CHAAL MARCOS, L.;

GONZÁLEZ SORIA, C.; VALRIBERAS HERRERO, I.; DE LA MATA HIDALGO,

R.; LOZANO LÓPEZ, M. T.; GAMONAL LIMCAOCO, R. S.

Introducción

Es conocida la relación entre el consumo sustancias y la aparición de trastornos psicóticos, y que el abandono de su consumo mejora mucho el pronóstico funcional. Sin embargo, la presencia de otros hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol y cocaína, dificultan el abordaje inicial; el adecuado seguimiento no se realiza hasta que ha habido una considerable afección psicótica, que corre el riesgo de empeorar hasta que no se traten los trastornos adictivos.

Objetivo y métodos

Presentamos a un varón de 21 años, que ingresa en 2012 en UHB de Psiquiatría HUSAL por aparición de sintomatología psicótica unos meses tras la muerte de su padre, en forma de pseudoalucinaciones auditivas, e ideación delirante de perjuicio. Los antecedentes sugieren que la presencia de la enfermedad se ha visto precipitada por el comienzo a los 16 años de abuso de sustancias, predominando: alcohol, cannabis y cocaína.

Resultados

Al alta, inicia seguimiento por ESM. Sin embargo, pese a mantener adherencia la abstinencia y el consumo no es estable, propiciando recaídas que logran controlarse ambulatoriamente. En 2016 inicia seguimiento en la Unidad de Trastorno Alcohólico, alcanzándose con relativo éxito periodos de abstinencia de semanas y meses que ayudan a controlar la sintomatología psicótica, pese a persistir cierta clínica residual.

Conclusiones

En pacientes jóvenes con primeros episodios psicóticos, la presencia de trastornos adictivos enturbia y dificulta la aproximación diagnóstica y terapéutica, tanto desde el ámbito social, familiar y sanitario, ensombreciendo las posibilidades funcionales a medida que una patología empeora la otra.

Psicosis tóxica por metanfetaminas en contexto de chemsex: a propósito de dos casos

SAGUÉ VILAVELLA, M.; OLIVERAS SALVÀ, C.; PONS CABRERA, M. T.;
MADERO GÓMEZ, S.; FREIXA FONTANALS, N.

Justificación

Se denomina “chemsex” al consumo voluntario de drogas recreativas para mantener relaciones sexuales, generalmente durante largos periodos de tiempo y con múltiples parejas, en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres. Las sustancias de abuso más asociadas a este fenómeno, de creciente relevancia en el ámbito de la salud pública, son mefedrona, GHB/GBL y metanfetaminas. Estas últimas son psicoestimulantes con elevado potencial adictivo que a menudo ocasionan aparición de productividad psicótica. La experiencia clínica indica que la psicosis tóxica producida por metanfetaminas con frecuencia presenta un curso más tórpido y peor manejo farmacológico comparado con otras psicosis asociadas a sustancias. Actualmente, no existe consenso sobre su tratamiento. En este trabajo, exponemos una estrategia farmacológica y abogamos por promover mayor debate e investigación en esta dirección.

Resumen

Presentamos dos casos de psicosis tóxica por metanfetaminas en contexto de chemsex. Se trata de dos varones de 39 y 44 años que presentaron ideación delirante de perjuicio y fenómenos alucinatorios con elevada implicación afectivoconductual tras consumo prolongado de metanfetaminas orales e intravenosas respectivamente. Ambos fueron tratados con asenapina hasta 20 mg/día y aripiprazol inyectable depot mensual 400 mg, con remisión sintomatológica progresiva. Al alta de nuestra Unidad, requirieron continuación terapéutica tanto farmacológica como psicoterapéutica, con vinculación a Hospital de Día de Conductas Adictivas y traslado a centro de subagudos respectivamente.

Referencias

McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015;351:5790
Bramness JG, Rognli EB. Psychosis induced by amphetamines. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29 (4):236-241

Encefalopatía de Wernicke, a propósito de un caso

CASADO ESPADA, N.; DE LA IGLESIA LARRAD, J.; DE ALARCÓN GÓMEZ, R.; DE LA MATA HIDALGO, R.; LOZANO LÓPEZ, M.; AD CHAAL MARCOS, L.; PÉREZ LAUREANO, A.;
AGUILAR, L.; VALRIVERAS HERRERO, I.; GAMONAL LIMCAOCO, S.; MADRUGA, A.

