VIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS

VIIIth National Congress of the Spanish Society of Addictions

Cádiz, 22-24 de noviembre de 2001

COMUNICACIONES / ABSTRACTS

RELACIÓN ENTRE PERFILES DE ANSIEDAD Y DROGADICCIÓN: IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO

J. M. Rivera, (cpd, Loja, Granada), J. M. Prados Atienza, (UNED-Baza, Granada)

Introducción: Investigaciones recientes sugieren que los sujetos drogodependientes con altas puntuaciones en ansiedad, según la mide el STAI-e, responden peor al tratamiento que los sujetos drogodependientes con puntuaciones más bajas (D'Andrea y D'Andrea, 1996). Este hecho puede tener implicaciones importantes para el tratamiento. De hecho, ya se ha sugerido que la administración concomitante de fármacos ansiolíticos podría contribuir a una mayor eficacia del tratamiento de la drogadicción. Un ejemplo es el estudio de Rothman et al. (1994, citado por D'Andrea y D'Andrea, 1996), en el cual tras la administración de fenfluramina se observó un menor deseo de consumo en sujetos cocainómanos.

Pero el tratamiento concomitante de la ansiedad con fármacos ansiolíticos puede acarrear graves inconvenientes ya que existen estudios que demuestran el riesgo de abuso que este tipo de fármacos suscita en sujetos politoxicómanos (Smith, 1986). Otra limitación añadida es que los estudios comentados anteriormente utilizan exclusivamente puntuaciones generales de ansiedad, como el STAI-e, y no medidas más precisas y específicas.

Con este estudio quisimos observar diversos perfiles de ansiedad, tal como los mide el ISRA (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1988) en una muestra de drogodependientes de la provincia de Granada. La ventaja de este instrumento es que ofrece puntuaciones en distintos tipos de respuesta (cognitiva, fisiológica o motora) ante 22 situaciones ansiógenas diferentes. Encontrar diferencias significativas entre la muestra de drogodependientes y la muestra control, sería el primer paso para diseñar procedimientos psicológicos de intervención para el estrés y la ansiedad, más rigurosos y más precisos, y que pudieran sustituir a la inconveniente administración concomitante de ansiolíticos.

Método: *Sujetos.* Se utilizó una muestra de 62 sujetos, 31 de los cuáles son drogodependientes atendidos en la Unidad del Centro Provincial de Drogodependencias en Loja (Granada).

Instrumentos: Se administró el ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, de Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994), instrumento con buenas propiedades psicométricas que evalúa diferentes reacciones de ansiedad (cognitivas, fisiológicas, y motoras) ante 22 situaciones ansiógenas diferentes categorizables en situaciones de evaluación (FI), situaciones interpersonales (FII), situaciones fóbicas (FIII), situaciones cotidianas (FIV).

Resultados: Se observaron diferencias entre ambos grupos en situaciones interpersonales, y situaciones cotidianas, según la prueba *t* de Student.

Conclusiones Finales: Vistos los resultados, se discute la importancia de la evaluación y el tratamiento de la ansiedad en la población drogodependiente y se contrasta con los resultados de Cox et al (1990), y con el concepto «fobia de abstinencia» propuesto por Hall (1984). Por último, se proponen algunas pautas concretas de actuación para el manejo de este tipo de ansiedad en este tipo de población concreta.

Bibliografía

Cox BJ, Norton GR, Swinson RP, Endler N. Substance abuse and panic related anxiety: a critical review. Behaviour Research and Therapy 1990;28:385-93.

D'Andrea LM, D'Andrea LR. Prediction of treatment outcome using state-trait anxiety inventory scores: the use of discriminant analysis. Journal of Addictions and Offender Counseling: 1994;16:50-61.

Golwin DH. Cocaine abuse treated with phenelzine. International Journal of Addiction 1988;23:897-905.

Hall SM. The abstinence phobias: links between substance abuse and anxiety. International Journal of the Addictions 1984;19: 613-31.

Hudson CJ. Anxiety disorders and substance abuse. Journal of Chemical Dependency and Treatment 1990;3:119-38.

Janiri L. Agnes M. Ciaramella A, et al. Low-dose of fluphenazine and detoxification induced anxiety in opiate addicts. Current Therapeutic Research 1987;41:516-24.

Miguel-Tobal JJ, Cano Vindel AISR. A. Inventario de Situaciones de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Madrid: TEA, 4ª Edición, 1986, 1994.

Schuckit MA. Anxiety disorders and substance abuse. American Psychiatric Press Review of Psychiatry 1992;11:402-17.

Smith DE. Cocaine-alcohol abuse: epidemiological, diagnostic and treatment considerations. Journal of Psychoactive Drugs 1986; 18:117-29.

UTILIZACIÓN DE GABAPENTINA DURANTE LA DESINTOXICACIÖN DE PACIENTES COCAINÓMANOS

J. F. Prieto Aguirre, A. Álvarez Navares, M.ª J. Olea Renovales, I. Montero Barrado

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Salamanca. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Introducción: Los psicólogos conductistas ya habían señalado la importancia que para el aprendizaje entrañan los estímulos que actúan como recompensa y refuerzo. En los estudios actuales sobre los comportamientos de adicción se ponen de manifiesto las similitudes existentes entre las teorías del aprendizaje por «recompensa» y los comportamientos del toxicómano y, así mismo, el papel que en estos aprendizajes juega el sistema de neurotransmisión dopaminérgico.

Hoy día, se van conociendo mejor las disfunciones en los distintos sistemas de neurotransmisión que se hallan involucrados en las enfermedades mentales y en las toxicomanías. Ello ha permitido, aunque los conocimientos de las bases neurofisiológicas del psiquismo son aun insuficientes, intentar la utilización de estrategias farmacológicas en la recuperación de los pacientes toxicómanos. Esta investigación clínica se ha ocupado de estudiar los efectos de la administración de gabapentina en pacientes toxicómanos por estimar que la acción de este antiepiléptico moderno sobre el sistema glutamatérgico y dopaminérgico podría ser útil para manejar la dependencia y el «*craving*».

Material y método: En nuestro estudio se ha realizado el seguimiento de 19 cocainómanos, que han sido atendidos en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) de Salamanca durante un período de tres semanas.

Al ingreso en la Unidad, además de los controles médicos y analíticos que se realizan sistemáticamente en todos los pacientes en proceso de desintoxicación, se ha llevado a cabo un estu-

dio psicológico, mediante una entrevista semiestructurada y la aplicación de pruebas destinadas al estudio de la ansiedad (STAI, ansiedad estado-ansiedad rasgo), de la depresión (Escala de Depresión de Beck), de rasgos de personalidad (EPI, en sus formas A y B) y psicopatologías (SCL-90, o «Syntom Cheklist-90». Este última prueba, debida a Derogatis, es de gran utilidad por tener en consideración nueve dimensiones psicopatológicas. Una vez acabado el período de desintoxicación de tres semanas de duración se repiten las exploraciones mencionadas.

Desde el primer día de estancia se administró a los pacientes gabapentina en forma de cápsulas de 400 mg ingeridas cada doce horas. La dosis inicial fue de 800 mg elevándose a 1.200, al comprobar la buena tolerancia que caracteriza a este fármaco.

Resultados: 1. En los síntomas psicopatológicos valorados mediante la SCL-90 se aprecia mejoría en las nueve dimensiones exploradas, una vez transcurridas las tres semanas de tratamiento con 1.200 mg. Las puntuaciones obtenidas después del tratamiento con gabapentina, aun siendo más bajas, difieren todavía claramente de los valores normales.

2. En relación con la «ansiedad estado» se ha apreciado una mejoría después del tratamiento, pasando de una puntuación media de 70,8 a una de 49,15. La «ansiedad rasgo» presentó igualmente mejoría al pasar de una puntuación inicial de 82,17 a 64,4.

3. La Escala de Depresión de Beck puso de manifiesto una discreta mejoría no significativa.

4. La tolerancia al fármaco ha sido excelente en la totalidad de los casos.

POBLACIÓN HEROINÓMANA TRATADA CON METADONA Y/O NALTREXONA: ANÁLISIS DE SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

A. Marcos Flores[*], M.ª C. Del Río Gracia[**], F. J. Álvarez González[**]

[*]Centro de Atención a Drogodependientes de Cruz Roja en Valladolid. [**] Grupo de Alcohol y Drogas. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Universidad de Valladolid.

Introducción e hipótesis de partida: Los tratamientos utilizados en el caso de pacientes dependientes de la heroína, están descritos, e incluso validados, desde hace ya mucho tiempo. En concreto hay dos grandes pautas que traducen dos forma diferentes de abordar el mismo problema, estamos hablando de los tratamientos en Programa Libre de Drogas, cuyo exponente más destacado es la naltrexona, con la que se trata que desde el primer momento se produzca un abandono total del consumo de heroína, y por otro lado, están los Programas de Sustitución, cuyo representante más utilizado es la metadona, y donde prima la reducción del daño asociado al consumo de heroína, y donde el abandono definitivo del consumo de la misma, suele plantearse como un objetivo a obtener en un segundo momento, e incluso se acepta que quizá no se obtenga nunca.

Se parte de la idea de que existen diferencias entre el perfil del paciente tratado con metadona y aquel que es incluido en programa de naltrexona, y posiblemente nos encontremos con que los primeros en general están más deteriorados, tienen más edad y más antigüedad en el consumo, entre otras de las características difenciales..

Material y métodos: Se incluyen en el estudio todos los pacientes que han sido tratados entre 1997 y 2000 en el CAD de Cruz Roja en Valladolid, tanto en Programa Libre de Drogas con naltrexona, como los tratados en Programa de Sustitución con metadona. Sobre esta población se realiza un minucioso estudio epidemiológico que describa las características de ambas poblaciones y que nos permita establecer diferencias y similitudes entre las mismas.

Resultados: Se estudiaron 4.081 casos de tratamiento durante el período señalado, de los cuales 2.983 fueron tratamientos con metadona, 739 con naltrexona y 359 fueron tratados con ambas sustancias durante el período de seguimiento.

Conclusiones: El análisis de los tratamientos con naltrexona y metadona realizados en pacientes dependientes de opiáceos, muestra que existen diferencias en el perfil de los aspectos sociodemográficos de la población atendida, e igualmente aparecen diferencias en cuanto a las características del consumo de drogas, tales como edad de inicio, tiempo de consumo etc.

– El proyecto se ha realizado con financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre drogodependencias, BOE 3/11/2000).

PERFILES DE PERSONALIDAD MILLON: COMPARACIÓN DE PACIENTES ADICTOS A OPIÁCEOS Y A COCAÍNA

L. Mestre, P. Risco, A. Catalán, O. Ibarra

Unidad de Desintoxicación, Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

Introducción: En la actualidad, el interés por el estudio y diagnóstico de los trastornos de personalidad en poblaciones consumidoras de drogas se ha renovado y se puede hablar de comorbilidad o patología dual (Yeager, 1995; Cervera, 1999; Cacciola, 2001). A esta situación hay que añadir que el patrón de consumo ha cambiado, ya que en los años 80 los consumidores que acudían a los centros de tratamiento presentaban principalmente dependencia a opiáceos. Ahora es habitual el policonsumo y la demanda de tratamiento por dependencia a otras sustancias distintas de la heroína (cocaína, benzodiacepinas, alcohol) (PNSD, 1998).

El objetivo del estudio es conocer las características de personalidad y otros rasgos clínicos evaluados mediante un instrumento psicométrico validado en nuestro país en población drogodependiente (Millon, 1998) y comparar los perfiles de adictos a opiáceos y a cocaína.

Sujetos: El total de la muestra es de 73 pacientes, 58 de los cuales son hombres y 15 son mujeres, atendidos en una Unidad de Desintoxicación. La media de edad es 32,32 años.

La droga principal por la cual se solicita desintoxicación es la cocaína en 11 pacientes, admitiendo además el abuso de otras sustancias. Los 62 restantes ingresaron para desintoxicación de opiáceos.

Material y métodos: Todos los sujetos completaron el Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) a partir del séptimo día de su ingreso.

Realizamos la comparación de puntuaciones medias en ambos grupos (opiáceos/cocaína) mediante la prueba t de Student.

Resultados: Respecto a las escalas de personalidad, se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en las escalas de personalidad Evitativa y Límite, siendo el grupo de cocaína los que presentaban niveles más altos. En 6 de las 9 escalas de síndromes clínicos obtenemos diferencias significativas; los del grupo de cocaína puntuaban más alto en: Abuso de drogas, Abuso de alcohol, Ansiedad, Distimia, Histeriforme y Depresión Mayor.

Todos los pacientes del grupo cocaína presentan elevación en una o más escalas de personalidad (T > 75), frente a un 17,7% de los del grupo opiáceos que presentan un perfil dentro de la normalidad. Por otro lado, casi la mitad de la muestra total obtiene puntuaciones por encima del punto de corte (T > 75) en 4 o más escalas básicas de personalidad.

Conclusión: Los resultados nos indican que el grupo de población cocainómana presenta mayores niveles de psicopatología asociada a su adicción, lo que viene a confirmar los resultados de otros estudios (Flynn, PM et al, 1998; Lesswing, NJ, 1993).

La alta prevalencia de trastornos de personalidad de nuestro estudio en comparación con la literatura (Craig, 1988; McMahon, 1996) nos sugiere que el MCMI-II sobrepuntúa dicha patología (Craig, 1992; Flynn, 1995) y nos parece conveniente, incluir en un estudio posterior una entrevista clínica diagnóstica (SCID-II o IPDE) para confirmación del trastorno de personalidad.

Bibliografía

Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadones maintainned patients Drug Alcohol Depend 2001;61(3):271-80.

Cervera G, Bolinches F, Valderrama JC. Trastornos de la personalidad y drogodependencias. Trastornos Adictivos 1999; 1(2):91-9.

Craig RJ, Weiberg D. Assesing drug abusers with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: a review. Journal of Substance Abusse Treatment 1992;9:249-55.

Craig RJ. A psychometric Study of the Prevalence of DSM-III Personality Disorders Among Treated Opiate Addicts 1988; 23(2):115-124.

Flynn PM, McCann JT, Faibbank JA. Issues in the assessment of personality disorder and substance abuse using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) Journal of Clinical Psychology 1995;51(3):415-21.

Flynn PM, Craddock SG, Luckey JW, Hubard RL Dunteman GH. Comorbilidad del trastorno de personalidad antisocial y de los trastornos del estado de ánimo en pacientes con tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas. RET 1998;14:28-36.

Lesswing NJ, Dougerty RJ. Psychopatology in alcohol and cocaine dependent patients: a comparison of findings from psychological testing. Journal of Substance Abusse Treatment 1993;10(1):53-7.

McMahon RC y Richards SK. Profile Patterns, consistency, and change in the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II in cocaine abusers. Journal of Clinical Psychology 1996; 52(1): 75-9.

Yeageer RJ, Digiuseppe R, Resweber PJ, Leaf R. Perfiles de personalidad Millon Comparación de pacientes crónicos adictos a sustancias en programa residencial y una población general de pacientes ambulatoiros. RET 1995;5:13-8.

EFECTOS FARMACOLÓGICOS Y FARMACOCINÉTICA DEL ÉXTASIS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE DOS DOSIS REPETIDAS EN HUMANOS

M.ª Farré, P. N. Roset[a], A. Tomillero, C. Hernández-López, A. Peiró, E. Menoyo, J. Ortuño, R. de la Torre[a], Torrens et al.

Unidad de Farmacología, IMAS-Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), [b] Hospital del Mar, [a] Universitat Autónoma de Barcelona, [c] Universitat Pompeu Fabra.

Introducción: La metilenodioximentanfetamina (MDMA, éxtasis, pastillas) es una de las drogas de abuso más utilizadas entre la juventud española. Además de provocar casos de intoxicaciones agudas e incluso la muerte, la gran preocupación de su uso es la posibilidad de que produzca efectos tóxicos y degeneración en las neuronas serotonérgicas. Esta neurotoxicidad se ha demostrado en modelos experimentales en animales. Los efectos neurotóxicos en humanos son aún motivo de investigación, aunque se ha descrito que los grandes consumidores pueden presentar alteraciones leves de la memoria y mayor incidencia de psicopatología. El consumo de MDMA se realiza en grupos, predominando su uso en fiestas y actos multitudinarios *(raves).* Es frecuente que se utilice la MDMA junto a otras drogas de abuso en la misma sesión festiva. Más de la mitad de los consumidores toman más de una dosis, con un promedio de unas 2,5 pastillas (intervalo entre menos de una y hasta varias docenas). El intervalo de tiempo entre dosis es variable. No existen estudios experimentales en humanos de la administración a dosis repetida de la MDMA. En el caso de otros estimulantes como la cocaína y anfetamina se ha descrito la aparición de tolerancia aguda (taquifilaxia) a sus efectos. Este estudio fue diseñado para investigar los efectos farmacológicos y la farmacocinética de la MDMA tras la administración de dos dosis separadas por 4 horas.

Sujetos, material y métodos: Se seleccionaron 8 varones consumidores recreacionales de MDMA. Participaron voluntariamente tras ser informados en cuatro sesiones experimentales separadas por una semana. En cada sesión se administró uno de los siguientes tratamientos (intervalo de cuatro horas): placebo ± placebo (placebo); placebo ± MDMA 100 mg (segunda administración); MDMA 100 mg + placebo (primera administración); MDMA 100 mg + MDMA 100 mg (dosis repetida). Los tratamientos se administraron enmascarados a doble ciego, fueron asignados de forma aleatoria y el diseño fue cruzado. Se evaluaron variables de efectos fisiológicos (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, diámetro pupilar), rendimiento psicomotor (ala de Maddox, tiempo de reacción, DSST, Test de Pauli), efectos subjetivos (escalas analógicas visuales, cuestionario ARCI-reducido), se extrajeron muestras de sangre para determinar las concentraciones de MDMA y sus metabolitos (HMMA, HMA, MDA) y de hormonas (cortisol y prolactina).

Resultados: Las concentraciones de MDMA tras la dosis repetida fueron superiores en un 20% a las esperadas por el principio farmacocinético de superposición. Pero las concentraciones de la HMMA fueron inferiores en un 45% a las esperadas. Parece que existe una inhibición de la formación de este metabolito. En cuanto a los efectos farmacológicos, a pesar de que las concentraciones en sangre eran más del doble, en algunos de ellos los efectos de la segunda dosis fueron similares a los observados tras una dosis única (frecuencia cardíaca, diámetro pupilar, ARCI). En otras variables los efectos de la segunda dosis fueron mayores que los de la primera (presión arterial, efectos subjetivos de las EAV). En ambos casos teniendo en cuenta las concentraciones plasmáticas se observó una tolerancia aguda clara. En los efectos psicomotores y la temperatura la dosis repetida produjo efectos mucho mayores de los esperados, que demostraron que no existió tolerancia. Incluso podría existir hipersensibilidad.

Conclusiones: La administación de dos dosis repetidas de MDMA no produce incrementos proporcionales de los efectos placenteros pero incrementa los efectos musculares y la temperatura. Puede por ello incrementarse el riesgo de toxicidad.

Agradecimientos: Este estudio se ha realizado gracias a las ayudas FIS 98/0181, CIRIT 1999SGR00246 y Plan Nacional sobre Drogas.

ABUSO Y DEPENDENCIA DE TÓXICOS EN PACIENTES PSICÓTICOS: TRATADOS CON RISPERIDONA. DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE COCAÍNA Y CANNABIS

J. Bobes García[*], M. Gutiérrez Fraile[**], I. Octavio del Valle[***], M. Casas Brugué[****], G. Rubio Valladolid[*****]

[*]Universidad de Oviedo, Oviedo; [**]Hospital de Cruces, Bilbao; [***] Janssen Research Foundation, Madrid; [****]Hospital Vall D'Hebron, Barcelona; [*****]Hospital Doce de Octubre, Madrid[**].

Introducción: Los trastornos por abuso y dependencia de tóxicos, entre ellos cocaína y cannabis, son un problema clínico importante, con una prevalencia mayor del 10% en la población. La mayoría de estas sustancias actúan sobre la vía dopaminérgica mesolímbica. Risperidona es un derivado benzisoxa-

zol con un mecanismo de acción sobre receptores D2 y 5HT2, con mínima incidencia de síntomas extrapiramidales y por tanto de uso de medicación anticolinérgica, aspecto relevante en los consumidores de cannabis por el efecto anticolinérgico de éste, y en los de cocaína por su posible potenciación de los efectos extra-piramidales. Se han publicado casos sobre la disminución del deseo de consumo y una disminución del consumo de cocaína tras el tratamiento con risperidona.

Objetivos: se realizó un estudio prospectivo, abierto, multicéntrico para evaluar la eficacia y seguridad de risperidona en una amplia muestra de pacientes psicóticos con abuso o dependencia de psicoestimulantes durante 6 meses de seguimento.

Material y método: 146 pacientes con trastorno psicótico y abuso o dependencia de psicoestimulantes (según criterios CIE-10) recibieron risperidona como único tratamiento antipsicótico. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron las escalas ICG, BPRS, DAS y subescala para efectos neurológicos UKU. Se estudió el porcentaje de consumidores de cocaína y el de consumidores de cannabis en esta muestra de pacientes.

Resultados: Durante los 6 meses de estudio el porcentaje de pacientes consumidores de cocaína disminuyó desde el 89,7% al inicio a un 17,7 % al final y el de consumidores de cannabis del 52,1% al 27,1%; diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

Conclusiones: En una amplia muestra de pacientes con patología dual, trastornos psicóticos y abuso o dependencia de tóxicos, risperidona fue un fármaco efectivo disminuyendo el porcentaje de pacientes consumidores de cocaína y el porcentaje de los consumidores de cannabis, durante un período de 6 meses de seguimiento ambulatorio.

RISPERIDONA EN TOXICOMANÍAS

G. Rubio Valladolid[*], I. Octavio del Valle [***]

Doce de Octubre, Madrid** Janssen Research Foundation, Madrid

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de risperidona en una muestra de pacientes con trastornos de la personalidad y abuso o dependencia de tóxicos (CIE-10) que presentaban síntomas psicóticos y/ o trastornos de conducta.

Material y método: 225 pacientes con trastorno de la personalidad y abuso o dependencia de tóxicos, (según criterios CIE-10).

Se han recogido datos sociodemográficos y clínicos. Los instrumentos utilizados para la evaluación de la efectividad de risperidona fueron: la escala breve de valoración psiquiátrica (BPRS), Escala de Agresividad Manifiesta (OAS), Impresión Clínica Global (ICG). Para valorar la tolerancia se utilizó la subescala para efectos neurológicos (UKU) y la comunicación espontánea de reacciones adversas.

El tratamiento antipsicótico que recibieron los pacientes fue risperidona, permitiéndose el uso de otros psicofármacos. Se realizó un seguimiento durante un período de 3 meses.

Resultados: Se comunicarán los resultados del estudio y las conclusiones del mismo.