La Encefalopatía de Wernicke forma parte de las complicaciones neurológicas del consumo crónico de alcohol, de naturaleza generalmente aguda y potencialmente reversible con la reposición de vitamina B1, a diferencia de la demencia de Korsakoff, con la que comparte la misma etiología y que constituye la fase crónica e irreversible de este trastorno. La deficiencia de tiamina debe sospecharse ante cualquier paciente desnutrido, si bien en los alcohólicos crónicos es muy frecuente. Mujer de 48 años, sin antecedentes médicos de interés, traída al Servicio de Urgencias por el 112 tras ser encontrada inconsciente en un descampado. A su llegada, la paciente tiene bajo nivel de conciencia y está desorientada, aspecto descuidado, signos de deshidratación y lesiones superficiales en extremidades. En las pruebas analíticas existen alteraciones de la función renal y hepática, en el TAC cerebral no hay hallazgos de patología aguda. Durante su estancia en el SU la paciente convulsiona, por lo que se implanta tratamiento con

buena tolerancia y respuesta, permaneciendo con bajo nivel de consciencia. Se decide su ingreso para estudio en el Servicio de Neurología, donde se realiza interconsulta a Psiquiatría para evaluar alteraciones conductuales de la paciente, durante la entrevista la paciente refiere consumo de alcohol diario por lo que se sospecha posible deficiencia de tiamina, se implanta tratamiento de abstinencia a alcohol y se sigue a la paciente durante el ingreso, con una mejoría clínica notable tras la implantación de la tiamina parenteral. Al alta se deriva a Unidad de Trastorno por consumo de Alcohol.

Trastorno psicótico primario versus inducido por sustancias. A propósito de un caso

CALDENTEY DURAN, C.; MORENO MAS, A.; SANTOS LÓPEZ, J. M.; GUILLÉN FONT, A.; ÁLVAREZ ALONSO, M. J.; ESCOTÉ LLOBET, S.

Justificación

Para determinar el tratamiento y el pronóstico es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial entre el trastorno psicótico primario e inducido. RESUMEN: Paciente de 31 años derivado por sintomatología psicótica.

Antecedentes personales

- Alergias: no conocidas.
- Medicoquirúrgicos: niega.
- Psiquiátricos: trastorno por consumo de cannabis y cocaína por los que realizó seguimiento irregular.
- Historia toxicológica:
 - Nicotina: 1 cigarrillo/día.
 - Alcohol: consumo ocasional de 2-3 UBEs cada 3 días.
 - Clorhidrato de cocaína: inicialmente consumo esporádico vía IN. De los 18 a los 22 regularmente (hasta 2g). Abstinente el último año.
 - Pasta base de cocaína (basuco): consumo regular de los 24 a los 27 años (7 cig/día). Abstinente.
 - Cannabis: 1 porro/día actualmente.
 - Heroína: esporádicamente a los 26 años (vía fumada). Abstinente.
 - MDMA, speed, shabú, cacao sabanero: ocasionalmente.

Enfermedad actual

Desde hace 5 años presenta ideas delirantes de autorreferencialidad y perjuicio en relación a personas del pueblo que lo critican por mirar excesivamente a mujeres y niños, de las cuales no realiza crítica.

Exploración psicopatológica

Vigil, consciente y orientado en las 3 esferas. Contacto sintónico. No alteraciones psicomotrices. Discurso coherente, fluido. Ideas delirantes de autoreferencialidad y perjuicio sin movilización conductual. No alteraciones sensorio-perceptivas. Ánimo hipotímico. Ansiedad psíquica. Funcionalidad habitual preservada. Insomnio de conciliación. Normorexia. Escaso insight.

Conclusión

La ausencia de alteraciones formales del pensamiento y de síntomas negativos, la poca presencia de sintomatología positiva y la tipología del delirio van a favor del diagnóstico de trastorno psicótico inducido.

Referencias

Vergara-Moragues, E., Mestre-Pintó, J., Gómez, P., Rodríguez-Fonseca, F., Torrens, M., & González-Saiz, F. (2016). Can symptoms help in differential diagnosis between substance-induced vs independent psychosis in adults with a lifetime diagnosis of cocaine use disorder? *Psychiatry Research*, 242, 94-100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.043>.

Wilson, L., Szigeti, A., Kearney, A., & Clarke, M. (2017). Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: A systematic review. *Schizophrenia Research*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.001>.

Psicosis en consumo crónico de cannabis sintético: a propósito de un caso

PONS CABRERA, M.T.; OLIVERAS SALVÀ, C.; PÉREZ DE VARGAS, S.; SAGUÉ VILAVELLA, M.; MADERO GÓMEZ, S.; FREIXA FONTANALS, N.

Justificación

El uso de cannabinoides sintéticos (CS) está en crecimiento. Cada vez se sintetizan más moléculas que, a diferencia del Δ^9 -tetrahidrocannabinol, principal componente psicoactivo de los derivados de la *Cannabis sativa*, son agonistas puros, con gran afinidad por los receptores cannabinoides. Los preparados comercializados pueden contener numerosos aditivos y es difícil cuantificar la cantidad de cannabinoides sintéticos que contienen. Son a menudo contemplados como alternativas legales a la marihuana (se escapan a la regulación y no son detectados en los exámenes rutinarios) y cada vez son más las visitas a urgencias relacionadas con la intoxicación por estas sustancias. Resumen: En la literatura encontramos casos de intoxicación aguda, pero poco conocemos del consumo crónico. Presentamos el caso de una paciente rumana de 30 años. La mayor facilidad de acceso al CS respecto a los derivados de la *Cannabis sativa* en su país facilitó un consumo crónico de CS de 8 años de duración, con 4 ingresos previos por episodios psicóticos, con recuperación ad integrum interepisódica. En esta ocasión, ingresa por productividad psicótica con ideación delirante megalomaniaca en contexto de consumo de cannabis. Se trató con asenapina y carbonato de litio y por una evolución inicialmente tórpida, requirió ingreso en Unidad de Subagudos, quedando finalmente asintomática. Desde que reside en España consume principalmente derivados de la *Cannabis sativa* por la facilidad de acceso en clubes cannábicos. La disponibilidad condiciona el patrón de consumo de sustancias diferente entre países.

Referencias

Ford, B. M., Tai, S., Fantegrossi, W. E. & Prather, P. L. Synthetic Pot: Not Your Grandfather's Marijuana. *Trends Pharmacol. Sci.* 38, 257–276 (2017).

Murray, R. M., Quigley, H., Quattrone, D., Englund, A. & Di Forti, M. Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis. *World Psychiatry* 15, 195–204 (2016).

Paliperidona mensual en pacientes con Esquizofrenia y Trastorno por consumo de alcohol

LÓPEZ ARTEAGA, T.

Justificación

El trastorno por consumo de alcohol es frecuente en pacientes con esquizofrenia y empeora drásticamente su curso. El antipsicótico atípico clozapina se ha asociado con un consumo reducido de alcohol en estos pacientes,

pero su toxicidad reduce su uso. Si hay estudios sobre cocaína y antipsicóticos atípicos, pero no son significativos. Respecto al alcohol, apenas existen estudios, por lo que nos parece interesante mostrar esta serie de casos observados en nuestra área.

Resumen

Mostramos dos pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol, que tras la administración de palmitato de paliperidona mensual han conseguido reducir el daño por consumo de alcohol e incluso mantener abstinencia. Paciente mujer de 48 años en tratamiento con clozapina y flufenazina decanoato, que tras la sustitución de flufenazina por palmitato de paliperidona mensual ha conseguido mantener abstinencia completa a tóxicos. Paciente varón de 59 años, que tras la introducción de palmitato de paliperidona mensual, mantiene consumo de alcohol, pero ha reducido cantidad ingerida a la semana, no alcanza intoxicación, niega dipsomanía ni craving. Perfil hepático dentro de la normalidad. Ambos pacientes refirieron mejora en la funcionalidad y mejor conciencia de enfermedad.

Bibliografía

Koola MM, Wehring HJ, Deanna L. Kelly DL. The Potential Role of Long-acting Injectable Antipsychotics in People with Schizophrenia and Comorbid Substance Use. *Dual Diagn.* 2012; 8(1): 50–61.

Chau D, Green A, Khokhar J, Gulick D, Dawson R. Desipramine enhances the ability of paliperidone to decrease alcohol drinking. *J Psychiatr Res.* 2015 October; 69: 9–18.

Encefalopatía menor alcohólica: a propósito de un caso

GORRIA URTASUN, A.; GARCÍA MARTÍNEZ, R.; GÓMEZ EGUÍLAZ, C.

Justificación

El consumo continuado de alcohol produce alteraciones metabólicas que pueden propiciar la aparición de cuadros encefalopáticos que pueden dar lugar a deterioro cognitivo. Estos cuadros, los podemos dividir en agudos, subagudos y crónicos. A continuación presentamos un caso de alteración subaguda, posible encefalopatía menor alcohólica.

Resumen

Se trata de un paciente de 60 años de edad, que ingresó en nuestro hospital para desintoxicación alcohólica derivado por su psiquiatra de referencia. Diagnosticado de T. de dependencia de alcohol. Comenzó el consumo en la juventud y había requerido tres ingresos previos. Además, había seguido programa terapéutico en Proyecto Hombre y tratado con Antabús inyectable y Colme, con adherencia irregular y manteniendo el consumo con ambos. No acudía a seguimiento en USM desde hacía un año ni tomaba tratamiento. En los últimos meses, consumo de entre 2 y 3 litros de vino al día. Fue derivado por su psiquiatra referente, por aumento de consumo de alcohol, estados de intoxicación casi continuos, marcada clinofilia, irritabilidad, respuestas desmesuradas ante las frustraciones, abandono del autocuidado y de las obligaciones diarias. En nuestra unidad y tras la exploración psicopatológica y las conductas descritas por familiares, sospechamos de posible afectación neurocognitiva, por lo que procedimos a realizar exploraciones neuropsicológicas para su confirmación.

Referencias

Espárrago-Llorca G., Carrión-Expósito L., Romero-Mohedano C. *Revista Adicción y Ciencia.* 2011. ISSN: 2172-6450 Vol. 1, 3.

Flórez G., Saíz J., Cuello L. *Alcohol en Manual de adicciones para médicos especialistas en formación.* 2ª Ed. ISBN-13: 978-84-614-0266-3

El abuso sexual infantil y su relación con el desarrollo de una adicción: a propósito de un caso

FRANCO JAÉN, S.; DÍAZ LÓPEZ, A. M.; DEL RÍO OLVERA, F. J.