TRATAMIENTO CON RISPERIDONA EN PATOLOGÍA DUAL. DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Gutiérrez Fraile, M.[*], Bobes García, J.[**], Casas Brugué, M.[***] Octavio del Valle, I.[****], Rubio Valladolid, G.[*****]

[*]Hospital de Cruces, Bilbao; [**]Universidad de Oviedo, Oviedo; [***] Hospital Vall D'Hebron, Barcelona; [****]Janssen Research Foundation, Madrid; [*****]Hospital Doce de Octubre, Madrid.

Introducción: El consumo de estimulantes, cannabis o alcohol favorece la aparición o reagudización de síntomas psicóticos y dificulta el abordaje y tratamiento farmacológico de estos pacientes, y de manera especial de los esquizofrénicos. La prevalencia de dependencia de alcohol en pacientes esquizofrénicos es un 25-50%. Se han comunicado casos en los que pacientes con alucinosis alcohólica o esquizofénicos y dependencia de alcohol tratados con risperidona mejoran tanto el trastorno psicótico como el consumo de alcohol que disminuye o desaparece.

Objetivos: Se realizó un estudio prospectivo, abierto, multicéntrico para evaluar la eficacia y seguridad de risperidona en una amplia muestra de pacientes psicóticos con abuso o dependencia de psicoestimulantes durante 6 meses de seguimento.

Material y método: 146 pacientes con trastorno psicótico y abuso o dependencia de psicoestimulantes, (según criterios CIE-10) recibieron risperidona como único tratamiento antipsicótico. Se valoró la disminución de consumo de alcohol en esta muestra de pacientes.

Resultados: Durante los 6 meses de estudio el porcentaje de pacientes consumidores de alcohol disminuyó desde el 68,5% al inicio a un 33,3 % al final; diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Risperidona fue un fármaco efectivo, disminuyendo el porcentaje de pacientes consumidores de alcohol en esta muestra de pacientes con patología dual, trastornos psicóticos y abuso o dependencia de tóxicos, seguidos de forma ambulatoria durante seis meses.

¿ALCOHOLISMO O ACETALDEHISMO? EL PAPEL DE LA CATALASA Y LA ALDEHÍDO DESHIDROGENASA CEREBRALES

M. D. Escarabajal Arrieta

Área de Psicobiología. Universidad de Jaén.

Este estudio analiza el papel de los sistemas enzimáticos implicados en el metabolismo del alcohol, concretamente catalasa y aldehído deshidrogenasa (ALDH) cerebrales, presentando los resultados obtenidos tras la manipulación farmacológica de la actividad de ambas enzimas, dichas manipulaciones generan modificaciones en algunas de las conductas inducidas por el etanol.

Además, se plantea que el acetaldehído, el primer metabolito del etanol, producido a nivel central, es el responsable de algunas de las conductas inducidas por etanol, particularmente de sus propiedades reforzantes. Esta idea se aborda desde la manipulación y la degradación de este metabolito mediante la acción de las enzimas catalasa y ALDH respectivamente.

En relación con lo anterior, este trabajo permitirá evaluar la mediación de la catalasa y la ALDH cerebrales en el metabolismo del etanol. Para ello se han utilizado diferentes sustancias como el ácido dietildithiocarbamato (DDTC) y la cianamida.

En cuanto al acetaldehído, y dado que el presente trabajo se inserta en el marco teórico del papel del acetaldehído como responsable de algunos de los efectos psicofarmacológicos originados por el etanol, se presentan datos sobre su mediación en algunas de las conductas inducidas por el alcohol.

En este sentido, los resultados obtenidos podrían indicar que si los niveles de acetaldehído cerebrales determinan los efectos del etanol, los cambios que se produzcan en la actividad de la catalasa o de la ALDH cerebrales mostrarían tanto la posibilidad de un metabolismo central del etanol como el papel del acetaldehído en los efectos psicofarmacológicos del etanol.

Desde este planteamiento el papel de esos sistemas enzimáticos se ha analizado desde dos vertientes, por una parte, se ha utilizando uno de los metabolitos del disulfiram como es el ácido dietildithiocarbamate (DDTC) que inhibe específicamente la enzima ALDH y, por otra parte, se analizó el efecto de la cianamida que inhibe tanto a la catalasa como a la ALDH

cerebrales. Ambas sustancias se han analizado solas en su interacción con el etanol y también en un tratamiento combinado con 4-metilpirazol (4-MP), un inhibidor de la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH).

Como se comentó anteriormente, la cianamida ha sido utilizada en el tratamiento del alcoholismo debido a que conduce a una acumulación del acetaldehído que es tóxica tras la ingesta de alcohol, así, el uso de esta sustancia como desalentador del consumo de alcohol está basado en que los niveles elevados de acetaldehído en sangre producirán una supresión del consumo posterior de etanol. En este sentido, el pretratamiento con 4-MP permite una reducción en los niveles periféricos de acetaldehído tras la ingesta de etanol sin alterar la actividad de la ALDH y puede ser utilizado como una herramienta para evaluar el papel de la catalasa y la ALDH cerebrales en la mediación de las acciones del alcohol.

Así, el objetivo de este trabajo es clarificar el papel de las enzimas ALDH y catalasa cerebrales mediante (1) un estudio sistemático con un amplio rango de dosis de las sustancias evaluadas, (2) el efecto de cianamida y DDTC en un tratamiento combinado con 4-MP para prevenir la acumulación periférica de acetaldehído. Esta manipulación farmacológica resulta de especial interés por no haberse realizado anteriormente, y (3) por realizarlo mediante una conducta escasamente analizada con estos tratamientos, la actividad locomotora.

Por otra parte, el análisis de estas sustancias podría ser una alternativa al uso extensivo de disulfiram y aminotriazol como únicas herramientas para evaluar el papel de la actividad de las enzimas ALDH y catalasa cerebrales en las conductas inducidas por alcohol.

ANÁLISIS DE LOS CONSUMOS DE COCAÍNA EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO

J. J. Hernández González-Nicolás

Introducción: ¿de dónde partimos? e hipótesis de trabajo: el consumo de cocaína entre los pacientes de los distintos programas de un centro de tratamiento es diferente.

Sujetos o pacientes del estudio población de estudio: La componen los pacientes que acuden a un centro de tratamiento, en cualquiera de sus programas, y que consumen cocaína. Muestra: La componen los pacientes que a día 1 de septiembre de 2000 están adscritos a los diversos programas de la Unidad de Tratamiento y Estudio de las Dependencias (UTED de Doctor Santero). Centro de Estudio: El estudio se realiza en la UTED de Doctor Santero, de Cruz Roja Española, situada en la calle Dr. Santero, 18, de Madrid, convenida con la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Descripción de material y método empleado: Hemos realizado la recogida de diferentes datos durante el mes de septiembre del año 2000 entre los pacientes que acuden a nuestro centro. En el cuestionario se recogían los siguientes datos: datos de filiación, datos de los consumos, y datos en relación con la presencia de dependencia. El análisis estadístico de los datos compara proporciones, dadas las características de los datos y de la muestra que tenemos, y para ello utilizamos la Prueba de la chi cuadrado.

Resultados obtenidos: El estudio incluye a 73 pacientes, existiendo otros 16 que no han participado.

En total, 59% consumen, y el 41% no.

Consumen el 35% un día a la semana y 28% de dos a tres, aunque casi un 30% consume a diario.

Los pacientes del programa metadona-cocaína consumen mayoritariamente uno o dos fines de semana al mes, mientras que los del programa de cocaína lo hacen en mayor medida todos los fines de semana. Entre los pacientes de patología dual la diferencia es escasa.

Casi la mitad de nuestros pacientes que consumen cocaína lo hacen tomando cantidades de cocaína inferiores a medio gramo, y un 30% consumen más de un gramo cada vez.

Las vías preferentemente utilizadas son la esnifada y la fumada, con escasa representación de consumos por vía intravenosa. En su mayoría, los consumos intravenosos se encuentran entre los pacientes del programa de metadona-cocaína. Es más, si unimos a todos los pacientes que consumen metadona (los del programa metadona-cocaína y patología dual), nos encontramos que de un total de siete pacientes que utilizan la vía intravenosa, 6 son de este grupo consumidor de metadona.

Nos encontramos con que casi la mitad de nuestros pacientes eligen la vía fumada, con un 30 % que eligen la vía esnifada. De todos los pacientes que fuman la cocaína, el 90,4% toman metadona.

En el uso de la vía intravenosa, vemos que 6 pacientes que toman metadona la eligen, frente a uno de los que no toma metadona (es decir, un 85,7% de los pacientes que se pinchan la cocaína, además toman metadona).

Sin embargo, si nos fijamos en el consumo por vía esnifada, tres pacientes que consumen metadona eligen esa vía, frente a los doce de los programas de cocaína y otros consumos (es decir, el 80% de los pacientes que esnifan no toman metadona).

Más de tres cuartas partes de los consumos se hacen con compañía, siendo solamente un 23% de los pacientes los que realizan sus consumos en solitario (y de los 10 pacientes que consumen solos, 7 son del programa de metadona-cocaína).

Más del 90% de los consumos en locales corresponden a los pacientes que no consumen metadona (programa de cocaína y de otros consumos), mientras que casi el 90% de los consumos en la calle y más del 75% de los consumos en casas corresponden a los pacientes que sí toman metadona (programas de metadona-cocaína, patología dual y tuberculosis).

El 55,8% de los pacientes que consumen cocaína cumplen criterios de dependencia, y el 44,2% no.

Ahora bien, si contemplamos el total de los pacientes (los que durante el mes del estudio consumen y los que no), vemos que de un total de 73 pacientes, solamente 24 cumplen criterios de dependencia a cocaína, lo que representa un 32,8% del total

Conclusiones finales: Programa de metadona-cocaína. Los pacientes de este programa que consumen cocaína son franca mayoría, consumen un gran número de veces por semana, no acumulando consumos los fines de semana. Toman cantidades moderadas de cocaína, siendo excepcional el patrón de consumo excesivo (los *atracones),* utilizando la vía fumada y la intravenosa. Les es indiferente consumir solos o acompañados, y los consumos los realizan en la calle o en su domicilio. Muchos de ellos cumplen criterios de dependencia, pero otros muchos no lo cumplen, y no existe una pauta de consumo común a todos ellos.

Programa de cocaína: En este programa los pacientes con consumos de cocaína son muy superiores en número a los que no consumen, consumen unas tres veces por semana, acumulando la mayor parte de los consumos en los fines de semana. Toman cantidades superiores de cocaína a las que toman pacientes de otros programas, siendo relativamente frecuente la pauta de consumo de cantidades superiores a un gramo. Utilizan fundamentalmente la vía esnifada y consumen casi siempre acompañados. En relación con el cumplimiento de los criterios de dependencia, casi la mitad los cumple y la otra mitad no. En relación con las pautas de consumo, predominan los consumos ocasionales y habituales sobre los diarios.

Programa de patología dual (metadona, cocaína y patología psiq.). En este programa los consumos de cocaína son menos frecuentes que en otros programas. Pero los pacientes con patología psiquiátrica asociada que consumen cocaína, estos consu-

mos son más esporádicos, con uno o dos consumos por semana, muchas veces relacionados con fines de semana. Las cantidades son muy variables, no soliendo superar el gramo. No utilizan la vía esnifada, siempre consumen acompañados, en la calle o en su casa (nunca en locales). No hay diferencias claras en relación al cumplimiento de criterios de dependencia, pero su tipo de consumo, como hemos dicho, no es diario nunca.

Nuestros resultados nos dicen que no existen diferencias entre los consumos en cada programa en relación al número de consumidores, al número de días por semana con consumo o al número de fines de semana con consumo. Tampoco existen diferencias en relación a la presencia de compañía en el momento del consumo, o en la presencia de dependencia según DSM – IV y el tipo de consumo.