Una de las asociaciones que con frecuencia se observa en el ámbito de las adicciones, es haber sufrido abusos sexuales en la infancia y desarrollar una adicción en la edad adulta (Pérez & Mestre, 2013). Esto no quiere decir que todas las personas que hayan sufrido abusos sexuales terminen desarrollando una adicción en su adultez o viceversa. El objetivo de este trabajo es analizar dicha relación. Se presenta el caso de un paciente varón, de 42 años, que acude a tratamiento por abuso y dependencia a la cocaína, al alcohol y al juego, llegando a tener un consumo diario de cocaína y de alcohol. El paciente está casado con una mujer y tiene una hija de 2 años. Uno de los hechos relevantes en su vida fue el abuso sexual sufrido desde los 7 hasta los 10 años de edad por parte de su tío materno. Según el Cuestionario CEPER-III (Caballo et al., 2011), el paciente presenta rasgos depresivos, límites y evitativo. Para su recuperación se establece una terapia cognitivo-conductual donde la expresión emocional y el desarrollo de estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas tienen un papel predominante.

Referencias

Pérez, F. & Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34, 144-149.

Caballo, V.E., Guillén, J.L., Salazar, I.C. & Irurtia, M.J. (2011). Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del "Cuestionario Exploratorio de Personalidad-III" (CEPER-III). *Behavioral Psychology*, 19, 277-302.

Desintoxicación de metilfenidato en adulto con psicosis por psicoestimulantes

LÓPEZ ARTEAGA, T.

Justificación

Se han descrito episodios psicóticos en niños y adolescentes con TDAH tratados con metilfenidato, sin embargo, no es frecuente encontrar adultos con esta clínica, ya sea por su no indicación en TDAH del adulto o por las dosis empleadas cuando se requiere. Sin embargo, la psicosis por psicoestimulantes prescritos puede darse en adultos y su manejo puede ser más complejo que en menores de edad, al implicar voluntariedad.

Resumen

Varón de 50 años con diagnóstico de trastorno por consumo de opioides en PMM, TDAH del adulto y trastorno por consumo de psicoestimulantes, que presenta psicosis inducida por sustancias. Al paciente se le estaban dispensando recetas de metilfenidato de forma controlada desde su UCA para disminuir el daño, ya que se negaba a una desintoxicación/deshabitación. Pero a través de la dispensación por varios clínicos fuera del área, así como la obtención de fármacos de forma ilícita, presentó cuadro delirante por el que tuvo que ser ingresado de manera involuntaria en Psiquiatría. No podemos determinar qué cantidad de metilfenidato hidrocloreuro de liberación inmediata y de liberación prolongada, ni de Lisdexanfetamina dimesilato estaba tomando antes del cuadro psicótico. El paciente presentaba negativa a la suspensión de tratamiento, por lo que se realizó disminución gradual, con reducción de unos 20mg MFT cada 48h. Sin embargo, al alta, persiste clínica psicótica y *craving*, por lo que se han tenido que tomar medidas en las que se han tenido en cuenta a Inspección de Farmacia e Inspección Médica.

Referencias

Masías-Arias L, Fiestas-Teque L. Psicosis desencadenada por metilfenidato en un adolescente con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neuropsiquiatr* 2014. 77 (3): 175-178. Glasner-Edwards S, Mooney LJ. Methamphetamine Psychosis: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*. 2014, Diciembre; 28(12): 1115-1126.

Descompensación psicopatológica en el tratamiento con analgésicos opioides: a propósito de un caso

RODRÍGUEZ GÓMEZ-CARREÑO, C.; SEGURA ESCOBAR, E.; RAMÍREZ GARCÍA, A. J.; NUEVO FERNÁNDEZ, L.; MUÑOZ MARTÍNEZ, V. E.; MATA SAÉNZ, B.; ASENSIO AGUERRI, L.

Paciente mujer de 59 años que acude a urgencias para valoración por alteraciones de la percepción. No antecedentes psiquiátricos de interés salvo una visita puntual por ansiedad reactiva, sin seguimiento posterior. Como antecedentes médicos reseñables lumbalgia mecánica recurrente y dolor miofascial generalizado de base tensional y somatomorfa. Sospecha de abuso de analgésicos opioides (hidrocloruro de tramadol). La paciente refiere que ha visto sombras y escuchado voces... está muy agobiada y piensa que puede tener algo en la cabeza. Importante ansiedad durante la entrevista en urgencias. Debido a la aparición tardía y brusca de sintomatología se considera prioritario realizar despistaje orgánico (realización de TAC, PL, analítica completa...), sin encontrar alteraciones reseñables. La paciente refiere en las últimas dos semanas y coincidiendo con inicio de sintomatología, incremento de dosis de tramadol por iniciativa propia, llegando a tomar hasta 5-6 comprimidos diarios de 200 mg con finalidad analgésica. Durante el ingreso en la unidad UHB Psiquiatría se reduce paulatinamente la dosis de tramadol hasta 100mg/día, con desaparición de las alteraciones senso perceptivas y las interpretaciones delirantes. En la literatura existen múltiples referencias de alteraciones senso perceptivas causadas por tóxicos, respecto a los opiáceos hay descripción de síntomas ansiosos, depresivos e incluso obsesivo-compulsivos. En nuestro caso existe una descompensación con predominio de síntomas psicóticos, con menor incidencia respecto al resto de síntomas psiquiátricos descritos en la literatura. En algunos artículos se plantea el factor protector de los opiáceos en la psicosis, siempre englobado dentro de un buen abordaje de la patología dual.

Cuando la solución del dolor se convierte en adicción. A propósito de un caso

CALDERO ALONSO, A.; TARANCÓN BLÁZQUEZ, A.; MORENO SANTOLARIA, S.; GELADO MATELLÁN, C.; FRANCO MARTÍN, M. Á.

Justificación

En los últimos años, hemos pasado de tener que iniciar una concienciación sanitaria de la necesidad de tratamiento del dolor crónico con fármacos opioides a generar un problema de abuso y dependencia con los mismos. La situación ha llegado a tener tal magnitud que ha precisado la intervención de la Dirección General de Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Castilla y León en forma campaña de prevención asesorada por el Comité Técnico Asesor del Dolor de esta comunidad.

Resumen

Mujer de 56 años diagnosticada de Mieloma Múltiple. Acude a Salud Mental para valoración por trastorno adaptativo y se deriva a Unidad de Conductas Adictivas por sospecha de dependencia a opiáceos de prescripción médica (tras visitas al Servicio de Urgencias por ansiedad que resultó síndrome de abstinencia a opiáceos de prescripción médica de liberación rápida). Se planteó en consulta intervención en la dependencia con sustitución del fármaco

de abuso (fentanilo de liberación rápida) por dosis equivalente de metadona que no aceptó. Se realizó una pauta de reducción estratificada y optimización analgésicos no opioides y derivación a psicoterapia grupal. Por lo tanto, se considera primordial una valoración, previa al tratamiento, de las variables/factor de riesgo de adicción así como el entrenamiento por parte del médico de atención en el dolor de conductas aberrantes en la toma que puedan suponer un signo de alarma.

Referencias

Guardia Serecigni J. Guía de consenso para el uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. Valencia: Martin Grafic; 2017. Benítez-Rosario, M. A., Feria, M., Salinas-Martín, A., Martínez-Castillo, L. P., & Martín-Ortega, J. J. (2004). Opioid switching from transdermal fentanyl to oral methadone in patients with cancer pain. *Cancer*, 101(12), 2866-2873.

Aspectos sociales, psicológicos y evolutivos de la patología identitaria: etiología y tratamiento de una adolescente diagnosticada de dependencia en nuestra sociedad actual

SANZ DÍAZ, S.; TENA GARCÍA, P.; FERRER ESTEVE, V.; MORA CLARAMUNT, E.

Hasta hace bien poco el diagnóstico de trastorno de personalidad (TP) en población adolescente ha sido objeto de importante controversia. El DSM-5 (APA, 2014) recoge por primera vez el diagnóstico de TP en casos excepcionales en los que los rasgos desadaptativos son especialmente dominantes y persistentes. En la adolescencia las personas diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) intentan modular su vulnerabilidad y sentimientos de descontrol buscando activamente emociones como el consumo de drogas. El objetivo del presente trabajo es el análisis de la patología identitaria a partir del caso clínico (CC) de una adolescente diagnosticada de dependencia a anfetaminas y cannabis atendida en nuestro Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil. Se intenta arrojar luz sobre aspectos sociales, psicológicos y psicopatológicos de jóvenes y adolescentes con problemas identitarios y de relación en nuestra sociedad actual. Analizaremos el CC siguiendo a Rodríguez Cahill, 2015 dando cuenta de los cambios en las diversas esferas sociales que configuran la subjetividad. Tomaremos de base un modelo prototípico clínico analizando los elementos esenciales para entender los TP. Seguiremos los principales modelos evolutivos sobre el desarrollo, las características tanto descriptivas como estructurales, así como los principales tratamientos psicológicos con evidencia de interés para el presente trabajo. Consideramos que desde una lectura sistémica, los TP serían el paciente identificado de una sociedad disfuncional. Así mismo, solo los modelos evolutivos permiten la comprensión del desarrollo de la personalidad y la etiología de su patología central a partir de la cual se desarrolla un tratamiento específico con evidencia empírica.

Apuestas deportivas a través del teléfono: a propósito de un caso

FRANCO JAÉN, S.; DÍAZ LÓPEZ, A. M.; DEL RÍO OLVERA, F. J.

Comportamientos cotidianos como pueden ser utilizar el teléfono o jugar, se pueden volver problemáticos en función de la frecuencia, el tiempo que conlleva su realización, o la cantidad de dinero invertido (Echeburúa, 2005). El trastorno de juego patológico ha sido ampliamente estudiado, pero recientemente ha surgido una nueva modalidad de juego, las apuestas deportivas a través del teléfono móvil. En estos casos, el jugador realiza apuestas a través del su teléfono móvil en eventos deportivos en tiempo real. El objetivo del presente trabajo es presentar el caso de un paciente que acude a tratamiento por realizar apuestas deportivas a través del teléfono móvil. El paciente tiene 31 años, está casado y es padre de un hijo. Tanto el paciente como su pareja tienen trabajo estable.