Ahora bien, en relación con los datos obtenidos en nuestra muestra hemos podido comprobar que sí existen diferencias en relación a los siguientes apartados:

Los pacientes del programa de cocaína consumen más cantidad en cada consumo que los de otros programas.

En general, los pacientes que no toman metadona toman cantidades superiores a los que la toman.

Los pacientes del programa de cocaína consumen más por vía esnifada, siendo las otras vías las más utilizadas en otros programas.

En general, los pacientes que toman metadona usan más la vía fumada e intravenosa que la esnifada, al contrario que los que no toman metadona.

Los pacientes que toman metadona consumen más en su casa o en la calle, y los que no toman metadona lo hacen fundamentalmente en locales de ocio.

Bibliografia

Cabrera Bonet R. Manual de Drogodependencias. Cauce Editorial. 1998.
Kreek J. Addict Dis 1996;15:73-96.
Meana JJ. y Barturen F. Psicoestimulantes: cocaína, anfetaminas y xantinas. Universidad de Deusto. 1993.
Cabrera Bonet R. Manual de Drogodependencias. Cauce Editorial. 1998.
Grella. Am J Drug Alcohol Abuse 1997;23:15-42.
Kreek. J Addict Dis 199615:73-96.
Levin. J Addict Dis 1996;15:97-106.
Swersen. Med J Austr 1994;159:373-76.
Kirby. Addiction 1995;90:1241-52.
Margolin. Am J Drug Alcohol Abuse 1996;22:377-88.
Schottenfeld. Arch Gen Psychiatry 1997;54:713-20.
Kreek. Pharmacol Boichem. Behav 1997;57:551-59.
Oliveto. Arch Gen Psychiatry 1999;56:812-20.
Foltin y Fischman. J Pharmacol Exp Ter 1999;278:1153-64.
Rosemblum. J Subst Abuse Treat 1996;13:467-70.
Silverman. Arch Gen Psychiatry 1996;53:409-15.
Varios autores. DSM–IV. Masson. 1995.
Varios autores. DSM–IV. Masson. 1995.
Martín Zurro A. Atención primaria. Mosby-Doyma Libros. 1995: 248-50.
Sentís J. Manual de bioestadística. Masson. 1995:149-52.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH Y VHC EN LOS NUEVOS DROGADICTOS

A. Sanvisens, J. M. Egea, M. Navio, R. Muga

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Analizar la evolución de la epidemia de VIH y VHC en drogadictos de reciente inicio.

Pacientes: Casos remitidos a una unidad de tratamiento de adicciones que han iniciado uso de drogas intravenosas (iv) a partir de enero de 1994.

Métodos: Cuestionarios estandarizados sobre características demográficas y del uso de drogas. Serologías de VIH y VHC durante el ingreso.

Resultados: 90 pacientes (74 H, 16 M) iniciaron drogas iv a partir de enero de 1994. Características al ingreso: edad (mediana) 27 años, fecha de inicio drogadicción iv (mediana) Julio 1995, duración de la drogadicción iv (mediana) 16 meses, edad de inicio de la drogadicción iv (mediana) 25 años. Globalmente, la prevalencia de infección por el VIH y VHC es 17% (15/87) y 79% (60/76) respectivamente, sin que se observen diferencias entre generos, fecha de inicio de la drogadicción iv, antecedente de encarcelamiento y edad de inicio. Según la duración de la drogadicción iv (hasta 16 meses, más de 16 meses) se observan diferencias en la prevalencia de VHC ($p = 0,04$), pero no en la de VIH. El 100% de los DI VIH(+) resultan VHC (+). Entre los DI VHC (+) un 90% presentan Genotipo I y el 86% muestran PCR-VHC cualitativa positiva.

Conclusiones: El VHC se adquiere rápidamente al inicio de la drogadicción intravenosa. La elevada prevalencia de VHC sugiere que el hábito de compartir material de inyección y la transmisión de virus continúa en los DI de corta duración.

LA ACTIVIDAD ENZIMÁTICA MAO-B NO ES UN MARCADOR VÁLIDO PARA DISCRIMINAR ENTRE SUBTIPOS DE ALCOHOLISMO

L. F. Callado[1], J. Ballesteros[2], A. I. Maeztu[1,2], A. González-Pinto[3], J. Ariño[4], M. Gutiérrez[2,3]

Dptos. de [1] Farmacología y [2] Neurociencias (UPV/EHU). Leioa.
[3] Hospital Santiago. Vitoria. [4] CAP de Deusto-San Ignacio. Bilbao.

La progresión clínica de la enfermedad alcohólica sugiere la existencia de distintos grupos o tipologías de enfermos frente a la hipótesis más simple de una única enfermedad que evoluciona a lo largo de un continuo de gravedad. De las clasificaciones recogidas en la literatura, la distinción γ - δ de Jellinek y el modelo neurobiológico de Cloninger (tipos I y II), parecen ser las más aceptadas (Cloninger, 1987). Los dos tipos de alcoholismo propuestos por Cloninger, se diferenciarían sobre la base de la predisposición genética y de ciertas características clínicas. En este sentido, algunos estudios han relacionado el tipo II con una disminución de la actividad plaquetaria de la enzima monoaminooxidasa tipo B (MAO-B) (Devor et al, 1993).

El objetivo del presente estudio era evaluar la posible concordancia de alguno de los subtipos de alcoholismo con un marcador biológico (alteración de la actividad MAO-B).

Los estudios se llevaron a cabo en plaquetas sanguíneas humanas procedentes de pacientes diagnosticados de alcoholismo y sujetos control. Los sujetos fueron evaluados en el servicio de psiquiatría del Hospital de Santiago en Vitoria.

Los pacientes y voluntarios control ofrecieron su consentimiento para la extracción de 40 ml de sangre según procedimientos de rutina, previamente utilizados en nuestro laboratorio.

Las plaquetas sanguíneas se aislaron en un plasma rico en plaquetas (PRP) por centrifugación y posteriormente se utilizaron preparaciones de homogeneizados de membrana. La actividad MAO-B en plaquetas se evaluó mediante técnicas habituales de valoración enzimática (Sherif et al, 1992).

El grupo de estudio estuvo constituido por 78 sujetos (44 alcohólicos y 34 sujetos sanos). Ambos grupos no se diferenciaron en género ($P = 0,79$) o edad ($P = 0,14$). Al analizar la actividad enzimática de la MAO-B en plaquetas de alcohólicos y

de controles, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (t = -0,02, 74 gl, P = 0,98). Cuando se analizó la actividad enzimática de la MAO-B para subtipos de alcoholismo (I, II, y no clasificables) y controles no se encontraron diferencias significativas según los criterios de Gilligan ($F_{3, 72}$ = 0,28, P = 0,84). Tampoco se encontraron diferencias significativas para los criterios de clasificación de von Knörring ($F_{3, 72}$ = 0,92, P = 0,43), ni para la distinción alcoholismo ambiental / genético de Johnson ($F_{3, 72}$ = 0,65, P = 0,58), ni según el criterio de personalidad antisocial ($F_{3, 72}$ = 1,18, P = 0,32). Resultados similares se obtuvieron al eliminar de los análisis el grupo de sujetos alcohólicos no clasificables, o cuando se restringió el análisis específicamente a los subgrupos de alcohólicos (tipo I *vs.* tipo II; ambiental *vs*. genético, o en las comparaciones individuales entre las categorías normal / moderada / severa de personalidad antisocial.

En resumen, ninguno de los criterios de clasificación de alcoholismo utilizados está asociado a la variabilidad de la actividad enzimática de la MAO-B, o dicho de otra manera, esta actividad enzimática no es capaz de discriminar entre distintos subtipos de alcoholismo.

– Cloninger, CR. Science 1987;236:410-16.
– Devor, EJ, et al. Alcohol Clin Exp Res 1993;17:263-7.
– Sherif, F, et al. Alcohol Clin Exp Res 1992;16:1014-20.

Subvencionado por el Plan Nacional sobre Drogas. LFC y AIM son beneficiarios de una beca de investigación del Gobierno Vasco.

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA *PSYCHIATRIC RESEARCH INTERVIEW FOR SUBSTANCE AND MENTAL DISORDERS* (PRISM)

D. Serrano, G. Pérez, M. Astals, R. Martín-Santos, C. Castillo, M.Torrens.

Grup de Recerca Psiquiatria, Servicio de Psiquiatria y Toxicomanías, Hospital del Mar.

Introducción: La identificación de los trastornos psiquiátricos comórbidos en pacientes toxicómanos presenta una gran dificultad clínica. El uso de entrevistas psiquiátricas semiestructuradas supuso una nueva herramienta en este ámbito, siendo la más utilizada la SCID (*Structured Clinical Interview for DSM*). La aparición de la entrevista PRISM (*Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders*) (1996), ha posibilitado el disponer por primera vez de un instrumento diagnóstico diseñado específicamente para la población toxicómana.

El *Objetivo* del presente estudio es la validación de la versión en castellano de la entrevista PRISM.

Sujetos y método: Se evaluaron 105 pacientes (70% hombres, media de edad 33+8 años) diagnosticados de trastornos por uso de sustancias según criterios DSM-IV que fueron visitados en el Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías de un hospital general universitario. Todos ellos fueron evaluados por dos investigadores de forma independiente y ciega, mediante las entrevistas semiestructuradas SCID-IV (1997) y PRISM-IV. Asimismo se recogieron los diagnósticos clínicos psiquiátricos realizados, de forma también independiente y ciega, por los psiquiatras responsables de cada paciente. Los diagnósticos se realizaron sobre los últimos 12 meses (diagnóstico actual) y a lo largo de la vida (prevalencia vida). Se usó el estadístico kappa para indicar el grado de fiabilidad interevaluadores obtenidos entre las dos entrevistas estructuradas, y de ambas frente a la valoración psiquiátrica del clínico (kappa = 1, máxima concordancia; kappa entre 0,7 y 1, buena concordancia; kappa entre 0,5 y 0,7 concordancia aceptable; y kappa < 0,5, mala concordancia).

Resultados: Las fiabilidades interdiagnósticas entre las entrevistas PRISM y SCID, mostraron una buena concordancia para los diagnósticos actuales de esquizofrenia (kappa = 0,79), trastorno de angustia con agorafobia (kappa = 0,74) y fobia social (kappa = 0,91), mientras que fueron malas para depresión mayor (kappa = 0,20) y para trastornos afectivos y psicóticos inducidos por sustancias (kappa = 0,30 y 0,18 respectivamente), así como para trastornos de personalidad antisocial y límite (kappa = 0,24 y 0,27).

Conclusiones: La entrevista PRISM parece ofrecer una adecuada validez para el diagnóstico de algunos trastornos del eje I del DSM-IV como esquizofrenia, trastorno de ansiedad con agorafobia y fobia social. Las tasas bajas de concordancia en los diagnósticos de trastornos afectivos y de personalidad podrían ser explicadas por el propio perfil del PRISM (orientado hacia el uso de sustancias) y por la propia categoría específica de trastornos inducidos por sustancias, a la cual se concede una gran importancia en el diseño de la entrevista PRISM, y que explicaría la divergencia en los diagnósticos del área afectiva entre PRISM y SCID.

Bibliografía

Hasin DS, Trautman KD, Míele GM, et al. Psychiatric Research Interview for substances and mental disorders (PRISM). Reliability for substance abusers. Am J Psychiatry 1996;153:1195-1201.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Clinician Version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press, 1997 [versión española: entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I). Barcelona: Masson, 1999].