Refiere gastar en cada apuesta entre 10 y 300 euros, jugando al principio los fines de semana, pero posteriormente a diario, fundamentalmente en fútbol. Según el cuestionario CEPER-III (Caballo et al., 2011), presenta rasgos narcisistas y obsesivos-compulsivos. La intervención terapéutica se centra en control de estímulos, gestión de la ansiedad, resolución de conflictos y gestión emocional. Tras siete meses de tratamiento no está apostando ni siente la necesidad de hacerlo.

Referencias

Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17, 11-16. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.382>.

Caballo, V.E., Guillén, J.L., Salazar, I.C. & Irurtia, M.J. (2011). Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del "Cuestionario Exploratorio de Personalidad-III" (CEPER-III). *Behavioral Psychology*, 19, 277-302.

Alteraciones conductuales en Trastorno Esquizoafectivo por anfetaminas. A propósito de un caso

DE ALARCÓN GÓMEZ, R.; DE LA IGLESIA LARRAD, J.; CASADO ESPADA, N.; GONZÁLEZ SORIA, C.; AL CHAAL MARCOS, L.; SÁNCHEZ PERNAS, L.; DE LA MATA HIDALGO, R.; VALRIBERAS HERRERO, I.; GAMONAL LIMCAOCO, R. S.; LOZANO LÓPEZ, M. T.; GARZÓN DE PAZ, M. Á.

Introducción

Los trastornos psicóticos relacionados con tóxicos tienen mayor riesgo de asociarse a conductas violentas. Los trastornos de personalidad con estos consumos también pueden originar altercados similares, planteando la pregunta de a qué trastorno se deben estos episodios violentos. Esta cuestión es de interés por todas las implicaciones médicas, sociales y legales que se derivan.

Métodos y objetivo

Presentamos un varón de 31 años diagnosticado de Trastorno Esquizoafectivo. Consume cannabis y metanfetaminas desde los 15 años. Esto ya había originado varios problemas académicos, laborales y familiares previo a que comenzara a los 24 con sintomatología psicótica y un aumento de conductas alteradas (aislamiento, agresividad contra familia y contra objetos del entorno). Tras algunos ingresos fallidos en Comunidades Terapéuticas, el patrón de consumo y las alteraciones han continuado otros 7 años con un seguimiento por Salud Mental errático debido a la poca conciencia de enfermedad.

Resultados

Ingresa en la UDPDual de Salamanca. Se desintoxica favorablemente hasta retirar el consumo, alcanzando la abstinencia de cannabis y metanfetaminas. La sintomatología psicótica no está presente en ningún momento durante el ingreso. El paciente no realiza crítica de sus síntomas y explica su comportamiento como reactivo a eventos de estrés de los que el paciente era plenamente consciente, atribuyéndole en gran parte un carácter manipulador.

Conclusiones

Pese a una adecuada historia clínica, los factores determinantes para el diagnóstico dependen en muchos casos de la evolución del paciente, y se recomienda precaución en el diagnóstico longitudinal de un Ttno. psicótico cuando está relacionado con tóxicos.

Alteraciones cognitivas inducidas por alcohol: a propósito de un caso

GORRIA URTASUN, A.; GARCÍA MARTÍNEZ, R; PIBERNAT SERRANO, V.

Justificación

Son múltiples y graves las consecuencias derivadas del consumo abusivo y continuado de alcohol. Entre ellas, destacan cuadros neurodegenerativos como son las encefalopatías alcohólicas, demencias alcohólicas y trastornos amnésicos. Ante la sospecha de una posible alteración cognitiva en el caso que presentamos, realizamos exploración neurológica, pruebas neuropsicológicas y de imagen para confirmar o descartar nuestra impresión. Resumen: Se trata de una paciente de 69 años de edad que ingresó en nuestra unidad tras un cuadro de agitación y heteroagresividad en el contexto de intoxicación etílica. Diagnosticada de dependencia alcohólica, consume alcohol a diario desde la tercera década de la vida. Al ingreso presentaba un consumo diario de todo tipo de bebidas alcohólicas (vino, cerveza y otras de alta graduación). Durante su hospitalización mostraba labilidad afectiva, dificultades atencionales con fallos en la memoria anterógrada y vivencias de perjuicio que, al menos en parte, impresionaban de fabulatorias y sobrevaloradas. Además, presentaba una marcha con base de sustentación ampliada. Por ello, realizamos pruebas complementarias que incluyeron pruebas de imagen, evaluación neuropsicológica, exploración neurológica y analíticas.

Referencias

Espárrago-Llorca G., Carrión-Expósito L., Romero-Mohedano C. Revista Adicción y Ciencia. 2011. ISSN: 2172-6450 Vol. 1, 3. 2.

Kopelman MD. Síndromes amnésicos. En: Gelder MG., López-Ibor Jr. JJ., Andreasen J. Tratado de Psiquiatría, tomo I. 1ª ed. Barcelona: Ars Médica; 2003.

Alcohol como factor etiológico de fallo hepático agudo

ORTEGA SABATER, A.; PASCUAL-PASTOR, F.; LEGAZ, I.