Torrens M, Martín-Santos R, Serrano D, Pérez G, Astals M, Castillo C. Diagnosis of Psychiatric Comorbidity in drug addiction: new perspective with new tools. Heroin Addiction and Related Clinical Problems 2000;2 S-1:56.

Este estudio ha sido parcialmente financiado por la beca FIS 98/0176.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE *SCREENING* PARA LA DETECCIÓN DE PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA EN TOXICOMANÍAS

M. Astals, A. Domingo-Salvany, M. Almendros, C. Fos, A. Ortells, L. Torralba, M.Torrens

Hospital del Mar-IMIM, Cruz Roja, CAS-Barceloneta, PMSD-Barcelona.

Introducción: Cada vez se reconoce más la importancia de la patología psiquiátrica concomitante en el curso clínico y pronóstico de las drogodependencias. Se ha desarrollado una entrevista semiestructurada, la PRISM (Hasin et al. 1996), específicamente diseñada para establecer los diagnósticos psiquiátricos asociados en esta población. Esta entrevista es útil para la investigación clínica, pero necesita ser administrada por entrevistadores entrenados y expertos en psicopatología y su duración, dependiendo del sujeto, es de 2 a 3 horas, lo que dificulta su uso en la práctica clínica diaria.

El *Objetivo* del presente estudio es validar un instrumento de cribajes de patología psiquiátrica para población general, en pacientes toxicómanos, utilizando como «patrón oro» los diagnósticos psiquiátricos obtenidos mediante la PRISM.

Sujetos y método: Se estudiaron 150 sujetos (78% varones, edad media 33,3 ± 7 años) diagnosticados de dependencia de opiáceos (criterios DSM-IV) que iniciaron, de forma consecutiva, un tratamiento de mantenimiento con metadona en tres centros de toxicomanías de Barcelona.

Tras firmar el consentimiento informado, a todos los pacientes se les administró la escala de cribaje del CIDI2.1 (miniCIDI) (OMS 1993) y la versión española de la PRISM (Torrens et al 2000). La miniCIDI fue administrada por tres evaluadores distintos previamente entrenados, y la PRISM fue administrada en todos los casos por un mismo evaluador, experto, independiente y de forma ciega con respecto a los anteriores. Se estudió el grado de sensibilidad y especificidad de la miniCIDI para los distintos diagnósticos psiquiátricos, obtenidos mediante la PRISM.

Resultados: La prevalencia vida de trastornos psiquiátricos concomitantes detectados mediante la PRISM en el eje I ha sido: T. afectivos en el 11%, fobia social en el 5%, T. por estrés post-traumático y fobias específicas en el 4%, T. psicótico en el 3%, T. afectivo inducido por sustancias y T. psicótico inducido en el 3% de los casos, respectivamente. Mediante la miniCIDI las prevalencias vida de trastorno psiquiátrico han sido: T. afectivos en el 90%, T. de pánico en el 75%, fobia específica en el 68%, fobia social en el 39% y T. psicótico en el 25%.

El nivel de sensibilidad (S) y especificidad (E) de la miniCIDI para los distintos diagnósticos ha sido: T. afectivos: S 96%-E 26%, T. de pánico: S 100%-E 26%, fobia específica: S 100%-E 34%, fobia social: S 87%-E 64% y T. psicótico: S 50%-E 76%.

Conclusiones: El instrumento de *screening* miniCIDI es altamente sensible para los T. de pánico, las fobias específicas, los T. afectivos y la fobia social, aunque su especificidad es baja.

Bibliografía

Hasin DS, Trautman KD, Míele GM, et al. Psychiatric Research Interview for substances and mental disorders (PRISM). Reliability for substance abusers. Am J Psychiatry 1996;153: 1195-1201.

Torrens M, Martín-Santos R, Serrano D, Pérez G, Astals M, Castillo C. Diagnosis of Psychiatric Comorbidity in drug addiction: new perspective with new tools. Heroin addiction and Related Clinical Problems 2000;2 S-1:56.

World Health Organization. 1993. Composite International Diagnostic Interview-Version 1.1. Geneva: WHO.

(Estudio financiado por la beca FIS nº 00/0810 y el Plà Municipal d'Acció sobre les Drogues de Barcelona).

ITINERARIO TERAPÉUTICO PARA PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

López Camps, R. Hinarejos Viadel, F. Palau Muñoz, C. Sánchez Mañez, A. Romero Carrión, C. Puig Gurrea, S. González Cordero, P. Martínez Serrano, M.

Resumen: Objetivo: Describir los recursos asistenciales y de reinserción para drogodependientes en el municipio de Paterna así como la coordinación entre ellos. Evaluar la evolución del colectivo de pacientes que han sido atendidos en el Centro de Día para Drogodependientes Paterna, a lo largo del período comprendido entre el 24 de enero de 2001, fecha en la que inicia su actividad, y el 30 de junio del mismo año. La hipótesis inicial pretende mostrar que los drogodependientes que cuentan con mayor apoyo psicosocial evolucionan mejor.

Material y método: Estudio de carácter descriptivo y retrospectivo.

Pacientes participantes 22: 20 pacientes con diagnóstico principal de dependencia a opiáceos más abuso de otras sustancias (alcohol, cocaína, benzodiacepinas, cannabis) y dos pacientes con diagnóstico de alcoholismo.

Se evalúan al inicio mediante los siguientes instrumentos:

– EuropASI.

– Entrevista semi estructurada para medir el estadio de cambio.

Resultados: El perfil de usuario drogodependiente atendido se corresponde con un varón de 31 años, soltero con diagnóstico principal de dependencia a opiáceos (90% dependencia a opiáceos y 10% con diagnóstico de dependencia a alcohol).

Respecto a la vía de acceso, mayoritariamente acuden al Centro de Día derivados por la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) y por la Asociación de Familiares de Ayuda al Drogodependiente (AFAD).

Mensualmente la media de usuarios atendidos es de 7.

Atendiendo a la entrevista de evaluación utilizada, el índice de severidad en las diferentes áreas evaluadas es (datos del EuropASI):

0-1 No existe problema real, el tratamiento no esta indicado.
2-3 Problema leve, el tratamiento probablemente no es necesario.
4-5 Problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento.
6-7 Problema considerable, el tratamiento es necesario.
8-9 Problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario.

Las áreas «Uso de drogas» y «Apoyo social» presentan las puntuaciones más altas rango 6-7. En las áreas «Psicológica», «Médica» «Laboral» y «Legal» el problema es moderado, situándose las puntuaciones medias en el rango 4-5. La necesidad de intervención en el área de uso de «Alcohol», paradójicamente no supone una urgente necesidad de intervención.

Destacar que la media de días de permanencia en el centro es de 79 para los que cuentan con el apoyo de un piso tutelado y de 50 en las casos en que no se benefician de este tipo de recurso.

En cuanto a la situación actual, el 64% de los usuarios que no cuentan con un piso de apoyo abandonan y el 35,7% continúan y los que cuentan con piso de apoyo el 62,5% continúan y el 37,5% abandonan.

Respecto a los estadios de cambio encontramos:

– Un 58,8% de sujetos en Actuación;
– Un 17,6% en *Mantenimiento;*
– Un 11,8% en *Contemplación;*
– Un 5,9% en *Precontemplación;* y
– Un 5,9% en *Preparación.*

Destaca el alto porcentaje que representan los estadios de Actuación y Mantenimiento.

Conclusiones: A partir de los datos obtenidos en los 6 meses estudiados se observa una tendencia a permanecer más días en los recursos de inserción/reinserción social para aquellos que cuentan con el apoyo de un piso tutelado. Estos datos apoyan la idea de la necesidad de incrementar y diversificar la oferta asistencial, de tal modo que a mayor disponibilidad de recursos de carácter psicosocial, mejor evolución, al menos en los indicadores medidos.

Palabras clave: Coordinación recursos. Reinserción. Asistencia. Politoxicomano. Apoyo Psicosocial.

Bibliografia

Albiach C, Palau C, Llinares C, Santos P. Estudio sobre la adherencia a tratamiento en sujetos con adicción a diferentes sustancias que acuden a servicios ambulatorios. En: V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz). 1998.

Gerstein DR. Resultados de la investigación. En: M. Galanter, H. D Kleber (dirs). Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias, de la American Psychiatric Press. Barcelona. Masson, S.A. 1997.

Kreek MJ. Visión retrospectiva y perspectivas de futuro. En M. W. Parrino. Manual de tratamiento con metadona. Barcelona. IGIA. 1997.

Mayor L, López R, Valles A. Procesos psicológicos y adicciones. Procesos de cambio. Cristóbal Serrano (c.s.v.). Valencia. 1998.

Parrino MW. Situación actual y tendencias de futuro en el tratamiento con metadona. En: MW, Parrino. Manual de tratamiento con metadona. Barcelona. IGIA. 1997.

Payte JT, Khur ET. Duración del tratamiento y retención de los pacientes. En: MW, Parrino. Manual de tratamiento con metadona. Barcelona. IGIA. 1997.

Prochaska JO, Diclemente C, Norcross JC. Cómo cambia la gente, Aplicaciones en los comportamientos adictivos. RET, Revista de toxicomanías 1994;1:3-14.

Procjaska JO, Diclemente CC, Velicer WF Rossi J. Criticisms and concerns of the transtheorical model in light of recent research. 1992.

Varios autores. Aspectos éticos de los programas de sustitución para dependientes a opiáceos en España; conclusiones y recomendaciones. En: seminario Interdisciplinar de Expertos. Madrid. FAD. 1998.

PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR DESARROLLADO EN LA UCA DE DENIA: PERFIL DE LOS USUARIOS Y RESULTADOS

I. Camacho Ferrer[*], R. Llinares Giner[**], M. J.Gimeno Lor[***], F. Femenia Peret[****], J. Ferrer Martí[*****]

[*]Unidad de Conductas Adictivas de Denia. Psicóloga. [**]Unidad de Conductas Adictivas de Denia. Médico. [***]Unidad de Conductas Adictivas de Denia. Enfermera. [****]Unidad de Conductas Adictivas. Psicóloga prácticas. [*****] Unidad de Conductas Adictivas. Conserje.

Introducción: En Europa se conoce la planta del tabaco a partir del primer viaje de Colón a América. Desde hace aproximadamente 100 años, la importancia del tabaco se ha acrecentado y es en la década de los 60 cuando se empezó a tomar clara conciencia del problema que representa para la población el consumo de productos derivados del tabaco. La gran importancia de atajar la epidemia del tabaquismo se debe a que el número de consumidores se cuentan por millones (OMS 1979) y actualmente se considera como el problema número uno de salud pública. A medida que los fumadores se han concienciado de la necesidad de dejar de fumar lo han abandonando; algunos, por ellos mismos; otros, recurriendo a los distintos tratamientos que han ido apareciendo de forma paralela a la demanda de asistencia para abandonar el hábito tabáquico. La creación de las UCAs en la Comunidad Valenciana supone la asistencia de todas las adicciones, incluida la dependencia a la nicotina.

Objetivo: El objetivo del estudio es conocer el perfil de los usuarios que solicitan tratamiento para abandonar el hábito tabáquico en la UCA de Denia, el estadio de cambio en que se encuentran, así como los resultados del programa de tratamiento aplicado. La muestra se compone de 25 sujetos que han solicitado tratamiento por su dependencia a la nicotina.

Material y método: Se han estudiado diferentes variables sociodemográficas y toxicológicas en una entrevista clínica llevada a cabo de forma individual. Posteriormente, se ha aplicado el «Programa para dejar de fumar», diseñado y evaluado por el Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de Santiago de Compostela, en grupos formados por una media de 6 sujetos. En nuestro caso la duración del programa ha sido de seis sesiones.

Resultados: El 60% de la muestra son varones; la edad media es de 36 años, el 56% están casados; el 48% solicita tratamiento por iniciativa propia. Los problemas de salud, en el 64% de los casos han sido el principal motivo de inicio en el tratamiento. Es importante destacar que un 88% tiene familiares directos que son o han sido fumadores. La edad media de inicio en el consumo es de 15 años. El 60% no ha realizado ningún intento previo por dejar el consumo, a pesar de que llevan consumiendo tabaco durante una media de 19 años. El 31% han tenido problemas de dependencia a otras sustancias. El 52% de la muestra se encuentra en estadio de contemplación en el momento en que inicia el programa. El 52% de los sujetos finaliza el programa, de éstos el 66,7% abandona el consumo.

Conclusiones: La UCA de Denia, ante el aumento de la demanda de tratamiento para esta adicción, puso en marcha el «Programa para dejar de fumar», en grupos, diseñado y evaluado por el Departamento de Psicología de Santiago de Compostela. Cabe destacar que, aunque la muestra es pequeña, estamos ante un perfil de fumador relativamente joven, que lleva 15 años fumando; actualmente, fuma una media de más de un paquete diario. Además, el motivo principal que le impulsa a dejar el consumo de tabaco en el momento de iniciar el tratamiento responde a problemas de salud. Tal como ocurre con otras sustancias, en el momento en que acuden a la Unidad, la mayor parte de los sujetos se encuentran en el estadio de contemplación. Pensamos que el alto porcentaje de la muestra que ha recibido tratamiento por dependencia a otras sustancias dentro de la Unidad, se debe probablemente a que este programa se ha desarrollado en el mismo centro, lo cual ha facilitado que los pacientes que están siguiendo un tratamiento por dependencia a otras sustancias se planteen abandonar el consumo del tabaco.

El porcentaje de sujetos que dejan el consumo al final del tratamiento corrobora una vez más que este Programa, dentro del abanico de tratamientos posibles es un tratamiento eficaz para abandonar el consumo de tabaco. En la actualidad estamos realizando el seguimiento de los primeros grupos. Esta evaluación se lleva a cabo tres meses después de que los miembros del grupo hayan finalizado el tratamiento. De momento, los resultados son positivos.

Bibliografía

Begoña E. Tratamiento del tabaquismo. En: Graña J.L. (dir), Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid. Debate. 1994c.

Begoña E. Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En: Graña J.L. (dir), Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid. Debate. 1994c.

Begoña E. Evaluación de la conducta de fumar. En: Graña J.L. (dir), Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid. Debate. 1994c.

Begoña E. Programa para dejar de fumar. 3.ª edición. Universidad de Santiago de Compostela Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. Santiago de Compostela. 1995.

Prochaska JO, Di Clemente CC. «Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change». Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983;51:390-5.

Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. «In Search of how people change. Applications to adictive behaviours». American Psychologist 1992; 47:1102-14.

Prochaska JO, Velicer WF, Di Clemente CC, et al. «Measuring proceeses of change: applications to the sessation of smoking». Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988;56: 520-8.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON METADONA

F. Forcada Chapa, P. Santos Diez, M. C. Zamorano García, Y. Pina, N. Cerdá

Unidad de Conductas Adictivas, Área 13 de Salud. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Resumen: Introducción. Los programas de control de calidad en servicios sanitarios deben tener en cuenta el grado de satisfacción de los usuarios como uno de sus principales indicadores.

La percepción y las estrategias de adaptación de los programas de mantenimiento de metadona a las propias necesidades de los pacientes, son una fuente de conocimiento importante para el diseño de los criterios de calidad de los tratamientos[1]. Diversos estudios indican, como factores que pueden incidir en la percepción de los tratamientos con metadona, la correcta utilización del fármaco[2], la existencia de listas de espera[3] y la influencia del tratamiento sobre la problemática laboral[4].

Objetivo: Estudiar el grado de satisfacción con el tratamiento de los usuarios que llevan a cabo un programa de mantenimiento con metadona.

Material y método: La muestra del presente estudio está formada por 64 sujetos (4 mujeres y 60 varones) que llevan a cabo un tratamiento de mantenimiento con metadona en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Área de Salud nº 13 de Xàtiva. La selección de la muestra de realizó aleatoriamente. Para la evaluación del programa de tratamiento por parte de los pacientes se elaboró un cuestionario compuesto por 14 ítems en los cuales se pretende estudiar las opiniones sobre aspectos concretos relativos a la accesibilidad, al programa y a la intervención del equipo. Los sujetos fueron informados de la confidencialidad de los datos. Previo al estudio, se realizó una serie de entrevistas estructuradas con preguntas abiertas a 20 pacientes que habían solicitado iniciar tratamiento con metadona, en las que se les preguntaba sobre sus expectativas hacia el mismo. Éstas se referían esencialmente a la evitación del síndrome de abstinencia, el temor a depender de una institución para la toma de sus dosis y diversos aspectos referentes a la integración sociolaboral. Basándonos en la información recogida, se diseñó el cuestionario arriba señalado. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS/PC +.

Resultados: El perfil tipo de la muestra estudiada estaría representado, en cuanto a las variables sociodemográficas, por un varón de 31 años, soltero y sin hijos; con un nivel de estudios de EGB y laboralmente activo. En el momento de la recogida de datos, el tiempo medio de tratamiento con metadona era de 16 meses. El 76% de la muestra recoge las dosis de metadona con una frecuencia semanal. Con relación al consumo de sustancias, señalar que la mitad de la muestra ingiere alcohol a diario (abusivamente o no), el 94% fuma tabaco, más de la mitad fuma cannabis, consume cocaína –vía nasal– el 40,6%, el 11% cocaína en base y el 6,3% vía endovenosa. Una cuarta parte de la muestra toma benzodiacepinas sin prescripción médica; consume heroína de manera esporádica el 21,9%, otros opiáceos el 3,2%, speed o anfetaminas el 7,9% y éxtasis el mismo porcentaje. Los resultados referentes a la evaluación del programa reflejan cómo el ítem peor valorado es el relativo a la no incidencia de los desplazamientos a la UCA sobre sus actividades cotidianas (el 48,4% se muestra de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación). El 73,4% de la muestra opina (muy de acuerdo o de acuerdo) que le resultó fácil y rápido iniciar el tratamiento. El resto de los ítems presenta un porcentaje superior al 85% de respuesta favorable (muy de acuerdo o de acuerdo); en concreto, la puntuación media en las preguntas referidas al programa es de 88,35% y en las referentes al equipo terapéutico es de 92,02%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos indican un alto grado de aceptación del servicio (programa y tratamiento), aunque nos sugieren la posibilidad de introducir mejoras orientadas a facilitar la accesibilidad del fármaco. Dichas mejoras son imprescindibles si pretendemos avanzar hacia la aplicación de protocolos estandarizados de control de calidad, y más si queremos que los criterios de calidad contemplen la satisfacción de los usuarios y la imagen del servicio frente a los mismos y la sociedad en general. Por ello sería adecuado favorecer la accesibilidad en el inicio del tratamiento, con la existencia de puntos de dispensación (no sólo de administración) más próximos al usuario que evitara los retrasos de unos días que se producen en la disponibilidad de las dosis. Estos mismos puntos de dispensación serían una solución apropiada para evitar pérdidas de jornadas laborales y otros problemas de inserción social que derivan de los largos desplazamientos para recogida de las dosis de metadona. La dispensación de metadona en las oficinas de farmacia, en aquellas áreas en la que existe una notable dispersión geográfica, resultaría una iniciativa lógica, sencilla y efectiva en este sentido.

Bibliografía

Koester S, Anderson K, Hoffer L. Active heroin injectors´ perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? Subst Use Misuse 1999;34(14):2135-53.

Lenne M, Lintzeris N, Breen C, Harris S, Hawken L, Mattick R, Ritter A. Withdrawal from methadone maintenence treatment: prognosis and participant perspectives. Aust N Z J Public Health 2001;25(2):121-5.

Fountain J, Strang J, Griffiths P, Powis B, Gossop M. Measuring met and unmet need of drug misusers: integration of quantitative and qualitative data. Eur Addict Res 2000;6(2):97-103.

Grella CE, Annon JJ, Anglin MD. Ethnic differences in HIV risk behaviors, self-perceptions, and treatment outcomes amog women in methadone maintenance treatment. J Psychoactive Drugs 1995; 27(4):421-33.

EXPECTATIVAS PREVIAS AL INICIO DE UN TRATAMIENTO CON METADONA

P. Santos Díez, R. Forcada Chapa, M. C. Zamorano García, G. González Martínez

Unidad de Conductas Adictivas, Área 13 de Salud. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Resumen: Introducción. El conocimiento de las razones por las que un sujeto demanda tratamiento con metadona, sus conocimientos y expectativas sobre el mismo y los motivos por los que lo elige puede ayudarnos a mejorar el diseño de los programas de metadona. El conocimiento de las expectativas y temores sobre el tratamiento de metadona puede servir de base para la adaptación de los programas de mantenimiento de metadona a las propias necesidades de los pacientes. Esta es una fuente de información importante para el diseño de los criterios de calidad de los tratamientos.

Objetivo: Conocer las expectativas previas al inicio de un programa de tratamiento con metadona en una muestra de sujetos que lo demandan.

Material y método: La muestra del presente estudio está formada por 20 sujetos (2 mujeres y 18 varones) que solicitaron tratamiento de mantenimiento con metadona en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Área de Salud nº 13 de Xàtiva durante los meses de enero a abril, ambos inclusive. Se elaboró una entrevista estructurada de preguntas abiertas. Éstas se referían a los tipos de tratamiento que conocía, tratamientos previos, valoración de los mismos, conocimientos previos sobre el tratamiento de metadona, aspectos positivos y negativos del mismo, razones por las que había elegido este tratamiento y expectativas sobre el mismo. Las entrevistas se realizaron antes de iniciar el tratamiento con metadona.

Resultados: Los sujetos conocen principalmente los tratamientos ambulatorios en Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), las Unidades de Desintoxicación (UDHs), las Unidades de Deshabituación Residencial (UDRs), los programas de metadona y con antagonistas. Casi ninguno se refiere a centros y/o comunidades no profesionales. En cuanto a los tratamien-

tos realizados, prima el farmacológico con antagonistas, la desintoxicación y en menor medida, los programas con metadona y residenciales. En la mayoría de los casos es su primer tratamiento con agonistas. A la pregunta de ¿con qué tratamiento te ha ido mejor?, algo más de la mitad de la muestra contesta «con ninguno» seguido de un 25% que contesta Comunidad Terapéutica. El 40% de la muestra ha oído hablar bien de este tratamiento, un 8% ha oído «cosas malas» y otro 8% que «crea dependencia». Al ser preguntados por aspectos positivos las respuestas más frecuentes están relacionadas con la evitación del síndrome de abstinencia, seguido de ahorro económico y en tercer lugar «poder trabajar», «no consumes», «te quita los deseos de consumo» y «hacer una vida normal». Los aspectos negativos más valorados, de mayor a menor frecuencia, son: «es un enganche», «perjudica el cuerpo», «consumes cocaína u otras drogas» y «tener que venir todos los días». El 50% de la muestra conoce a alguien que realiza un PMM y «le va bien», un 20% conoce a alguien y «le va bien pero consume cocaína u otras drogas», otro 20% «bien unos, otros no» y el restante 10% no conoce a nadie que lleve a cabo este tratamiento. Las razones que aducen para la elección de este programa son: «los otros no me han funcionado» (35%), «no perder trabajo» (15%), «porque lo he probado» (10%) y «es rápido»(10%). Los aspectos de su vida que creen pueden mejorar con este tratamiento son: «trabajo» (24%), «entorno familiar» (24%), todos (16%) y «relaciones sociales» (12%). A la pregunta de porqué, responden en blanco el 50% de la muestra, un 10% «porque te evita el síndrome de abstinencia», otras contestaciones son: «porque la metadona estabilizará mi vida», «seré una persona normal», «porque lo veo en otros», etc. Finalmente el 40% de los sujetos cree que este tratamiento será mejor que los que ha llevado a cabo con anterioridad, un 25% contesta: «sí, espero», un 10% no contesta, un 10% «regular», un 5% «diferente y un 5% «no lo sé». El 40% de la muestra que contesta a la pregunta de porqué, lo hace diciendo: «porque he visto gente que va bien».