Justificación

El consumo de alcohol es el factor etiológico más importantes de hepatopatía crónica en España, pero no debemos olvidar que un aumento del consumo aislado de alcohol en un paciente con hepatopatía crónica de base puede desencadenar un fallo agudo hepático que generalmente termina con la muerte del paciente. Una vez descartadas otras causas de fallo hepático, se debe valorar la situación del paciente mediante escalas como la de Lille y Maddrey que nos permiten valorar e iniciar el tratamiento a base de corticoides que a día de hoy es considerada la única terapia que ha demostrado un aumento de la supervivencia en estos pacientes.

Resumen

Mujer de 54 años en seguimiento en consultas externas de Aparato Digestivo por hepatopatía crónica de origen etanólico. La paciente refiere aumento del tinte icterico en piel y mucosas, coluria, aumento del perímetro abdominal y aparición espontánea de petequias en miembros superiores e inferiores acompañadas de sangrados gingivales espontáneos desde una semana previa a su consulta en el servicio de Urgencias. Su familia refiere encontrarla somnolienta y responde de manera inadecuada a las preguntas que se le realizan. También señalan un incremento en el

consumo de alcohol por problemas personales en las últimas semanas. Las pruebas analíticas muestran un aumento de bilirrubina a expensas de directa (15 con previa de 2) (VN bilirrubina total 0,3-1,9 mg/dl, enzimas hepáticas (GOT, GPT, GGT, FA) levemente elevadas en torno a 400 U/I, hemograma con 50.000 plaquetas y coagulación alterada con una actividad de la protrombina del 38% (VN 70 a 100%). La ecografía abdominal muestra un hígado con nodularidad irregular y vía biliar sin dilatación. Se dicta juicio clínico como fallo hepático agudo secundario a ingesta de alcohol en paciente con hepatopatía crónica.

Referencias

Shah VH. Alcoholic liver disease: the buzz may be gone, but the hangover remains. *Hepatology* 2009;51:1483-1484.

Gao B, Bataller R. Alcoholic liver disease: pathogenesis and new therapeutic targets. *Gastroenterology* 2011;141:1572-1585.

Tratamiento combinado de Mindfulness y Terapia Interferencial: alternativa en un caso de dependencia iatrogénica a opioides

LÓPEZ LAZCANO A. I.; LLIGOÑA GARRETA A.; FERRER TORRES A.; FAULÍ PRATS A.

La epidemia de uso inapropiado y dependencia de opioides recetados continúa en ascenso. Su uso a largo plazo en dolor crónico no oncológico (DCNO) es controvertido, solo indicados cuando otras estrategias farmacológicas y no farmacológicas fracasan. Se expone caso clínico con dependencia a opioides y el resultado de un protocolo de mindfulness y acupuntura, aplicado en una Unidad del Dolor que puede mejorar la calidad de vida y prevenir la adicción.

Resumen

Mujer de 22 años, dolor facial de etiología indeterminada, diario y continuo orientado como neuralgia del trigémino. Astenia, pérdida de 10 kg de peso, insomnio. Explorada por cirugía maxilofacial, neurocirugía, anestesiología, inmunología, sin hallarse organicidad. Respuesta parcial a bloqueos trigeminales, sueroterapia con lidocaína, estimulación transcraneal. Opioides durante casi dos años hasta dosis equivalente de morfina de 225 mg/día con escasa analgesia, llegando a inyectarse dolantina en urgencias y por su cuenta. Tras más de un año con dolor se diagnostica como neuralgia secundaria a proceso dental infeccioso persistente con sensibilización trigeminal. La infección coincide con caída de la inmunidad precedida de estresores (muerte de familiar, neoplasia en hermana). Se produce una sensibilización central que hace que el dolor continúe tras extracción de piezas dentales. Se inicia trabajo psicossomático con 10 sesiones de acupuntura y mindfulness combinados. Mejora astenia, practica deporte, aumento de 5 kg en un mes, disminución de más del 50% del dolor, solo 1-2 crisis/ mes. Aprueba exámenes. Desaparición de insomnio. Mantiene mejoría 12 meses sin uso de opioides.

Referencias

Garland E. L., Manusov E.G., Froeliger B., Kelly A., Williams J.M., Howard M.O. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Chronic Pain and Prescription Opioid Misuse: Results From an Early-Stage Randomized Controlled Trial *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014, Vol. 82, No. 3, 448-459.

Pu-Wei Hou, Hsin-Cheng Hsu, Yi-Wen Lin, Nou-Ying Tang, Chin-Yi Cheng, Ching-Liang Hsieh. The History, Mechanism, and Clinical Application of Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015.

Estudio descriptivo de los usuarios/as atendidos en el Servicio de Orientación Jurídico Social de Ciudad Real durante el año 2016

VIDA MORA, Y.; BRAVO MENA, E., SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, M.M., PARRA FERNÁNDEZ, M. L.; SÁNCHEZ DE LA NIETA ARAGONÉS, P.; MONTOYA CROUS, I.

Objetivo

Describir las características de los usuarios/as que acuden al Servicio de orientación jurídico y social de Ciudad Real durante el año 2016.

Material y método

Estudio descriptivo analítico. Se revisan los 205 expedientes de los usuarios/as que acuden demandando asesoramiento jurídico a lo largo del 2016.