Conclusiones: La percepción de los sujetos sobre el beneficio reportado por los tratamientos realizados con anterioridad es negativa, aunque una cuarta parte de la muestra opina que el tratamiento residencial ha sido el mejor de los realizados hasta ese momento. Un porcentaje muy considerable ha oído hablar bien de este tratamiento y conocen a alguna persona cuya evolución valoran positivamente. Este hecho es el primer factor a la hora de «elegir» este tipo de tratamiento. Las expectativas de los sujetos que conforman la muestra son, en general, muy positivas y tienen que ver con una mejoría en el ámbito laboral y el entorno familiar. Tan solo un porcentaje mínimo duda sobre si este tratamiento será mejor que los realizados con anterioridad.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ALCOHÓLICOS

P. Santos Diez, R. Forcada Chapa, M. C. Zamorano García

Unidad de Conductas Adictivas, Área 13 de Salud. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Resumen: Introducción. Diversos estudios demuestran una alta prevalencia de trastornos de personalidad en drogodependientes[1-3]. Las prevalencias de los distintos tipos de trastorno de personalidad parecen variar en función de cuál sea la principal sustancia de abuso del paciente, del sexo y del estatus socioeconómico[4]. Al centrarnos en el alcohol, los estudios epidemiológicos en muestras comunitarias, encuentran que la comorbilidad psiquiátrica para la dependencia alcohólica, es dos veces mayor de la esperada[5]. En pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio, los trastornos asociados más frecuentes fueron los trastornos afectivos, trastornos de personalidad y trastornos por otras drogas[6]. La asociación de la alcoholdependencia a trastornos de personalidad conlleva una peor respuesta a tratamiento a corto plazo[7]. La existencia de alteraciones en el eje II en sujetos dependientes de alcohol, condiciona el correcto tratamiento de su patología adictiva, por lo que el diagnóstico de dichos trastornos se convierte en un aspecto clave de la intervención. Consideramos necesario ahondar en el conocimiento de la distribución de dichos trastornos en la población de sujetos alcohólicos que demandan tratamiento en unidades especializadas.

Objetivo: Conocer la distribución de los trastornos de personalidad en sujetos adictos a alcohol que demandan tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas.

Material y método: La muestra de este estudio está formada por 69 sujetos (12 mujeres y 57 hombres) que iniciaron tratamiento y fueron diagnosticados de dependencia de alcohol (DSM-IV) durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2000 en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Área de Salud nº 13 de Xàtiva. Se excluyeron de la muestra aquellos sujetos que no realizaron el cuestionario IPDE y la entrevista IPDE. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados: El perfil tipo de la muestra se describe como un varón de 40 años, casado, convive con su familia nuclear, con estudios primarios, obrero con o sin cualificación, en activo, sin problemas judiciales, acuden por iniciativa propia o derivado por su médico de cabecera; en la primera visita acuden solos o acompañados por su pareja o un amigo. La gran mayoría no ha realizado tratamientos previos y aquellos que lo hicieron fue en Unidades de Salud Mental o centros no oficiales. El 71% no ha conseguido períodos previos de abstinencia más prolongados de tres meses. Una cuarta parte de la muestra presenta antecedentes familiares adictivos y/o psiquiátricos. El 32% de la muestra presenta antecedentes personales psiquiátricos y el 25% antecedentes personales adictivos. Finalmente señalar que el 21,7% de los sujetos presenta consumo concomitante de cocaína y el 17,4% de otras sustancias (cannabis, psicofármacos, otros estimulantes, etc.). En el tratamiento, se pauta interdictores a casi la mitad de la muestra (49,3%). La prevalencia encontrada en la muestra de los diferentes trastornos de personalidad es la siguiente: los más prevalentes son el trastorno límite de la personalidad (5,8%) y el trastorno por evitación (5,8%), seguido del trastorno por dependencia (4,3%); y por último, los trastornos esquizoide (2,9%) y obsesivo-compulsivo (2,9%). El 13% de la muestra presenta más de un diagnóstico de trastorno de personalidad. La combinación más frecuente es la del trastorno mixto de personalidad que incluye rasgos de los trastornos límite y por dependencia.

Conclusiones: Destaca la baja prevalencia de Trastornos de Personalidad en la presente muestra, a diferencia de otros estudios que refieren porcentajes superiores. Este hecho podría deberse a diferencias de la muestra (variables sociodemográficas, procedencia de los sujetos, patrones de consumo, apoyo familiar y social, etc.). Tal y como demuestran otros estudios, la prevalencia de trastornos de personalidad es superior en las poblaciones urbanas y en grupos sociales más bajos[8]. Por otro lado señalar que predominan tres trastornos de la personalidad: Trastorno límite, T. por evitación y T. por dependencia, a diferencia de lo que ocurre en alguna muestra de adictos a cocaína (en las que predomina el Trastorno límite de la personalidad con una clara diferencia sobre el resto)[9] y en muestras de adictos a opiáceos, la mayoría de los cuales confirman el trastorno de personalidad antisocial como el más frecuente[4]. Estimamos indispensable el diagnóstico y tratamiento de los posibles trastornos de personalidad dada su influencia tanto en el curso como en la intervención de la conducta adictiva.

Bibliografía

Cervera G, Bolinches F, Valderrama JC. Trastornos de la personalidad y drogodependencias. Trastornos Adictivos 1999;1(2):91-9.

San Narciso Gl, Carreño JE, Pérez SF, Álvarez CE, González MP, Bobes J. Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroinómanos en tratamiento con naltrexona. Adicciones 1998;10(1):7-21.

Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman Al. Relationships of personality disorders with problem severity in methadone patients. Drug Alcohol Depend 1994;35:69-76.

San Narciso GI, Gutiérrez E, Saiz PA, González MP, Bascarán MT, Bobes J. Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroinómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). Adicciones, 2000;12(1):43-56.

Cuadrado P. Dependencia alcohólica y comorbilidad psiquiátrica. Actas Luso Esp Neurol Psiquiat Cienc Afines 1996;v.25;n.5. p. 231-44.

Cuadrado P. Estudio de la comorbilidad psiquiátrica en la dependencia alcohólica. Actas Luso Esp Neurol Psiquiat Cienc Afines 1998;v.26;n.3. p. 173-9.

Cuadrado P. Enfermos con dependencia al alcohol y comorbilidad psiquiátrica: un grupo herogéneo. Actas Luso Esp Neurol Psiquiat Cienc Afines 1999;v.25;n.5. p. 231-44.

De Girolamo G, Reich JH. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales: trastornos de la personalidad. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor; 1996.

Forcada R, Santos P, Fons MR, González G, Zamorano C. Trastornos de personalidad en adictos a cocaína. Adicciones, 2001; 13(Supl 1):82.

EXPERIENCIA DE UNA MUESTRA DE ALCOHÓLICOS EN UN TALLER DE FORMACIÓN OCUPACIONAL MODALIDAD JARDINERÍA (UNIDAD DE ALCOHOLOGÍA DE LA MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DE LA SAFOR)

M.a C. Llinares Pellicer, M. Lloret Boronat***

*Psicóloga de la Unidad de Alcohología de la Mancomunidad de Municipios de la Safor (Gandía), **Trabajadora Social del Ayuntamiento de Gandía

Introducción: Si tomamos las diferentes definiciones del término «reinserción» tratando de adaptarlas a la realidad social de las personas que siguen tratamiento por dependencia al alcohol, con todas las repercusiones en la esfera social que este trastorno genera, podemos llegar a afirmar que la reinserción es el conjunto de medidas dentro del proceso terapéutico, destinadas a capacitar al paciente alcohólico a participar y hacer frente a las exigencias de la familia, trabajo y comunidad, estableciendo una relación no conflictiva con el entorno y consigo mismos (Sellés Moya, R. et al, 1996).

El objetivo primordial de la reinserción es rehabilitar al alcoholdependiente conduciéndole a la «normalidad social».

La reinserción social debe concebirse como un proceso individualizado y personalizado, por lo que, desde planteamientos globales y contando con estructuras de coordinación, debe considerarse la necesidad de desplegar una pluralidad de oportunidades y programas, que se adecuen a las diferentes características y necesidades que pueden presentar los alcoholdependientes (entrenamiento en habilidades sociales, potenciación de la autoestima, etc.). La intervención con alcoholdependientes entraña complejidad, puesto que, junto con una serie de intervenciones dirigidas a apoyar la superación del procesos de dependencia al alcohol u otra sustancia (acciones de tipo psicológico, sanitario, social y emocional), se hace necesario facilitar la normalización e inserción social del paciente. Todo ello supone la utilización de un variado tipo de recursos y dispositivos de apoyo, para personalizar al máximo el tratamiento a dispensar a cada alcoholdependiente, que entraña la implicación de diferentes tipos de profesionales (equipo multiprofesional).

Entendemos por reinserción social del alcoholdependiente el proceso de vinculación afectiva y activa a la normalidad cultural económica y social que un sujeto realiza después de un período de aislamiento o crisis con la misma, además la reinserción social no puede entenderse como la fase final de un proceso de tratamiento sinó que tiene que estar presente en todo el proceso (Funes Artiaga J, 1987).

Uno de los aspectos a tener en cuenta para la planificación de los programas de reinserción es conocer el tipo de individuo para el que trabajamos, así como sus características personales, sus condiciones de vida, de educación, de salud. familiares, sociales, educativas y culturales. En definitiva debemos plantearnos la necesidad de conocer la historia personal del sujeto para acometer un programa de tratamiento y conseguir, al final, los éxitos deseados.

Si bien lo económico y laboral se constituyen como elementos básicos de la inserción social, no son los únicos a tener en cuenta ya que desde una perspectiva más amplia se incluyen también elementos referidos anteriormente. Entre estos elementos interesan de forma especial, aquellos que van dirigidos al campo educativo y que podemos encontrar en el marco de la educación no formal e informal, que complementan el proceso de educación en los individuos y que permiten, en muchos casos, superar las limitaciones que presentan estas personas (Vega Fuente A, 1993).

El objetivo de este proceso formativo tiene como aliciente la búsqueda de un empleo, aunque existen otros elementos que llevan pareja la utilización de una serie de instrumentos básicos para el desenvolvimiento social para trabajar desde el proceso de reinserción, que son:

– Recuperación o adquisición de pautas de conducta que le permitan establecer relaciones positivas y adecuadas con su medio social.

– Normalización de la convivencia familiar.

– Potenciar la formación y capacitación laboral así como el entrenamiento en habilidades sociales para la búsqueda de empleo.

– Apoyar la aceptación y la integración en las realidades culturales de la comunidad donde se encuentra.

Dentro del programa de inserción-reinserción de nuestro plan de acción, se contempla los siguientes proyectos:

– Cursos ocupacionales de formación.

– Ejecutar un programa integral de atención psico-social.

El Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, determina como uno de los pilares básicos para la reinserción social de pacientes con trastornos adictivos «la articulación de medidas encaminadas a la reinserción laboral del paciente.»

Entendiendo la inserción laboral como parte del proceso terapéutico y de reinserción social, que aporta al individuo la autonomía necesaria para alcanzar una vida normalizada, la Mancomunitat de Municipis de la Safor puso en funcionamiento entre junio y septiembre de 2000, un taller de formación ocupacional (jardinería), para facilitar a los pacientes de la unidad de alcohología, las habilidades necesarias para conseguir su inserción laboral.

En este trabajo intentamos dar a conocer el funcionamiento del curso de formación ocupacional que forma parte del proceso terapéutico. El taller está concebido como una actividad más en el proceso de atención al alcohólico con dos objetivos generales:

– Dotar al ususario de una formación profesional que facilite el acceso al mercado laboral con una preparación adecuada.

– Mantenerle ocupado y proporcionar pautas de conducta en relación al mundo laboral, personal y social.

Los objetivos específicos son:

– Potenciar la formación profesional en distintas especialidades que faciliten la incorporación de los clientes a un puesto de trabajo.

– Fomentar la heterogeneidad de los usuarios de los talleres, a fin de no crear ghettos.

– Generar actividades adicionales a la acción formativa con el fin de fomentar el trabajo en grupo, la actividad crítica ante determinadas situaciones, elevar la capacidad de diálogo y reflexión.

– Lograr que el alumno asista todos los días al taller con puntualidad (cumplimiento del horario).

– Conseguir que los alumnos respeten las normas del taller, así como el material de uso colectivo e individual.

– Que se realicen un mínimo de actividades adicionales por mes, que se frecuente el trabajo en grupo, la actitud crítica positiva y la capacidad de diálogo y convivencia.

En ocasiones la reinserción social del alcoholdependiente resulta algo difícil, aún contando con recursos asistenciales y de reinserción específicos. Esto es así sobre todo en personas con cierto grado de degradación, dificultades personales y falta de soporte afectivo. Por esta razón, los talleres ocupacionales son recursos adecuados que pueden complementar el tratamiento de estas personas.

Material y método: El taller se puso en funcionamiento el 19 de junio de 2000, acudiendo al mismo 15 personas. La Unidad de Alcohología seleccionó una muestra de n = 15 alumnos entre los diferentes usuarios que acuden a este dispositivo asistencial, teniendo en cuenta los siguientes requisitos: estar desempleados durante un largo período de tiempo, no tener formación específica, carecer de habilidades para la búsqueda de empleo, baja autoestima, presentar adicción a alguna droga legal, etc.

El equipo que permitió el desarrollo de este taller estaba formado por una profesora que impartía clases de Enseñanza General Básica, una monitora de jardinería (modalidad formativa del taller), y una psicóloga que trabajaba la autoestima. También se contó con la colaboración del equipo terapéutico de la Unidad de Alcohología, realizándose reuniones quincenales en el espacio donde se desarrollaba el taller. La coordinación de estas intervenciones la ha realizado el equipo psico-social de la Unidad de Alcohología (psicóloga y trabajadora social).

Se produjeron tres bajas por recaídas en el consumo de alcohol y por manifestación de conductas problemáticas. Por este motivo se incorporaron al taller tres personas para sustituir a estas, de las cuales una encontró trabajo y no completó el curso. En total han participado en el taller 18 personas de las cuales 15 han finalizado todo el proceso formativo y otra ha conseguido trabajo antes de finalizarlo.

Evaluación: El objetivo general de la evaluación es determinar la efectividad del programa de reinserción que se ha puesto en marcha, a través del seguimiento de los usuarios que se integran en el mismo.

Objetivos específicos:

– Evaluar la tasa de retención de los pacientes incluidos en el programa de reinserción.

– Determinar el índice de recaídas de los pacientes incluidos en el proceso formativo.

– Valorar la adquisición de habilidades sociales tanto en el área familiar como social.

– Hacer una valoración del grado de realización formativa-laboral alcanzado por el paciente tras su permanencia en el programa de reinserción.

Resultados: De estas 18 personas, todas ellas desempleadas, 12 llevaban más de un año sin trabajar (66,6%), mientras que 6 habían trabajado en el último año (33,3%). Del total de alumnos del curso, 16 (88,8%) seguían tratamiento por dependencia a alcohol, mientras que una era jugadora patológica (5,5%) y otra estaba en tratamiento por adicción al tabaco (5,5%). Por último la formación de los alumnos era muy diversa, puesto que había una persona con estudios de formación profesional (5,5%), dos con el bachiller superior (16,6%), cuatro tenían el graduado escolar (22,2%), seis habían completado la EGB sin obtener el graduado escolar (33,3%), tres tenían estudios primarios (16,6%) y había una persona que no sabía leer ni escribir (5,5%). En cuanto a la variable sexo había un 44,40% de varones frente al 55,5% de mujeres. La edad media de estos sujetos era de 41 años. Por último, el estado civil de los alumnos era el siguiente: el 38,8% son solteros, el 33,3% separados y el 27,7% casados.

Según estos resultados podemos concluir que el perfil de los sujetos que han participado en el taller de jardinería: son todos ellos desempleados (puesto que este es un requisito para entrar en el taller), y la mayor parte de ellos llevaba más de un año desocupados; un elevado porcentaje son mujeres, con una edad media de 41 años, separadas y solteras, con un nivel de estudios de EGB sin completar, en su mayoría, y presentaban trastorno por dependencia al alcohol.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones metodológicas que pudiera presentar el trabajo realizado, los resultados expuestos en las líneaas precedentes nos permiten realizar las siguientes conclusiones:

– El taller ha favorecido una cohesión grupal que repercutió positivamente en la autoestima y forma de relacionarse de los pacientes.

– También ha ayudado a que estos sujetos asumieran unas normas grupales y unos horarios similares a los del mundo laboral.

– Un porcentaje de los participantes han pasado posteriormente a realizar otros cursos de formación (33,3%) o incluso han conseguido un empleo (27,7%).

– A través de esta experiencia los pacientes han recibido una formación integral en la que no solo se ha producido el aprendizaje de la jardinería, sinó que también se han adquirido conocimientos relativos a educación básica, así como habilidades para relacionarse en grupo y compartir experiencias personales respecto a su drogodependencia.

– Esto les ha servido para aprender a abordar problemáticas emocionales y evitar recaídas, así como saber manejar situaciones problemáticas.

CONDUCTA IMPULSIVA Y VULNERABILIDAD A LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS

I. Torres, J. A. Crespo, C. García-lecumberri, E. Ambrosio

Departamento de Psicobiología. UNED. Madrid.

Introducción: La posible influencia de los factores genéticos en la vulnerabilidad a la adicción a drogas en humanos es controvertida, pero diversos estudios con roedores de laboratorio sugieren que hay factores genéticos implicados en la vulnerabilidad a la dependencia de drogas. En los últimos años, nosotros hemos estudiado dos cepas de ratas, la Lewis (LEW) y la Fischer 344 (F344), al respecto. Así, en trabajos previos, hemos comprobado que existen diferencias significativas entre ambas razas en la autoadministración intravenosa de opiáceos bajo diferentes programas de reforzamiento. En estos experimentos hemos observado una alta ejecución de respuestas en las ratas LEW comparadas con las F344. Esta alta frecuencia de respuestas en las ratas LEW que parecen reflejar una mayor vulnerabilidad de esta cepa a los efectos reforzantes positivos de los opiáceos puede ser debida a que estos animales tienen una mayor impulsividad que los F344.

Objetivo: En el presente trabajo pretendemos probar si existe relación entre la conducta impulsiva, medida en situaciones de

condicionamiento operante, con la autoadministración intravenosa de opioides.

Material y métodos: A tal fin, ratas machos de las cepas LEW y F344 se entrenaron para evaluar su conducta impulsiva ante la exposición a un reforzador natura (comida) en ausencia y en presencia de 0, 0,25, 0,5, 1 y 2 mg/kg de morfina. Posteriormente, esos mismos animales se sometieron a la autoadministración intravenosa de 1 mg/kg de morfina.

Resultados: Los resultados indicaron que la conducta impulsiva para el reforzador comida es claramente diferente en ambas razas, mostrando la raza LEW una mayor impulsividad que la cepa F344. La administración aguda de morfina redujo los niveles basales de conducta impulsiva en ambas cepas, pero mantuvo la clara diferencia en esta conducta entre ambas razas. Cuando lo animales se autoadministraron morfina, nuevamente fue la raza LEW la que mostró mayor rapidez en la adquisición y frecuencia de respuestas que la cepa F344, como se ha demostrado repetidamente.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la mayor vulnerabilidad a la autoadministración de opiáceos de la raza LEW puede ser un rasgo fenotípico asociado a un factor de riesgo más general tal como la impulsividad.

(Investigación financiada por la Comunidad de Madrid, Proyecto CAM 08.8/004/97.2).

LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: MARCO IMPORTANTE PARA EL CONOCIMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

G. Haro[1], G. Cervera[2], J. Martínez-Raga[3], J. C. Valderrama[4], F. Bolinches[5], P. De Vicente

[1] Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. [2] Unidad de Conductas Adictivas. Área 09. Servicio Valenciano de Salud (SVS). [3] Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Sede Comunidad Valenciana. [4] Unidad de Conductas Adictivas. Área 03. (SVS). [5] Unidad de Alcohol. Área 18 (SVS).

Objetivo: El objetivo que se plantea en esta revisión es recopilar cuales son los factores determinantes de la aparición precoz del TUS en la infancia y adolescencia.

Material y método: para el presente póster se ha realizado una búsqueda en la base de datos Medline, entre los artículos publicados desde 1995 hasta 2001, sobre el consumo de sustancias realizados sobre población infantil o en la adolescencia.

Resultados: La mayoría de los estudios se han centrado en relacionar la existencia de determinadas patologías en la infancia con la aparición de los TUS. Sin embargo esta relación no tiene una causalidad demostrada. Así pues algunos autores postulan que lo primero que aparece es la psicopatología y esta provoca el TUS, en algunos casos basado en la hipótesis de la automedicación. Sin embargo los resultados de otros estudios orientan hacia la dirección contraria, donde lo primero que aparecería sería el TUS, el cual provocaría la psicopatología posterior. Cabe destacar una tercera posibilidad que correponde a la existencia de un tercer factor que sea causante de ambas.

Los determinantes psicopatológicos que se han relacionado de una u otra forma con los TUS con: trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, depresión, temperamento, trastorno oposicional desafiante, disfunción congnitiva-ejecutiva. Los de relación controvertida son: trastorno bipolar y trastorno de personalidad. Los factores psicopatológicos que parecen no presentar relación son: trastorno de ansiedad, psicosis, trastornos de alimentación y los trastornos del lenguaje y aprendizaje.

Por último, cabría destacar que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género en los estudios de relación de la psicopatología en niños y adolescentes y la aparición del TUS.

Conclusiones:

1. Existen pocos estudios que aborden la aparición del TUS en la infancia o adolescencia.

2. La psicopatología de estos pacientes se relaciona con el TUS, pero su relación causal es diversa, existiendo tres posibilidades:

2.1 El TUS provova psicopatología.

2.2 La psicopatología provoca TUS.

2.3 Existen factores que provocan la aparición comórbida del TUS y de la psicopatología.

3. Determinadas psicopatologías se relacionan con la parición del TUS en la infancia y adolescencia, pero otras no están relacionadas.

4. No existe diferencia con relación al género para la aparición del TUS en esta población.