Resultados

En cuanto al sexo, el 88% son hombres y el 12% son mujeres. La droga principal de consumo es el Alcohol (22%), seguido del Cannabis (21%) y la Cocaína (18%). La edad de inicio se sitúa mayoritariamente en el intervalo de 26-44 años (53%), seguido de > 44 años (29%) y de 16-25 años (18%). Analizando su situación jurídica se observa que un 41% de los usuarios/as tienen causas pendientes, un 20% están con medidas alternativas y causas pendientes y un 18% son usuarios/as en prisión con causas pendientes adicionales. La mayoría de usuarios/as que acceden al Servicio Jurídico vienen derivados por la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real (39,42%), seguido de otras entidades públicas (25,22%), afectados y familiares (18,26%) y otros recursos (17,10%).

Conclusiones

La mayoría de los usuarios/as atendidos en el Servicio Jurídico son varones, con una edad media de entre 26 y 44 años y cuya droga principal de consumo es el Alcohol. Presentan una situación jurídica en la que se objetivan causas judiciales pendientes asociadas a la problemática de su adicción. Son derivados/as principalmente por los recursos centrales de tratamiento (Unidades de Conductas Adictivas). En cuanto a los años de evolución, destaca como rasgo mayoritario que los usuarios/as atendidos/as llevan entre 6 y 10 años de evolución en el consumo (41%). El nivel de estudios mayoritarios es la educación primaria que representa el 62% de la población atendida. En cuanto a la situación laboral predominante en los usuarios/as destaca el perfil de desempleado/a con un 45%. La mayoría de usuarios/as atendidos/as se encuentran en consumo activo (67%) frente al que no lo está (33%).

Referencias

Patricia; González Menéndez, Ana; Fernández García, Paula; Casares, Ma José; Martín Martín, José Luis; Rodríguez Lamelas F. Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Addictive, criminal and psychopathological profile of a sample of women in prison*. Adicciones. 2011; 23(3).

García García J. Drogodependencias y justicia penal. Ministerio de Justicia; 1999

Servicio multicanal de información y prevención sobre drogas

TABOADA AGULLA, D.

Introducción

El aumento significativo en el consumo de drogas en jóvenes es altamente preocupante, en los últimos años el uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, (UNODC, 2015). Desde Cruz Roja Juventud planteamos dos formas innovadoras de sensibilización en este aspecto: a través de espacios de ocio nocturno (in situ) y medios sociales (virtual).

Método

Cruz Roja Juventud cuenta con proyectos de intervención directa en espacios de ocio nocturno donde la población juvenil suele consumir, como botellones, festivales o fiestas. Mediante una carpa informativa instalada en las zonas calientes de consumo, agentes de salud jóvenes sensibilizan apoyándose en materiales y dinámicas, como pruebas de alcoholemia, simulaciones éticas o entrevistas motivacionales, que resulten atractivas a nuestra población diana. Contamos además con el Servicio Multicanal de Información y Prevención sobre Drogas, que sensibiliza a través de medios sociales incorporando contenidos audiovisuales que llamen la atención de esta población, como videos o infografías. Se trata así de empoderarles para que sean capaces de gestionar y controlar su estado de salud, atendiendo a los condicionantes internos/externos que les puedan afectar o influir en la misma (Morón-Marchena, 2015).

Resultados

Una de las acciones de mayor repercusión en 2017 tuvo lugar en el festival Arenal Sound de Castellón, con 1.978 personas que participaron en pruebas de alcoholemia, dinámicas de simulación ética o solicitando información, de las cuales un 10,21% eran menores de edad. En Cataluña intervenimos de forma directa con 9.110 personas en 94 acciones en espacios de ocio nocturno como botellones, festivales o fiestas, en las cuales se realizaron 275 pruebas de alcoholemia y se repartieron 11.551 materiales informativos. En la ciudad de Madrid participaron 3.632 personas en 25 acciones en espacios similares, de las cuales un 28,11% afirmó hacer botellón al menos una vez al mes en la entrevista motivacional. Datos más alarmantes señalan que 43,14% realizan binge drinking mensualmente y un 24,32% semanalmente. El 78,16% de las personas encuestadas afirmaron que cambiarían de actitud respecto a su consumo tras la intervención. Además, un 98,01% de los participantes quedaron satisfechos con la intervención, por lo que podemos afirmar que el proyecto tiene muy buena acogida. De la misma forma, hemos logrado grandes impactos en medios sociales en campañas como el Día Mundial sin Tabaco, sin Alcohol o de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, con publicaciones que superan las 180.000 personas alcanzadas.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en las intervenciones que presentamos en este estudio ponen de manifiesto que la estrategia es eficaz y atractiva para la población adolescente y joven. No obstante, Cruz Roja Juventud plantea incorporar cuestionarios pre-post con el objetivo de evaluar de forma más exhaustiva la eficacia de la intervención realizada con las personas participantes.

Referencias

Morón-Marchena, J.A. (Coord.) (2015). Investigar e intervenir en Educación para la Salud. Madrid: Narcea.
UNODC. Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). Recuperado de https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_UNESCO_WHO_GoodPolicyAndPracticeIn-HealthEducation.pdf

